

استرس: واکنش عمده 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 معضله‌ها و تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب برای بیماران است. هدف این مقاله، توصیف استرس به عنوان واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت از بیماران می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از رویکرد نظریه پایه انجام گرفت. شرکت‌کننده‌های 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 استرئوس و کوربین در مقایسه مداوم انجام گرفت.

یافته‌ها: استرس شغلی و تنش اخلاقی به عنوان واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی، شناسایی شد. به نظر پرستاران، بافت تصمیم‌گیری که متشکل 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 تنش اخلاقی، به بافت تصمیم‌گیری خود توجه کنند و عامل‌های درگیر در شرایط ساختاری و سیستم مدیریت، درصدد اصلاح ساختار برآیند تا شرایط برای عمل تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بهبود یابد.

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

- *دکتر حسین ابراهیمی I
- دکتر منصوره نیکروش II
- دکتر سیده فاطمه اسکویی III
- دکتر فضل‌ا... 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.^(۳) عمل اخلاقی، جنبه حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی، برای حال و آینده عمل پرستاری ضروری است.^(۴) 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 (ought) و وظیفه (duty) رابطه دارد.^(۱) علم اخلاق (ethics)، شاخه‌ای از فلسفه است که خطوط راهنما برای اعمال مطلوب ترسیم می‌کند.^(۲) پرستاری، حرفه‌ای 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 معضله‌های اخلاقی، چگونگی تصمیم‌گیری اخلاقی و عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی آنان، ضروری است. در این مقاله به مفهوم استرس به عنوان واکنش عمده 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 ارائه می‌کند.^(۱۸) در نظریه پایه، کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نظریه حاصل از داده‌ها، رابطه نزدیکی با یکدیگر دارند و جنبه اصلی آن، تحلیل مقایسه مداوم است که در آن، کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طور همزمان صورت می‌گیرد و هر یک از داده‌ها با دیگر داده‌ها به طور مداوم مقایسه می‌شوند.^(۲۰، ۱۹)

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.^(۲۰) در این مطالعه، نمونه‌گیری با یافتن شرکت‌کنندگان کلیدی به کمک مدیران مراکز، شناخت محقق از شرکت‌کننده‌ها و معرفی شرکت‌کننده‌ها صورت گرفت.

بیماران در تمام محیط‌های مراقبتی بعمل آورند.^(۱۹) متأسفانه، حوزه اخلاق مراقبت بهداشتی، در طول چهار دهه اخیر، به نگرانی‌های پرستاری یا رشد آن، توجه خوبی نشان نداده است و در تئوری، 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، تمایل سطحی یا جزئی نشان داده است^(۷)؛ همچنین، الگوهایی که در سالهای اخیر در امر اخلاق رایج شده‌اند، اخلاق را در واژه‌های محدودی تعریف نموده و توجه کافی به بافتی (context) که معضله‌های اخلاقی (moral dilemmas) در آن رخ می‌دهد، ندارند؛ به همین دلایل برای متخصصان یا مددجویان، زیاد مفید نمی‌باشند.^(۸-۱۲)

تصمیم‌گیری اخلاقی به عنوان شکل سازمان یافته تأمل (deliberation) اخلاقی برای حل تعارض‌های اخلاقی استفاده می‌شود.^(۱۳) همگان معتقدند که تصمیم‌گیری اخلاقی از عناصر ضروری در حرفه پرستاری است. عواملی مثل بهبود فن‌آوری پزشکی، 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.^(۱۴) پرستاران نیازمند توانایی بازشناسی معضله‌های اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب هستند. آنان برای تصمیم‌های پرستاری (بالینی، تخصصی و اخلاقی) در مسایل خاص برای بیمار خاص مسؤول هستند.^(۱۵) پرستاران به عنوان افراد حرفه‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی، حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطر انداختن وجدان اخلاقی خود، محترم بشمارند.^(۱۶، ۱۷) اگرچه، مطالعات نشان می‌دهند که آگاهی پرستاران از مسؤلیت‌های اخلاقی خود در رایج مراقبت‌ها، در حال افزایش است؛ اما آنان در شناسایی معضله اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضله اخلاقی دشواری‌هایی دارند.^(۱۷) 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 بر آمده است. برای رسیدن به اعتمادپذیری (trustworthiness) نتایج، محقق 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.^(۲۴) بنابراین برای رسیدن به تأییدپذیری، داده‌ها و کدها در اختیار یکی از همکاران محقق گذاشته شد و از او خواسته شد که مراحل تحلیل را گام به گام جلو رود. همچنین داده‌ها، کدها، طبقات اصلی و فرعی حاصل از پژوهش در اختیار استادان راهنما 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 ارائه کند، بلکه او باید داده‌های پایه و کافی ارائه کند که سایر محققان بتوانند قضاوت‌های انتقال‌پذیری بکنند.^(۲۴) همچنین گلیزر (Glaser) (۱۹۷۸) اظهار می‌دارد که نظریه پایه، متفاوت از سایر روشهای کیفی، به طورمنحصر به فرد، انتقال‌پذیر می‌باشد.^(۲۵)

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

همچنین به دنبال کدگذاری و یافتن طبقات، نمونه‌گیری نظری به کمک تهیه انواع اندیشه‌نگارها (memos) بویژه اندیشه‌نگارهای عملیاتی (operational) و نظری (theoretical) و دیگرگرام‌ها (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 شرکت‌کنندگان ۱۷ نفر شدند.

از آنجایی که برای جمع‌آوری داده‌ها در بررسی نظریه پایه از روشهای مصاحبه، مشاهده، اسناد و یا ترکیبی از آنان استفاده می‌شود^(۲۱) و در مطالعات پرستاری اکثراً از مصاحبه استفاده می‌شود^(۲۲)، 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 ارائه اطلاعات غنی و توصیف وقایع موجود در بافت را می‌دهد.^(۲۳) 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 ۳۵ تا ۹۵ 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 مداوم استرئوس و کوربین (۱۹۹۸) 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 بر آمده، ابعاد و ویژگی‌های هریک از طبقات و طبقات فرعی را

شرکت در مطالعه، رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از آنان گرفته شد. محرمانه 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، مونث و ۵ نفرشان، مذکر بودند. ۱۱ نفر، متأهل 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 شرکت‌کنندگان، ۱۲ نفر به عنوان پرستار، ۴ نفر سرپرستار و یک نفر به عنوان سوپروایزر و پرستار چرخشی کار می‌کرد. همچنین ۲ نفر از سرپرستاران سابقه کار سوپروایزری 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 تنش اخلاقی است. پرستاران استرس و تنش خود را با ویژگی‌هایی مثل تنش، ترس، تندخویی، عصبانیت، جابجایی احساسات منفی، احساس گناه، احساس پشیمانی و حتی افسردگی عنوان می‌کنند.

اگرچه شرایط متعددی در ایجاد تعارض در پرستاران و در نتیجه در ایجاد تنش 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 تنش اخلاقی بیان می‌کنند. اگرچه امکان تمایز دقیق استرس شغلی از تنش اخلاقی دشوار است،

اما به نظر می‌رسد که استرس و تنش شغلی پرستاران، حاصل عملکرد وجدانی و فداکاری است که عوامل ساختاری و بافتی مثل پرکاری، کمبود پرستار و همچنین عدم تأمین مالی به پرستاران تحمیل می‌کند. در مقابل، تنش 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 بخوام خودم به کاری بکنم، خیلی سخت می‌شه، بعد می‌گن که شما از نظر قانون حق نداشتین این کار را بکنید، خودت چرا اینکار را کردی؟ بخاطر همین همیشه این استرس را داشتم که اگه مریض CP داره، اطلاع بدهم یا ندهم؟ خب خودم برایش اقدام بکنم یا مثلاً اطلاع بدهم، دستور بگیرم، بعداً...»

شدت استرس و تنش پرستاران از میزان کم تا استرس زیاد و شدید فرق می‌کند. استرس آنان، جنبه‌هایی مثل ترس، نگرانی بویژه نگرانی پرداخت حقوق و مزایا، احساس تنش و تحت فشار بودن در انجام وظایف و حس سنگین بودن کار را در بر می‌گیرد. همچنین پرستاران تنش 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 وجدانی حکایت دارد. فداکاری و عملکرد وجدانی 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 پرسترس، پرکار و شلوغ موجب حضور مرتب، عدم آوردن مشکلات شخصی به محیط کار و جدیت تمام در انجام وظایف و در نتیجه احساس راحتی وجدان می‌شود، اما شرایطی مثل ضعیف بودن نظام ارزشیابی، عدم پرداخت بموقع حقوق و مزایا و داشتن کشمکش با مافوق، می‌تواند موجب افزایش

«...پرکاریش واقعاً تأثیر می‌گذارد، اخلاق همکاران را تند می‌کند، 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، عیب‌جویی و اشکال‌تراشی سوپروایزر و بی‌توجهی او به فداکاری و انجام مسؤلیت پرستار، موجب تندخویی، احساس کلافگی، درون‌فکندی 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 روبه‌بهبودی بیمار، می‌تواند موجب احساس تنش و بی‌قراری پرستار شود. همچنین در شرایطی مثل کمبود امکانات، فداکاری 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 اشتغال 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، وجداناً ناراحت شده‌ام که گناه از من بوده است. ای کاش به اون یکی مریض‌ها هم وقت کم می‌گذاشتم 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، درحقیق 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، درون‌فکندی و حتی کناره‌گیری از همکاران و بی‌خواهی 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 بخوام بخوابم، نمی‌تونم راحت بخوابم، ذهنیت بدی برام پیش می‌آد».

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

یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرستاران در تصمیم‌گیری‌های خود دچار استرس و تنش اخلاقی هستند. طبق یافته‌ها، ویژگی‌های پرستار و محدودیت‌های ساختاری، نقش عمده‌ای در تجربه استرس و تنش پرستاران دارند. به نظر جیمتون (Jameton) (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.^(۳۶) یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهد که پرستاران تنش اخلاقی را تجربه می‌کنند. آنان درصدد پاسخدهی و مراقبت از بیماران هستند، اما نیازها و 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.

دوکا، راشتون و تورس تنسون (Doka, Rushton and Thorsteson) (۱۹۹۴) از سطح عاطفی تصمیم‌گیری اخلاقی و رابطه آن با تنش صحبت می‌کنند. به نظر آنان، تصمیم‌های اخلاقی مراقبت‌کننده‌ها 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 توجیه‌ناپذیر و مخفی توصیف می‌کنند که از آن به عنوان یک واقعیت صحبت نمی‌شود.^(۳۷) 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 بموقع و حفظ محیط سالم، با مانع مواجه می‌شود، پرستاران از تنش اخلاقی رنج می‌برند. به نظر او تنش اخلاقی زمانی است که پرسنل

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 روشن‌سازی روابط موجود میان تنش اخلاقی، استرس پرستار و نارضایتی شغلی، خواهان تحقیق و مطالعه طولی است.^(۳۸) 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، ملتزر و هوکابای (Meltzer and Huckabay) (۲۰۰۴)، از عوامل فردی و شغلی و ترکیبی از آن دو به عنوان اجزاء اصلی سهیم در سندرم 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 عمده 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 از دست رفتن بیمار می‌باشد. یافته‌های این پژوهش نیز با یافته‌های فوق تقریباً همسو هستند.^(۳۹)

اگرچه هدف تحقیقات کیفی، تعمیم داده‌ها نیست، اما در مطالعه حاضر شرکت‌کنندگانی 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.

[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/ai_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 تنش اخلاقی، مشکل جدی در پرستاری است که در احساس از دست دادن یکپارچگی و نارضایتی پرستاران در محیط کارشان نقش دارد. استرس و تنش 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 تنش دارند، ممکن است ظرفیت مراقبت خود را از دست بدهند و در ارزیابی 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 پزشک همکار خود توجه کنند، بلکه لازم است که به قوانین و مقررات موجود، منابع انسانی و مادی نیز توجه کنند تا بتوانند با توجه به این عوامل، تصمیمی بدور از استرس و تنش اخلاقی بگیرند. روشن است که سیستم مدیریت نیز همراه با پزشکان 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 تنش می‌کنند، در جهت کنار آمدن با تنش، 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 نویسندگان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر خود را از مسئولین 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.
- 28- Corley M. Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
- 29- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* 2004 May; 13(3):202-8.

