

پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی

شهر بم در سال ۱۳۹۰

دکتر عباس عباسزاده

دکتر فریبا برهانی

سهیلا کلانتری^۱

چکیده

شتاب فزاینده پیشرفت فن‌آوری‌های زیست پزشکی در دهه‌های اخیر، با افزایش گرایش به مباحث اخلاقی همراه گردیده است. پرستاران نیز از جمله پرسنل سلامت هستند که به طور مداوم در شرایطی قرار می‌گیرند که مستلزم تصمیم‌گیری می‌باشند. آنان هر روزه در محیط کاری خود در حین کشمکش با انواع گوناگونی از تنش‌های روحی روبه‌رو هستند. در این میان، پریشانی اخلاقی بر تمام ابعاد زندگی حرفه‌ای و شخصی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. هدف از این مطالعه تعیین میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی بم در سال ۱۳۹۰ می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی - مقطعی است. نمونه‌ها شامل ۱۴۰ نفر از پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم می‌باشند و داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی که روایی و پایایی آن در مطالعات دیگر اندازه‌گیری شده (آلفا کرونباخ ۰/۸۶)، جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون واریانس یک‌طرفه انجام یافته است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که میزان پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش ۵/۰۴۱ می‌باشد. همچنین ارتباط معنی‌داری بین سن ($p=۰/۰۰$)، سابقه کار ($p=۰/۰۱$)، میزان تعامل و همکاری علمی بین پزشک و پرستار ($p=۰/۰۰$)، تصمیم‌گیری در مورد استعفا

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز آموزشی بین‌الملل بم،

Email: sa.kalantary@gmail.com

نویسنده‌ی مسؤول

($p=0/00$)، احساس امنیت شغلی ($p=0/00$)، میزان برخورداری از حمایت مدیران بیمارستان ($p=0/00$) با پریشانی اخلاقی وجود دارد. بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به این که میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه در حد بالایی می‌باشد. به نظر می‌رسد راه‌کارهایی جهت کاهش آن ضروری است از جمله: عضویت پرستاران در کمیته اخلاق بیمارستان، ایجاد تمهیداتی جهت مشاوره و بیان موقعیت‌های استرس‌زای اخلاقی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای با پریشانی اخلاقی می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

واژگان کلیدی

پریشانی اخلاقی؛ پرستار؛ تصمیم‌گیری اخلاقی

پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم در سال ۱۳۹۰

شتاب فزاینده پیشرفت دانش و فن‌آوری‌های زیست پزشکی در دهه‌های اخیر، با افزایش گرایش به مباحث اخلاقی همراه گردیده است. همچنین این پیشرفت‌ها با توجه به توان بالقوه کاربردهای گسترده آن‌ها، بحث‌های مهمی را پیرامون لزوم رعایت اخلاق حرفه‌ای در استفاده از آن‌ها به همراه داشته است. (برمر، سامپایو، ۱۹۹۷ م، ص ۳۸-۳۳) در این بین واژه‌ی اخلاق پزشکی (medical ethics) می‌تواند مفاهیم متعددی را تداعی نماید، مانند حقوق بیماران و همکاران، رازداری، تعارض منافع (conflict of interest)، حریم خصوصی، رضایت آگاهانه، اتانازی^۱، اخلاق حرفه‌ای و ... که هر کدام اقیانوسی ژرف و ناشناخته را به دنبال دارد. با استفاده از آن و با تکیه بر مبانی نظری مسایل، مباحث و مشکلات مطرح اخلاقی در حیطه طب و مراقبت‌های سلامت را می‌توان مورد بحث قرار داده و چارچوبی کاربردی را برای تصمیم‌گیری در مواقع بحرانی ارائه می‌نماید. (عادلی، حیدری، ۱۳۸۹ ش، ص ۸۳-۸۲)

پرستاران از جمله کارکنان تیم سلامت می‌باشند که به طور مداوم در شرایطی قرار دارند که مستلزم تصمیم‌گیری هستند. بسیاری از این تصمیمات مدیریتی، برخی از آن‌ها حرفه‌ای و تعدادی نیز به وضوح اخلاقی هستند. (چودین، ترجمه جولایی و دهقان‌نیری، ۱۳۸۸ ش، ص ۷۷-۸۲) در نگاه اولیه، عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری، ممکن است فعالیت‌های بالینی محسوب و از اخلاق مجزا پنداشته شوند؛ در حالی که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند؛ پرستاران هنگام تصمیم‌گیری و عمل، نیازمند فضیلت‌ها، اصول اخلاقی و دستورالعمل‌های بنیادی هستند که باید بر اساس آن‌ها تصمیم بگیرند، زیرا آنان پیوسته با مشکلات اخلاقی

مواجه می‌باشند. (محمودی‌شن، الحان، احمدی، کاظم‌نژاد، ۱۳۸۸ ش، ۶۳-۷۶) تصمیم‌گیری اخلاقی، عنصر ضروری در امر پرستاری است. (ابراهیمی، نیکروش، اسکویی، ۱۳۸۵ ش، ۴۵-۵۶) آن‌ها همچنین نیاز دارند که نسبت به مباحث اخلاقی مرتبط با مسؤولیت‌های خود حساس باشند و مدافع حقوق مددجوی خود در زمان اخذ تصمیم‌ها بوده و به تصمیمات آن‌ها احترام بگذارند و معضلات اخلاقی را به طور مؤثری در عملکرد بالینی مدیریت کنند. (کیم، پارک، سئو، ۲۰۰۵ م، ص ۶۰۵-۵۹۵) زیرا پرستاران بیشترین ارتباط انسانی را با بیماران از نظر مدت زمان و عمق ارتباط برقرار می‌کنند و همچنین اهمیت مراقبت اخلاقی به حدی است که گاهی بر جنبه‌های فنی کار پرستاری برتری می‌یابد. (برهانی، عباس‌زاده، کهن، فضایل، ۱۳۸۹ ش، ص ۷۱-۸۱) آنان هر روزه در محیط کاری خود با انواع گوناگونی از تنش‌های روحی روبه‌رو هستند. تنش‌هایی که هر روزه بر میزان آن‌ها افزوده می‌شود. (الپرن، کورت، ۲۰۰۵ م، ۵۳۰-۵۲۳ و موبلیا، رادیا، ورهیدج، ۲۰۰۷ م، ص ۲۶۳-۲۵۶) از جمله این تنش‌ها پریشانی اخلاقی است.

جامیتون برای اولین بار مفهوم پریشانی اخلاقی را در سال ۱۹۸۴ م. معرفی کرد و اولین کسی بود که این واژه را در متون پرستاری تعریف کرده و مورد استفاده قرار داد. او توانست به وسیله‌ی آن تجربه معضلات اخلاقی را در پرستاران کشف کند. جامیتون (۱۹۸۴ م.)، در ابتدا پریشانی اخلاقی را این‌گونه تعریف کرد: «پریشانی اخلاقی احساسی است که وقتی فرد از انجام عملی که به درست بودن آن وافق است، بازداشته و یا مجبور به انجام کاری شود که بر نادرستی آن آگاه است، تجربه می‌شود.»

جامیتون بار دیگر در سال ۱۹۹۳ م. تعریف خود را اینگونه اصلاح کرد: در پریشانی اخلاقی پرستار می‌داند انجام کاری از نظر اخلاقی صحیح است اما فشارهای سازمانی و درگیری با دیگر همکاران موانعی را ایجاد می‌کند. پرستاری که در مواجهه با این

موانع عملکردش شکست می‌خورد، ممکن است علاوه بر استرس اولیه، دیسترس واکنشی را نیز نشان دهد. (صص ۵۵۲-۵۴۲)

منابع ایجاد پریشانی اخلاقی شامل عوامل خارجی از قبیل: امکانات محدود، فشارهای امنیتی، تجربه کردن درد، رنج و عدم کرامت بیماران می‌باشد. (کورلی، ۲۰۰۲ م، صص ۶۵۰-۶۳۶) عدم توانایی پرستاران در حل کردن این منابع استرس و عدم کنترل آن‌ها بر محیطشان می‌تواند باعث درگیری‌های بیشتر اخلاقی‌شان شود. (اومری، هنما، بیلت، لونا - راینس، برون، ۱۹۹۵ م، صص ۵۳-۴۳)

پیتر و لیاچنکو (۲۰۰۴ م) نشان دادند از آنجا که پرستاران به دلیل ماهیت حرفه‌شان، ارتباط نزدیکی با بیماران دارند بنابراین به نسبت دیگر اعضا تیم سلامت بیشتر مستعد پریشانی اخلاقی هستند. مطالعات کیفی فراوانی جهت تبیین تجربه پرستاران در مواجهه با مسایل اخلاقی که حاصل نگرش آنان به فشارهای حرفه‌ای و پریشانی اخلاقی می‌باشد انجام شده است. این مطالعات احساس بی‌کفایتی، عصبانیت، ناامیدی، سوء استفاده، محرومیت و غم و اندوه را به دنبال تجربه پریشانی اخلاقی توصیف کرده‌اند. همچنین در تعدادی از مطالعات پرستاران برای توصیف تجربه پریشانی اخلاقی واژه‌هایی مانند احساس ضعف، عدم کفایت و بی‌ارزش شدن را به کار بردند. (راگر ززولا، ۲۰۰۷ م، صص ۳۵۹-۳۴۳) الپرن و همکاران نیز متوجه شدند که پرستاران بخش ویژه میزان بالاتری از پریشانی اخلاقی را درک می‌کنند و این امر ارتباط مستقیمی با میزان تجربه پرستاران دارد. (۲۰۰۵ م، صص ۵۳۰-۵۲۳)

در مطالعه‌ای که توسط موبلی و همکاران در سال ۲۰۰۷ م. و رایس و همکاران در سال ۲۰۰۸ م. انجام شد نوعی ارتباط بین سن، مجموع سال‌های تجارب پرستاران و شدت و تکرار با موقعیت‌های درگیر با مراقبت‌های پزشکی بیهوده شناسایی شد. نتایج نشان داد همانطور که سال‌های عملکرد بالینی پرستاران افزایش می‌یابد،

فراوانی و شدت در معرض قرارگیری مراقبت‌های بیهوده پزشکی نیز افزایش می‌یابد. ($p < 0/001$) که منجر به آشکارشدن پریشانی اخلاقی به صورت خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی می‌شود. همچنین ارتباط معنی‌داری بین آمادگی آموزشی و پریشانی اخلاقی هنگامی که فرد با مراقبت‌های بیهوده پزشکی و ناکافی سروکار دارد، وجود دارد. (رایس، ردی، همریک، ورهیدب، ۲۰۰۸ م، صص ۳۶۰-۳۷۳)

با توجه به عوارض ناشی از پریشانی اخلاقی پرستاران و تاثیر مستقیم آن در عملکرد حرفه‌ای آن‌ها انجام این مطالعه از آن جهت مورد اهمیت است؛ که می‌توان گفت شناخت و بررسی میزان پریشانی اخلاقی اولین قدم در شناسایی و میزان درگیری پرستاران و کادر مراقبت سلامت با آن است. با توجه به این که در جستجویی که محققان در متون مرتبط انجام دادند موضوع تعیین پریشانی اخلاقی در پرستاران ایرانی کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ بنابراین، در این مطالعه میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم بررسی می‌شود و امید است نتایج این مطالعه در شناخت هرچه بیشتر این موضوع در حرفه پرستاری مؤثر باشد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در آن میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم در سال ۱۳۹۰ ش. که در زمان پژوهش دارای مدرک تحصیلی کارشناسی و یا کارشناسی ارشد پرستاری بودند و حداقل سابقه کاری آن‌ها شش ماه بود، مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه

پژوهش شامل کلیه پرستاران (۱۴۰ نفر) می‌باشد که به صورت سرشماری وارد مطالعه شده‌اند.

ابزار گردآوری داده‌ها علاوه بر فرم مربوط به مشخصات فردی که شامل اطلاعات مربوط به جنس، میزان تحصیلات، سابقه کاری، نوع استخدام، وضعیت تأهل، بخش محل کار، نام بیمارستان، سابقه فعالیت و میزان درآمد ماهیانه بود. از پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی (MDS)^۲ نیز استفاده گردید.

مقیاس پریشانی اخلاقی جامیتون اولین مقیاس سنجش پریشانی اخلاقی در جامعه پرستاران می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ گویه بوده است که میزان پریشانی اخلاقی را که پرستاران در شرایط و موقعیت‌های خاص تجربه می‌کنند، را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌دهی این ابزار با استفاده از فرمت ۷ گزینهای لیکرت برای سطوحی از پریشانی اخلاقی به ترتیب از خیلی کم تا خیلی زیاد می‌باشد. در متن پرسش‌نامه قید گردید در موضوعاتی که هیچ تجربه‌ای از مشکلات اخلاقی ویژه‌ای نداشتند آن گویه را بدون پاسخ بگذارند و در صورت مواجه با مشکل اخلاقی میزان آن را بر روی طیفی از کمترین (۱) تا بیشترین (۷) نشان دهد. اعتبار و اعتماد علمی ابزار سنجش پریشانی اخلاقی توسط دکتر وزیری و همکارانش در سال ۲۰۰۸ م. اندازه‌گیری شده است، که به ترتیب با استفاده از آزمون مجدد (test Re - test) و آلفاکرونباخ ۸۶٪ تعیین شده است. این پرسش‌نامه همراه با ۱۲ سؤال مربوط به میزان درآمد ماهیانه، امنیت شغلی، روابط بین همکاران، روابط علمی بین پرستار و پزشک و... می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. در این مطالعه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه و رگرسیون خطی برای تعیین ارتباط بین مشخصات دموگرافیک شامل نوع بخش، سن، سابقه

کاری، نوع استخدام، سمت پرستاران، نوبت کاری، سطح درآمد و مؤلفه‌های پریشانی اخلاقی استفاده شد. برای رعایت موازین اخلاق پژوهش قبل از انجام پژوهش مجوز انجام کار از دانشکده بین‌الملل و کمیته اخلاق اخذ شد. علاوه بر آن به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آنها محرمانه خواهد بود و شرکت در پژوهش اختیاری بوده و هر زمان که پرستاران تمایل داشتند می‌توانستند از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

در مجموع ۱۳۳ پرستار به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، که تمام آنها را زنان تشکیل دادند. ۶۶/۲ درصد (۸۸ نفر) آنها متأهل و ۳۲/۳ درصد (۴۳ نفر) از آنان مجرد می‌باشند. نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان داد که سابقه کاری پرستاران مورد پژوهش بین ۱ سال تا ۲۱ سال با میانگین ۶/۵۱ و انحراف معیار ۴/۲۹ می‌باشد. ۹۴/۷ درصد (۱۲۶ نفر) از شرکت‌کنندگان را پرستاران بالینی و بقیه را سرپرستاران با محدوده‌ی سنی ۲۱ تا ۴۵ سال تشکیل دادند. بیشتر پرستاران مورد پژوهش در این مطالعه (۶۴ نفر معادل ۴۸/۱ درصد) به صورت قراردادی مشغول به کار بودند. توزیع فراوانی درآمد ماهیانه پرستاران مورد بررسی نشان داد که بیشترین میزان درآمد بین ۵۰۰ تا ۶۹۹ تومان با فراوانی ۸۸ نفر (۶۶/۲ درصد) بوده است که ۸۸ نفر (۶۶/۲ درصد) پرستاران این میزان درآمد دریافتی ماهیانه را ناکافی قلمداد کردند.

جدول شماره ۱ پاسخ شرکت‌کنندگان در مطالعه را به برخی از سؤالات از قبیل: تعامل و همکاری علمی در محیط کار بین پزشکان و پرستاران، تصمیم در مورد استعفا و ترک شغل پرستاران، فرصت‌های ارتقای شغلی پرستاران، احساس امنیت

شغلی پرستاران، برخورداری از حمایت مدیران بیمارستان، همکاری مناسب بین همکاران و پرستاران، تمهیدات محیط کار برای ادامه تحصیل و حمایت پدر، مادر و همسر در شغل حاضر را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۱۹/۵ درصد از پرستاران مورد پژوهش اظهار داشتند که تعامل علمی در محیط کار بین پزشک و آنان خیلی زیاد است. همچنین ۴۰/۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش در مورد استعفا و ترک شغل زیاد تصمیم گرفته‌اند. ۴۲/۹ درصد از آنان نیز احساس امنیت شغلی کمی داشته و ۳/۵ درصد از آنان از حمایت مدیران بیمارستان برخوردار می‌باشند. ۵۷/۱ درصد پرستاران نیز اظهار داشته‌اند که تعامل بین همکاران و آنان زیاد می‌باشد.

جدول شماره ۱۵: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر اساس پاسخ به سؤالات

خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	
(۲۷/۱)۳۶	(۳۳/۸)۴۵	(۱۹/۵)۲۶	(۱۹/۵)۲۶	تعامل علمی بین پزشک و پرستار در محیط
(۱۴/۳)۱۹	(۳۰/۸)۴۱	(۴۰/۶)۵۴	(۱۴/۳)۱۹	تصمیم در مورد استعفا و ترک شغل
(۵۴/۹)۷۳	(۳۱/۶)۴۲	(۹/۸)۱۳	(۳/۸)۵	فرصت‌های ارتقای شغلی پرستاران
(۳۴/۶)۴۶	(۴۲/۹)۵۷	(۱۷/۳)۲۳	(۵/۳)۷	احساس امنیت شغلی پرستاران
(۳۹/۱)۵۲	(۳۹/۱)۵۲	(۱۶/۵)۲۲	(۵/۳)۷	برخورداری از حمایت مدیران بیمارستان
(۵/۳)۷	(۱۲/۸)۱۷	(۵۷/۱)۷۶	(۲۴/۸)۳۳	همکاری مناسب بین همکاران و پرستاران
(۴۶/۶)۶۲	(۴۶/۶)۶۲	(۴/۵)۶	(۲/۳)۳	تمهیدات محیط کار برای ادامه تحصیل
(۱۰/۵)۱۴	(۱۱/۳)۱۵	(۴۲/۹)۵۷	(۳۵/۳)۴۷	حمایت پدر، مادر و همسر در شغل حاضر

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش نمره کلی حاصل از پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی ۵/۰۴۱ می‌باشد که این نشان‌دهنده میزان بالای پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش در موقعیت‌های بالینی می‌باشد. (جدول شماره ۲)

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی میزان پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

میانگین	انحراف معیار
۵/۰۴۱	۰/۸۷۹

پریشانی اخلاقی

جدول شماره ۳ نشان‌دهنده میانگین و انحراف معیار گویه‌های حاصل از پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی می‌باشد. که نتایج نشان داده که بیشترین پریشانی اخلاقی پرستاران در ارتباط به گویه «اجرای دستورات و سیاست‌های سازمانی برای قطع درمان، وقتی که بیمار هزینه درمان را پرداخت نمی‌کند» می‌باشد.

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار گویه‌های پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی از دیدگاه پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم در سال ۱۳۹۰

گویه	میانگین \pm انحراف معیار
۱. کارکردن در موقعیتی که به دلیل کم‌بودن نیروی پرستاری، مراقبت ناکافی برای بیمار انجام می‌شود.	۵/۱۵ \pm ۱/۶۴
۲. انجام‌دادن آزمایشات و درمان‌های غیر ضروری برای بیماران در حال احتضار، که توسط پزشک دستور داده شده است.	۵/۳۳ \pm ۱/۸۴
۳. کمک کردن به پزشکی که به نظر شما درمان و مراقبت ناقص ارایه می‌دهد.	۵/۲۵ \pm ۱/۷۵
۴. کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش	۵/۵۷ \pm ۱/۶۷
۵. شروع کردن عملیات احیای زمانی که فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند.	۴/۸۹ \pm ۱/۵۰
۶. پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمار در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۴/۸۳ \pm ۱/۷۱
۷. پیروی کردن از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمار در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۴/۹۶ \pm ۱/۵۰
۸. انجام دستور پزشک برای آزمایشات و درمان‌های غیرضروری	۵/۰۹ \pm ۲/۲۳
۹. پیروی کردن از دستور پزشک مبنی بر خودداری از گفتن حقیقت به بیمار، وقتی که بیمار از شما سؤال می‌کند.	۴/۹۰ \pm ۱/۴۶

۴/۷۳±۶۳/۱	۱۰. پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با عدم اطلاع‌رسانی به خانواده بیمار در مورد وضعیت بیمار (Code Status) زمانی که بیمار وضعیت خوبی ندارد.
۵/۶۸±۴۳/۱	۱۱. فقط شاهدبودن و عدم مداخله در مواردی که پرسنل بهداشتی به ارزش‌های بیمار احترام نمی‌گذارند.
۴/۳۶±۱/۵۸	۱۲. مراقبت‌نمودن از بیمار شدیداً مصدوم (End Stage) وابسته به دستگاه احیای تنفسی در شرایطی که کسی برای جدائی او از دستگاه تصمیم نمی‌گیرد.
۴/۸۸±۱/۶۹	۱۳. پیروی نمودن از درخواست و تقاضای خانواده برای ادامه دستگاه احیای تنفسی، وقتی که به نفع بیمار نیست.
۴/۴۹±۲/۶۵	۱۴. وقتی که به دانشجویان جهت افزایش مهارت‌های خود، اجازه داده می‌شود که روی بیمار پروسه دردناک اجرا نمایند.
۴/۵۱±۱/۷۹	۱۵. کمک کردن به پزشکی که پس از یک CPR ناموفق، هنوز به تمرین پروسه احیای ادامه می‌دهند.
۴/۶۸±۱/۸۴	۱۶. آماده کردن بیمار مسن در حال احتضار متصل به دستگاه احیای تنفسی برای جراحی و خارج نمودن یک توده.
۵/۴۶±۱/۳۶	۱۷. انجام دادن یک وظیفه شغلی، در حالی که برای انجام آن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای ندارم.
۴/۰۰±۲/۲۳	۱۸. ارایه مراقبت بهتر برای بیماران متمول (پولدار) نسبت به کسانی که این توانائی را ندارند.

۱۹.	چشم‌پوشی نمودن از موارد مشکوک به آزار بیماران توسط مراقبین	۵/۶۵±۱/۳۹
۲۰.	چشم‌پوشی نمودن از موقعیتی که فکر می‌کنم به بیمار اطلاعات دقیق در مورد رضایت‌نامه داده نشده است.	۵/۱۸±۱/۵۰
۲۱.	ترخیص نمودن بیماری که علی‌رغم بستری طولانی مدت در بیمارستان هنوز آموزش لازم به او داده نشده است.	۴/۹۳±۱/۴۳
۲۲.	اجرا نمودن یک پروسه و روند درمانی، وقتی که بیمار در مورد آن اطلاعات دقیق و کافی ندارد.	۴/۹۲±۱/۴۲
۲۳.	اجرای دستورات و سیاست‌های سازمانی برای قطع درمان، وقتی که بیمار هزینه درمان را پرداخت نمی‌کند.	۵/۸۵±۱/۴۳
۲۴.	چشم‌پوشی و عدم گزارش، وقتی که همکار پرستار در دادن دارو مرتکب خطا می‌شود.	۵/۷۲±۱/۴۰
۲۵.	کمک کردن به پزشکی که آزمایش یا درمانی را بدون رضایت بیمار انجام می‌دهد.	۵/۲۶±۱/۴۰
۲۶.	پیروی کردن از دستور پزشک برای خودداری از مطلع نمودن بیمار از وضعیت بیماری (Code Status).	۵/۱۸±۱/۴۴
۲۷.	پیروی کردن از خواسته خانواده بیمار برای مراقبت، وقتی که با خواسته خانواده موافق نیستیم.	۵/۱۰±۱/۵۲
۲۸.	تبدیل کردن داروی خوراکی به وریدی برای بیماری که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند.	۴/۴۸±۱/۷۹

نتایج نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین سن ($p=0/00$)، سابقه کار (۱) ($p=0/00$)، میزان تعامل و همکاری علمی بین پزشک و پرستار ($p=0/00$)، تصمیم‌گیری در مورد ترک شغل و استعفا ($p=0/00$)، فرصت‌های ارتقای شغلی (۳) ($p=0/00$)، احساس امنیت شغلی ($p=0/00$)، میزان برخورداری از حمایت مدیران بیمارستان ($p=0/00$) با پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش دیده شده است. همچنین بیشترین میزان پریشانی اخلاقی را پرستاران شاغل در بخش زنان به خود اختصاص دادند اما ارتباط معنی‌داری بین نوع بخش و میزان پریشانی اخلاقی پرستاران دیده نشد. ($p=0/131$)

بحث

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین پریشانی اخلاقی کلی پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم ۵/۰۴۱ از ۷ می‌باشد. که این نتیجه نشان‌دهنده میزان بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش می‌باشد. مطالعه فرای و درمن نیز نشان داده است که حداقل یک سوم (تعداد ۴۷۰ نفر) تجربه پریشانی اخلاقی را داشته‌اند. (۲۰۰۰ م، صص ۳۶۶-۳۶۰) همچنین مطالعه مایدن در سال ۲۰۰۸ م. نشان داده است که میانگین پریشانی اخلاقی پرستاران بخش ویژه ۳/۸۹ از ۷ بوده است. کورلی در مطالعه‌ای با استفاده از مقیاس پریشانی اخلاقی (MDS) میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه را مورد بررسی قرار داد که نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران شاغل در این بخش سطح متوسط به بالایی از پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند. که تمام نتایج حاصل از مطالعات دیگر با پژوهش حاضر همخوانی دارد. (کورلی، السویک، جورمن، کلور، ۲۰۰۱ م، ۲۵۶-۲۵۰)

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که کارکردن با کمبود کارکنان و نیروی انسانی از نظر اخلاقی برای پرستاران استرس‌زا خواهد بود. نیروی انسانی ناکافی پرستاران را برای پاسخ‌گویی به نیازهای بیماران و مراقبت مناسب آن‌ها دچار مشکل می‌کند. در این صورت پرستاران نمی‌توانند مراقبت‌هایی را که به اعتقادشان، حق بیماران هست را ارائه دهند. (گوئتر، توماس، ۲۰۰۶ م، صص ۳۷۶-۳۷۰؛ سایلن، تانگ، وادستن، الستورم، ۲۰۰۸ م، صص ۲۳۱-۲۲۲) نتایج حاصل از این مطالعه نیز نشان می‌دهد که میانگین بالای (۵/۵۷) پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در ارتباط با گویه «کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش» می‌باشد.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از این است که پریشانی اخلاقی حاصل از موقعیت‌های تنش‌زا در بالین، پرستاران را به ترک حرفه خویش و جابه‌جایی شغلی وا می‌دارد و باعث فرسودگی شغلی می‌شود. در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین میزان پریشانی اخلاقی و میزان تصمیم‌گیری در مورد استعفاء و ترک شغل وجود دارد ($p=0/00$). شاکری‌نیا در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ ش. تحت عنوان «آشفتگی اخلاقی: فشار روانی پنهان در حرفه پرستاری» می‌نویسد:

«برای مقابله با آشفتگی اخلاقی، پرستاران از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های زیستی - روانی خود استفاده می‌کنند؛ اما با ادامه‌ی این شرایط، با درهم‌شکسته شدن منابع مقاومت در پرستاران، پی‌آمدهایی نظیر رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود، نهایتاً با ادامه‌ی شرایط استرس‌زا، پرستارانی که دچار آشفتگی اخلاقی هستند، بیش‌تر احتمال دارد که بخش محل کار خود را تغییر داده، حرفه پرستاری را ترک می‌کنند.» (صص ۲۶-۳۷)

اما در مطالعه مایدن در سال ۲۰۰۸ م، ۹۰/۵ درصد افراد ذکر کردند که تمایل به ترک حرفه خود ندارند و فقط ۹/۵ درصد افراد راجع به ترک حرفه خود اظهار تمایل کردند. در مطالعه حاضر ارتباط معنی‌دار بین تمایل ترک شغل و پریشانی

اخلاقی را می‌توان احتمالاً به دلیل تأثیر پریشانی اخلاقی به عنوان عاملی تنش‌زا دانست که مستقیماً به نوع کار و ارتباط با شرایط تصمیم‌گیری‌های حساس در مورد مددجویان در ارتباط می‌باشد. بنابراین گاهی به دنبال اثر افزایشی پریشانی اخلاقی بر مشکلات محیطی، تصمیم به ترک شغل در ذهن بسیاری از پرستاران متبادر می‌شود.

رویه‌های بیهوده‌ی پزشکی از جمله علت‌های به وجود آورنده‌ی پریشانی اخلاقی است، بدین معنی که امکانات مورد استفاده برای این مراقبت‌های بیهوده را می‌توان در مورد بیماران نیازمند استفاده کرد و تأثیر بهتری از آن‌ها دید. مراقبت‌های بیهود پزشکی به عنوان «درمان‌ها و مداخلات طولانی کننده عمر» است که، هیچ نفع پزشکی برای بیمار ندارد و این درمان‌ها و مداخلات هیچ‌گاه نمی‌توانند وابستگی بیماران را به مراقبت‌های پزشکی پایان دهند. (فرل، ۲۰۰۶، م. صص ۹۳۰-۹۲۲؛ ملترز، هوچکابی، ۲۰۰۴، م. صص ۲۰۸-۲۰۲) استفاده نادرست از منابع از قبیل دستورات آزمایشگاهی غیر ضروری، یا استفاده از امکانات وسیع برای بیماران تحت درمان‌های پزشکی بیهوده، یا پیامد کیفیت زندگی پائین، ناراحت‌کننده و استرس‌آور است. معمولاً پرستاران درد و رنج زیادی را تحمل می‌کنند دچار فشار روانی و مسؤولیتی زیادی می‌شوند مخصوصاً زمانی که بدانند اغلب این درمان‌ها برای بیماران بیهوده است. آنان اغلب با تردیدهای اخلاقی در انجام مراقبت‌های پرستاری روبرو هستند. (هارت، ۲۰۰۹، م. ص ۱۰) یافته‌های مطالعه حاضر نشان داده است که انجام دستور پزشک برای درمان‌ها و آزمایشات غیر ضروری و یا برای بیماران در حال احتضار میزان بالایی از پریشانی اخلاقی را برای پرستاران ایجاد می‌کند. ($mean=5/33$) در مطالعه کورلی و همکاران (۲۰۰۵، م.) گویه مربوط به پیروی از دستورات پزشک برای آزمایشات و درمان‌های غیر

ضروری برای بیماران صعب‌العلاج از لحاظ فراوانی ایجاد پریشانی اخلاقی در رتبه دوم قرار داشته است. که نتیجه فوق با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد. (صص ۳۸۱-۳۹۰)

با توجه به نتایج مطالعه حاضر تفاوت معنی‌دار آماری بین سن، سابقه کار و میانگین پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش وجود دارد (سن $p=0/00$)، سابقه کار ($p=0/01$)، کورلی (۱۹۹۵ م.) و کورلی و همکاران (۲۰۰۵ م.) دریافتند که حد متعادلی از پریشانی اخلاقی در پرستاران وجود دارد و گزارش کردند که سطح تحصیلات، سن و میزان تجربه کاری می‌تواند شدت پریشانی اخلاقی را پیش‌بینی کند. وجود رابطه منفی بین سن و شدت پریشانی اخلاقی شاید ناشی از نقش تجربه در یادگیری راه‌حلی‌هایی باشد که کمک می‌کند پرستاران بر تنش‌های تجربه‌شده غلبه کنند. (کورلی، ۱۹۹۵ م، صص ۲۸۵-۲۸۰) این رابطه منفی بین سن و سابقه کاری با میزان و شدت پریشانی اخلاقی بدین منظور است که پرستاران جوان تجربه، مهارت و دانش لازم را جهت غلبه بر محدودیت‌ها نداشته و خیلی سریع‌تر خود را در مقابل مشکلات ناتوان احساس می‌کنند. اما پرستاران با سابقه کاری بیشتر با توجه به تجربه حاصل از مواجهه‌شدن با موقعیت‌های مختلف از نظر اخلاقی، به راحتی می‌توانند معضلات اخلاقی در بالین را مدیریت کنند.

نتیجه

امروزه آگاهی پرستاران از مسؤولیت‌های اخلاقی خود در اراییه‌ی مراقبت‌ها در حال افزایش است؛ اما آنان گاهی در شناسایی معضل اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضل اخلاقی دشواری‌هایی دارند. در واقع استمرار فعالیت پرستاران آنان را بیش از دیگر گروه‌های تیم سلامت با معضلات اخلاقی محیط کار مواجه می‌کند. معضلاتی که در بسیاری از موارد یا راه حل روشن و مشخصی برای آن وجود ندارد یا امکان به کارگیری راه حل متناسب در شرایط ویژه وجود ندارد. این موضوع موجب می‌شود که پرستاران در طی کار روزانه خود مداوم در معرض انواع تنش‌های روحی و جسمی قرار گیرند. با توجه به تأثیر و پیامدهای پریشانی اخلاقی بر روی پرستاران، مدیران پرستاری باید برای مقابله و یا کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران، بر روی منابع سازمانی تمرکز کنند. شاید بتوان گفت نقص عوامل مدیریتی از قبیل فشار جهت کاهش هزینه‌ها می‌توانند نقش مهمی را در ایجاد پریشانی در بین کارکنان پرستاری داشته باشد. همچنین با توجه به این که پریشانی اخلاقی همراه با فرسودگی شغلی، سرخوردگی و استعفا از کار همراه است عضویت پرستاران در کمیته اخلاق بیمارستان می‌تواند یکی از راه حل‌های مؤثر برای بررسی و تدوین راه کارهای کاهش پریشانی اخلاقی باشد. به نظر می‌رسد ایجاد تمهیداتی جهت مشاوره و بیان موقعیتهای استرس‌زای اخلاقی و آموزش راهبردهای مقابله‌ای با پریشانی اخلاقی می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود با توجه به میزان و پیامدهای حاصل از پریشانی اخلاقی در بین پرستاران مطالعات مداخله‌ای برای بررسی تأثیر راهبردهای کاهش شدت پریشانی در بین این گروه از مراقبت‌دهندگان سلامت انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

از تمام پرستاران عزیز شاغل در مراکز درمانی شهر بم که در انجام این مطالعه با ما همکاری صمیمانه‌ای داشته‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین از معاونت محترم تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل حمایت مالی این طرح قدردانی می‌گردد. این مقاله حاصل پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری می‌باشد.

پی‌نوشت‌ها

- ¹- Euthanasia
²- Moral Distress Scale

فهرست منابع

- عادل‌ی، ح؛ حیدری، ا - (۱۳۸۹ ش.)، فرصت مطالعاتی اخلاق پزشکی در مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره‌ای سوم.
- چودین و - (۱۳۸۸ ش.)، اخلاقیات در پرستاری: ارتباط مراقبتی همراه با کدهای عملکرد حرفه‌ای، (ترجمه سودابه جولایی و ناهید دهقان‌نیری)، تهران، نشر مهر رواش، چاپ اول.
- محمودی‌شن، غ؛ الحانی، ف؛ احمدی، ف؛ کاظم‌نژاد، ا - (۱۳۸۹ ش.)، مضامین اخلاقی در سبک زندگی حرفه‌ای پرستاران: یک مطالعه کیفی به شیوه تحلیل محتوای استقرایی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۲(۳).
- ابراهیمی، ح؛ نیک‌روش، م؛ اسکویی، ف؛ احمدی، ف - (۱۳۸۵ ش.)، جلوگیری از آسیب به بیمار یا پرستار: تعارض اخلاقی عمده‌ی پرستاران در حیطه تصمیم‌گیری اخلاقی، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ۴ (۵۷).
- برهانی، ف؛ عباس‌زاده، ع؛ کهن، م؛ فضایل، م - (۱۳۸۹)، مقایسه توانایی استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان در برخورد با معضلات اخلاقی، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۳ (۴).
- Borner MR, sampaio MA. (1997). The exercise of nursing in its bioethics dimensions. Rev lat Am enfermagen.5(3):33_38.
- kim s,park j, seo y,h s.(2005). SENSITIVITY TO ETHICAL ISSUES CONFRONTED BY KOREAN HOSPITAL STAFF NURSES. Nursing Ethics. 12 (6).595-605.
- Elpern, E., Covert, B., & Kliempell, R. Moral Distress of staff nurses in a medical intensive care unit. American Journal of Critical Care. (2005);14(6):523-530
- Mobleya MJ, Radya MY, Verheijdeb JL, Patel B, Larson JS. the relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit.intensive and critical care nursing.2007;23:256_530
- Jameton, A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. 1984
- Jameton, A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. Clinical Issues Perinatal Women's Health Nursing.1993; 4:542-551

- Corley, M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):636-650
- Omery, A., Henneman, E., Billet, B., Luna-Raines, M., & Brown-Saltzman, K. . . Ethical issues in hospital-based nursing practice. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 1995; 9(3):43-53
- Peter, E., & Liaschenko, J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Journal of Nursing Inquiry*.2004;11:218-225
- Rager Zuzelo, P. Exploring the moral distress of Registered Nurses. *Nursing Ethics*,2007;14(3): 343-359
- Rice, E., Rady, M., Hamrick, A., Verheijde, J., Pendergast, D.Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*.2008; 16(3):360-373
- Redman, B., & Fry, S. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing Ethics*.2000; 7 (4): 360-366
- Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress ,compassion fatigue , medication error and critical care nursing. [PhD dissertation]. USA university of san diego,2008
- Corley, M., Elswick, R., Gorman, M., Clor, T.Methodological issues in nursing research: Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*.2001; 33(2): 250-256
- Gunther, M., & Thomas, S.Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *Journal of Nursing Scholarship*.2006; 38(4): 370-376
- Silen, M., Tang, P., Wadensten, B., & Ahlstorm, G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *Journal of Neuroscience Nursing*.,2008;40(4): 222-231
- The Shakrnya. Moral distress: Psychological pressure, hidden in the nursing profession. *History of Medical Ethics* 1390; 4 (3): 26_37 [Persian]
- Ferrell, B.Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncology Nursing Forum*.2006; 33(5): 922-930
- Meltzer, L., & Huckabay, L.Critical care nurses' perceptions of futile care and its effects on burnout. *American Journal of Critical Care*2004; 13:202-208
- Hart TJ, MORAL DISTRESS IN A NON-ACUTE CONTINUING CARE SETTING: THE EXPERIENCE OF REGISTERED NURSES. the degree of Master of Science tesis,Queen's University Kingston, Ontario, Canada August, 2009;pp10
- Corley, M., Minick, P., Elswick, R., Jacobs, M. Nurse Moral Distress and ethical work environment. *Nursing Ethic*. 2005;12(4): 381-390
- Corely MC. Moral distress of critical care nurses. *American Journal of critical care*.1995 ;(4):280_85

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

عباس عباس‌زاده؛ دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فریبا برهانی؛ استادیار، دکترای آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

سهیلا کلانتری؛ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز آموزشی بین‌الملل بم (نویسنده‌ی مسؤل)

نشانی الکترونیکی: sa.kalantary@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۵/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۷/۵