

ارتباط دیسترس اخلاقی پرستاران با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر در بخش‌های ویژه

عباس عباس‌زاده

فریبا برهانی

فرخنده شریف

فخرالسادات طفرایی^۱

چکیده

اهداف: هدف از انجام این مطالعه بررسی ارتباط میزان دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه با نگرش آنان در زمینه تصمیم‌گیری‌های پایان عمر می‌باشد.

روش: ۱۱۷ نفر از پرستاران آی.سی.یو.های شهر شیراز با تکمیل پرسشنامه‌ای در این طرح شرکت کردند و بدین وسیله سطح دیسترس اخلاقی و نگرش آنان در رابطه با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر سنجیده شد.

یافته‌ها: میان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($r=0.703, p=0.00$). میانگین نمره در تمایل به قطع درمان 2.75 ± 1.2 بود و ارتباط مستقیم و معنی‌داری با میانگین تکرار واقعه در دیسترس اخلاقی ($p=0.03$) داشت. در تمایل به اتانازی میانگین نمره 2.05 ± 1.04 بود و رابطه مستقیم و معنی‌داری با میانگین تکرار واقعه در دیسترس اخلاقی ($P=0.00$) داشت و در عدم انجام احیاء میانگین نمره 2.87 ± 1.23 بود که با میانگین شدت دیسترس اخلاقی ارتباط مستقیم و معنی‌داری ($p=0.03$) داشت.

نتیجه‌گیری: در کل میزان دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های آی.سی.یو. بیش از حد متوسط و با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر در ارتباط بود.

واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، تصمیم‌گیری پایان عمر، پرستار بخش ویژه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: staan3000@yahoo.com

مقدمه

امروزه رشد و پیشرفت تکنولوژی در سیستم بهداشت و درمان، باعث طولانی‌تر شدن دوران حیات شده است (الیوت و همکاران، ۲۰۰۷ م.). درمان‌های حفظ‌کننده حیات، به تمامی مداخلات درمانی گفته می‌شود که به افزایش طول عمر بیمار می‌انجامد، مانند استفاده از ونتیلاتور، داروها و آنتی‌بیوتیک‌ها، فراورده‌های خونی و...، اما همین تکنولوژی با وجود حفظ برخی از علائم حیاتی، کمتر قادر به درمان بیماران می‌باشد (الیوت و همکاران، ۲۰۰۷ م.). لذا اخیراً رویکردهای پایان عمر یکی از ۱۰ موضوع بحث‌برانگیز اخلاقی در مراقبت‌های بهداشتی محسوب می‌شود (زاهدی و همکاران، ۲۰۰۷ م.).

پرستاران به عنوان یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های حرف بهداشت و درمان، نقش مهمی در مراقبت از بیماران پایان عمر ایفا می‌کنند (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.). آن‌ها مکرر با پدیده مرگ به خصوص در بخش‌های ویژه روبرو می‌شوند (موبلی و همکاران، ۲۰۰۷ م.). بیشترین مرگ‌های بیمارستانی در بخش‌های ویژه رخ می‌دهد که بیش از نیم‌میلیون در سال می‌باشد (کارسون، ۲۰۰۹ م.). بنابراین مراقبت از بیماران بخش‌های ویژه در بیشتر موارد، جنبه حمایتی دارد تا درمانی (الیوت و همکاران، ۲۰۰۷ م.).

کارکردن با یک بیمار در حال مرگ باعث بروز احساس تأسف، ناراحتی، ناامیدی، اضطراب، خستگی، افسردگی، خشم و گناه در پرستاران می‌شود (خادر و همکاران، ۲۰۱۰ م.) و اغلب آن‌ها اعلام می‌دارند که در مراقبت از این‌گونه بیماران احساس ناخوشایندی دارند (تلن، ۲۰۰۵ م.).

در سال ۱۹۸۴ برای اولین بار، اندرو جیمتون دیسترس اخلاقی را چنین توصیف کرد: احساسات دردناک یا عدم موازنه روانی ناشی از ناتوانی فرد در انجام دادن وظایف محوله، منطبق بر ارزش‌های اخلاقی و شخصی خود به علت محدودیت‌های داخلی و خارجی (اولرپچ و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ خویی و همکاران، ۲۰۰۸ م.). همانطور که از این تعریف بر می‌آید این پدیده زمانی رخ می‌دهد که فرد در

مراتب شخصی یا حرفه‌ای، گزینه اخلاقی صحیح را بشناسد، اما نتواند بدان جامه عمل بپوشاند (اردن و استیسی، ۲۰۰۶ م.).

علی‌رغم شیوع بسیار بالای دیسترس اخلاقی در میان کادر پزشکی، این موضوع در این گروه کمتر مورد توجه واقع شده (خویی و همکاران، ۲۰۰۸ م.)، اما اخیراً در پرستاری به عنوان یک مشکل جدی مورد بحث قرار گرفته است (اردن و همکاران، ۲۰۰۶ م.).

زمانی پرستار دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کند که در مراقبت از یک بیمار آسیب‌پذیر، دچار نگرانی است، ولی عوامل خارجی، مانع انجام بهترین عمل برای بیمار می‌شوند. این عوامل خارجی می‌تواند شامل حجم بالای کار، فقدان اختیار در حیطه وظایف کاری، محدودیت در مسیر بهبود مهارت‌ها، نبود حمایت از سوی مافوق (راگزدال، ۲۰۰۶ م.؛ زوزلو، ۲۰۰۷ م.)، درمان‌های تهاجمی در بیماران پایان عمر، آزمایشات غیر ضروری و طولانی‌تر کردن فرایند مرگ (مک، ۲۰۱۰ م.) باشد. در چنین زمانی، عمل کردن بر خلاف شخصیت و ارزش‌های حرفه‌ای، اختیار، تمامیت، فردیت و ارزش به خود را در پرستار به خطر می‌اندازد و بر زندگی فردی، خانوادگی، روابط شخصی، حرفه‌ای و کیفیت مراقبت از بیماران تأثیر منفی می‌گذارد (اردن و همکاران، ۲۰۰۶ م.؛ جول، ۲۰۰۳ م.). در زمان شروع دیسترس اخلاقی، عوارض به صورت احساس خشم، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه، عدم عزت نفس، استرس، خستگی، عدم رضایت شغلی، افسردگی، ناتوانی (زوزلو، ۲۰۰۷ م.؛ مک، ۲۰۱۰ م.؛ الپرن و کاورت، ۲۰۰۵ م.؛ پیرز و استیمن، ۲۰۱۰ م.)، احساس شرم، ترس و دل سردی (مک، ۲۰۱۰ م.) بروز می‌کند.

اکثر مطالعات پیرامون دیسترس اخلاقی در فضای بخش‌های ویژه صورت می‌گیرد. از جمله دلایل اصلی بروز دیسترس اخلاقی در بخش‌های ویژه، مراقبت بیهوده و درمان‌های تهاجمی و بی‌فایده، کنترل ناکافی علائم و تسکین ناخوشایند آن (رایس و همکاران، ۲۰۰۸ م.)، مراقبت با کیفیت ضعیف، دفاع ناموفق از بیمار، امید واهی دادن به بیمار و خانواده‌اش می‌باشد (پیرز و همکاران، ۲۰۱۰ م.).

مراقبت از بیماران پایان عمر که از لحاظ جسمی و روحی زجر می‌کشند، دیسترس اخلاقی را افزایش می‌دهد (بالدوین، ۲۰۱۰ م.) و پرستاران را بر این می‌دارد که همواره در مراقبت از بیماران پایان عمر درگیر تصمیم‌گیری‌ها و در جستجوی یک پاسخ اخلاقی برای آن باشند (مک‌ملن، ۲۰۰۸ م.). چنین تصمیم‌گیری‌هایی در هر مکانی و برای هر شخصی بسیار حساس و پر تنش می‌باشد (زاهدی و همکاران، ۲۰۰۷ م.) و به استفاده یا عدم استفاده از درمان، برای یک بیمار اشاره دارد (تلن، ۲۰۰۵ م.).

این تصمیمات می‌تواند شامل عدم شروع یا قطع درمان‌های تداوم بخش حیات، تجویز داروهایی با نیت تسریع روند مرگ (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.) و دستور عدم احیاء بیماران (الیوت و همکاران، ۲۰۰۷ م.) باشد.

از جمله واکنش‌های عمده پرستاران در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، دیسترس اخلاقی است (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۰۷ م.)، زیرا اعمالی چون قطع درمان و اتانازی استرس اخلاقی زیادی را به پرستاران وارد می‌سازد (مک‌ملن، ۲۰۰۸ م.).

درگیری مسلم پرستاران در این تصمیمات سؤالات بسیاری را درباره عقیده شخصی و نگرش آنان در این بین مطرح می‌سازد (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.). عوامل بسیاری بر ماهیت نگرش در خصوص مراقبت و تصمیم‌گیری‌های پایان عمر تأثیرگذار است که از آن جمله می‌توان به تفاوت‌های مذهبی، فرهنگی (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.; اسپرانگ و همکاران، ۲۰۰۷ م.)، اقتصادی (زاهدی و همکاران، ۲۰۰۷ م.)، کشوری و منطقه‌ای، نژادی، قانونی، اجتماعی و سنت (یاگوچی و کورتیس، ۲۰۰۵ م.) سطح تحصیلات، آموزش و تجربه حرفه‌ای (جیانینی و پسینا، ۲۰۰۳ م.; شرر و جزوسکی، ۲۰۰۶ م.) اشاره داشت.

در سال ۲۰۰۹ در فنلاند، نگرش پرستاران درباره تصمیم‌گیری‌های پایان عمر مورد بررسی قرار گرفت، محققین دریافتند که اکثر پرستاران باور دارند که نقش مهمی در روند این تصمیم‌گیری‌ها بازی می‌کنند، به طوری که ۵۱٪ از پرستاران

مورد مطالعه، طی یک سال گذشته، تجربه چنین تصمیماتی را داشتند (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.).

در واقع پرستاران نقش محوری در قطع درمان‌های تداوم بخش حیات بازی می‌کنند. آن‌ها در مطلع ساختن خانواده از تشخیص و پیش‌آگهی بیمار، بررسی و حمایت آنان و مدیریت و همکاری با پزشک در تصمیم‌گیری‌ها عملکرد خود را نشان می‌دهند (کارسون، ۲۰۰۹ م.).

ابراهیمی و همکاران در سال ۲۰۰۷ از بررسی واکنش پرستاران ایرانی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دریافتند که تنیدگی شغلی و دیسترس اخلاقی از واکنش‌های عمده پرستاران می‌باشد و در این میان عواملی چون ویژگی‌های فردی و شغلی، خصوصیات بیمار و خانواده‌اش، ویژگی پزشکان و شرایط مدیریتی و سازمانی نقش مهمی را بازی می‌کند (ابراهیمی و همکاران، ۲۰۰۷ م.).

با توجه به نتایج این مطالعات و نیز متون موجود به نظر می‌رسید که میان دیسترس اخلاقی پرستاران و نگرش آنان در رابطه با تصمیمات پایان عمر ارتباطی وجود داشته باشد و این انگیزه انجام تحقیقی شد که مقاله آن هم اکنون پیش روی شماست.

روش

این مطالعه از نوع همبستگی می‌باشد و جامعه مورد مطالعه را پرستاران بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز تشکیل می‌دادند که در انواع بخش‌های ویژه به کار اشتغال داشتند و واجد معیارهای ورود بودند. معیارهای ورود شامل داشتن حداقل ۱ سال سابقه کار در ICU، داشتن مدرک کارشناسی پرستاری به بالا و سن کمتر از ۵۵ سال بود.

تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های دولتی شیراز که واجد معیارهای ورود بودند حدود ۲۵۰ نفر تخمین زده شد، لذا با توجه به محدودیت این حجم از نمونه، تمامی پرستاران، جزو نمونه‌ها در نظر گرفته شدند.

اما از این تعداد ۱۱۷ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ‌های کاملی دادند و این اطلاعات طی سه ماه جمع‌آوری شد.

ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۳ قسمت اصلی بود که هریک پس از اطمینان از صحت ترجمه مورد استفاده قرار گرفت.

در قسمت اول پرسشنامه به بررسی مشخصات دموگرافیک شامل ویژگی‌های فردی (سن، جنس، وضعیت تأهل سطح تحصیلات، دین و مذهب) و حرفه‌ای (سابقه کار در آی.سی.یو، نوع آی.سی.یو محل خدمت، نوع استخدام، شیفت غالب) افراد پرداخته شد.

میزان دیسترس اخلاقی پرستاران در قسمت دوم سنجیده شد که پرسشنامه آن اولین بار توسط کورلی طراحی و در سال ۱۹۹۷ تکمیل و در سال ۲۰۰۵ مورد تجدید نظر واقع شده است. این ابزار که متداول‌ترین و معتبرترین پرسشنامه موجود در این زمینه می‌باشد، شامل ۳۸ گویه است که ۱۹ گویه آن به مراقبت از بیماران پایان عمر مربوط می‌شود و در این مطالعه از آنان استفاده شد. پیش از این بلک هال و نیز پیرز و همکاران در مطالعات خود در سال ۲۰۱۰ پیرامون مراقبت‌های پایان عمر، از همین ۱۹ گویه بهره جسته بودند.

در این پرسشنامه بررسی دیسترس اخلاقی پرستاران از دو بعد شدت و تکرار ارزیابی شد و به هر گویه از ۰ (کمترین) تا ۶ (بیشترین) نمره تعلق گرفت که توسط نمونه‌های مورد مطالعه تعیین می‌شد. بنابراین مجموع امتیازات در هر قسمت (شدت و تکرار) از ۰ تا ۱۱۴ متغیر و عدد بیشتر به معنی دیسترس اخلاقی بیشتر بود. روایی پرسشنامه مورد استفاده در این تحقیق، ۹۱،۱۴٪ ارزیابی و پایایی آن با الفا کرونباخ ۰،۹۴۳ تأیید شد. جهت تعیین روایی از شاخص روایی محتوا استفاده شد.

قسمت سوم، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته و برگرفته از پژوهش‌های صورت گرفته توسط اینگلبرت، جیانینی، یاگوچی و شرر در سال‌های مختلف و شامل سؤالاتی بود که به بررسی نگرش پرستاران در رابطه با تصمیم‌گیری‌های

پایان عمر می‌پرداخت. این پرسشنامه با روایی ۹۸,۰۳٪ شامل ۸ گویه بود که هر یک به ۵ رتبه از ۱ (بسیار مخالف) تا ۵ (بسیار موافق) تقسیم می‌شد. هر گویه به تنهایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($\alpha = 0.715$).

پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات حاصل با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 تجزیه و تحلیل شد. جهت تعیین رابطه بین میزان رنجیدگی اخلاقی و نگرش در زمینه تصمیم‌گیری‌های پایان عمر از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت تعیین فراوانی مطلق و نسبی متغیرها از آزمون‌های توصیفی (میانگین، درصد، انحراف معیار و...) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سن نمونه‌های مورد مطالعه $31,38 \pm 5,65$ سال بود که ۸۸,۹٪ را زنان تشکیل می‌دادند و ۵۹,۸٪ متأهل و همگی مسلمان و شیعه بودند. میانگین سابقه کار در بخش ویژه $4,64 \pm 5,59$ سال بود.

۹۳,۲٪ افراد دارای مدرک کارشناسی پرستاری و ۳,۴٪ مدرک کارشناس ارشد پرستاری و ۳,۴٪ کارشناس ارشد سایر رشته‌ها را داشتند. ۸۶,۳٪ از پرستاران شیفت در گردش و بقیه شیفت ثابت داشتند.

۱۵,۴٪ از پرستاران در بخش ICU داخلی و ۷,۷٪ در ICU عمومی، ۱۳,۷٪ در ICU جراحی، ۱۷,۹٪ در ICU جراحی قلب، ۳,۴٪ در ICU سوختگی، ۲۳,۱٪ در ICU مغز و اعصاب و ۱۸,۸٪ در ICU تروما فعالیت می‌کردند.

میزان شدت دیسترس اخلاقی و تکرار آن به طور جداگانه اندازه‌گیری شد که میانگین شدت دیسترس اخلاقی پرستاران $1,36 \pm 1,14$ و میانگین تکرار اتفاقات $1,14 \pm 1,34$ بود. میان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی رابطه مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($R=0.703$ و $P=00$).

میانگین میزان شدت دیسترس اخلاقی در زنان ۶۱٫۹۴ و در مردان ۵۵٫۱۲ و در پرستاران متأهل ۶۵٫۴۹ که از مجردها و همین‌طور از میانگین کلی به دست آمده بیشتر بود.

در کارشناسان ارشد پرستاری میانگین شدت دیسترس اخلاقی (۷۹٫۷۵) و میانگین تکرار (۷۷٫۷۴) آن از کارشناسان و نیز از میانگین به دست آمده کل بیشتر بود.

میان سابقه کار در ICU، نوع بخش ویژه، شیفت غالب و بارداری با شدت و تکرار دیسترس اخلاقی رابطه معنی‌داری یافت نشد، اما میان شدت دیسترس اخلاقی با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($p=0.03$)، همچنین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی با وضعیت تحصیلات ارتباط معنی‌داری را نشان می‌داد ($p=0.01$).

امتیاز هر گویه در پرسشنامه دیسترس اخلاقی، از ۰ تا ۶ سنجیده شد که در میان گویه‌ها بیشترین میانگین شدت (4.31 ± 1.68) و تکرار (4.21 ± 1.71) دیسترس اخلاقی به گویه «کارکردن با پرستارانی که برای برآوردن نیازهای بیماران مهارت ندارند» تعلق گرفت و بعد از آن گویه «ادامه مراقبت از بیماری که به ونتیلاتور متصل است و امیدی به او نیست، ولی هیچ‌کس تصمیم به قطع درمان او نمی‌گیرد» در میانگین دیسترس اخلاقی رتبه دوم (۳٫۹۵) و «کمک به پزشکی که می‌داند اقدام مراقبتی نامناسبی را به عمل می‌آورد» رتبه سوم (۳٫۶۵) را داشتند و کمترین میانگین دیسترس اخلاقی (۱٫۹۳) به گویه «کمک به پزشکان جهت تمرین پروسیجرها روی جسد یک بیمار پس از احیای ناموفق» مربوط شد.

امتیاز هر گویه در پرسشنامه نگرش‌سنجی تصمیم‌گیری پایان عمر، از ۱ تا ۵ تعیین شد. میانگین امتیاز پاسخ به این گویه که «برای بیماران پایان عمر نباید از درمان‌های تداوم‌بخش حیات (ونتیلاتور، داروها و...) استفاده کرد.» در میان

پرستاران 2.75 ± 1.2 بود، یعنی اکثر پرستاران با این امر مخالف بودند (25.9%)، اما ارتباط مستقیم و معنی‌داری با تکرار دیسترس اخلاقی آنان ($p=0.03$) داشت. گویه دیگر احیای بیماران پایان عمر را نفی می‌کند «بیماران پایان عمر را نباید احیاء کرد» که میانگین نمره آن 2.87 ± 1.23 بود و با شدت دیسترس اخلاقی ارتباط مستقیم و معنی‌داری ($p=0.03$) داشت. تعداد موافقان و مخالفان یکسان بود (26.7%).

در گویه «بهتر است با تجویز دوز مرگبار برخی داروها (مثل مورفین) به زندگی بیماران مراحل انتهایی زودتر خاتمه داد.» که نگرش افراد را نسبت به اتانازی می‌سنجد، اکثر پرستاران بسیار مخالف (37.9%) و میانگین نمره 2.05 ± 1.04 بود که از همه گویه‌ها کمتر می‌باشد و رابطه مستقیم و معنی‌داری با تکرار واقعه در دیسترس اخلاقی ($p=0.00$) داشت.

نگرش پرستاران در مورد این گویه که «اگر روزی من یا نزدیکانم به مراحل پایان عمر برسیم، ترجیح می‌دهم درمان‌های تداوم‌بخش حیات قطع شود» با موافقت اکثریت همراه بود (28.4%) و با شدت ($p=0.01$) و تکرار دیسترس اخلاقی ($p=0.03$) ارتباط مستقیم و معنی‌داری داشت.

اکثر پرستاران (46.2%) موافق بودند که تصمیم‌گیری درباره بیماران پایان عمر به قوانین اجتماعی و باورهای دینی و اخلاقی افراد بستگی دارد و 31.6% از آنان موافق بودند که در این تصمیمات بیمار یا خانواده‌اش نقش دارند، همچنین اکثراً (33.3%) با این مخالف بودند که تصمیم‌گیری‌ها به نظر پرستار بستگی دارد و بیشتر موافق بودند که به نظر پزشک بستگی دارد (27.4%).

بحث

میان شدت و تکرار وقایع نام برده شده در دیسترس اخلاقی، ارتباط محکم و مستقیمی برقرار است. بنابراین چنین برداشت می‌شود که هرچه تکرار یک واقعه

آزاردهنده بیشتر باشد، اثر عمیق‌تر و بیشتری بر روح و روان افراد بر جای خواهد نهاد و به مرور آن واقعه شدیدتر احساس خواهد شد.

در مطالعه حاضر، پرستاران از کارکردن با پرستارانی که مناسب نیازهای مراقبتی بیماران نبودند، شدیدترین و پرتکرارترین رنجیدگی اخلاقی را متحمل می‌شدند. زوزلو نیز در سال ۲۰۰۷ به همین نتیجه رسیده بود و این مورد بالاترین شدت رنجیدگی را در میان پرستاران آمریکایی ایجاد کرده بود که محقق علت آن را کمبود صلاحیت پرستاران و پرسنل کارشناس و کمک پرستار می‌دانست. از سویی دیگر در نتایج حاصل از مطالعه حاضر مشخص گردید که با اختلاف معنی‌داری پرستاران با تحصیلات بالاتر (کارشناسی ارشد)، شدت و تکرار رنجیدگی اخلاقی را بیشتر از کارشناسان احساس می‌کردند و همچنین از کارکردن با پرستارانی که مناسب نیازهای مراقبتی نبودند نیز زیادتر رنج می‌بردند (میانگین نمره در آن‌ها ۵ از ۶ می‌باشد). بنابراین ممکن است کمبود آگاهی و دانش پرستاران (به ویژه در مقاطع کارشناسی) در مراقبت از بیماران پایان عمر، منجر به ایجاد آزدگی در میان همکاران شود. خادر و همکارانش نیز در اردن در سال ۲۰۱۰ پی به کمبود آموزش‌های دانشگاهی در مراقبت از این بیماران و اثرات ناشی از این نقیصه برده بودند. اولریچ، آموزش منظم و تمرینات دانشکده‌ای را به عنوان دو راهکار مهم جهت کاهش رنجیدگی اخلاقی برشمرده است (اولریچ و همکاران، ۲۰۱۰م).

گویه «ادامه مراقبت از بیمارانی که امید به بهبودی‌شان نیست و هیچ کس تصمیم به قطع درمان آنان نمی‌گیرد»، رتبه دوم را در تکرار دیسترس نشان می‌داد. همچنین در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۷ توسط موبلی و همکارانش در ایالات متحده انجام شده بود، مشخص گردید که بیشترین تکرار واقعه مربوط به مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های ویژه بوده است. بنابراین چنین استنباط می‌شود که مراقبت‌های بیهوده در بخش‌های ویژه از منظر پرستاران بسیار اتفاق می‌افتد و طبق تحقیقات گوناگون در مناطق و سال‌های مختلف نتیجه گرفته شده که

مراقبت بیهوده از بیماران پایان عمر، دیسترس اخلاقی را افزایش می‌دهد (بالدوین، ۲۰۱۰ م.). همچنین کورلی بیشترین دیسترس اخلاقی را در افرادی دید که با مراقبت‌های خشن، طول زندگی بیماران را بیشتر می‌کردند (الپرن و همکاران، ۲۰۰۵ م.). در مطالعه حاضر نیز در این مورد میانگین شدت دیسترس بالاتر از حد وسط بود.

مورد دیگری که در ایجاد دیسترس اخلاقی رتبه سوم را در میان پرستاران شیراز داشت به «کمک به پزشکانی مربوط می‌شد که عملکرد نامناسبی درباره بیماران داشتند» که در مطالعه زوزلو در سال ۲۰۰۷ نیز پرستاران در این مورد دیسترس را با شدت بالایی گزارش نموده بودند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت زمانی که از پرستاران خواسته می‌شود که به پزشکی کمک کنند که آن را دارای صلاحیت کافی نمی‌دانند، آن‌ها دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند.

شایان ذکر است که در پرستاران زن و متأهل، شدت دیسترس اخلاقی بیشتر بود. با افزایش تجربه کار در ICU از شدت دیسترس کاسته شده بود هرچند که در آزمون‌های آماری این رابطه معنی‌دار نشد، اما در مطالعه الپرن در سال ۲۰۰۵، دیسترس اخلاقی با افزایش تجربه کاری پرستاران افزایش یافته بود، از سویی دیگر کورلی معتقد است که برخی پرستاران با شرایط همراه و سازگار می‌شوند (جول و همکاران، ۲۰۰۳ م.)، اما در مطالعه دیگری که توسط رایس و همکاران در شمال غربی آمریکا در سال ۲۰۰۶ انجام شد، افزایش میزان دیسترس اخلاقی بدنبال مراقبت‌های بیهوده با افزایش سن و سابقه کار در ICU رابطه مستقیم داشت.

به طور متوسط پرستاران با قطع درمان‌های تداوم بخش حیات، اتانازی و عدم احیای بیماران پایان عمر مخالف بودند که می‌تواند ناشی از اعتقادات دینی و مذهبی افراد باشد. تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش مسلمان و شیعه مذهب بودند. در اسلام نجات جان انسان‌ها یکی از مهم‌ترین ارزش‌هاست و دین اسلام به انجام مراقبت و تسکین درد تأکید دارد (زاهدی و همکاران، ۲۰۰۷ م.). در بررسی نگرش پرستاران در فنلاند مشخص گردید که پرستاران با گرایش‌های مذهبی

تمایل کمتری به اتانازی داشتند (اینگلبرت و همکاران، ۲۰۰۹ م.). همچنین محققین در مطالعه‌ای در ۱۷ کشور اروپایی دریافتند که دین در نگرش نسبت به تصمیم‌گیری‌های پایان عمر نقش دارد (اسپرانگ، ۲۰۰۷ م.)، اما از سویی دیگر یافتن رابطه مستقیم و معنی‌دار میان نگرش در مورد تصمیمات پایان عمر با شدت یا تکرار دیسترس اخلاقی نشان می‌دهد که این تنش‌ها و آزرده‌گی‌ها، همیشه نمی‌تواند بی‌تأثیر باشد و گاه ممکن است منجر به بروز تمایل به چنین تصمیماتی در افراد گردد.

بیشتر پرستاران موافق بودند که اگر خود یا نزدیکانشان به مراحل پایان عمر رسیدند، برایشان از اقدامات تداوم‌بخش حیات استفاده نکنند. در تحقیقی که در جمهوری قزاقستان، اسرائیل، هلند، سوئد و انگلستان در سال ۲۰۰۷ توسط اسپرانگ و همکارانش انجام شد نیز پرستاران درمان‌های تهاجمی کمتری را برای خود خواستار بودند. در مطالعه حاضر، این عقیده با افزایش دیسترس اخلاقی، تقویت می‌شد و با آن رابطه مستقیم داشت که نشان می‌دهد مشاهده و درک درد و رنج بیماران در پایان عمر، پرستاران را آنقدر می‌آزارد که حاضر نمی‌شوند چنین شرایطی را برای خود بپذیرند.

اکثر پرستاران موافق بودند که تصمیم‌گیری درباره بیماران پایان عمر به نظر پزشک یا بیمار و خانواده‌اش بستگی دارد نه پرستار. تلن نیز در مقاله خود در سال ۲۰۰۵ اشاره می‌کند که تصمیم‌گیرنده اصلی پزشکان هستند و پرستاران کمتر درگیر چنین تصمیم‌گیری‌هایی می‌شوند، اما در ایتالیا جیانینی و همکاران در سال ۲۰۰۳ دریافتند که تصمیم‌گیری در این رابطه عموماً توسط تیم پزشکی (۸۲٪) و گاه با درگیری پرستاران (۱۳٪) و تنها در ۴٪ موارد فقط توسط پزشک صورت می‌گیرد و اکثر پزشکان معتقد بودند که بیماران یا خیلی به ندرت می‌توانند یا هرگز نمی‌توانند در این تصمیم‌گیری‌ها شرکت کنند و اینگلبرت و همکاران نیز نقش پرستاران را در این تصمیم‌گیری‌ها مهم دانسته‌اند.

در کل میانگین دیسترس اخلاقی در پرستاران انواع بخش‌های آی.سی.یو در شیراز کمی از حد متوسط بیشتر می‌باشد که با نگرش ایشان در خصوص تصمیم‌گیری‌های پایان عمر ارتباط دارد. طبق تحقیقات گذشته، مراقبت از بیماران پایان عمر و احساس بیهودگی در این مراقبت‌ها می‌تواند چنین برآیندی به دنبال داشته باشد، چراکه پرستاران بیشترین زمان را با این بیماران و خانواده‌هایشان سپری می‌کنند (خادر و همکاران، ۲۰۱۰ م.) و اولین کسانی هستند که نزدیک‌شدن زمان مرگ بیماران را تشخیص می‌دهند (مک، ۲۰۱۰ م.).

نتیجه گیری

دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه در مراقبت از بیماران پایان عمر نسبتاً بالاست. تکرار هرچه بیشتر موارد ایجادکننده این دیسترس‌ها، منجر به افزایش شدت و همچنین تمایل پرستاران به اخذ تصمیماتی درباره ادامه روند درمان بیماران مراحل پایان عمر می‌گردد، اگرچه پرستاران خود را به عنوان تصمیم‌گیرنده اصلی نمی‌شناسند، اما از بررسی نگرش آن‌ها می‌توان به اهمیت نقش و همکاری‌شان در انجام چنین اقداماتی پی برد.

سیاسگزاری

نتیجه این اثر مرهون همکاری معاونت پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کرمان و شیراز می‌باشد. از کلیه پرستاران و سرپرستارانی که با وجود مشغله زیاد در این مطالعه ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

فهرست منابع

- Baldwin, KM. (2010). Moral distress and ethical decision making. *Nursing made Incredibly Easy*. 8 (6): 5.
- Carlson, K. (2009). *Aacn advanced critical care nursing*. Saunders/ Elsevie.
- Ebrahimi, H. Nikraves, M. Oskouei, S. Ahmadi, F. (2007). Stress: Major reaction of nurses to the context of ethical decision making. *Journal of Iran University of Medical Sciences*.
- Elliott, D. Aitken, L. Chaboyer, W. (2007). *Acccn's critical care nursing*. Mosby Inc.
- Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 523.
- Giannini, A. Pessina, A. Tacchi, E. (2003). End of life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive care medicine*. 29 (11): 1902-10.
- Inghelbrecht, E. Bilsen, J. Mortier, F. Deliens, L. (2009). Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium. *Palliative Medicine*. 23 (7): 649.
- Joel, LA. Kelly, LY. (2003). Kelly's Dimensions of professional nursing. *McGraw-Hill Professional*.
- Joel, LA. (2003). Kelly's dimensions of professional nursing. McGraw-Hill, Medical Pub. *Division*.
- Khader, KA. Jarrah, SS. Alasad, J. (2010). Influence of nurses' characteristics and education on their attitudes towards death and dying: A review of literature. *International Journal of Nursing and Midwifery*. 2: 1-9.
- Khoiee, EM. hossein Vaziri, M. Alizadegan, S. Motevallian, SA. Goushegir, SA. Ghoroubi, J. (2008). Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iranian Journal of Psychiatry*. 3 (2): 55-8.
- Mauk, K. (2010). Gerontological Nursing: Competencies for Care: Competencies for Care. *Jones & Bartlett*.
- McMillen, RE. (2008). End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*. 24 (4): 251-9.

- Mobley, MJ. Rady, MY. Verheijde, JL. Patel, B. Larsona, JS. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Piers, RD. Van den Eynde, M. Steeman, E. Vlerick, P. Benoit, DD. Van Den Noortgate, NJ. (2010). End of Life Care of the Geriatric Patient and Nurses' Moral Distress. *Journal of the American Medical Directors Association*. 13 (1): 80.
- Ragsdale, JA. (2006). Care of the Difficult Patient: A Nurse's Guide by Peter J. Manos and Joan Braun (2006). New York: Routledge. *Gastroenterology Nursing*. 29 (6): 474-5.
- Rice, EM. Rady, MY. Hamrick, A. Verheijde, JL. Pendergast, DK. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of nursing management*. 16 (3): 360-73.
- Scherer, Y. Jezewski, M. Graves, B. Wu, Y. Bu, X. (2006). Advance directives and end-of-life decision making: survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Critical care nurse*. 26 (4): 30.
- Sprung, CL. Carmel, S. Sjobqvist, P. Baras, M. Cohen, SL. Maia, P. (2007). Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive care medicine*. 33 (1): 104-10.
- Sprung, CL. Maia, P. Bulow, HH. Ricou, B. Armaganidis, A. Baras, M. (2007). The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive care medicine*. 33 (10): 1732-9.
- Thelen, M. (2005). End of life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*. 25 (6): 28.
- Ulrich, CM. Hamric, AB. Grady, C. (2010). *Moral Distress: A Growing Problem in the Health Professions? Hastings Center Report*. 40 (1): 20-2.
- Urden, LD. Stacy, KM. Lough, ME. (2006). Thelan's critical care nursing diagnosis and management. *Mosby: St Louis Missouri*.
- Yaguchi, A. Truog, R. Curtis, J. Luce, J. Levy, M. Melot, C. (2005). International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Archives of internal medicine*. 165 (17): 1970.

Zahedi, F. Larijani, B. Tavakoly Bazzaz, J. (2007). End of life ethical Issues and Islamic views. *Iran J Allergy Asthma Immun.*

Zuzelo, PR. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 14 (3): 344-59.

یادداشت شناسه مؤلفان

عباس عباسزاده: دکتری پرستاری، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران.

فریبا برهانی: دکتری پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران.

فرخنده شریف: استاد و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز. فارس. ایران.

فخرالسادات طغرائی: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران.
(نویسنده مسئول)

پست الکترونیک: staan3000@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۴/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۲۸