

استرس: واکنش عمدۀ پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی

چکیده

زمینه و هدف: تصمیم‌گیری اخلاقی، عنصر ضروری در امر پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، چگونگی تخصیص منابع، افزایش هزینه‌های درمان، توجه به حقوق فردی انسان‌ها و تغییر در نقشهای پرستار، می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند که نیازمند توانایی پرستاران برای بازشناسی معضل‌ها و تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب برای بیماران است. هدف این مقاله، توصیف استرس به عنوان واکنش عمدۀ پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت از بیماران می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از رویکرد نظریه پایه انجام گرفت. شرکت‌کنندۀ‌های آن ۱۷ پرستار بودند که گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار، بدون ساختار و عمیق انجام گرفت. داده‌ها، ضبط و کلمه به کلمه دست‌نویس شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش استرائوس و کوربین در مقایسه مداوم انجام گرفت.

یافته‌ها: استرس شغلی و تنفس اخلاقی به عنوان واکنش عمدۀ پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی، شناسایی شد. به نظر پرستاران، بافت تصمیم‌گیری که متشكل از ویژگی‌های فردی و شغلی پرستار، ویژگی‌های بیمار و خانواده بیمار، ویژگی‌های مربوط به پزشک و شرایط ساختاری و سیستم مدیریت می‌باشد، عامل موثر در استرس پرستاران و عدم امکان مراقبت و پاسخدهی اخلاقی آنان به نیازهای بیمار و خانواده بیمار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثرات منفی استرس بر سلامتی جسمی و روانی پرستاران، ضروری است که آنان برای تصمیم‌گیری اخلاقی و به دور از استرس و تنفس اخلاقی، به بافت تصمیم‌گیری خود توجه کنند و عامل‌های درگیر در شرایط ساختاری و سیستم مدیریت، در صدد اصلاح ساختار برآیند تا شرایط برای عمل تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بهبود یابد.

کلیدواژه‌ها: ۱- تصمیم‌گیری اخلاقی ۲- استرس ۳- تنفس اخلاقی ۴- نظریه پایه ۵- پرستاری

*دکتر حسین ابراهیمی I

دکتر منصوره نیکروش II

دکتر سیده فاطمه اسکویی III

دکتر فضل‌الا... احمدی IV

تاریخ دریافت: ۸۴/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۸۵/۴/۲۴

مقدمه

نیازمند اخلاق است؛ چرا که نتایج عمل او بستگی به دانش اخلاقی وی دارد.^(۱) عمل اخلاقی، جنبه حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی، برای حال و آینده عمل پرستاری ضروری است.^(۲) پرستاران نمی‌توانند مسؤولیت جوابگویی به بیماران را انکار کنند، لذا بایستی قادر باشند مراقبت سالم، شایسته، قانونی و اخلاقی از تمام

اخلاق با معنی واژه‌هایی مثل درست(right)، غلط(wrong)، خوب(good)، بد(bad)، باید(duty) و وظیفه(ought) رابطه دارد.^(۳) علم اخلاق(ethics)، شاخه‌ای از فلسفه است که خطوط راهنمای اعمال مطلوب ترسیم می‌کند.^(۴) پرستاری، حرفة‌ای است که نیازمند دانش اخلاقی برای هدایت عمل است. پرستار در هر شرایط و موقعیت تحصیلی که باشد،

(I) استادیار گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز، تبریز، ایران(*مؤلف مسؤول).

(II) دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(III) دانشیار بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، ایران.

(IV) دانشیار گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

دنبال نمودن تصمیم‌ها، عقاید و نظرات خود، درباره پیامدهای تصمیم‌ها و تأثیر محیط‌های عمل بر تصمیم‌گیری‌های آنان وجود دارد.^(۱۶) بنابراین، کشف چگونگی برخورد پرستاران با مسایل اخلاقی، نوع واکنش آنان به مسایل و معضلهای اخلاقی، چگونگی تصمیم‌گیری اخلاقی و عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی آنان، ضروری است. در این مقاله به مفهوم استرس به عنوان واکنش عمدۀ پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی که بخشی از مطالعه اصلی می‌باشد، پرداخته شده است.

روش بررسی

برای هدایت این مطالعه، از رویکرد نظریه پایه (Grounded theory) استفاده گردید. نظریه پایه، ریشه در نظریه تعامل نمادی (symbolic interactionism) دارد که تمرکز آن بر معانی حوادث برای افراد در محیط‌های طبیعی است و براین اساس، نظریه پایه، مطالعه رفتار و تعامل انسان را فراهم می‌سازد و شناخت و چشم‌انداز جدید از رفتار ارایه می‌کند.^(۱۷) در نظریه پایه، کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نظریه حاصل از داده‌ها، رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند و جنبه اصلی آن، تحلیل مقایسه مدام است که در آن، کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور همزمان صورت می‌گیرد و هر یک از داده‌ها با دیگر داده‌ها به طور مدام مقایسه می‌شوند.^(۱۸)

با توجه به اینکه محیط پژوهش در تحقیقات کیفی و از جمله نظریه پایه، محیط طبیعی و واقعی است؛ در این مطالعه از مراکز آموزشی و درمانی به عنوان محیط پژوهش و محیط طبیعی برای بررسی تجربه پرستاران استفاده گردید. برای نمونه‌گیری از نمونه‌گیری هدفمند و نظری استفاده گردید. نمونه‌گیری نظری به فرایند جمع‌آوری داده‌ها با هدف ساخت نظریه اطلاق می‌شود؛ بدین معنی که کدگذاری و تحلیل داده‌ها، عامل تداوم نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها می‌شود.^(۱۹) در این مطالعه، نمونه‌گیری با یافتن شرکت‌کنندگان کلیدی به کمک مدیران مراکز، شناخت محقق از شرکت‌کنندگان و معرفی شرکت‌کنندگان صورت گرفت.

بیماران در تمام محیط‌های مراقبتی بعمل آورند.^(۲۰) متأسفانه، حوزه اخلاق مراقبت بهداشتی، در طول چهار دهه اخیر، به نگرانی‌های پرستاری یا رشد آن، توجه خوبی نشان نداده است و در شوری، تحقیق و عمل به انواع مسایل اخلاقی که پرستاران در عمل با آن مواجه هستند و مسایلی که آنان در نقش خود به عنوان عامل اخلاقی تجربه می‌کنند، تمايل سطحی یا جزئی نشان داده است^(۲۱)؛ همچنین، الگوهایی که در سالهای اخیر در امر اخلاق ارایه شده‌اند، اخلاق را در واژه‌های محدودی تعریف نموده و توجه کافی به بافتی (context) که معضلهای اخلاقی (moral dilemmas) در آن رخ می‌دهد، ندارند؛ به همین دلایل برای متخصصان یا مددجویان، زیاد مفید نمی‌باشد.^(۲۲)

تصمیم‌گیری اخلاقی به عنوان شکل سازمان یافته تأمل (deliberation) اخلاقی برای حل تعارض‌های اخلاقی استفاده می‌شود.^(۲۳) همگان معتقدند که تصمیم‌گیری اخلاقی از عناصر ضروری در حرفة پرستاری است. عواملی مثل بهبود فن‌آوری پژوهشی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش پرستار، می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی که پرستار در عمل روزانه با آنان برخورد می‌کند، گردند.^(۲۴) پرستاران نیازمند توانایی بازشناسی معضلهای پرستاری (بالینی، تخصصی و اخلاقی) در مسایل خاص برای بیمار خاص مسؤول هستند.^(۲۵) پرستاران به عنوان افراد حرفة‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی، حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطرانداختن وجدان اخلاقی خود، محترم بشمارند.^(۲۶) اگرچه، مطالعات نشان می‌دهند که آگاهی پرستاران از مسؤولیت‌های اخلاقی خود در ارایه مراقبت‌ها، در حال افزایش است؛ اما آنان در شناسایی معضلهای اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضلهای اخلاقی دشواری‌هایی دارند.^(۲۷) متأسفانه، علی‌رغم پیشرفت در علم اخلاق مراقبت بهداشتی، هنوز دانش کمی درباره نحوه رسیدن به تصمیم‌گیری اخلاقی و فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران وجود دارد. همچنین دانش کمی درباره توانایی پرستاران در

مرتب می‌نمود و در کدگذاری انتخابی، در صدد یکپارچه‌سازی و خالص کردن تحلیل‌های خود برآمده است. برای رسیدن به اعتمادپذیری (trustworthiness) نتایج، حقق تمام یادداشت‌ها، کدها و طبقات را محفوظ داشته است. برای افزایش مقبولیت (credibility) مطالعه، از سه نفر شرکت‌کننده خواسته شد که نتایج پژوهش را با تجربه خودشان مقایسه کنند. همچنین نتایج در اختیار دو نفر از پرستاران که در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و خواسته شد که نتایج را با تجربه شغلی خودشان مقایسه نمایند. همسانی (dependability) را می‌توان با فنون مختلف ممیزی (audit) که در آن محقق، فرایند مطالعه و محصول آن مثل داده‌ها، یافته‌ها، تفسیر و پیشنهادات خود را مورد بررسی قرار می‌دهد، تأمین کرد.^(۲۴) محقق اذعان می‌کند که نظریه حاصل بوسیله داده‌ها حمایت می‌شود و از درون، ارتباط منطقی دارد. روش ممیزی برای تأمین تأییدپذیری (confirmability) نیز استفاده می‌شود.^(۲۵) بنابراین برای رسیدن به تأییدپذیری، داده‌ها و کدها در اختیار یکی از همکاران حقق گذاشته شد و از او خواسته شد که مراحل تحلیل را گام به گام جلو روید. همچنین داده‌ها، کدها، طبقات اصلی و فرعی حاصل از پژوهش در اختیار استادان راهنمای و مشاور قرار داده شد و بر اساس نظرات اصلاحی آنان، تغییرات لازم داده شد. درباره معیار انتقال‌پذیری (transferability)، لینکلن و گوبا (Lincoln & Guba)^(۱۹۸۵) اظهار می‌دارند که هدف محقق کیفی آن نیست که راهنمای انتقال‌پذیری ارایه کند، بلکه او باید داده‌های پایه و کافی ارایه کند که سایر محققان بتوانند قضایات‌های انتقال‌پذیری بکنند.^(۲۶) همچنین گلیزر (Glaser)^(۱۹۷۸) اظهار می‌دارد که نظریه پایه، متفاوت از سایر روش‌های کیفی، به طور منحصر به فرد، انتقال‌پذیر می‌باشد.^(۲۷)

برای حفظ حقوق شرکت‌کننده‌ها، بعد از کسب اجازه از محیط پژوهش، موضوع، هدف کلی تحقیق و اطلاعات ضروری درباره تحقیق و نحوه حفظ حقوق شرکت کننگان در اختیار شرکت کننگان قرار داده شد و در صورت علاوه‌مند بودن به شرکت در مطالعه و داشتن توافق برای

همچنین به دنبال کدگذاری و یافتن طبقات، نمونه‌گیری نظری به کمک تبیه انواع اندیشه‌نگارها (memos) بويژه اندیشه نگارهای عملیاتی (operational) و نظری (theoretical) و دیاگرام‌ها (diagrams) تا تکمیل و اشباع نسبی طبقات، طبقات فرعی، ابعاد و ویژگی‌های آنها و تأیید فرضیه‌های اولیه در مورد روابط احتمالی طبقات با یکدیگر ادامه یافت. برای این کار برای مثال از سؤالاتی مثل «چه کسی می‌تواند اطلاعات بیشتری درباره این موضوع بدهد؟» استفاده گردید. در این مطالعه تعداد شرکت کننگان ۱۷ نفر شدند.

از آنجایی که برای جمع‌آوری داده‌ها در بررسی نظریه پایه از روش‌های مصاحبه، مشاهده، استناد و یا ترکیبی از آنان استفاده می‌شود^(۲۸) و در مطالعات پرستاری اکثراً از مصاحبه استفاده می‌شود^(۲۹)، در مطالعه کنونی برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد. مصاحبه یکی از روش‌های بسیار رایج برای جمع‌آوری داده‌ها در تحقیق کیفی است و به شرکت‌کننده‌ها امکان ارایه اطلاعات غنی و توصیف و قایع موجود در بافت را می‌دهد.^(۳۰) در این مطالعه، مصاحبه‌ها نیمه‌ساختار (semi-structured)، بدون ساختار (unstructured)، چهره به چهره و عمیق بودند و با موافقت شرکت‌کننده‌ها، ضبط شدند تا بعداً برای تحلیل، دست‌نویسی شوند. طول مدت مصاحبه‌ها از ۹۵ تا ۳۵ دقیقه متفاوت بود و جریان هدایت مصاحبه‌ها و یافتن شرکت‌کننده‌های مناسب، براساس نمونه‌گیری هدفمند و نظری بود.

برای تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری و مقایسه مدادوم استراتئوس و کوربین (1998) استفاده گردید. بدین صورت که محقق همچنان که داده‌ها را از طریق مصاحبه بدست می‌آورد، شروع به دست‌نویسی آنها می‌کرد و سپس آنها را کدگذاری می‌کرد. برای اینکار، ابتدا از کدگذاری باز استفاده می‌شد. سپس محقق کدها را با یکدیگر و با سایر داده‌های حاصل از مصاحبه‌های قبلی مقایسه می‌کرد و آنان را با توجه به جفت بودن آشکار، طبقه بندی می‌کرد. به دنبال شناسایی طبقات، محقق در کدگذاری محوری، در صدد یافتن رابطه موجود میان طبقات و طبقات فرعی با طبقات اصلی برآمده، ابعاد و ویژگی‌های هریک از طبقات و طبقات فرعی را

اما به نظر می‌رسد که استرس و تنفس شغلی پرستاران، حاصل عملکرد وجذابی و فداکاری است که عوامل ساختاری و بافتی مثل پرکاری، کمبود پرستار و همچنین عدم تأمین مالی به پرستاران تحمیل می‌کند. در مقابل، تنفس اخلاقی، زمانی دیده می‌شود که پرستار علی‌رغم آگاهی از روش مناسب عملکرد خود، به دلیل محدودیت‌های ساختاری و بافتی مثل کمبود پرستار، پرکاری، محدودیت‌های قانونی و غیره، قادر به عملکرد مناسب نمی‌باشد. درباره قسمتی از این موضوع شرکت‌کننده پنجم می‌گوید:

«...اگه بخواه خودم یه کاری بکنم، خیلی سخت می‌شه، بعد می‌گن که شما از نظر قانون حق نداشتین این کار را بکنید، خودت چرا اینکار را کردی؟ بخاره همین همیشه این استرس را داشتم که اگه مریض *cp* دارد، اطلاع بدhem یا ندهم؛ خب خودم برایش اقدام بکنم یا مثلاً اطلاع بدhem، دستور بگیرم، بعداً...»

شدت استرس و تنفس پرستاران از میزان کم تا استرس زیاد و شدید فرق می‌کند. استرس آنان، جنبه‌هایی مثل ترس، نگرانی بویژه نگرانی پرداخت حقوق و مزايا، احساس تنفس و تحت فشار بودن در انجام وظایف و حس سنگین بودن کار را در بر می‌گیرد. همچنین پرستاران تنفس خود را به صورت حس فزاینده تضاد با منافع بیمار، عصبی بودن، نداشتن آرامش کافی، بی‌خوابی، احساس ناراحتی، اضطراب و تشویش، احساس گناه، احساس پشیمانی، اشتغال ذهنی و حس پسرفت در عملکرد توصیف می‌کنند.

یافته‌ها از وجود رابطه میان استرس شغلی، فداکاری و عملکرد وجذابی حکایت دارد. فداکاری و عملکرد وجذابی در شرایطی مثل تحمیل کار زیاد و شیفت‌های متعدد و طولانی، موجب استرس بویژه استرس زیاد و فشار کاری می‌شود. اگرچه، درک و همدلی در شرایطی مثل محیط پراسترس، پرکار و شلوغ موجب حضور مرتب، عدم آوردن مشکلات شخصی به محیط کار و جدیت تمام در انجام وظایف و در نتیجه احساس راحتی و جدان می‌شود، اما شرایطی مثل ضعیف بودن نظام ارزشیابی، عدم پرداخت بموضع حقوق و مزايا و داشتن کشمکش با مافوق، می‌تواند موجب افزایش

شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از آنان گرفته شد. محترمانه بودن اطلاعات با مشخص نکردن هویت شرکت‌کننده‌ها حفظ گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، پرستارانی شرکت کردند که حداقل ۴ سال تجربه کار بالینی داشتند و به عنوان پرستارانی شناخته می‌شدند که عملکرد خوبی دارند و قادر به تبادل آسان و آزاد تجربیات و احساسات خود و تمایل به شرکت در تحقیق بودند. میانگین سنی آنان، ۳۴/۵ سال بود و همه، تحصیلات کارشناسی داشتند. ۱۲ نفر آنان، موئیث و ۵ نفرشان، مذکور بودند. ۱۱ نفر، متاهل و ۶ نفرشان، مجرد بودند، از این شرکت‌کننده‌ها، ۹ نفر در بخش ویژه، ۴ نفر در بخش جراحی، ۲ نفر در بخش داخلی، یک نفر در بخش اورژانس و یک نفر در بخش تنفس کار می‌کردند. سابقه کار آنان از ۴ تا ۲۲ سال فرق می‌کرد. از میان این شرکت کنندگان، ۱۲ نفر به عنوان پرستار، ۴ نفر سرپرستار و یک نفر به عنوان سوپر وایزر و پرستار چرخشی کار می‌کرد. همچنین ۲ نفر از سرپرستاران سابقه کار سوپر وایزری داشتند.

طبق یافته‌ها، استرس به عنوان یک طبقه فرعی از طبقه اصلی «واکنش‌های روانی - عاطفی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی» می‌باشد. ابعاد آن استرس شغلی و تنفس اخلاقی است. پرستاران استرس و تنفس خود را با ویژگی‌هایی مثل تنفس، ترس، تندخوبی، عصبانیت، جابجایی احساسات متغیر، احساس گناه، احساس پشیمانی و حتی افسردگی عنوان می‌کنند.

اگرچه شرایط متعددی در ایجاد تعارض در پرستاران و در نتیجه در ایجاد تنفس و استرس در آنان نقش دارد، اما از این شرایط می‌توان به ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران، ویژگی‌های بیمار و خانواده بیمار، ویژگی‌های مربوط به پزشک و شرایط ساختاری و سیستم مدیریت اشاره کرد، به نظر می‌رسد که پرستاران، استرس خود را به دو صورت استرس شغلی و تنفس اخلاقی بیان می‌کنند. اگرچه امکان تمایز دقیق استرس شغلی از تنفس اخلاقی دشوار است،

«...پرکاریش واقعاً تاثیر می‌گذاره، اخلاق همکاران را تند می‌کنه، بعد با بیمار تند برخورد می‌کنند، با همراههای بیمار تند برخورد می‌کنند، با سایر همکاران...».

اگرچه ویژگی‌های فردی پرستاران، تندخویی و رفتار آنان را با بیمار تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اما به نظر برخی پرستاران، تندخویی ممکن است با نظارت کلیشه‌ای سیستم مدیریت پرستاری نیز رابطه داشته باشد. به نظر این گروه از پرستاران، عیب جوبی و اشکال تراشی سوپروایزر و بی‌توجهی او به فدکاری و انجام مسؤولیت پرستار، موجب تندرخویی، احساس کلافگی، درون فکنی و جابجایی احساسات منفی می‌شود.

اختیار نداشتن پرستار نیز با تنش او رابطه دارد. بطوری که در شرایط اختیار نداشتن پرستار، عملکرد محدود و اطلاع مداوم به پزشک و یا مداخله خودجانبه و پیگیری قانونی به دلیل تشدید وضعیت بیمار، می‌تواند موجب تنش پرستار شود.

به نظر می‌رسد که وخیم شدن حال بیمار و از دست رفتن بیمار نیز، با استرس پرستاران رابطه دارد. وخیم شدن حال بیمار و از دست رفتن او در شرایطی مثل بستری درازمدت و وضعیت روبه بهبودی بیمار، می‌تواند موجب احساس تنش و بی‌قراری پرستار شود. همچنین در شرایطی مثل کمبود امکانات، فدکاری و پرکاری پرستار؛ مداخله خودجانبه فوری، عدم حضور بموقع پزشک و از دست رفتن بیمار می‌تواند موجب تنش، احساس ناراحتی، احساس گناه، احساس پشیمانی و استغفال ذهنی پرستار شود. درباره قسمتی از این موضوع شرکت‌کننده دهم می‌گوید:

«....حالا شب بوده و من یک نفر سرپا هستم، من خودم هم ناراحت هستم که ای وای چرا دکتر دیرکرده است، یک لحظه کار من زیاد شده است، نتوانستم به اون مریض برسم، وجدانًا ناراحت شده‌ام که گناه از من بوده است. ای کاش به اون یکی مریض ها هم وقت کم می‌گذاشت و به این بیشتر می‌رسیدم...».

تنش، حس فشار و سنگین بودن کار شود. شاید بتوان گفت که شرکت‌کننده هشتم به روشنی این استرس شغلی را بیان می‌کند:

«....شاید من نتونم از کارم بزنم، در حق مریض ظلم بشه، ولی روی خود شخص من اثر گذاشته، یعنی تنش‌های من زیاد شده، منو عصبی‌تر کرده... من هفت سال قبل خیلی آرام‌تر از حالا بودم، بعضی وقت‌ها دچار تضاد می‌شوم، مخصوصاً اون روزهایی که خب ناراحتم واقعاً از این سیستم... احساس می‌کنم که واقعاً زور می‌آد، بعضی کارکردن‌ها، بعضی خدمات اضافه...».

اگرچه تنش شغلی با پرکاری بخش رابطه دارد؛ اما پیامد تنش می‌تواند تندخویی، کوتاهی و تأخیر در انجام وظایف باشد که زمینه را برای تنش‌های بیشتر و از جمله، تنش اخلاقی فراهم کند. در شرایطی مثل شلوغی بخش و تلاش پرستار برای پاسخدهی بهتر، عدم امکان عملکرد بهتر موجب حس تندخویی، اضطراب، تشویش، ناراحتی، درون فکنی و حتی کثاره گیری از همکاران و بی‌خوابی پرستار می‌شود. قسمت‌هایی از این مطالب را شرکت‌کننده هفدهم به اینصورت توصیف می‌کند:

«وقتی که احساس می‌کنم که بخش خیلی شلوغ بوده، مثلاً یک کارهایی هستش که انجام ندادم یا مثلاً یک حالا شرایطی پیش اومده برایم که ناراحتم کرده، شاید تو خونه هم مثلاً بخواهم بخوابم، نمی‌تونم راحت بخوابم، ذهنیت بدی برام پیش می‌آمد».

به نظر پرستاران، پرکاری و شیفت‌های طولانی نه تنها موجب تندخویی، جابجایی احساسات منفی به خانواده بیمار، بیمار و همکاران می‌شود؛ بلکه موجب انتقال آن به زندگی خانوادگی پرستار نیز می‌شود. همچنین تندخویی می‌تواند موجب کشمکش و تنش بیشتر در محیط کار شود. با این حال، برخی پرستاران عصبانیت زیاد خود را در شرایطی مثل فشارکاری زیاد و تأثیر آن بر خود، به صورت حفظ آرامش و مخفی کردن احساسات خود نشان می‌دهند. برای نشان دادن قسمتی از این موضوع شرکت‌کننده هفتم می‌گوید:

بحث

ناکافی است، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی طوری است که تأمین نیازهای بیماران و خانواده‌های آنان را دشوار یا حتی غیرممکن می‌کند. در نظریه او محدودیت‌های سازمانی به عنوان تمرکز اصلی نگریسته می‌شوند و او برای روش‌سازی روابط موجود میان تنش اخلاقی، استرس پرستار و نارضایتی شغلی، خواهان تحقیق و مطالعه طولی است.^(۲۸) همانطوری که یافته‌های پژوهش کنونی نیز نشان می‌دهد، رابطه نزدیکی میان استرس، چگونگی عملکرد پرستاران و محدودیت‌های ساختاری و سیستم مدیریت وجود دارد. پرکاری، فشارکاری و همچنین کمبود منابع و پرسنل، به عنوان عوامل موثر در استرس پرستاران می‌باشند.

با توجه به اینکه یکی از پیامدهای اصلی استرس، فرسودگی می‌باشد، ملتزد و هوکابای (Meltzer and Huckabay ۲۰۰۴)، از عوامل فردی و شغلی و ترکیبی از آن دو به عنوان اجزاء اصلی سهیم در سندروم فرسودگی صحبت می‌کنند. به نظر آنان عوامل فردی و متغیرهای شخصیتی که با احساسات فرسودگی رابطه دارند، شامل عدم تحمل سختی، نداشتن ابراز وجود در برخورد با دیگران، کاهش توانایی کنارآمدن، خواسته‌ها و تقاضای خانوادگی، داشتن مشکل سلامتی و نبود حمایت اجتماعی است. به نظر آنان، منابع عمدۀ استرس شغلی پرستاران بویژه در پرستاران ویژه، پرکاری و سختی کار، تضاد با همکاران و مدیریت، کمبود پرسنل و منابع، خواسته‌ها و تقاضاهای عاطفی بیماران و خانواده‌های آنان و برخورد با مرگ و ازدست رفتن بیمار می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نیز با یافته‌های فوق تقریباً همسو هستند.^(۲۹)

اگرچه هدف تحقیقات کیفی، تعمیم داده‌ها نیست، اما در مطالعه حاضر شرکت کنندگانی که از روی علاقه و تمایل به ابراز تجربه خود، در تحقیق شرکت کردند، به عنوان پرستاران خوب شناخته شدند و پرستارانی که مایل به ارائه تجربیات خود نبودند، در مطالعه شرکت نداشتند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرستاران در تصمیم‌گیری‌های خود دچار استرس و تنش اخلاقی هستند. طبق یافته‌ها، ویژگی‌های پرستار و محدودیت‌های ساختاری، نقش عمدۀ ای در تجربه استرس و تنش پرستاران دارند. به نظر جیمتون (Jemeton ۱۹۹۳) پرستاران زمانی دچار تنش اخلاقی می‌شوند که بخواهند درباره یک موضوع خاص تصمیم‌گیری اخلاقی بکنند، اما بواسطه همکاران یا موسسه، قادر به عملی نمودن تصمیمات خود نشوند. به نظر او، تنش اخلاقی شامل احساسات تشویش و ناکامی، خشم و اضطراب است که فرد زمانی که با موانع موسسه‌ای مواجه می‌شود و ارزش‌های فرد در تضاد با سایرین قرار می‌گیرد، تجربه می‌کند.^(۳۰) یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهد که پرستاران تنش اخلاقی را تجربه می‌کنند. آنان در صدد پاسخدهی و مراقبت از بیماران هستند، اما نیازهای خواسته‌های بیماران و خانواده‌های آنان از یک سو و محدودیت‌های سازمانی مثل کمبود امکانات، کمبود پرسنل و همینطور اختیار نداشتن از سوی دیگر، آنان را در شرایط تعارض اخلاقی قرار داده و موجب تنش و استرس در انجام وظایف شغلی می‌گردد.

Doka، Rushton و Tursun (Thorsteson ۱۹۹۴) از سطح عاطفی تصمیم‌گیری اخلاقی و رابطه آن با تنش صحبت می‌کنند. به نظر آنان، تصمیم‌های اخلاقی مراقبت کننده‌ها در بخش‌های ویژه، تحت تأثیر تعلق خاطر آنان به بیماران قرار می‌گیرد و بیشتر وجه عاطفی پیدا می‌کند تا وجه عقلانی. این محققان، تنش مراقبت‌کننده را یک پدیده توجیه‌نپذیر و مخفی توصیف می‌کنند که از آن به عنوان یک واقعیت صحبت نمی‌شود.^(۳۱) کورلی (Corley ۲۰۰۲) در ارایه نظریه تنش اخلاقی خود اظهار می‌کند که اهداف پرستاری، مسلماً اخلاقی است؛ وقتی دستیابی به این اهداف مثل حفاظت از آسیب به بیماران، ارایه مراقبت شایسته و موقع و حفظ محیط سالم، با مانع مواجه می‌شود، پرستاران از تنش اخلاقی رنج می‌برند. به نظر او تنش اخلاقی زمانی است که پرسنل

[20613080], March 1998, 67(3): about 6 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_n3_v67/ai_20613080. Accessed April 13, 2004.

3- Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999. p. 5-29.

4- Schroeter K. Ethics in preoperative practice: principles and applications. AORN Journal [84865974]. April 2002, 75(4): about 13 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_75/ai_84865974. Accessed April 13, 2004.

5- Schroeter K. Ethics in preoperative practice: patient advocacy. AORN Journal [86040263] May 2002, 75(5): about 12 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_75/ai_86040263. Accessed April 13, 2004.

6- King CA, Broom C. Ethics in preoperative practice: values, integrity and social policy. AORN Journal [95681593] Dec 2002, 76(6): about 14 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_6_76/a_i_95681593. Accessed April 13, 2004.

7- Rodney P, Varcoe C, Storch JL, McPherson G, Mahoney K, Brown H, et al. Navigating towards a moral horizon: A multi-site qualitative study of ethical practice in nursing. CJNR 2002; 34(3): 75-102.

8- Chambliss D, Beyond Caring. 1st ed. Chicago: university of Chicago press; 1996. P.43-4.

9- Kitchener KS. There is more to ethics than principles. The Counseling Psychologist 1996; 24(1): 92-7.

10- Prilleltensky I, Rossiter A, Walsh-Bowers R. Preventing harm and promoting ethical discourse in the helping professions: conceptual, research, analytical and action frameworks. Ethics and Behavior 1996; 6: 287-306.

11- Trevino LK. Ethical decision making in organizations: A person- situation interactionist model. Academy of Management Review 1987; 11: 601- 17.

12- Wegener ST. The rehabilitation ethic and ethics. Rehabilitation Psychology 1996; 41(1): 5-17.

13- Newfield SA. Ethical decision making among family therapists and individual therapists. Family Process 2000; 39: 177-88.

14- Schroeter K. Ethical perception and resulting action in preoperative nurses. AORN Journal [54610892] May 1999, 69(5): about 8 P. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_69/ai_54610892. Accessed April 13, 2004.

نتیجه‌گیری

بطورکلی، استرس و تنفس اخلاقی، مشکل جدی در پرستاری است که در احساس از دست دادن یکپارچگی و نارضایتی پرستاران در محیط کارشان نقش دارد. استرس و تنفس اخلاقی بر روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت، کمیت و هزینه مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. پرستارانی که تنفس دارند، ممکن است ظرفیت مراقبت خود را از دست بدند و در ارایه مراقبت خوب به بیمار ناکام بمانند، بنابراین ضروری است که پرستاران در برخورد با تعارض‌های اخلاقی در پاسخدهی به نیازهای بیماران و مراقبت از آنان، نه تنها به ویژگی‌های فردی و شغلی خود، ویژگی‌های فردی بیماران و ویژگی‌های پژوهشکار خود توجه کنند، بلکه لازم است که به قوانین و مقررات موجود، منابع انسانی و مادی نیز توجه کند تا بتوانند با توجه به این عوامل، تصمیمی بدور از استرس و تنفس اخلاقی بگیرند. روشن است که سیستم مدیریت نیز همراه با پژوهشکار باید برای بهبود شرایط تصمیم‌گیری، به پرستاران کمک کند. سیستم مدیریت باید در تدوین مقررات روشن و در تدوین راهکارها برای شرایط تعارض‌آمیز پرستاران پیشرو باشد و به پرستارانی که احساس تنفس می‌کنند، در جهت کنار آمدن با تنفس، کمک کند.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با استفاده از حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران در قالب طرح تحقیقاتی (شماره ثبت: ۱۵۵/پ) انجام گردیده است که بدین وسیله نویسنده‌گان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسؤولین آن مرکز و همه پرستاران و مدیران پرستاری که در این مطالعه شرکت کردند، ابراز می‌دارند.

فهرست منابع

- 1- Rumbold G. Ethics in nursing practice. 2nd ed. London: WB Saunders; 1993. P. 1-2.
- 2- Dunn Marianne C. Knowledge helps health care professionals deal with ethical dilemmas. AORN Journal

- 15- Schroeter K. Ethics in preoperative practice: principles and applications. AORN Journal [84865974] April 2002, 75(4): about 13 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_75/ai_84865974. Accessed April 13, 2004.
- 16- Rodney P, Varcoe C, Storch JL, McPherson G, Mahoney K, Brown H, et al. Navigating towards a moral horizon: A multi-site qualitative study of ethical practice in nursing. CJNR 2002; 34(3): 75-102.
- 17- Yung Hilary Ha-Pinj. Ethical Decision Making and the Perception of the Ward as a Learning Environment: A comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong. International Journal of Nurses Studies 1997; 34(2): 128-36.
- 18- Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. Nursing Standard 1998; 12(52): 47-50.
- 19- Cutcliffe John R. Methodological issues in grounded theory. Journal of Advanced Nursing 2000; 31(6): 1476-84.
- 20- Strauss A, Corbin J. Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage publications; 1998. p. 100-241.
- 21- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1999. p. 28-9.
- 22- Backman K, Kyngas HA. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. Nursing and Health Sciences 1999; 1: 147-53.
- 23- Byrne M. Interviewing as a data collection method. AORN Journal [77227780], August, 2001, 74(2): about 5 p. Available from: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_2_74/ai_77227780. Accessed May 14, 2006.
- 24- Glaser BG. Theoretical sensitivity. Sanfrancisco: the Sociology Press; 1978. P.316-7.
- 25- Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott; 2003. p. 38-9.
- 26- Jameton A. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. AWONN's Clinical Issues in Prenatal and Women's Health Nursing 1993; 4(4): 542-51.
- 27- Doka K, Rushton CH, Thorstenson TA. Caregiver distress: If it is so ethical, why does it feel so bad? Advanced Practice in Acute and Critical Care Nursing. 1994; 5(3): 346-52.

Stress: Major Reaction of Nurses to the Context of Ethical Decision Making

/ // /// IV
***H. Ebrahimi, PhD M. Nikravesh, PhD F. Oskouie, PhD F. Ahmadi, PhD**

Abstract

Background & Aim: Factors such as improved medical technology, resource allocation, increasing costs, individual rights, and the changing role of a nurse can result in ethical conflicts that require the nurse's abilities to recognize moral dilemmas and conflicts and make appropriate ethical decisions. The goal of this article is describing stress as the major reaction of nurses to the context of ethical decision making in taking care of patients.

Patients & Method: The present study was conducted by using grounded theory method. The participants were 17 Iranian nurses working in medical and educational hospitals. Semi-structured, unstructured and in-depth interviews were used for data gathering. All interviews were transcribed verbatim and simultaneously and coded according to Strauss and Corbin method (open, axial and selective coding).

Results: Job stress and moral distress were identified as the major reaction of nurses to the context of ethical decision making. The participants believed that decision making context consisting of individual and job characteristics, patient and patient's family features, physician's traits, and structural and management conditions plays an important role in nurses' stress and their inability to respond morally to patient and patient's family needs and optimal caring for patients.

Conclusion: Because of the negative effects of stress on physical and mental health of nurses, it is necessary that they consider the context in their own decisions. Also, the agents who are involved in structural conditions and nursing management should attempt to reform and improve the circumstances so that nurses can make better decisions without stress or moral distress.

Key Words: 1) Ethical Decision Making 2) Stress 3) Moral Distress
 4) Grounded Theory 5) Nursing

I) Assistant Professor of Nursing. Faculty of Nursing and Midwifery. Tabriz University of Medical Sciences and Health Services. Tabriz, Iran.
 (*Corresponding Author)

II) Associate Professor of Health Services Administration. Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

III) Associate Professor of Public Health. Faculty of Nursing and Midwifery. Iran University of Medical Sciences and Health Services. Tehran, Iran.

IV) Associate Professor of Nursing. Faculty of Medical Sciences. Tarbiat Modarres University. Tehran, Iran.