

تجارب پرستاران بالینی از تنش اخلاقی

مسعود خداویسی^۱، دکتر پرخیده حسنی^{۲*}

۱. دانش آموخته دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، تهران، ایران
۲. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: تقریباً تمامی پرستاران هر روز در کار خود با موضوعات اخلاقی مواجه می شوند و نیاز به مهارت های تصمیم گیری اخلاقی دارند یکی از مشکلات تصمیم گیری اخلاقی، تنش اخلاقی است. هدف از مطالعه حاضر شناخت تجارب پرستاران از تنش های اخلاقی بود.

مواد و روش ها: این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش پدیده شناسی توصیفی انجام شد. شرکت کنندگان این پژوهش ۱۱ پرستار شاغل در مراکز آموزشی درمانی و دارای تجربه تنش اخلاقی بودند که با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. روش جمع آوری داده ها مصاحبه نیمه ساختار یافته بود و به طور همزمان از طریق مقایسه مداوم تحلیل محتوا انجام شد.

یافته ها: از تجزیه و تحلیل داده ها چهار درونمایه فرعی و چهار درونمایه اصلی استخراج شد. ویژگی های فردی اعضای تیم درمان یکی از درونمایه های اصلی بود که خود را با دانایی، توانایی، تجربه، وظیفه شناسی، وجدان کاری و همکاری نشان داد. درونمایه دیگر واکنش های روانی - عاطفی بود که خود در برگزیده زیر مضمون های گناه، حقارت، مهار شدن، تجربه تلخ، واکنش های دفاعی و کاهش انگیزه بود. وضعیت قوانین و مقررات هم در قالب زیر مضامین افراط و تفریط در قوانین و مقررات، تناقض آنها با شرح وظائف، اخلاق، اعتقادات مذهبی، دانایی و توانایی، عدم اجرای صحیح قوانین و مقررات، عدم نظارت صحیح بر آنها و رعایت سلسله مراتب شکل گرفت. شرایط محیط کار نیز در قالب زیر مضامین شرایط فیزیکی، کمبود نیروی انسانی، کمبود وسائل و امکانات و نقص وسائل کار از دیگر مضامین ظهور یافته در این مطالعه بود.

نتیجه گیری: آموزش در زمینه تشخیص موقعیت های اخلاقی تنش زا و افزایش مهارت های مواجهه با تنش های اخلاقی جهت پرستاران بالینی ضروری است. کمیته های اخلاق در مراکز درمانی فعال شده و پرستاران را مورد حمایت قرار دهند. لازم است مدیران، به روز کردن شرح وظائف پرستاران در جهت کاهش تنش های اخلاقی را در دستور کار خود قرار دهند.

کلید واژه ها: تنش اخلاقی، اخلاق، پرستاری، بالین، تجربه، پدیده شناسی

مقدمه

پرستاران در سیستم های بهداشتی درمانی مدام در حال تغییر کار می کنند، تقاضای بیشتر برای خدمات بهداشتی، پیشرفت های جدید در روش های درمانی و مراقبتی و نیاز به

خدمات با کیفیت بالا با توجه به آگاهی بیشتر بیماران و خانواده های آنها از جمله این عوامل می باشد (Forsberg, ۲۰۰۱). این تغییرات در پرستاری در دهه های اخیر رو به افزایش بوده و تاثیر عمده ای روی پرستاران گذاشته است (McVicar, ۲۰۰۳) این منجر به مشکلاتی از جمله مسائل مربوط به تصمیم گیری اخلاقی شده اند (Silen, ۲۰۰۸). پرستاران عموماً در تصمیم گیری اخلاقی با دو نوع معضل اخلاقی یعنی تردید اخلاقی (Dilemmas) و تنش اخلاقی (Moral distress) مواجه می شوند. تردیدهای

نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر پرخیده حسنی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

آدرس پست الکترونیک: p_hasani@sbmu.ac.ir

تنش اخلاقی باعث افزایش احساسات منفی مثل عصبانیت، دلخوری، درماندگی، احساس گناه، غمگینی، شرم، ناتوانی، رنج، ناامیدی و اضطراب می شود (Austin و همکاران ۲۰۰۵). تنش اخلاقی می تواند باعث فرسودگی شغلی و کناره گیری از حرفه پرستاری شود. ضربه های جسمی و روحی ناشی از آن زندگی روزانه پرستاران را مختل خواهد کرد (Mitchell, ۲۰۰۲). مطالعات متعدد نشان داده اند که این تنش ها باعث کاهش خواب و اشتها و اطمینان، کابوس شبانه، احساس بی ارزشی، لرز، تعریق، طپش قلب، تغییر در عملکرد بدن و سردرد می شود. پرستارانی که تنش های اخلاقی متعددی را تجربه کنند توان سازگاری با موقعیت را از دست داده و این قضیه ناخودآگاه بر کیفیت مراقبت از بیمار اثر سوء می گذارد (Corley و همکاران ۲۰۰۱). باید به تنش اخلاقی به بهترین شکل ممکن پاسخ داد، در این زمینه انجمن پرستاران کانادا (۲۰۰۳) اصولی از جمله تشخیص تنش اخلاقی، ارجاع به کدهای اخلاق پرستاری، درخواست حمایت از همکاران، حمایت از تیم مراقبت سلامتی و کمیته های اخلاق و انجمن ها و اتحادیه های پرستاری را در مورد تنش های اخلاقی توصیه و مورد توجه قرار داده است.

شناخت تنش های اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردار است تا بتوان به بهترین شکل ممکن به آن پاسخ داد. مطالعات محدودی در مورد تجارب پرستاران در باره تنش های اخلاقی انجام گرفته است (Cronqvist و همکاران، ۲۰۰۶) و تا آنجائیکه پژوهشگر به منابع دسترسی داشته است در ایران نیز صرفاً یک مطالعه در زمینه فرایند تصمیم گیری اخلاقی در پرستاران انجام گردیده است (ابراهیمی و همکاران ۱۳۸۶). مطالعه حاضر با هدف توصیف تجارب پرستاران بالینی از تنش اخلاقی با رویکرد کیفی طراحی گردید تا شناخت تجارب بالینی پرستاران، عوامل موثر و علائم دیسترس های اخلاقی درک عمیقی از این موضوع بدست آید و مسئولان حرفه پرستاری بتوانند با برنامه ریزی های دقیق تر در زمینه کنترل آن موجب کاهش تنش اخلاقی و کاهش فرسودگی شغلی و نهایتاً افزایش کیفیت مراقبت گردند.

مواد و روش ها

این پژوهش با رویکرد کیفی و به روش پدیده شناسی توصیفی انجام شد. در پژوهش پدیده شناسی یک فرد در بافت شرایط فردی، اجتماعی و تاریخی خاصی به معنی دادن به جنبه خاصی از وجود انسان می پردازد (Van Manen, ۲۰۰۱). پژوهش در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم

اخلاقی، موقعیت هایی است که دلایل اخلاقی مساوی برای انجام یا عدم انجام یک فعالیت وجود دارد و پرستار باید در چنین موقعیتی تصمیم درست و منطقی بگیرد ولی تنش اخلاقی در موقعیت هایی که پرستاران با وجود شایستگی های اخلاقی، نتوانند تعهدات اخلاقی خود را اجرا کنند، یا اینکه کاری را به آن نحوی که از نظر اخلاقی درست تشخیص می دهند انجام دهند، ایجاد می شود (انجمن پرستاران کانادا، ۲۰۰۲) و یا درد و اندوهی است بر جسم و روح فرد متعهد به اصول اخلاقی هنگامی که در یک موقعیت خاص از یک مشکل اخلاقی آگاهی داشته، و علیرغم اینکه قضاوت اخلاقی صحیحی در مورد آن دارد ولی مجبور است بدلائل مختلف در مسیر خطاکاری عمل نماید. مشارکت در خطاکاری منجر به تضاد نقش در پرستاران می شود (Nathaniel, ۲۰۰۲). تنش های اخلاقی در محیطهای بهداشتی درمانی پدیده ای شایع و اجتناب ناپذیر می باشد و با توجه به اینکه پرستاران در سطوح مختلفی به ارائه خدمت می پردازند دارای درجات متفاوتی از تنش اخلاقی می باشند در آمریکا ۲۵ درصد پرستاران دچار تنش های اخلاقی هستند (McVicar, ۲۰۰۳). تنش اخلاقی تاثیر زیادی روی پرستاران، مراقبت از بیماران و محیط کار دارد (Austin و همکاران ۲۰۰۵).

Pijl-Zieber و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند ریشه تنش اخلاقی در حرفه ای عمل کردن می باشد و به نقل از Corley (۲۰۰۲) می نویسند حرفه ای بودن پرستاری یک زمینه اخلاقی را فراهم می کند و لذا پرستاران براساس اصول اخلاقی عمل می نمایند. Gutierrez (۲۰۰۵) معتقد است درک پرستاران از مناسب بودن اعمال اخلاقی، مرتبط بودن آنها با ارزش های اخلاقی مانند سودمندی، آسیب نرساندن، استقلال، صداقت و عدالت است. وقتی که این ارزش ها در نتیجه محدودیت های سیستم عملی نشوند احساسات منفی و تنش اخلاقی بوجود می آید (Mauleon و همکاران، ۲۰۰۵).

Wilkinson (۱۹۸۷) فشارها و موانعی که اجازه نمی دهند تا پرستار براساس معیارهای اخلاقی خود عمل نماید را، به دو نوع خارجی و داخلی تقسیم می کند. عمده فشارهای خارجی شامل، پزشکان، قوانین، مدیریت پرستاری، مدیریت بیمارستانی و سیاست های کلی موسسه است. فشارهای داخلی شامل ترس از دست دادن شغل، بی تاثیر بودن فعالیت های گذشته، اجتماعی شدن پرستاران براساس دستور، مردد بودن در تصمیم گیری و نبود تشویق هستند.

قبل از مصاحبه بعدی صورت پذیرفت. برخی از سوالات این مصاحبه عبارت بودند از:

- ۱- تنش اخلاقی چیست؟
- ۲- تجربه خود را در این باره توصیف کنید؟
- ۳- چه عواملی باعث تنش اخلاقی می شد؟
- ۴- وقتی دچار این گونه دیسترس ها می شدید چه علائمی را تجربه می کنید؟
- ۵- آیا همیشه حالات شما یکسان است؟

برای تحلیل داده ها محتوای هر مصاحبه ابتدا ضبط و کلمه به کلمه رونوشت برداری شد. به منظور به دست آوردن درک و احساس کلی از جنبه های مختلف تجربیات شرکت کنندگان، بیانات آنان چندین بار خوانده شد سپس داده ها به واحدهای تحلیل تبدیل شدند و کدهای اولیه استخراج شدند و کدها براساس تفاوت ها و شباهت های آنان طبقه بندی شدند و نهایتاً مضمون ها ظاهر شدند.

جهت حصول دقت در مطالعه، از روشهای مرور و تایید مطالب توسط شرکت کنندگان، بررسی طولانی و تلفیق در روشهای جمع آوری داده ها استفاده گردید. شرکت در مطالعه کاملاً داوطلبانه بود. در هر مرحله ای از پژوهش شرکت کنندگان می توانستند از مطالعه خارج شوند. تمامی داده ها، نوارهای صوتی، دست نوشته ها و یادداشت های عرصه به جای اسم شرکت کننده با یک کد عددی مشخص شدند از این رو نام پخش و یا نام بیمارستان نیز با داده ها همراه نبود. همچنین معرفی نامه کتبی جهت محل انجام مطالعه و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، ضبط صدا و مشاهده و توافق زمان و مکان مصاحبه اخذ گردید.

یافته ها

شرکت کنندگان در تحقیق حاضر شامل ۱۱ نفر پرستار بالینی بودند که در بخش های ویژه، اعصاب و اورژانس مراکز درمانی-آموزشی بصورت تمام وقت مشغول به خدمت بودند. همه ۱۱ پرستار مورد مصاحبه دارای تجربه تنش اخلاقی بودند. سن شرکت کنندگان بین ۲۴-۴۶ سال با میانگین ۳۲/۲ بود. شرکت کنندگان دارای سابقه کار ۲۲-۳ سال و میانگین ۹ سال بودند. ۷ تن از شرکت کنندگان زن و ۴ نفر مرد بودند. همه شرکت کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بودند ۸ نفر از شرکت کنندگان متاهل و ۳ نفر مجرد بودند. ۵ نفر از آنها در شیفت ثابت صبح، ۲ نفر ثابت عصر و ۴ نفر شیفت در گردش بودند (جدول ۱).

پزشکی شهر همدان انجام شد. شرکت کنندگان که به روش مبتنی بر هدف انتخاب شدند پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی بودند که تنش اخلاقی را تجربه کرده و مایل به شرکت در مطالعه بودند. جهت اطمینان از داشتن تجربه تنش اخلاقی، با شرکت کنندگان مختلفی مصاحبه به عمل آمد و پس از دریافت پاسخ در مورد تعریف تنش اخلاقی و بازگو کردن تجربه خود، مواردی را که تجربه آنها مرتبط با تنش اخلاقی نبود کنار گذاشته شد. اشباع داده ها در این پژوهش با ۱۱ شرکت کننده تامین گردید.

روش Streubert راهنمای اجرای این مطالعه پدیده شناسی بود. اسکویی و پیروی (۱۳۸۴) مراحل پدیده شناسی به روش Streubert را چنین بیان می کنند:

- ۱- یک توصیف شخصی دقیق و روشن از پدیده مورد نظر تهیه شود.
- ۲- پیش دانسته ها و پیش فرض ها در مورد پدیده به حالت تعلیق درآید.
- ۳- مصاحبه با شرکت کنندگان در محیط های آشنا انجام شود.
- ۴- دست نوشته های مربوط به مصاحبه با دقت مطالعه شوند تا به معنی کلی تجربه دست پیدا شود.
- ۵- دست نوشته ها مرور شوند تا جوهره های آن آشکار گردند.
- ۶- ارتباطات اصلی دریافت شده و فهمیده شوند.
- ۷- پدیده به صورت فرموله شده توصیف شود.
- ۸- برای تعیین اعتبار توصیف ها به شرکت کنندگان مراجعه شود.
- ۹- مقالات مناسب با پدیده مورد بررسی مطالعه شوند
- ۱۰- یافته ها به جامعه پرستاری اعلام گردد.

داده ها به وسیله مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شد. پژوهشگر تلاش نمود با شرکت کنندگان رابطه مناسب برقرار کند. مصاحبه ها در محیطی آرام بدون حضور دیگران صورت گرفت. زمان و مکان مصاحبه براساس توافق شرکت کنندگان تعیین شد که معمولاً اتاق پزشکان بود. مصاحبه ها روی نوار ضبط شد و در طول مصاحبه رفتارهای کلامی و غیر کلامی در رابطه با مفهوم مورد نظر ثبت گردید از یادآور نویس نیز در طول مصاحبه استفاده شد. بلافاصله پس از اتمام مصاحبه، کلمه به کلمه از نوار پیاده شد. اصل مصاحبه در محل امن نگهداری شده، تحلیل و کد گذاری اولیه داده های هر مصاحبه

تجربیات شرکت کنندگان در این مطالعه مبین تعابیر گوناگونی از تنش اخلاقی بود که علیرغم تفاوت های فراوان در نوع بیان، در مجموع اشتراکات زیادی را نیز ترسیم نمود.

تعریف تنش اخلاقی

در بیانات شرکت کنندگان تعاریف مختلفی از تنش اخلاقی ارائه شده است که به مواردی از آنها اشاره می شود: تنش اخلاقی در واقع تصمیم گیری خلاف میل باطنی است که فرد با آگاهی از موضوع مجبور به انجام کاری می شود که خلاف دانش و موازین انسانی است (ش ۷)

تنش اخلاقی همان محدودیت هایی است که یا انسانی است یا محیطی یا قانونی است که باعث می شود پرستار نتواند بر اساس اخلاق پرستاری برای مریض کار انجام دهد (ش ۴)

تنش اخلاقی یا می شود گفت عذاب وجدان، چیزی که آدم می داند ولی اجازه انجام آن را ندارد که این آدم را عذاب می دهد (ش ۵)

تنش اخلاقی در واقع همان محدودیت شغلی ما است که با اخلاق بالینی ما برای مریض منافات دارد بعضی وقتها نظر ما فوق بر نظرات ما ارجح است که ما نمی توانیم روی آن چیزی بگوییم (ش ۳)

ویژگی های فردی اعضای تیم درمان

یکی از درونمایه های اصلی استخراج شده از تجربیات شرکت کنندگان، ویژگی های فردی اعضای تیم درمان بود که خود زیر مضامین دانایی، توانایی، تجربه، انتظارات، وظیفه شناسی، ایثار، ارزش ها، وجدان کاری، دقت، مسئولیت پذیری، همکاری، موفقیت، مقاومت و سهل انگاری را در بر داشت. مهمترین مضمونی که القاء کننده تنش اخلاقی بود ویژگی های فردی اعضای تیم درمان شامل پرستار، پزشک، بیمار و همراهان بیمار بود.

یکی از جنبه های بسیار مهم پدیدار شده در تجربیات شرکت کنندگان از تنش اخلاقی دانایی، توانایی و تجربه انجام کار بود که در زیر نمونه هایی از تجربیات شرکت کنندگان در این رابطه ارائه می شود:

بعضی وقت ها پرستار توانایی و دانایی کاری یا کمکی را در بالین دارد اما مقررات به او اجازه نمی دهد (ش ۱)

پرستاران با وجود داشتن علم و تجربه در ارتباط با درمان بیماران محدودیت هایی دارند (ش ۸)

با توجه به مدرکی (لیسانس) که داریم و مطالبی را که در دانشگاه می خوانیم وقتی می خواهیم آنها را انجام دهیم از نظر قانونی برای ما محدودیت ایجاد می شود (ش ۲)

جدول ۱: مشخصات فردی شرکت کنندگان

تعداد (n=۱۱)	متغیر	
۹	۲۴-۳۰	سن ($X=۳۲/۲$)
۲	۴۱-۴۶	
۴	مذکر	جنس
۷	مونث	
۱۱	کارشناس	مدرک تحصیلی
۵	ویژه	
۳	اعصاب	نام بخش
۳	اورژانس	
۵	ثابت صبح	
۲	ثابت عصر	شیفت کاری
۴	در گردش	
۸	متاهل	وضعیت تاهل
۳	مجرد	
۸	۳-۸	سابقه کار ($X=۹$)
۳	۱۷-۲۲	

مضمون های پدیدار شده از ۱۹۱ عبارت، جمله یا پاراگراف مضمونی که از مصاحبه ها جدا شدند، ظهور یافتند، در ابتدا ۸ مضمون و ۱۹۱ زیر مضمون از مجموع مصاحبه ها تشکیل گردید و سپس با ادغام این مضمون ها، تنش اخلاقی در قالب ۴ مضمون و ۴۳ زیر مضمون ظهور یافتند. این مضمون ها عبارت از ویژگی های فردی اعضای تیم درمان، واکنش های روانی-عاطفی، وضعیت قوانین و مقررات و عوامل محیط کار بودند. مضمون های ظهور یافته و زیر مضمون های مربوط به هر کدام در جدول شماره ۲ گنجانده شده است.

جدول ۲: مضمون های ظهور یافته و زیرمضمون های مربوط به آنها

مضمون ها	زیرمضمون ها
ویژگی های فردی اعضای تیم درمان	دانایی، توانایی، تجربه، انتظارات، وظیفه شناسی، ایثار، ارزشها، وجدان کاری، دقت، مسئولیت پذیری، همکاری، موفقیت، مقاومت، سهل انگاری
واکنش های روانی-عاطفی	گناه، حقارت، رضایت، عصبانیت، افسردگی، شادی، پشیمانی، متمر ثمر نبودن، مهار شدن، تجربه تلخ، واکنش های دفاعی، کاهش انگیزه کاری، سردرگمی، خستگی و تداعی حالات
وضعیت قوانین و مقررات	افراط و تفریط در قوانین و مقررات، تناقض قوانین و مقررات با شرح وظایف، اخلاق، اعتقادات مذهبی، دانایی و با توانایی، عدم اجرای صحیح قوانین و مقررات، عدم نظارت صحیح بر اجرای قوانین و مقررات و رعایت سلسله مراتب
شرایط محیط کار	شرایط فیزیکی محل کار، کمبود نیروی انسانی، کمبود وسائل و امکانات و نقص وسائل کار

طوری برخورد کردم که حداقل پیش وجدان خودم راضیم". (ش ۱)

یک شرکت کننده به احساس متمر ثمر نبودن اشاره کرد: "همیشه کاری که برای مریض انجام می دهم متمر ثمر نیست یعنی سعی میکنم کاری برای مریض انجام دهم هدفم این است که نفع مثبتی داشته باشم ولی همیشه شرایط مریض طوری است که واقعا با وجود حداکثر توانایی موفق نمی شوم". (ش ۲)

شرکت کننده دیگر به احساس مهار شدن و افسردگی اشاره کرد: " آدم احساس می کند با توانی که دارد بهتر از این می توانسته است کار کند ولی، توسط کسی مهار شده که توان او کمتر از توان خودش است که این برای انسان عذاب آور است... و آدم افسرده می شود". (ش ۵)

دچار تردید و عذاب وجدان شدن نیز یکی از واکنشهای شرکت کنندگان است: "پرستاران با وجود داشتن علم و تجربه که در ارتباط با درمان بیماران دارند، در مواقع خاص که لازم است اقدامی درمانی و حیاتی جهت بیمار انجام دهند مستأصل می گردند و دچار تردید می گردند که آیا آن اقدام خاص را انجام دهد یا نه؟ اگر انجام دهند ممکن است باعث تبعات قانونی گردد و در صورت انجام ندادن آن اقدام حیاتی با وجدان خودش دچار چالش گردد و ممکن است دچار عذاب وجدان گردد". (ش ۸)

یکی از شرکت کنندگان احساس خود را چنین بیان کرد: "این نوع تنشها واکنش های دفاعی انسان را بر می انگیزد ابتدا دچار اضطراب می شویم بعد این احساس وجود دارد که آیا ما این کار را انجام بدهیم یا نه؟ به پزشک بگوئیم انجام دهد یا نه؟ اگر ما نتوانیم در حوزه کاری خود چیزی را که می دانیم برای بیمار انجام بدهیم باعث دلزدگی ما از کار می شود و شغل ما زیر سوال می رود". (ش ۶)

یکی از شرکت کنندگان واکنش خود را اینگونه بیان کرد: "مسلماً اولین فشار به من پرستار که تنها در بخش هستم وارد می شود اینها باعث می شد که من اعتراض کنم و گزارش بدهم ولی خودم تنبیه شدم و این باعث شد که من دیگر اعتراض نکنم در اینجور موارد چون واقعا تنبیه شدم بخشم هم جابجا شد اعتراض ها باعث محدودیت شده و باعث می شود که براساس اخلاق عمل نکنیم". (ش ۳)

وضعیت قوانین و مقررات مضمون وضعیت قوانین و مقررات شامل زیر مضمونهای افراط و تفریط در قوانین و مقررات، تناقض قوانین و مقررات با شرح وظائف، تناقض قوانین و

یکی از مضامین بسیار مهم و اساسی در تجربه شرکت کنندگان از تنش اخلاقی، وجدان کاری است که شرکت کننده ای در این باره می گوید: یکی از کارهایی که من پرستار انجام می دهم احساس مسئولیت پذیری است که مقابل بیمار و وجدان خودم است وقتی می بینم که بیمار نیاز دارد و وقت را نباید از دست بدهم حتی از دست دادن ثانیه ای وقت باعث تلف شدن بیمار می شود بخاطر همین من این کار را انجام می دهم... و به من احساس خوشحالی دست می دهد یعنی راضیم و واقعا وجدانم راحت است (ش ۲)

نقص در دستورات دارویی از دیگر مضامین استخراج شده از تجربیات شرکت کنندگان در رابطه با تنش اخلاقی است، شرکت کننده ای بیان داشت: دستوراتی که توسط بعضی اینترن ها نوشته می شود چون تجربه کافی ندارند و اساتید بالای سر آنها نیستند این اوردرها خیلی چیزها اضافه و خیلی چیزها کم دارد (ش ۵)

واکنشهای روانی-عاطفی از دیگر مضامین اصلی استخراج شده در این مطالعه واکنشهای روانی-عاطفی است که زیر مضمونهای گناه، حقارت، رضایت، افسردگی، شادی، پشیمانی، متمر ثمر نبودن، مهار شدن، تجربه تلخ، واکنش های دفاعی، کاهش انگیزه کاری، سردرگمی، خستگی و تداعی حالات از اهم آنها به شمار می روند. در تجربیات شرکت کنندگان، احساسات و حالات آنها در مواجهه با تنش اخلاقی از جایگاه ویژه ای برخوردار بود. تاکید بر این مضمون در تجربیات شرکت کنندگان، موید اهمیت آن در تبیین این پدیده است. چند نمونه از بیانات شرکت کنندگان به شرح زیر بود: "معمولا چون موقعیت ها همیشه یک طوری است که با وجدان اخلاقی آدم سرو کار دارد معمولا در وحله اول آدم عصبانی می شود چون کاری از دستش بر نمی آید برای مریض انجام دهد ولی بعدا که از اون قضیه می گذرد و بعدا که دوباره توی ذهنم مرور می کنم یک احساس ناراحتی و عذاب وجدان دارم". (ش ۳)

"برای بیماری که در حال احتضار بود گفته بودند اصلا کد اعلام نکنید بگذارید بیمار فوت کند... احساس گناه کردم که چرا نباید کد اعلام کنم. بعد احساس حقارت کردم یعنی اینکه چرا خودم نمی توانم در آن صحنه دست به کار شوم که دیگران نتوانند تعیین تکلیف بکنند و من دچار احساس گناه شوم، اما بعدش که این کارها انجام شد ولی با تمامی تلاش باز هم بیمار فوت کرد احساس رضایت کردم از اینکه با این مشکل

نمود، پریش برق نبود مسلماً این استرس‌ها که بدتر فشار روحی روانی بر آدم وارد می‌کردند و ما نتوانستیم کاری بکنیم، نه دستگاه شوک نه وسیله دیگر نتوانستیم به اتاق بیاوریم تخت اکسترا زده بودیم تخت اکسترا که نیست یک کپسول اکسیژن آن باشد و اکسیژن سانترال که نیست نمی‌شود کاری بکنیم" (ش ۴)

شرکت کننده دیگری در مورد کمبود نیرو می‌گوید: "موضوعی که بارها تجربه شده در خصوص نظافت بیمار است. بیمار بستری به علت داشتن دفع شدید نیاز به حمام دارد کمبود نیروی انسانی خصوصاً کمک بهیار همگن و عدم همکاری پرسنل کمک بهیار سایر بخشها باعث می‌شود خود ما کارهای آنرا انجام دهیم" (ش ۱۱)

بحث و نتیجه گیری

عوامل اقتصادی-اجتماعی، روش‌های درمانی جدید و پیچیدگی روشهای درمانی و مراقبتی، انجام مطالعات مرتبط با اخلاق در حیطه مراقبت بهداشتی را ضروری نموده است و سازمان‌های بهداشتی توجه به اقدامات اخلاقی را جهت ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی مورد تأکید قرار داده‌اند. هدف مطالعه حاضر توصیف تجارب پرستاران از تنش اخلاقی بود. یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به درک تجارب پرستاران از تنش اخلاقی کمک نماید.

تعریف تنش اخلاقی یکی از یافته‌های این مطالعه بود که تعاریف مختلفی از تنش اخلاقی در بیانات شرکت کنندگان ارائه گردید مثل تصمیم‌گیری خلاف میل باطنی یا محدودیت‌هایی که باعث شود پرستار نتواند بر اساس اخلاق پرستاری برای مریض کار انجام دهد یا چیزی که انسان می‌داند درست است ولی اجازه انجام آنرا ندارد. این تعریف با تعریفی که در Jameton در سال ۱۹۹۳ که تنش اخلاقی را بعنوان اینکه کسی درستی انجام کاری را می‌داند اما محدودیت‌های موسسه انجام آن کار را برای او غیر ممکن می‌سازد همخوانی دارد.

ویژگی‌های فردی اعضای تیم درمان شامل پرستار، پزشک، بیمار و همراهان یکی از درونمایه‌های اصلی مطالعه حاضر می‌باشد که بسیاری از شرکت کنندگان آن را به عنوان عامل موثر در تنش اخلاقی تجربه کرده بودند. این ویژگی‌های فردی به مواردی مانند دانایی، توانایی، تجربه، انتظارات، وظیفه‌شناسی، ایثار، ارزش‌ها، وجدان کاری، دقت، مسئولیت‌پذیری، همکاری، موفقیت، مقاومت و سهل‌انگاری اشاره دارد. ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود دریافتند که اگرچه

مقررات با اخلاق، تناقض قوانین و مقررات با اعتقادات مذهبی، تناقض قوانین و مقررات با دانایی، تناقض قوانین و مقررات با توانایی، عدم اجرای صحیح قوانین و مقررات، عدم نظارت صحیح بر قوانین و مقررات و رعایت سلسله مراتب بود.

افراط و تفریط در قوانین و مقررات را شاید بتوان به عنوان یکی از درونمایه‌های مهم که معنای تنش اخلاقی را شکل می‌دهد مطرح کرد. یک شرکت کننده تجربه خود را چنین بیان کرد:

"مهمترین عاملی که در تنش اخلاقی در کشور ما در بالین داره تاثیر میگذاره افراط و تفریط در قانون و مقررات است خیلی جاها هست که ما می‌بینیم انجام دادن اون کار بالینی به نفع بیماره و... اینجا قانون یه چیزهایی می‌گه که شما دست و بالتون بسته است" (ش ۱).

محدودیت شرح وظایف یکی از رایج‌ترین عباراتی بود که شرکت کنندگان ضمن توصیف تجارب خود بکار می‌بردند:

"به نظر من شرح وظایفی که وجود دارد گاهی خیلی محدود است دست ما را بسته نگه می‌دارد وقتی می‌خواهیم آنها را انجام دهیم از نظر قانونی برای ما محدودیت ایجاد می‌شود. بارها شده است که خواستیم برای بیمار کارهایی انجام دهیم از قبیل اینتوباسیون و گرفتن ABG که برعهده اینترن است بخاطر مشکلات قانونی تا وقتی اینترن نیاید این کار انجام نمی‌شود" (ش ۲)

در تجربیات شرکت کنندگان نقص قانون زیاد به چشم می‌خورد: "از موارد خیلی جزئی مانند رگ گرفتن ساده مریض، ما بارها شده که مشکل داشتیم یعنی بر اساس بیمه ضوابطی برای ما تعریف کردند مثلاً از نظر قانونی می‌گویند از یک تعدادی بیشتر در ۲۴ ساعت برای مریض آنژیوکت استفاده نکنیم ولی ممکن است که مریض رگش فلیت کرده و مشکل داشته باشد یا در آمده باشد یا مثلاً مشکل دارویی داریم خیلی وقتها اگر یک ویال از دست پرستار بیفتد و بشکند سیستم پرت دارو نداریم و نمی‌توانیم آن دارو را مجدداً بگیریم" (ش ۳)

عوامل محیط کار از دیگر مضامین استخراج شده در این مطالعه عوامل محیط کار بود که زیر مضمون‌های شرایط فیزیکی محل کار، کمبود نیرو، کمبود وسائل و امکانات و نقص وسائل کار از اهم آنها به شمار می‌روند. در این قسمت چند نمونه از بیانات شرکت کنندگان در این زمینه ارائه میشود: "یک شب مریض بد حال آوردند و یک اتاق ۴ تخته شده بود ۶ تخته. تخت‌ها به هم نزدیک، مریض را می‌خواستیم احیاء بکنیم، می‌خواستیم وسیله بالای سر مریض بیاوریم که جایی

شد. در مطالعه Silen و همکاران (۲۰۰۸) نیز پرستاران معتقد بودند که در فرایند تصمیم گیری برای بیمار حضور نداشته و اطلاعات کافی در باره تصمیم پزشک ندارند. Oberle و Hughes (۲۰۰۱) هم معتقدند که پرستاران در وضعیتی هستند که تأثیری در موقعیت های کاری ندارند و دنباله رو می باشند. حضور پرستاران در فرایند تصمیم گیری مزایائی دارد از جمله اینکه پرستاران با اطلاعاتی که از بیمار دارند می توانند بعنوان اطلاعات پایه در تکمیل تصمیم گیری سهیم باشند و اگر به پرستاران فرصت شرکت در تصمیم گیری برای بیمار داده شود آنها هرچند موافق با تصمیم پزشک نباشند، کار مراقبت از بیمار را راحت تر انجام می دهند.

شرایط محیط کار از دیگر مضامین استخراج شده در این مطالعه بود که زیر مضمون های شرایط فیزیکی محل کار، کمبود نیروی انسانی، کمبود وسائل و امکانات و نقص وسائل کار از اهم آنها به شمار می روند. Herting و همکاران (۲۰۰۴) هم حجم بالای کار در نتیجه کمبود نیروی انسانی نسبت به تعداد بیماران را به عنوان عامل تنش حرفه ای ذکر کردند.

با توجه به یافته های این پژوهش مبنی بر تجربه تنش اخلاقی در پرستاران شرکت کننده در پژوهش، پیشنهاد می گردد آموزشهای لازم در زمینه تشخیص موقعیت های اخلاقی تنش زا و افزایش مهارت های مواجهه با تنش های اخلاقی جهت پرستاران بالینی ارائه گردد. پیشنهاد می گردد کمیته های اخلاق در مراکز درمانی فعال شده و پرستاران و سایر اعضای تیم درمان و مراقبت را مورد حمایت قرار دهند. براساس تجربیات شرکت کنندگان در این مطالعه یکی از مضامین اصلی در تبیین تنش اخلاقی ویژگی های فردی بوده است. ضروری است که پرستاران در برخورد با شرایط دشوار اخلاقی و عدم امکان پاسخ دهی و مراقبت از بیماران، ویژگی های فردی و شغلی خود و ویژگی های فردی و شغلی پزشکان و شرایط و ویژگی های فردی بیماران و خانواده آنان را مورد توجه خود قرار دهند. یافته های حاصل از این مطالعه حاکی از آن بود که شرکت کنندگان تجربه ناخوشایندی از تنش اخلاقی داشتند توصیه می شود در این مواقع به کدهای اخلاق پرستاری مراجعه نمایند.

همچنین تحلیل قوانین و شرح وظائف پرستاران و مطابقت آن با یافته های این مطالعه نشان داد که شرح وظائف پرستاران در حال حاضر بسیار محدود بوده و جوابگوی شرایط امروز و متناسب با موقعیت های اورژانسی مراکز درمانی نمی باشد لازم است مدیران، به روز کردن شرح وظائف پرستاران در جهت

شرایط متعددی در ایجاد تعارض و در نتیجه ایجاد تنش در پرستاران نقش دارد، اما از این شرایط می توان به ویژگی های فردی و شغلی پرستاران، ویژگی های بیمار و خانواده بیمار، ویژگی های مربوط به پزشک و شرایط ساختاری و سیستم مدیریت اشاره کرد.

یکی از موارد ویژگی های فردی اعضای تیم درمان، همکاری پرستاران با سایر اعضای تیم درمان بود. اگرچه در این مطالعه به ارتباط و همکاری پرستاران با پزشکان اشاره ای نشد با توجه به اینکه این مطالعه در بیمارستان های آموزشی درمانی انجام شد، تعدادی از شرکت کنندگان به عدم نظارت اساتید پزشکی بر دستورات داروئی اینترنرها اشاره نمودند. نتایج مطالعه ای که توسط Silen و همکاران (۲۰۰۸) در مورد تنش های کاری در پرستاران بخش اعصاب نیز نشان داد که ارتباط پرستاران با سایر اعضای تیم درمان رضایت بخش نبود.

واکنشهای روانی- عاطفی از دیگر مضامین استخراج شده در این مطالعه بوده است که زیر مضمون های گناه، حقارت، رضایت، عصبانیت، افسردگی، شادی، پشیمانی، مثرثر ثمر نبودن، تجربه تلخ، واکنش های دفاعی، اضطراب، کاهش انگیزه کاری، سردرگمی، خستگی و تداعی حالات از اهم آنها به شمار می روند. Wilkinson (۱۹۸۷) هم از علائم افراد دچار تنش اخلاقی بعنوان تجربه عدم تعادل روانی و بیان احساسات منفی نام می برد.

Corley (۲۰۰۲) معتقد است: پرستاران در توصیف تنش های اخلاقی کلماتی نظیر، عصبانیت، عجز، افسردگی، سرافکندگی، شرمساری، ملالت، حزن، اندوه، تیره روزی، درد، خشم و بی اثربودن را ذکر می کنند.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در مطالعه خود در مورد واکنش پرستاران به بافت تصمیم گیری اخلاقی دریافتند پرستاران تنش خود را با علائمی مثل ترس، تندخوئی، عصبانیت، جابجائی احساسات منفی، احساس گناه، احساس پشیمانی و حتی افسردگی عنوان می کنند.

در این مطالعه مضمون وضعیت قوانین و مقررات خود را با زیر مضمون های افراط و تفریط در قوانین و مقررات، تناقض قوانین و مقررات با شرح وظائف، اخلاق، اعتقادات مذهبی، دانایی و توانایی، عدم اجرای صحیح قوانین و مقررات، عدم نظارت صحیح بر قوانین و مقررات و رعایت سلسله مراتب نشان داده است.

یکی از موارد فوق محدودیت شرح وظائف پرستاران است که مکرراً در تجارب شرکت کنندگان در مطالعه حاضر به آن اشاره

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همکاری همه پرستاران و مدیران پرستاری مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان که در مطالعه شرکت نموده و با مجریان این پژوهش همکاری نموده اند، کمال تشکر را دارند.

کاهش تنش های اخلاقی را در دستور کار خود قرار دهند. همچنین پیشنهاد می گردد مدیران، کمیته های اخلاق را در مراکز درمانی فعال نموده و پرستاران و سایر اعضای تیم درمان و مراقبت را مورد حمایت قرار دهند.

REFERENCES

- Austin W et al (2005). Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. Health care ethics committee Forum. 17 (1) 33-48.
- Canadian Nursing Association (2002). Code of ethics for registered nurses. Ottawa: Author. [On line]. <http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/CNAcodeofEthics.pdf>
- Canadian Nurses Association (2003). Ethics in Practice for Registered Nurses. [On line]. http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publication/Ethics_in_Practice.
- Corley M (2002). Moral distress: A proposed theory and research agenda. Nursing Ethics. 9 (6) 636-650.
- Corley M et al (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing. 33(2) 250-256.
- Cronqvist A Lutzen K Nystrom M (2006). Nurses' lived experience of moral stress support in the intensive care context. Journal of Nursing Management. 14(5) 405-413.
- Ebrahimi H et al (2007). [Stress: Major reaction of nurses to the context of ethical decision making]. Journal of Iran University of Medical Sciences. 14(54) 7-15 (Persian).
- Chitty Kay K Beth BP (2007). Professional Nursing Concepts. Challenge. Saunders Elsevier
- Gutierrez KM (2005). Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. Dimensions of Critical Care Nursing. 24(5) 229-241.
- Jameton A (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. AWONN's Clinical Issues in Prenatal and Women Health Nursing. 4(4) 542-551.
- Herting A et al (2004). Downsizing and reorganization: Demands, challenges and ambiguity for registered nurses. Journal of Advanced Nursing. 45(2) 145-154.
- Mauleon AL Palo Bengtsson L Ekman SL (2005). Anaesthesia care of older patients as experienced by nurse anaesthetists. Nursing Ethics. 12(3) 263-272.
- McVicar A (2003). Workplace stress in nursing: A Literature review. Journal of Advanced Nursing. 44(6) 633-642.
- Mitchell GJ (2002). Policy, procedure and routine: Masters of moral influence. Nursing Science Quarterly. 14(2) 109-114
- Nathaniel A (2002). Ethics and human rights. The American Nurses Association Issues Update. 1(2) 3-8.
- Oberle k Hughes D (2001). Doctors and nurses perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. Journal of Advanced Nursing. 33(6) 707-715.
- Oskouie F paiovi H (2005). [Qualitative Research in Nursing]. 1st edition. Tehran: Iran University of Medical Sciences Press. (Persian).
- Pijl-Zieber EM et al (2008). Moral distress: An emerging problem for nurses in long-term care. Quality in Ageing and Older Adults. 9(2) 39- 48.
- Silen Marit et al (2008). Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. Journal of Neuroscience Nursing. 40(4) 222-231.
- Van Manen M (2001). Researching Lived Experience. Action Sensitive Pedagogy 3rd edition. Ontario: Althouse Press.
- Streubert HJ Carpenter DR (2007). Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott.
- Wilkinson JM (1987). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. Nursing Forum. 23(1) 16-29.

Moral distress in Iranian nurses' experiences

M. Khodaveisi PhD¹, P. Hassani PhD²

¹ Faculty of Nursing and midwifery, Hamedan University of Medical Sciences, Iran, Hamedan. Nursing PhD student, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran, Tehran

² Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Iran, Tehran

Abstract

Background & Aim: Ethics is an integral part of nursing practice. Nurses and other professional caregivers are increasingly recognizing the issue of moral distress. The aim of this study is to describe Iranian nurses' experiences in moral distress.

Materials and Method: In this study the qualitative phenomenological approach was used. 11 nurses from teaching hospitals of Hamadan University of Medical Sciences participated in the study. The data were collected by in-depth interviews. Transcripts were analysed by constant comparative content analysis.

Result: The results sorted into 4 content areas: individual characteristics of team care (including knowledge, ability, experience, responsibility and...), mental-affective reactions (including faulty, defensive reactions, lack of motivation and...), laws and officials (including, limitation of laws and contradictory of laws with ethics, religion, knowledge and ability) and circumstances of workplace (including physical circumstances, manpower, facilities and equipments).

Conclusion: It is necessary that nurses become familiar with ethical problems, nursing code of ethics and promote the skills for encounter to moral distress.

Key words: Ethics, Moral distress, Nursing practice, Experience, Phenomenology

Corresponding Author: Parkhideh Hasani, Faculty Lecturer, Department of Anesthesiology, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Email: p_hasani@sbmu.ac.ir