

فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بیمارستانی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه

نجمه آجودانیان^۱

وحیده سروشان

آزاد رحمانی

بهرام قادری

چکیده

پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل محیط خاص کاری خود همواره در معرض تنش اخلاقی قرار دارند. تاکنون کمتر میزان تنش اخلاقی پرستاران ایرانی شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین، هدف این پژوهش بررسی فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بیمارستانی از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های تبریز و مراغه است.

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۸۸ در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در شهرهای تبریز و مراغه انجام گرفت. جامعه این مطالعه کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بالغین بیمارستان‌های مذکور بودند که با روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار فضای اخلاقی بیمارستان (The hospital ethical climate survey): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ میلادی توسط والتز، استیکلند و لنز ابداع شده است و حاوی ۴۵ گزینه در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است که گزینه‌های آن از «همیشه کاملاً درست است» تا «همیشه کاملاً درست نیست» متفاوت است. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

در این مطالعه ۱۲۰ پرستار شرکت نمودند. اکثر پرستاران مورد بررسی زن، متأهل، دارای مدرک کارشناسی بوده و دارای پست پرستار بودند. همچنین، میانگین سن

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، عضو کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: ajoodaniyan@yahoo.com

پرستاران $32/91 \pm 4/57$ سال بود. سابقه کل کار بالینی پرستاری در این پرستاران $7/93 \pm 4/02$ سال بوده و سابقه کار بالینی این پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه $5/34 \pm 3/32$ سال بود. مشخص شد که از دید ۱۱۸ پرستار ($98/3$ درصد) این محیط‌ها در سطح مناسب و از دید ۲ پرستار ($1/7$ درصد) در حد خوب بوده است. نتایج نشان‌دهنده کیفیت متوسط فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های مورد بررسی بوده است، هرچند جهت بهبود وضعیت باید اقدامات بیشتری از طرف مدیران پرستاری صورت گیرد.

واژگان کلیدی

فضای اخلاقی، بخش‌های مراقبت ویژه، پرستاران

مقدمه

پرستاری از اصیل‌ترین و در عین حال یکی از شریف‌ترین مشاغل بشری است که قدمت آن به دوران غارنشینی انسان‌ها برمی‌گردد (اشک‌تراب، ۱۳۷۳ ش.) و از سال ۱۹۵۰ به بعد با تحولات وسیعی همراه بود، که منجر به ارتقای جایگاه و استقلال و پررنگ‌تر شدن نقش پرستاران در نجات جان بیماران گردید (تیلور، ۱۳۸۲ ش.). با پیشرفت علوم پزشکی و تحولات قرون اخیر و افزایش نیازها و خواسته‌های جامعه، حرفه پرستاری نیز تحت تأثیر قرار گرفته و نقش‌های حیاتی آن همواره در حال گسترش است (صابریان، ۱۳۸۲ ش.). در واقع، پرستاری هسته اصلی تیم درمانی است (ویلارد و لوکر، ۲۰۰۷ م.). بنابراین، با توجه به نقش کلیدی حرفه پرستاری در جامعه، توجه به سلامتی کارکنان این حرفه تضمین‌کننده سلامتی کل جامعه خواهد بود.

بدون تردید پرستاری یکی از حرفه‌های دشوار و پر تنش جامعه امروزی بوده و پرستاران همواره در معرض انواع مختلف تنش‌های روحی و جسمی قرار دارند (چن و مک‌مورای، ۲۰۰۱ م؛ ملت‌زر و هاک‌کابای، ۲۰۰۴ م.)، اگرچه تمامی پرستاران در معرض تنش قرار دارند، ولی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیش از دیگر پرستاران تنش را تجربه می‌نمایند (جی‌فورد، زاموتو و همکاران، ۲۰۰۳ م.). باید توجه داشت که مراقبت از بیماران بدحال بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و خانواده آنان نیازمند ترکیبی از مهارت‌های بالینی در سطحی بالا و مهارت‌های حمایت روحی و روانی مناسب از بیماران و خانواده آنان می‌باشد. لازمه انجام این کار نیز داشتن آرامش روحی و روانی در بین خود پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد (ارلن و فورست، ۱۹۹۱ م.) و از طرفی سیستم‌های بهداشتی امروزه به دلیل کاهش هزینه‌ها روز به روز فشار بیشتری به پرستاران اعمال

می‌کنند و این امر مسبب ایجاد مشکلات فراوانی برای پرستاران بوده است که یکی از مهم‌ترین‌های این مشکلات، ایجاد تنش اخلاقی برای پرستاران می‌باشد (فوگل، ۲۰۰۷ م.). پرستاران هر روزه در محیط کاری خود با انواعی از تنش‌ها روحی روبرو هستند و به طوری که در متون اشاره شده است این تنش‌های روحی در محیط‌های بیمارستانی روز به روز در حال افزایش هستند (کاسیدی، ۱۹۹۴ م.). در پژوهش‌های مختلف عوامل تنش‌زای متعددی برای محیط‌های ارائه مراقبت‌های پرستاری ذکر شده است و در این بین بیشتر به عوامل تنش‌زای مدیریتی و عوامل حرفه‌ای اشاره شده است و کمتر به نقش عوامل تنش‌زای روحی و اخلاقی و بافت اخلاقی محیط کار به عنوان عوامل تنش‌زای مهم برای پرستاران پرداخته شده است (مبلیا، رادیا و همکاران، ۲۰۰۷ م.).

پایاده کردن رفتارهای اخلاقی در یک سازمان در قدم اول به میزان ارج‌گذاری به ارزش‌های اخلاقی توسط سیاست‌های کلی و اقدامات مدیریت در آن سازمان بستگی دارد. حساسیت اخلاقی مدیریت به ارتقای سازگاری کارکنان با استانداردهای اخلاقی کمک می‌کند. اخلاق سازمانی مجموعه‌ای از اصول هستند که رفتارهای مشابهی را در میان کارکنان می‌پروراند و از مفیدبودن مسؤولیت‌های خاص اجتماعی در راستای تأمین خدمات برای جامعه اطمینان حاصل می‌کنند. اخلاق سازمانی در حل مشکلات ناشی از فرایندهای درون سیستمی از قبیل کشمکش‌های شخصی، مسائل کاغذبازی و غیره به سازمان و کارکنان مشغول به کار در این سازمان کمک می‌کند. از انواع جو‌هایی که ممکن است در یک سازمان وجود داشته باشد، می‌توان به جو امنیتی موجود در سازمان، جو واحدهای مختلف سازمان و جو اخلاقی حاکم بر یک سازمان اشاره کرد.

جوّ اخلاقی حاکم بر یک سازمان تعیین می‌نماید که تا چه اندازه در یک سازمان تصمیم‌گیری‌های انجام‌شده بر اساس اصول اخلاقی است و چگونه کارکنان پرسش‌های اخلاقی خود را تعبیر و تفسیر می‌نمایند و روابط در محیط کاری بر پایه اصول اخلاقی است. بر پایه تعریفی که ویکتور و کولن در این زمینه ارائه داده‌اند جوّ اخلاقی سازمانی^۱ یا ابعاد اخلاقی سازمان را که مشتمل بر روابط رایج، رفتارها، ارزش‌ها، اعتقادات و عاداتی هستند که رفتارهای کلی افراد را در یک سازمان شکل می‌دهند، اندازه‌گیری می‌شود. ویکتور و کولن ۹ گونه جوّ اخلاقی، که به عنوان معیار تصمیم‌گیری سازمانی کاربرد دارند را شناسایی نموده که شامل علاقه‌مندی فردی، علاقه‌مندی سازمانی، کفایت، دوستی، روحیه کارگروهي، مسؤولیت اجتماعی، معنویات فردی، قوانین و روش‌های سازمان، قوانین و اصول حرفه‌ای می‌باشد.

با توجه به مطالب فوق، خدمات بهداشتی و درمانی به منظور کاهش دادن هزینه‌های ارائه خدمات خود، افزایش دادن کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط مؤسسه، جذب مشتریان بیشتر برای خدمات خود، درمان و حفظ سلامت هر فرد در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه، در معرض تغییرات اساسی و بنیادینی قرار دارند. این تغییرات و دگرگونی‌های ایجادشده در سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند منجر به افزایش تعداد سؤالات اخلاقی ایجادشده در سازمان و همچنین، پیچیدگی سؤالات مطرح‌شده گردند. امروزه، در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا سیستم‌های بهداشتی و درمانی تأکید بسیار زیادی بر درک پرستاران از محیط کاری خود، جوّ سازمانی، تصمیم‌گیری در مسائل اخلاقی و پیچیدگی‌های سؤالات مطرح‌شده در زمینه اخلاقیات دارند (باهسیک و ازتورک، ۲۰۰۳ م.).

تحقیقات زیادی که در زمینه پرستاری و اخلاق حرفه‌ای انجام شده، نشان داده‌اند که جوّ و یا محیط اخلاقی حاکم بر محیط‌های درمانی می‌تواند تا حد زیادی رفتار و عقاید اخلاقی کارکنان را تحت تأثیر قرار دهد (بورخارت و ناتانیل، ۲۰۰۳ م؛ السون، ۱۹۹۵ م). البته باید توجه داشت که مطالعات انجام‌شده در زمینه محیط اخلاقی محل کار پرستاران مسأله‌ای جدید و بدیع است.

کریستنسن اظهار نموده است که به کار بستن ارزش‌های انسانی، اصل اختیار و تعلق خاطر می‌تواند منجر به ایجاد جوّ سازمانی اخلاقی‌تری گردد. تغییر در مدیریت و به ویژه در مقاطع ارشد و بالای سازمان می‌تواند تغییراتی در مفهوم جوّ اخلاقی سازمان ایجاد نماید که این امر بیشتر از طریق تغییر در ارزش‌های سازمانی و مأموریت سازمان ایجاد می‌گردد. مفاهیم جوّ اخلاقی به طور کلی در تمام سازمان حکم‌فرما می‌شوند و بسته به درجه سازگاری بین اعضای سازمان این جوّ قوی یا ضعیف می‌شود. سازمان‌هایی که ارزش‌محور هستند از جوّ اخلاقی قوی‌تری برخوردار هستند.

در مجموع، انواع مختلف و متمایزی از جوّ اخلاقی در سازمان‌های مختلف وجود دارد. مهم‌ترین عواملی که می‌توانند بر جوّ اخلاقی یک سازمان تأثیر بگذارند، عبارتند از: تاریخچه سازمان، ساختارهای رسمی سازمان، نوع کار و مأموریت سازمان، فلسفه و ارزش‌های سازمان.

عملکرد مدیریت در مواردی چون حمایت و استراتژی‌های خاص نیز می‌تواند بر جوّ سازمانی تأثیر بگذارند. در نهایت، می‌توان گفت که جوّ اخلاقی محیط کاری دارای تأثیرات زیادی بر روی کارکنان می‌باشد که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از افزایش رضایت شغلی، خوش‌بینی اخلاقی و کارایی کارکنان در سازمان است (السون، ۱۹۹۵ م).

تحقیقات اندکی که در زمینه عوامل مؤثر بر تنش اخلاقی پرستاران انجام گرفته نشان داده‌اند که یکی از فاکتورهای مؤثر بر تنش اخلاقی تجربه‌شده توسط پرستاران فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بالینی می‌باشد. محققان پرستاری به کرات ارتباط فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بیمارستانی را با رضایت شغلی پرستاران، سبک‌های رهبری مدیران پرستاری، فرسودگی پرستاران و فرایند تصمیم‌گیری و قضاوت اخلاقی پرستاران مورد بررسی قرار داده‌اند (اولسون، ۱۹۹۵ م). در حقیقت فضای اخلاقی در محیط‌های درمانی عبارت است از اعمال و شرایط خاص مؤسسه‌هایی که بحث در مورد مشکلات بهداشتی بیماران و برطرف کردن آن‌ها را بهبود می‌بخشند و چارچوبی را برای تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط‌های بالینی فراهم می‌آورد. فضای اخلاقی به عنوان یک فاکتور میانجی که می‌تواند تنش اخلاقی را متأثر سازد، شناخته شده است (فوگل، ۲۰۰۷ م.) و فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های درمانی نوعی فضای سازمانی است که متشکل از روابط بین فردی پرسنل درمانی، ارتباط آزاد در زمینه مراقبت از بیماران، حمایت‌های فراهم‌شده از کادر درمان و ارتباطات آن‌ها با بیماران و خانواده آنان می‌باشد (چن و مک‌مورای، ۲۰۰۱ م؛ هامریک، ۲۰۰۰ م).

در کل مطالعاتی در زمینه فضای اخلاقی محیط بخش‌های ویژه انجام گرفته است. در ایران تنها یک مطالعه در این زمینه انجام شده است. در این مطالعه مبشر و همکاران نشان دادند که محیط اخلاقی بخش‌های بیمارستانی در شهر کرمان در سطح مناسبی قرار ندارد (مبشر، نخعی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.). در امریکا نیز نتایج مطالعه هارت^۲ نشان داد که محیط اخلاقی محیط کار پرستاران در ایالات متحده در سطح متوسطی قرار دارد. نتایج این مطالعه همچنین، نشان داد که محیط اخلاقی محل کار یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده ترک خدمت پرستاران است

(هارت، ۲۰۰۵ م). از طرف دیگر، نتایج برخی مطالعه دیگر عکس این مطلب بوده و نشان‌دهنده دیدگاه مناسب پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به فضای اخلاقی حاکم بر این بخش‌ها بوده است (فوگل، ۲۰۰۷ م). تاکنون، فضای اخلاقی محیط بخش‌های مراقبت ویژه پرستاران ایرانی در هیچ مطالعه‌ای مورد بررسی قرار نگرفته است و اطلاعاتی در این زمینه در دست نمی‌باشد. بنابراین، هدف این مطالعه تعیین کیفیت فضای اخلاقی این بخش‌ها است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی که به صورت مقطعی است می‌باشد و نمونه‌گیری به روش سرشماری در سال ۱۳۸۸ انجام شده است. نمونه پژوهشی شامل تمام پرستارانی هستند که در زمان انجام مطالعه در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های عالی‌نسب و شهید مدنی تبریز و سینا و امیرالمؤمنین (ع) مراغه مشغول بوده و دارای مدرک لیسانس پرستاری و بالاتر بوده و حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه را داشته و تمایل و رضایت برای شرکت در مطالعه را داشتند، می‌باشد. تعداد پرستاران این بخش‌ها ۱۵۰ نفر بود که تمامی آن‌ها به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شدند.

در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از یک فرم ثبت اطلاعات که شامل دو بخش بود استفاده شد. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک پرستاران (سن، جنس، سابقه کار و غیره) و بخش دوم شامل پرسشنامه فضای اخلاقی بیمارستان^۳ بوده که این پرسشنامه در سال ۱۹۹۱ میلادی توسط والتز، استیکلند و لنز^۴ ابداع شده است و حاوی ۴۵ گزینه در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای است که گزینه‌های

آن از «همیشه کاملاً درست است» تا «همیشه کاملاً درست نیست» متفاوت است. حداقل امتیاز در این پرسشنامه ۴۵ و حداکثر آن ۲۲۵ است (چن و مک‌مورای، ۲۰۰۱ م.). در این مطالعه جهت تعیین روایی پرسشنامه مورد استفاده از روش محتوا استفاده گردید. به این منظور پرسشنامه به تعدادی از اساتید اخلاق پزشکی، پرستاری و اساتید معارف اسلامی داده شد تا مطالعه نمایند و پس از دریافت نظرات آنان تغییرات لازم در پرسشنامه‌ها داده شد و برای تعیین پایایی پرسشنامه مورد مطالعه از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این ترتیب که پرسشنامه به تعداد ۱۵ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه داده شد تا یک‌بار آن را تکمیل نمایند و دوباره بعد از دو هفته از آن‌ها خواسته خواهد شد تا دوباره آن را تکمیل نمایند و در نهایت، ضریب همبستگی بین دو بار آزمون محاسبه شد، این ضریب برابر ۰/۸۲ بود که نشان‌دهنده پایایی مناسب آزمون است. باید گفت که با توجه به شرایط خاص مذهبی و فرهنگی کشورمان در این پرسشنامه‌ها تغییراتی داده شده است.

جهت انجام مطالعه ابتدا مجوزهای لازم کسب شده، سپس محققان پرستاران واجد مطالعه را در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های مورد نظر تعیین نموده و پس از معرفی خود به آنان و تشریح اهداف پژوهش از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت نمودند. در ادامه، محققان به پرستارانی که برای انجام مطالعه رضایت داشتند پرسشنامه فضای اخلاقی محیط کار را تحویل داده و زمان بازگشت پرسشنامه با پرستار تعیین شد. در روز مورد نظر محققان برای دریافت پرسشنامه‌ها به بخش‌های مورد نظر مراجعه نمودند. در صورتی که پرستاری در روز مورد نظر پرسشنامه را پر نکرده بود مجدداً پرسشنامه دیگری در اختیار وی قرار داده شد و دوباره از وی برای شرکت در مطالعه دعوت شد. این کار در مورد تمامی

پرستاران انجام گردید و پرسشنامه تمامی پرستارانی که تمایل برای شرکت در مطالعه را داشتند جمع‌آوری گردید در نهایت داده‌های ۱۲۰ پرستار جمع شد. برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۳ و از آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) استفاده شد. جهت تجزیه پرسشنامه نمره ۳۰ تا ۹۰ به عنوان فضای اخلاقی بد، نمره ۹۱ تا ۱۵۰ به عنوان فضای اخلاقی متوسط و نمره ۱۵۱ تا ۲۱۰ به عنوان فضای اخلاقی خوب در نظر گرفته شد.

نتایج

در مجموع ۱۲۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه در دو بیمارستان تبریز و دو بیمارستان مراغه در این مطالعه شرکت نمودند. از نظر توزیع جنس ۹۵/۸ درصد (۱۱۵ نفر) از پرستاران زن و ۴/۲ درصد (۵ نفر) نیز مرد بودند. میانگین سن پرستاران $32/91 \pm 4/57$ سال بود. ۹۹ نفر از پرستاران متأهل و ۲۱ نفر مجرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۱۸ نفر از نمونه‌ها لیسانس و ۲ نفر فوق لیسانس بودند. ۱۰۵ نفر از پرستاران دارای پست پرستار و ۱۵ نفر سرپرستار بودند. ۸ نفر از پرستاران دارای استخدام رسمی، ۹۰ نفر دارای استخدام پیمانی، ۲۰ نفر دارای استخدام قراردادی و ۲ نفر نیز طرحی بودند. سابقه کل کار بالینی پرستاری در این پرستاران $7/93 \pm 4/02$ سال بوده و سابقه کار بالینی این پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه $3/32 \pm 5/34$ سال بود.

مشخص شد که ۱۱۸ پرستار (۹۸/۳ درصد) این محیط را در سطح متوسط دانسته بودند، ۲ نفر (۱/۷ درصد) نیز این محیط را خوب توصیف کرده بودند و

هیچ پرستاری محیط اخلاقی بخش‌های ویژه را بد توصیف نکرده بود که این نتایج در جدول ۱ دیده می‌شود.

در جدول ۲ نیز میانگین و انحراف معیار پاسخ پرستاران به تک‌تک گزینه‌های پرسشنامه آورده شده است.

نتیجه گیری

نتایج نشان می‌دهد که گزینه‌های «سرپرستار و سوپروایزرها قابل احترام هستند»، «در این بخش پرستاران می‌توانند در موارد مورد نیاز با پزشکان مخالفت نمایند» و «مدیران پرستاری ما قابل اعتماد هستند» مهم‌ترین جنبه‌های مثبت محیط اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه بوده است. همچنین، گزینه‌های «این بخش آنچه درباره مراقبت از بیماران مهم است تنها نظرات پزشکان است»، «همکاران پشت سر هم حرف می‌زنند» و «در این بخش در مورد درمان نظرات بیماران پرسیده نمی‌شود» کم‌اهمیت‌ترین جنبه‌های محیط اخلاقی بوده‌اند و همان‌گونه که در جدول ۱ دیده می‌شود هیچ‌یک از پرستاران محیط اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه را بد ندانسته و تعداد کمی خوب گزارش کرده و اکثر آن‌ها این محیط را در حد متوسط گزارش کرده بودند.

در مطالعه‌ای که در سال ۱۹۹۵ میلادی توسط اولسون^۵ در ایالات متحده انجام گرفت دیدگاه پرستاران شاغل در محیط‌های بالینی در مورد فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بالینی مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج مطالعه نشان داد که اکثر پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه معتقد بودند که فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بیمارستانی، فضایی مناسب نمی‌باشد. آن‌ها همچنین، معتقد بودند نیاز اساسی به تغییرات در فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های درمانی وجود دارد (اولسون، ۱۹۹۵ م.). نتیجه مطالعه دیگری که توسط کورلی^۶ و همکاران در سال ۲۰۰۵ در آمریکا انجام گرفت نیز نشان داد که سطح تنش اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به فضای اخلاقی حاکم بر این بخش‌های ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد (کورلی، مینیک و همکاران، ۲۰۰۵ م.). در مطالعه دیگری، اورلیچ^۷ و همکاران در سال ۲۰۰۷ نشان دادند که بین تنش اخلاقی،

رضایت شغلی و فضای اخلاقی حاکم بر بخش‌های مراقبت ویژه ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد (یولریچا، اُذُل و همکاران، ۲۰۰۷ م.) و ارتقای فضای اخلاقی محیط‌های کاری در مؤسسات بهداشتی و درمانی باعث تطابق بهتر پرستاران با تنش اخلاقی و سایر علل ایجادکننده نارضایتی در محیط کاری می‌شود (اولسون، ۲۰۰۲ م.). مطالعه‌ای توسط فوگل^۸ در سال ۲۰۰۷ میلادی در ایالات متحده انجام گرفت و متوجه شد که از دید پرستاران فضای اخلاقی حاکم بر بخش‌های مراقبت ویژه نامناسب بوده و ارتباط قوی و منفی معنی‌داری بین فضای اخلاقی و تمایل به ترک پرستاری وجود داشته است. به این ترتیب که هرچه فضای اخلاقی از دید پرستاران بهتر بوده است تمایل آن‌ها به ترک حرفه پرستاری کمتر بوده است و هرچه از دید پرستاران فضای اخلاقی محیط بالینی بهتر بوده است تنش اخلاقی آن‌ها کمتر بوده است (فوگل، ۲۰۰۷ م.).

در ایران تنها یک مطالعه در این زمینه انجام شده است. در این مطالعه مبشر و همکاران نشان دادند که محیط اخلاقی بخش‌های بیمارستانی در شهر کرمان در سطح مناسبی قرار ندارد و این محیط به ویژه در ابعاد مربوط به پزشکان و مدیران بیمارستانی به ارتقا نیاز دارد (مبشر، نخعی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.). همان‌گونه که دیده می‌شود نتایج این مطالعات مشابه نتایج مطالعه حاضر هستند و در آن‌ها نیز پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه دیدگاه مناسبی نسبت به فضای اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه نداشته‌اند. از طرف دیگر، نتایج برخی مطالعه دیگر عکس این مطلب بوده و نشان‌دهنده دیدگاه مناسب پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نسبت به فضای اخلاقی حاکم بر این بخش‌ها بوده است.

در مطالعه حاضر مشخص شد که پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه دارای سطح متوسطی از تنش اخلاقی هستند و کیفیت فضای اخلاقی حاکم بر این

بخش‌ها را متوسط می‌دانند. این نتایج نشان‌دهنده لزوم دخالت سریع مدیران پرستاری و بیمارستانی در جهت کاهش میزان تنش اخلاقی پرستاران و ارتقای کیفیت فضای اخلاقی حاکم بر بخش‌های بیمارستانی است. دلیل این امر این است که بسیاری از مطالعات خارجی نشان داده‌اند که این عوامل تأثیر بسیار زیادی بر پرسنل دارند، هرچند در این زمینه در کشورمان به مطالعات بیشتری نیاز است.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است که کاربرد نتایج آن را محدود می‌سازد. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری سرشماری و تنها در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شده است. بنابراین، نتایج آن قابل تعمیم به پرستاران دیگر مراکز درمانی و دیگر بخش‌های بالینی نمی‌باشد. بنابراین توصیه می‌شود مطالعاتی در دیگر مراکز درمانی نیز انجام شود. همچنین بهتر است چنین مطالعاتی بر روی دانشجویان پرستاری و شاغلان دیگر حرفه‌های بالینی علوم پزشکی نیز انجام شود.

سپاسگزاری

محققین بر خود لازم می‌دانند از تمام پرستاران عزیزی که در این مطالعه شرکت داشته‌اند، تشکر نمایند. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز نیز تشکر می‌شود که حمایت‌های مادی و معنوی این معاونت سبب انجام این مطالعه گردیده است.

جدول ۱: توزیع پرستاران بر اساس دیدگاه در مورد محیط اخلاقی حاکم بر

بخش‌های مراقبت ویژه

بد (۳۰ تا ۹۰)		متوسط (۹۱ تا ۱۵۰)		خوب (۱۵۱ تا ۲۱۰)	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰	۰	۱۱۸	۹۸/۳	۲	۱/۷

محیط اخلاقی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار پاسخ پرستاران به سؤالات محیط اخلاقی موجود در

بخش‌های مراقبت ویژه

بیانیه‌ها	میانگین	انحراف معیار
در بخش پزشک و پرستار به هم اعتماد دارند.	۳/۸۳	۰/۶۷
در این بخش پرستاران می‌توانند در موارد مورد نیاز با پزشکان مخالفت نمایند.	۴/۲۰	۱/۲۰
وقتی که دچار مشکل می‌شوم سرپرستار مرا یاری می‌دهد.	۳/۹۶	۰/۵۸
سرپرستار و سوپروایزرها به سخنان ما درباره مشکلات مراقبت از بیماران گوش می‌دهند.	۳/۹۳	۰/۵۸
همکاران در مراقبت مشکل کمک می‌کنند.	۳/۹۴	۰/۴۷
مدیران پرستاری ما قابل اعتماد هستند.	۴/۰۷	۰/۹۳
به راحتی می‌توانم نظرات خود را بیان نمایم.	۲/۲۵	۱/۲۵
در این بیمارستان پرستاران مورد احترام هستند و حمایت کافی از آنها به عمل می‌آید.	۱/۷۰	۱/۱۴
مسائل قانونی سبب می‌شوند که نتوانم تمام مراقبت لازم را انجام دهم.	۳/۶۷	۰/۸۴
در این بیمارستان پرستاران تنها موظف به اجرای دستورات هستند.	۱/۵۱	۰/۸۱
فشار کاری سبب می‌شود که نتوانم به خوبی از بیمارانم	۳/۳۷	۱/۲۲

		مراقبت نمایم.
۱/۱۲	۲/۰۵	پرستاران اشتباهات خود را گزارش نمی نمایند.
۰/۶۷	۳/۶۲	به راحتی در مورد مسائل بحث می شود.
۰/۶۷	۱/۴۴	در این بخش تنها نظرات پزشکان مهم است.
۰/۶۲	۲/۶۷	بیماران یا خانواده آنان نمی دانند که باید چه انتظاری از پرستاران داشته باشند.
۰/۵۷	۲/۷۴	در این بخش پرستاران وقت کافی برای حل مشکلات بیماران خود را ندارند.
۰/۶۳	۲/۸۹	به نیاز خانواده بیماران توجه نمی شود
۰/۷۶	۳/۵۴	در این بخش بین مراقبت صحیح از بیماران و مصالح بیمارستان تعارض وجود دارد.
۰/۸۰	۳/۱۰	در بخش همکاری وجود دارند که می توانم مشکلاتم را با آنان در میان بگذارم.
۰/۷۱	۳/۸۴	در این بخش به تقاضای معقول خانواده بیماران و خود بیماران احترام گذاشته می شود.
۰/۷۸	۲/۹۶	نمی توان با نظر اشتباه همکار مخالفت نمود.
۰/۸۰	۳/۷۲	در این بخش پرستاران در تصمیم گیری برای درمان بیماران دخالت دارند.
۰/۶۶	۴/۶۲	سرپرستار و سوپروایزرها قابل احترام هستند.
۱/۲۵	۲/۲۸	در این بخش سرپرستار و سوپروایزرها ما را در تصمیم گیری های بیمارستانی دخالت می دهند
۱/۶۵	۲/۲۵	در بخش بدون توجه به جنس، سن و سابقه کاری همه مورد احترام هستند.
۰/۹۴	۳/۶۹	در این بخش نمی توان اصول صحیح مراقبت های پرستاری از بیماران را به اجرا گذاشت.
۰/۹۸	۱/۵۶	همکارانم پشت سر هم حرف می زنند.

۰/۶۸	۳/۷۲	من می‌دانم که زمانی که در زمینه کاری خود مشکل داشتم به چه کسی مراجعه نمایم.
۱/۳۶	۱/۹۴	در این بخش افراد لایق پیشرفت می‌کنند.
۰/۷۰	۳/۵۳	در این بخش تمامی افراد تیم درمانی در مورد مراقبت از بیماران با هم تعامل دارند.
۰/۵۴	۳/۸۴	در این بخش پرستاران تعامل خوبی با بیماران بیماران و خود بیماران دارند.
۰/۹۹	۱/۷۱	در این بخش در مورد درمان نظرات بیماران پرسیده نمی‌شود.
۱/۲۳	۲/۳۱	در مواقعی که اختلافی پیش می‌آید سرپرستار برای حل مشکل پیش قدم می‌شود.
۰/۹۴	۲/۳۹	برخی از بیماران بیماران بدون آماده‌بودن از بخش ویژه مرخص می‌شوند.
۰/۹۵	۲/۹۴	پرستاران و پزشکان حتی موقعی که با هم اختلافی دارند، احترام یکدیگر را نگه می‌دارند.
۰/۸۸	۳/۷۲	در این بخش پرستاران اطلاعات محرمانه بیماران یا خانواده آن‌ها را با هم بازگو می‌نمایند.
۰/۸۵	۳/۴۹	در این بخش تصمیمات مراقبتی بدون در نظر گرفتن نظرات پرستاران گرفته اتخاذ می‌شود.
۰/۹۷	۳/۲۵	در این بخش بیمارانی وجود دارند که کسی دوست ندارد از آن‌ها مراقبت نماید.
۰/۷۷	۳/۶۷	سرپرستار و سوپروایزرها تنها در موقع اشتباه با ما حرف می‌زنند.
۰/۶۱	۳/۱۲	الگوی مدیریت در این بخش باز است.
۰/۹۹	۲/۵۰	در این بخش اقدامات مثبت پرستاران مورد حمایت قرار می‌گیرد.

۰/۶۸	۲/۸۱	در این بخش گرفتن یک تصمیم ساده به زمان زیادی نیاز دارد.
۱/۲۴	۳/۰۸	در این بخش بدون توجه به جنس، نژاد و سن بیماران مورد درمان قرار می گیرند.
۰/۷۲	۳/۷۵	در این بخش امکانات بیمارستانی به طور مساوی بین بیماران تقسیم می شود.
۰/۸۹	۳/۸۶	در این بخش کاهش هزینه ها بیشتر از خود بیماران مهم است.

پی‌نوشت‌ها

1. Organization Ethical Climate
2. Hart
3. The hospital ethical climate survey
4. Lenz & Stickland, Waltz
5. Olson
6. Corely
7. Ulrich
8. Fogel

فهرست منابع

منابع فارسی:

- اشک‌تراب، طاهره. (۱۳۷۳ ش.). *تاریخ و تحولات پرستاری در ایران و جهان*. تهران: انتشارات دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، چاپ اول، صص ۲۳-۱۵.
- تیلور، ک. (۱۳۸۲ ش.). *اصول پرستاری تایلور*. ترجمه اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری شهید بهشتی، تهران: انتشارات بشری، صص ۱۷-۳.
- صابریان، م. (۱۳۸۷ ش.). *تاریخ و تحولات پرستاری*. تهران: نشر بشری، چاپ اول، صص ۸-۱۲.
- مبشر، مینا، نخعی، نوذر، گروسی، ساره. (۱۳۸۷ ش.). *ارزیابی جو اخلاقی بیمارستان‌های آموزشی کرمان*. مجله ایرانی تاریخ و اخلاق پزشکی، سال اول، شماره اول، صص ۵۲-۴۵.

منابع انگلیسی:

- Bahcecik, N. Ozturk. (2003). The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONAS Healt Law. Ethical Regular*. 5 (4): 94-8.
- Burkhardt, M. Nathaniel, A. (2002). *Ethics and issues in contemporary nursing*. Delmar, Thomson learning Inc Australia.
- Cassidy, VR. Koroll, CJ. (1994). Ethical aspects of transformational leadership. *Holistic Nursing Practice*. 9 (1): 41-7.
- Chen, SM. McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research*. 9: 152-64.

- Corley, MC. Minick, P. Elswick, RK. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nursing Ethics*. 12 (4): 381-90.
- Erlen, J. Forest, B. (1991). Nurses' perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions. *Western Journal of Nursing Research*. 13: 397-407.
- Fogel, KM. (2007). *The relationship of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurse*. Ph.D Dissertation in philosophy. University of Chicago.
- Gifford, B. Zammuto, R. Goodman, E. (2002). The relationship between hospital unit culture and nurses' quality of work life. *Journal of Healthcare Management*. 47: 13-25.
- Hamric, A. (2000). Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook*. 48: 199-201.
- Hart, SE. (2005). Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover Intentions. *Journal of Nursing Scholarship*. 37 (2): 173-7.
- Meltzer, LS. Huckabay, LM. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 13: 202-8.
- Mobleya, MJ. Radya, MY. Verheijdeb, JL. Patel, B. Larson, JS. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 23: 256-63.
- Olson, L. (1995). Ethical climate in health care organization. *International Nursing Review*. 42 (3): 85-90.
- Olson, LL. (1995). *Hospital nurses' perception of the ethical climate of their work setting*. Ph.D Dissertation in philosophy in nursing science. University of Illinois at Chicago.
- Olson, LL. (2002). Ethical climate as the context for nursing retention. *Journal of Illinois Nursing*. 99 (6): 3-7.
- Ulricha, C. O'Donnell, P. Taylor, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*. 65: 1708-19.

Wilard, C. Luker, k. (2007). Working with the team: strategies employed by hospital cancer nurses specialists to implement their role cancer and palliative care. *Journal of Clinical Nursing*. 716-23.

یادداشت شناسه مؤلفان

نجمه آجودانیان: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان، عضو کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیک: ajoodaniyan@yahoo.com

وحیده سروشان: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران.

آزاد رحمانی: دکترای آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی تبریز، تبریز، ایران.

بهرام قادری: دانشجوی کارشناسی ارشد بیهوشی، کارشناس آموزشی بیمارستان شهید مدنی تبریز، تبریز، ایران.