

واکنش‌های روان شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی

حسین ابراهیمی: دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، مربی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط
E-mail: Ebrahimih@tbzmed.ac.ir

دکتر منصوره یادآور نیکروش: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر سیده فاطمه اسکویی: دانشیار بهداشت عمومی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر فضل‌الله احمدی: دانشیار پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران

دریافت: ۸۵/۱/۲۸، پذیرش: ۸۵/۲/۱۵

چکیده

زمینه و اهداف: تصمیم‌گیری اخلاقی عنصر ضروری در امر پرستاری است. عوامل بافتی متعددی می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند که نیازمند توانایی پرستاران برای بازشناسی معضل‌ها و تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب برای بیماران است. هدف این مقاله توصیف واکنش‌های روان شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت از بیماران می‌باشد.

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

یافته‌ها: اگرچه استرس شغلی و تنش اخلاقی بعنوان واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی شناسایی شد؛ اما رضایت در مقابل نارضایتی، افزایش انگیزه در مقابل کاهش انگیزه، احساس سرحالی در مقابل خستگی و بی‌حوصلگی، دلگرمی در مقابل تضعیف روحیه، حس‌شایستگی در مقابل حس-ناشایستگی، سازگاری و حساسیت در مقابل عادی شدن و بی‌تفاوتی از دیگر واکنش‌های روان‌شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی بود.

نتیجه‌گیری: به نظر پرستاران، بافت تصمیم‌گیری که متشکل از ویژگی‌های فردی و شغلی پرستار، ویژگی‌های بیمار و خانواده بیمار، ویژگی‌های مربوط به پزشک و محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری می‌باشد، عوامل موثر در واکنش‌های روان شناختی پرستاران هستند. ضروری است که پرستاران برای نشان دادن واکنش‌های روان شناختی مثبت به بافت تصمیم‌گیری خود توجه کنند و عامل‌های درگیر در محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت درصدد اصلاح ساختار بر بیایند.

کلیدواژه‌ها: تصمیم‌گیری اخلاقی، واکنش‌های روان شناختی، نظریه پایه، پرستاری

مقدمه

مطالعات نشان می‌دهد که آگاهی پرستاران از مسئولیت‌های اخلاقی خود در ارائه مراقبت‌ها در حال افزایش است؛ اما آنان در شناسایی معضل اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضل اخلاقی دشواری‌هایی دارند (۵). 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 دنبال نمودن تصمیم‌ها، عقاید و نظرات خود، درباره پیامدهای تصمیم‌ها و تأثیر محیط‌های عمل بر تصمیم‌گیری‌های آنان وجود دارد (۴). بنابراین، ضروری است کشف شود که پرستاران چگونه تصمیم‌گیری اخلاقی می‌کنند؟ چه عواملی تصمیم‌گیری اخلاقی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ و واکنش آنان به عوامل و چگونگی

تصمیم‌گیری اخلاقی بعنوان شکل سازمان یافته تأمل اخلاقی برای حل تعارض‌های اخلاقی استفاده می‌شود (۱). همگان معتقدند که تصمیم‌گیری اخلاقی از عناصر ضروری در حرفه پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش پرستار می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند (۲). پرستاران نیازمند توانایی بازشناسی معضل‌های اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب هستند. آنان برای تصمیم‌های پرستاری (بالینی، تخصصی و اخلاقی) در مسائل خاص برای بیمار خاص مسئول هستند (۳). پرستاران بعنوان افراد حرفه‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا بوده و حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطرانداختن وجدان اخلاقی خود، محترم بشمارند (۳و ۴). اگرچه،

تصمیم‌گیری اخلاقی چیست؟ در این مقاله به واکنش‌های روان شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی که بخشی از مطالعه اصلی می‌باشد، پرداخته شده است.

مواد و روش‌ها

برای هدایت این مطالعه، از رویکرد نظریه پایه استفاده گردید. نظریه پایه ریشه در نظریه تعامل نمادی 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 (۶). 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 بطور همزمان صورت می‌گیرد و هر یک از داده‌ها با دیگر داده‌ها بطور مداوم مقایسه می‌شوند (۷و۸).

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 بعنوان محیط پژوهش و محیط طبیعی برای بررسی تجربه پرستاران استفاده گردید. برای نمونه‌گیری از نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری استفاده گردید. نمونه‌گیری هدفمند با یافتن شرکت‌کنندگان کلیدی به کمک مدیران مراکز، شناخت محقق از شرکت‌کننده‌ها و معرفی شرکت‌کننده‌ها صورت گرفت. بدنبال کدگذاری داده‌ها و یافتن طبقات از مصاحبه‌های اولیه، نمونه‌گیری نظری به کمک تهیه انواع اندیشه-نگارها بویژه اندیشه نگارهای عملیاتی و نظری و دیاگرام‌ها 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.

با توجه به اینکه برای جمع‌آوری داده‌ها در بررسی نظریه پایه از روش‌های مصاحبه، مشاهده و اسناد و یا ترکیبی از آنان استفاده می‌شود (۹) و در مطالعات پرستاری اکثراً از مصاحبه استفاده می‌شود (۱۰)، در مطالعه کنونی برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها نیمه ساختار، بدون ساختار، چهره به چهره و عمیق بودند و با موافقت شرکت‌کننده‌ها ضبط شدند تا بعداً برای تحلیل دست‌نویسی شوند. طول مدت مصاحبه‌ها از ۳۵ دقیقه تا ۹۵ متفاوت بود و جریان مصاحبه‌ها براساس نمونه‌گیری نظری بود.

برای تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری و مقایسه مداوم استرثوس و کوربین (۱۹۹۸) استفاده گردید. بدین‌صورت که محقق همچنانکه 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، طبقه‌بندی می‌کرد. بدنبال

شناسایی طبقات، محقق در کدگذاری محوری، در صدد یافتن رابطه موجود میان طبقات و طبقات فرعی با طبقات اصلی بر آمده و ابعاد و ویژگی‌های هریک از طبقات و طبقات فرعی را مرتب می‌نمود و در کدگذاری انتخابی در صدد یکپارچه‌سازی و خالص کردن تحلیل‌های خود بر آمده است.

برای افزایش دقت مطالعه از سه نفر شرکت‌کننده خواسته شد که نتایج پژوهش را با تجربه خودشان مقایسه کنند و برای رسیدن به اطمینان از قابلیت پیگیری، 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، سپس براساس نتایج میزان تفاوت در رسیدن به نتایج مقایسه گردید و اصلاحات لازم صورت گرفت.

همچنین برای حفظ حقوق شرکت‌کننده‌ها، بعد از کسب اجازه از محیط پژوهش، رضایت نامه آگاهانه و کتبی از شرکت‌کنندگان گرفته شد. محرمانه بودن اطلاعات با مشخص نکردن هویت شرکت‌کنندگان و از بین بردن محتوای مصاحبه‌های ضبط شده بدنبال دست‌نویسی آنها، حفظ گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۷ نفر پرستار شرکت نمودند. میانگین سنی آنان ۳۴/۵ سال بود، همه تحصیلات کارشناسی داشتند. از این شرکت‌کننده‌ها ۱۲ نفر مونث و ۵ نفر مذکر بودند، نه نفر در بخش ویژه، ۴ نفر در بخش جراحی، ۲ نفر در بخش داخلی، یک نفر در بخش اورژانس و ۱ نفر در بخش تنفس کار می‌کردند. سابقه کار آنان از ۴ سال تا ۲۲ سال فرق می‌کرد. از میان این شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر بعنوان پرستار، ۴ نفر سرپرستار و ۱ نفر بعنوان سوپروایزر و پرستار چرخشی کار می‌کرد. همچنین ۲ نفر از سرپرستاران سابقه کار سوپروایزری داشتند.

واکنش روان شناختی عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی، استرس می‌باشد که حاصل تعارض یا عدم توانایی پاسخدهی و مراقبت آنان در بافت تصمیم‌گیری اخلاقی می‌باشد. مفهوم استرس در مقاله‌ای مجزا بطور مفصل بحث شده است، در اینجا فقط به این نکته اشاره می‌شود که پرستاران استرس و تنش خود را با ویژگی‌هایی مثل تنش، ترس، تندخویی، عصبانیت، جابجایی احساسات منفی، احساس گناه، پشیمانی و حتی افسردگی نشان می‌دهند. آنان استرس خود را با دو ویژگی عمده یعنی استرس شغلی و تنش اخلاقی بیان می‌کنند. سایر واکنش‌های پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی در ششم مفهوم مجزا مطرح می‌شود. این مفهوم‌ها از نظر شدت قابل قرار گرفتن بر روی یک پیوستار هستند که در دو قطب آن با توجه به شرایط بافتی در تغییر هستند.

رضایت در مقابل نارضایت: پرستاران رضایت خود را با کلماتی مثل احساس رضایت، احساس لذت، احساس آرامش، احساس راحتی، رضایت درونی، رضایت از عملکرد خود و

مخلوق لم یشکرو خالق" اگر بنده از کار تو تشکر نکنم طبیعتاً انگار که از خدا تشکر نمی‌کنم... منم درقبال کارم یک انتظاراتی از بالادستم از مدیرم دارم که به من حداقل بگه دست درد نکنه، اگر ببینم نگه، تقدیر نکنه، تشکر نکنه به نوعی، طبیعتاً تو کار من تاثیر خواهد گذاشت."

همچنین همین شرکت کننده می‌گوید:

"...اینجا دیگه معلوم نیست حق کیه باطل کیه، بنده خلاف می‌کنم تنبیه نمی‌کنند ولی اونیکه کارش را خوب انجام می‌دهد اصلاً بهش ترتیب اثر نمی‌دهند ولی خلاف داشته باشه زود تنبیه‌اش می‌کنند... یا یک عده همیشه تشویق می‌شوند، اگر کارهم نکنند به نوعی تشویق می‌شوند، یک عده هم که کار بدی انجام بدهند یا کارشان را انجام ندهند متأسفانه تنبیه نمی‌شوند... تو واحدهای ما متأسفانه برعکس اعمال می‌شه."

چگونگی نظارت مافوق بر عملکرد پرستار و برخورد همکار با پرستار نیز بر انگیزش او تأثیر می‌گذارد. به نظر برخی پرستاران، نه تنها نظارت صرف بر ثبت‌های پرستار و بی‌توجهی مافوق به حسن انجام مسئولیت پرستار می‌تواند موجب عدم برانگیختگی پرستار مسئولیت‌پذیر شود؛ بلکه برخورد نامناسب همکار با پرستار نیز می‌تواند موجب کاهش انگیزه پرستار شود؛ بدجلوه دادن کار پرستار، عدم کمک متقابل همکار، عدم پاسخدهی به موقع همکار به نیازهای بیمار می‌تواند در کاهش انگیزه پرستار نقش داشته باشد. به نظر پرستاران، نحوه برخورد خانواده بیمار با آنان نیز بر انگیزش آنان تأثیر می‌گذارد. به نظر آنان در شرایطی مثل حسن انجام مسئولیت پرستار ولی از دست رفتن بیمار، توهین خانواده بیمار و نسبت دادن سهل‌انگاری به پرستار می‌تواند موجب کاهش انگیزه شود. در مقابل، در شرایطی مثل عدم وجود تشویق کلامی و تقدیر خیلی کم خانواده بیمار از پرستار؛ تقدیر خانواده بیمار می‌تواند موجب افزایش انگیزه و حس عملکرد خوب در پرستار شود. همچنین رضایت بیمار و خانواده بیمار از عملکرد پرستار می‌تواند موجب احساس خوب و افزایش انگیزه پرستار شود.

به نظر برخی پرستاران، نحوه عملکرد آنان با برانگیختگی آنان رابطه نزدیکی دارد. مراقبت همه‌جانبه، حسن انجام مسئولیت و تصمیم‌گیری خوب برای بیمار و در نتیجه مشاهده بهبودی بیمار می‌تواند موجب احساس رضایت و مفید بودن آنان و در نتیجه افزایش انگیزه و تداوم حسن انجام مسئولیت در آنان شود؛ اما عدم امکان پاسخدهی مناسب و عدم مراقبت کافی از بیمار موجب نارضایتی در آنان و بیماران خود می‌گردد. در این باره شرکت کننده ۱۵ می‌گوید:

"...وقتی مثلاً یک مریض نارسایی کلیه داره، ۵ و ۶ ساله که داره دیالیز می‌شه، آنورسم شکم عمل شده، فشار وج داره، سی وی پی داره، کلی دستورها داره، ما باید اورژانسی برایش خون درخواست کنیم، اورژانسی برایش وقت دیالیز بگیریم، وقتی هم این کار را می‌کنیم شب تا صبح طول می‌کشه و صبح که می‌خواهیم برویم مریض استیبل شده، هوشیار شده، فشارش

رضایت شغلی توصیف می‌کنند. شدت آن از احساس نارضایتی تا احساس رضایت کافی فرق می‌کند.

به نظر پرستاران نحوه عملکرد و شرایط ساختاری و نظام مدیریت پرستاری با رضایت آنان رابطه دارد. به نظر آنان مراقبت همه‌جانبه، عملکرد خوب و کنترل مداوم بیمار و در نتیجه مشاهده بهبودی بیمار موجب احساس رضایت می‌شود؛ اما عدم عملکرد خوب و مراقبت ناکافی موجب ناراحتی وجدان و احساس نارضایتی می‌شود. درباره قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۶ می‌گوید:

"...مریض‌هایی هستش که کما هستش که هیچ درک نمی‌کنه یا اصلاً کار کنیم باهاشون یا کار نکنیم مریض نمی‌دونه و هیچ کس هم نمی‌فهمه، ولی همینکه ما وجداناً می‌دونیم اون کارهایی که باید انجام می‌دادیم انجام دادیم چه روحاً چه جسماً، کارهای بالینی، کارهای فیزیکی، همون رضایت درونی که تو خودمون بوجود می‌آید یک حالت خوشی بهمون دست می‌ده که آدم همون راضی است از خودش."

به نظر آنان محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری می‌تواند موجب نارضایتی آنان شود. شرایطی مثل ضعیف بودن نظام ارزشیابی، عدم پرداخت به موقع حقوق و مزایا و همچنین کشمکش پرستار با مافوق می‌تواند موجب احساس نارضایتی شود. کمبود پرستار، پرکاری و حجم کاری بالای بخش نیز می‌تواند موجب نارضایتی شود. در این باره شرکت کننده ۱۴ می‌گوید:

"...واقعیت اینه که من همیشه از سنگینی و حجم کار زیاد اینجا شاکیم، چون واقعاً زیاده، من که اصلاً راضی نیستم، این همه مریض را می‌سپارند دست یک نفر و می‌گند که تو باید همه اینها را انجام بدهی، یعنی این در نتیجه مدیریت صحیحه؟ ..."

افزایش انگیزه در مقابل کاهش انگیزه: پرستاران انگیزش خود را بصورت برانگیختگی، انگیزه بهتر و افزایش انگیزه بویژه انگیزه کاری بیان می‌کنند؛ در مقابل، کاهش انگیزه را بصورت عدم برانگیختگی، کاهش انگیزه کاری و از دست دادن انگیزه توصیف می‌کنند. به نظر آنان عدم برانگیختگی و از بین رفتن انگیزه با تشویق نامناسب و ساختار نامناسب رابطه دارد. به نظر آنان، اگرچه تقویت عملکرد مثبت موجب افزایش انگیزه و بهبود عملکرد می‌شود؛ اما عدم تقویت عملکرد مثبت، تنبیه و تشویق معکوس (تنبیه پرستار مسئولیت‌پذیر در مسئولیت‌ناپذیری نادر و تشویق پرستار مسئولیت‌ناپذیر برای مسئولیت‌پذیر شدن و عدم تشویق پرستار مسئولیت‌پذیر)، عدم وجود تمایز میان پرستار مسئولیت‌پذیر و پرستار کم‌کار و همچنین عدم تفاوت مزایای پرستار مسئولیت‌پذیر با پرستار کم‌کار موجب کاهش انگیزه شغلی می‌شود. در این باره شرکت کننده ۶ می‌گوید:

"...مثلاً بگم که او کار نکرد همین مزایا را گرفت، منم کار کردم همین را گرفتم خب من با اون چه فرقی دارم؟... انسان فطرتاً دوست داره که کارش مورد ستایش قرار بگیره، این یک اصله، ما یک آیه‌ای داریم در این رابطه خداوند می‌گه که "لم یشکرو

برگشته و چند روز دیگر می‌بینم مثلاً همون مریض دیروز که دادیم بخش داره مثلاً مریض با پای خودش داره میره بخش، این دیگه نهایت رضایت آدم را می‌رسونه، از کارش لذت می‌بره... این حس به آدم دست می‌ده که وجودش موثره، مفیده و یک کار مفید از دستش برمی‌آید و مسلماً آدم راغبتر می‌شه به ادامه کار."

حس شایستگی در مقابل حس ناشایستگی: اگرچه شرایطی که پرستاران در آن قرار دارند، یکسان نیست؛ اما بطور کلی عملکرد درست و وجدانی، مراقبت مداوم و همه جانبه و در نتیجه مشاهده نتیجه عملکرد و بهبودی بیمار و یا تقدیر خانواده از پرستار می‌تواند موجب حس شایستگی شود که پرستاران در آن احساس خوشنودی و مفیدبودن، احساس راحتی و رضایت، حس مفید بودن عملکرد می‌کنند و آن را بصورت شیرین‌ترین لحظه و لحظه شکرگزاری از خدا و در نتیجه افزایش انگیزه خود توصیف می‌کنند. در مقابل، از دست رفتن بیمار و یا تنبیه نابجا می‌تواند موجب حس از دست رفتن عملکرد مفید و حس عدم عملکرد مفید و همینطور ناراحتی آنان شود. شاید بتوان گفت که حس شایستگی را شرکت کننده ۶ به بهترین نحو توصیف می‌کند، این شرکت کننده می‌گوید:

"...من که دارم در بالین کار می‌کنم، اونهم در جای خیلی سخت... نتیجه کارم را دارم می‌بینم، ببیند یک فردی اگر بخواهد که یک چیزی درست بکنه مردم از اون لذت ببرند طبیعتاً این خوشش خواهد آمد، حالا من با یک فردی دارم کار می‌کنم که هیچکس را نداره... خودش هم نمی‌دونه من چه انجام می‌دهم، مریضی که از اتاق عمل تحویل گرفتم در بیهوشی کامل و همه مشکل داره لحظه‌ای اونور اینور خواهد رفت و خدای ناکرده لحظه‌ای سهل انگاری به جان مریض تمام خواهد شد، من تو مسیر کارم این کارها که انجام می‌دهم... فردا صبح که می‌شه ۱۴ ساعت شیفت کاری انجام دادم بی‌خوابی کشیدم و واقعاً دارم دیگه از خستگی می‌میرم، لحظه‌ای که می‌بینم که مریضم را اکسیتوب کردند و نشست رو یونیتش، باور کنید که بهترین لحظه منه که همه خستگیم از روح و جسم می‌رود، می‌بینم که بلی من یک کاری تونستم انجام بدهم، شیرین‌ترین لحظه من همون لحظه ایست که مریض بیهوش دیگه مراحتش انجام گرفته و اکسیتوب کردم، این بهترین و لحظه شیرین منه."

در مقابل شرکت کننده ۱۵ می‌گوید:

"...شب تا صبح با یک مریضی کار می‌کنیم می‌دویم، کل کارش مثلاً صبح که می‌خواهیم تحویل بدهیم، مثلاً مریض ارست می‌کنه دیگه بر نمی‌گردد، آدم واقعاً خیلی ناراحت می‌شه، فکر می‌کنه شب تا صبح هیچ کاری نکرده، هر کاری کرده بوده هدر رفته..."

دلگرمی در مقابل تضعیف روحیه: به نظر پرستاران، وجود کار تیمی و همکاری میان پرستاران و تشویق همکاران موجب دلگرمی می‌شود؛ اما خستگی و کار مداوم، عدم ارزشیابی صحیح، عدم پرداخت صحیح و به موقع حقوق و مزایا و برخوردهای گاهاً

نامناسب پزشک موجب تضعیف روحیه می‌شود. همچنین به نظر آنان، عدم تمایز شغلی در حرفه پرستاری و در نتیجه تعمیم‌های نابجا، عدم شناخت جامعه از حرفه پرستاری و جایگاه اجتماعی پایین شغل موجب تضعیف روحیه و کاهش دلگرمی می‌شود. درباره قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۶ می‌گوید:

"...طبیعتاً، وقتی یک پزشک می‌آید تشکر می‌کنه از پرستار که شب تا صبح دستت درد نکنه، مریضم اینجوری شده، اونجور شده، خیلی ممنون، همون پرستار وقتی که شیفت را ترک می‌کنه با حالت دلگرمی و یک حالت سرخوشی شیفت را ترک می‌کنه..."

همچنین شرکت کننده ۱۵ می‌گوید:

"... بعضاً برخوردهای بعضی رزیدنت‌ها، برخوردهای منطقی نیست، برخوردیکه مطابق با مثلاً کارکرد من، رفتار من نیست، همچون برخوردهایی با آدم روحیه‌اش را تضعیف می‌کنه."

احساس سرحالی و حوصله در مقابل خستگی و بی-حوصلگی: اگرچه احساس سرحالی و خستگی پرستار با توجه به فرد، علاقه شغلی و اوقات کاری پرستار فرق می‌کند؛ اما احساس سرحالی یا خستگی مفرط و بی‌حوصلگی او با میزان عملکرد او نیز رابطه دارد. برای نشان دادن قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۱ می‌گوید:

"...زیاد برسیم یا کم برسیم بستگی به این داره که حال خودمون چه جور باشه... من روزی که با حوصله زیاد سرکار بیام به جز کارهایی که وظیفه من است، انجام می‌دهم... ولی خب روزی که چندان حوصله‌ای ندارم، اگر دوبار قراره بروم فشارخون را بگیرم، مثلاً دوبار می‌گیرم بار سوم می‌گم حالش خوبه می‌دونم استیبل است، بار سوم حتماً نمی‌گیرم."

اگرچه بی‌حوصلگی پرستار می‌تواند موجب عدم پاسخدهی بهتر او به بیمار شود؛ اما درک، همدلی و نودوستی پرستار و توجه او به نیاز بیمار می‌تواند موجب پاسخدهی ممکن او به نیازهای بیمار شود.

به نظر پرستاران محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری نیز بر احساس سرحالی و بی‌حوصلگی آنان و در نتیجه بر نحوه عملکرد آنان تأثیر می‌گذارد. در شرایطی مثل داشتن شیفت طولانی، سرحال بودن پرستار در اول شیفت موجب مراقبت خوب، ولی خستگی مفرط او در اواخر شیفت موجب مراقبت کمتر می‌شود. به نظر می‌رسد که کار مداوم، تعداد زیاد شیفت و یکنواختی شیفت در طی زمان موجب کاهش انرژی و افزایش خستگی پرستار می‌شود. همچنین در شرایطی مثل عدم تامین مالی پرستار بخصوص پرستار مرد، فعالیت او در دو یا چند مرکز می‌تواند موجب خستگی مفرط او شود.

چگونگی نظارت و برخورد مافوق با عملکرد پرستار نیز با احساس سرحالی و خستگی وی رابطه دارد. خستگی عاطفی پرستار در شرایطی مثل انجام مراقبت مداوم پرستار و فشارکاری زیاد او می‌تواند با توجه صرف مافوق به اوقات استراحت پرستار ولی بی‌توجهی او به انجام مراقبت مداوم پرستار رابطه داشته باشد

تواند حاصل عدم پاسخگو بودن پرستار در قبال عملکرد خود باشد. همچنین عادی شدن پرستار با سابقه شغلی، تجربه و دانش شغلی او رابطه دارد. اگرچه سابقه شغلی پرستار می تواند موجب عادی شدن صرفاً انجام تجویز پزشک و بی تفاوتی او نسبت به از دست رفتن بیمار شود؛ اما دانش و تجربه شغلی، مطالعه مداوم و یادگیری مثبت می تواند به سازگاری تدریجی پرستار با شرایط محیط کار کمک کند. اگرچه در شرایطی مثل از دست رفتن بیمار، تازه کار بودن پرستار می تواند موجب ناراحتی شدید او شود؛ اما، سازگاری پرستار دربرخورد با از دست رفتن بیمار یک فرایند تدریجی است و عدم غفلت و عدم قصور او با عدم اشتغال ذهنی و عدم احساس پشیمانی طولانی مدت او رابطه دارد. در این باره شرکت کننده ۶ می گوید:

“...ببینید دیگه ما نرس ویژه هستیم، کارمون اینه، اگه بخواهیم با این قضیه همیشه خودمون را مشغول بکنیم، دیگر در مریض بعدی می مونیم، کم خواهیم آورد، ما مجبوریم این قضیه را دیگه یک جوری فیصله اش بدهیم، مثلاً دیدم مریض رفت اینجوری شد حالا دیگه فردا پس فرداش من بگم ای کاش اونو اینجوری می - کردم طبیعتاً به این مریض تاثیر می گذاره از نظر کارم و خدای نکرده احتمال داره که مثلاً در رابطه با مریضم کم بیاورم، دیگه اینها مقطعی اند، ما دیگه عادت کردیم”.

به نظر برخی پرستاران حساسیت کاری پرستار با شرایطی مثل عملکرد وجدانی و فداکاری، دانش و مهارت شغلی، ترک تأخیری بخش و صرف وقت برای بیمار رابطه دارد؛ در مقابل، بی تفاوتی پرستار با علاقه کم شغلی، پرکاری و خستگی وی مرتبط است. برای نشان دادن قسمتی از موضوع شرکت کننده ۸ می گوید:

“...من به مرور زمان تجربه کسب کرده ام که اونهایی که معمولاً تو کارشون حساس هستند، به کارشون اهمیت می دهند، می - خواهند کارشون را درست انجام بدهند، معمولاً با تاخیر بخش را ترک می کنند. یعنی خودشون هم افرادی هستند که تو حرفه خودشون دستشون فرزند است، یعنی می توند اون کار را سریع انجام بدهند و می - کنند ولی فرض بکنیم همان خواست های ساده مریض هم باعث می - شود که اینها یک نیم ساعتی بخش را دیرتر ترک بکنند”.

بحث

یافته های این مطالعه نشان می دهد که پرستاران واکنش های روان شناختی مختلفی به بافت تصمیم گیری اخلاقی خود نشان می دهند. اگرچه این واکنش ها می تواند اثرات مثبت یا منفی بر عملکرد، مراقبت و پاسخدهی پرستاران داشته باشند، اما به نوبه خود چگونگی عملکرد آنان می تواند بر سطح و نوع واکنش های روان شناختی آنان تأثیر بگذارد که خود این واکنش ها مجدداً بر نحوه عملکرد پرستار و تصمیم گیری اخلاقی آنان تأثیر می گذارد. یافته ها نشان می دهد که عملکرد اخلاقی و توجه به منفعت بیمار موجب واکنش های روان شناختی مثبت در پرستاران مثل احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی می شود؛ اما عملکرد

که گاهاً منجر به واکنش های مضاعف مثل ناراحتی شدید و حتی رفتار عدم دوستانه پرستار با مافوق شود. در این باره شرکت کننده ۱۰ می گوید:

“فشار کاریمون زیاد می شه...ولی بعضاً می بینی که آدم هم با کار خسته نمی شه، اکثراً هم آدم را حرف خسته می کنه، بعضاً می - بینی که حالا سوپروایزر یا فلان من از شب تا صبح سرپا هستم، ساعت مثلاً تا ۵ سرپامانده ام، متهی حالا به نظر اینها شیفت خواب مثلاً تا ساعت ۵ هستش، مثلاً من تا ساعت ۵ کارکردم، مثلاً یک همکارمون را فرستادیم که مثلاً ۳-۵ شما استراحت کنی، بعد من هم ۵ تا ۷ بروم استراحت کنم، در اون ساعت می آیند دیگه نمی - گویند که اون خانم یا آقا چرا تا ساعت ۵ سرپا بوده”.

خستگی پرستار با در دسترس بودن وسایل، چگونگی کارکرد آنان و کمبود دارو نیز رابطه دارد. شرایطی مثل عدم کارکرد صحیح وسیله، دستکاری آن و قرض گرفتن مکرر آن، علی رغم گزارش مکرر آن به مافوق می تواند منجر به خستگی و در نتیجه کنار گذاشتن وسیله شود و در شرایطی مثل تشدید وضعیت بیمار ممکن است موجب غفلت او از بیمار شود. همچنین در شرایطی مثل کمبود دارو؛ پیگیری مداوم دارو می تواند موجب خستگی پرستار شود. درباره این موضوع شرکت کننده ۵ می گوید:

“...یک دستگاهی هست، اصلاً هیچوقت نشون نمی ده هی مثلاً اطلاع بدیم بابا صبح گفتم که مثلاً به هدنرسمون، به مسئول... این کار نمی کنه اینرا درست کنی دیگه، حالا هی گفتم، یک ماه گفتم دو ماه گفتم، هی مثلاً مریض بدحال شده، کراشکار را کشیدی نشده، اون یکی وصل کردی، از اون یکی بخش گرفتمی آدم ممکنه مثلاً ۱۰ بار ۲۰ بار بکنه، یکبار هم خیلی خسته بشه بگه ول کن دیگه، ول کن دیگه مانیتور نشه”.

به نظر برخی پرستاران، چگونگی رفتار همکار با پرستار نیز با احساس سرحالی و بی حوصلگی او رابطه دارد. تحویل مناسب شیفت، انجام مرتب وظایف و کمک به همکار موجب احساس خوب؛ ولی تحویل نامناسب شیفت و عدم تشریک مساعی همکار موجب بی حوصلگی می شود. همچنین داشتن احساس خوب و رابطه خوب با همکار به عملکرد خوب و تصمیم گیری خوب پرستار کمک می کند. درباره قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۱ می گوید:

“...رفتار همکار خوب باشه، آدم حالش خوب است، رفتار همکار بد باشه، آدم حالش بد است. اون حوصله ای را که با همکار خوب داره با همکار بد نداره”.

سازگاری و حساسیت در مقابل عادی شدن و بی تفاوتی:

سازگاری، عادت کردن و عادی شدن برای پرستار در جنبه هایی مثل پاسخدهی پرستار به نیازهای اطلاعاتی بیمار و خانواده، انجام صرف تجویز پزشک، واکنش به از دست رفتن بیمار دیده می شود. به نظر برخی پرستاران، عادی شدن عدم پاسخدهی به نیازهای اطلاعاتی بیمار و خانواده در شرایطی مثل عدم پرکاری پرستار می -

منفی یا عدم امکان مراقبت و پاسخدهی مطلوب به بیمار و یا محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری مثل کمبود امکانات و وسایل، کمبود پرستار، فشار کاری و پرکاری، ارزشیابی و نظارت نامناسب و عدم پرداخت کافی و مناسب موجب واکنش - های روان شناختی منفی مثل احساس نارضایتی، کاهش انگیزه، حس ناشایستگی و تضعیف روحیه می‌شود. همچنین در شرایط عملکرد مثبت و اخلاقی پرستار، محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت و همین‌طور نحوه برخورد همکاران، پزشک و خانواده بیمار با پرستار و با عملکرد او نقش تعیین کننده‌ای در واکنش‌های روان شناختی مثبت یا منفی پرستاران دارد.

به نظر Lorentz پرستاران نقش کلیدی در تیم مراقبت بهداشتی برای ارتقاء سلامتی بیماران دارند. برای ایفای این نقش پرستاران باید در تمام اوقات اخلاقی عمل کنند تا مطمئن شوند که مراقبتی که آنان به بیماران ارائه می‌دهند، همیشه در جهت بهترین علائق بیماران است. با این حال، موقعیت‌هایی در مراقبت پرستاری بوجود می‌آید که موجب تعارض اخلاقی در پرستاران می‌شود و آنان را به انتخاب میان احترام به التزام های اخلاقی که آنان نسبت به بیماران دارند و حمایت از سیاست‌های سازمانی که در آن کار می‌کنند، وامی‌دارد (۱۱). این تعارض اخلاقی بدلیل بافت نامناسب می‌تواند موجب انواع واکنش‌های روان شناختی منفی در پرستاران بویژه تنش اخلاقی شود که در صورت عدم حل مناسب آن می‌تواند زمینه را برای نارضایتی، حس ناشایستگی، کاهش انگیزه، بی- حوصلگی، تضعیف روحیه و حتی بی‌تفاوتی پرستار نسبت به مراقبت اخلاقی از بیمار فراهم سازد.

اهمیت واکنش‌های روان شناختی بویژه واکنش‌های عاطفی در تصمیم‌گیری اخلاقی برای همگان روشن است. اکثر محققان به عنصر عاطفی و نقش آن در تصمیم‌گیری اخلاقی تأکید کردند (۱۲و۱۳و۱۴و۱۵و۱۶و۱۷و۱۸). برای مثال، Doka, Rushton and Thorsteson در این زمینه اظهار می‌دارند که سطح هیجانی تصمیم‌گیری اخلاقی در بخش مراقبت‌های ویژه موجب وابستگی عاطفی متخصصین مراقبت بهداشتی به بیماران می‌گردد. این وابستگی عاطفی موجب می‌شود که تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آنان موقع مواجه شدن با مرگ و یا نجات جان بیمار بیشتر جنبه عاطفی داشته باشد تا جنبه عقلانی (۱۸). همان‌طوریکه یافته‌های مطالعه کنونی نیز نشان می‌دهد بهبودی و نجات جان بیمار می‌تواند موجب واکنش‌های مثبت در پرستاران، ولی از دست رفتن بیمار می‌تواند موجب واکنش‌های منفی در آنان گردد.

Corley اظهار می‌کند که اهداف پرستاری مسلماً اخلاقی است؛ وقتی که دستیابی به این اهداف مثل حفاظت از آسیب به بیماران، ارائه مراقبت شایسته و به موقع و حفظ محیط سالم بدلیل کمبود پرسنل و محدودیت‌های سازمانی با مانع مواجه می‌شود موجب تنش اخلاقی و نارضایتی در پرستاران می‌شود (۱۹). همان‌طوریکه یافته‌های پژوهش کنونی نیز نشان می‌دهد، چگونگی عملکرد پرستاران و محدودیت‌های ساختاری و نظام

مدیریت پرستاری با استرس و رضایت آنان رابطه نزدیکی دارد. یافته‌های مطالعه کنونی نشان می‌دهد که کمبود امکانات، کمبود پرسنل پرستاری و همچنین پرکاری و فشار کاری با عدم امکان پاسخدهی و مراقبت پرستاران و در نتیجه خستگی و نارضایتی پرستاران رابطه دارد. در این راستا Austin, Bergum and Goldberg نیز در مطالعه پدیده شناسی خود نشان دادند که در محیط مراقبت بهداشت روانی، کمبود منابع مثل کمبود وقت و پرسنل می‌تواند منجر به از دست رفتن روحیه، نبود احترام و عدم بازشناسی هم برای بیماران و هم کارکنان شود که شدیداً توانایی پرستاران را برای ارائه مراقبت کیفی کاهش دهد (۲۰). مطالعه کنونی نیز این موضوع را تأیید می‌کند.

اگرچه هدف مطالعه کنونی بررسی سندرم فرسودگی نبود، اما یافته‌ها نشان می‌دهد که پرستاران علائم آن را بصورت استرس، تنش اخلاقی و خستگی عاطفی نشان می‌دهند. در این زمینه Meltzer and Huckabay به نقل از Maslach and Jackson خستگی عاطفی را یکی از عناصر عمده سندرم فرسودگی نام می‌برند. به نظر آنان خستگی عاطفی می‌تواند موجب بی‌تفاوتی و از دست دادن علاقه به مراقبت از بیمار شود. به نظر آنان، نه تنها عوامل فردی و شغلی و ترکیبی از آن دو، اجزاء اصلی سهم در سندرم فرسودگی هستند؛ بلکه پرکاری و سختی کار، تضاد با همکاران و مدیریت، کمبود پرسنل و منابع، خواسته‌ها و تقاضاهای عاطفی بیماران و خانواده‌های آنان، مقابله با جنبه‌های اخلاقی فن- آوری در حفظ زندگی و برخورد با مرگ و ازدست رفتن بیمار از منابع عمده استرس و فرسودگی هستند (۲۱). همان‌طوریکه یافته‌های مطالعه کنونی نیز نشان می‌دهد ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران و محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت که از عناصر اصلی بافت تصمیم‌گیری اخلاقی هستند با واکنش‌های روان شناختی منفی پرستاران بویژه خستگی، عادی شدن و بی‌تفاوتی پرستاران رابطه نزدیکی دارد.

نتیجه‌گیری

بطور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که ضروری است که در بافت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران تغییرات بنیادی بوجود آید، لازم است نظام تشویق و تنبیه، ارزشیابی و نظارت در نظام مدیریت و مراقبت پرستاری تقویت و اصلاح گردد. لازم است پرستاران ارزش یکدیگر و همکاران را درک کرده و در جهت مشارکت و همکاری گروهی و تصمیم‌گیری اخلاقی مشارکتی حرکت کنند. ضروری است که پرستاران در برخورد با شرایط دشوار اخلاقی و عدم امکان پاسخدهی و مراقبت از بیماران، ویژگی‌های فردی و شغلی خود و همین‌طور شرایط و ویژگی‌های فردی بیماران و خانواده آنان را مورد توجه خود قرار دهند. روشن است که نظام مدیریت همراه با پزشکان همکار باید برای بهبود شرایط تصمیم‌گیری اخلاقی و پیامدهای آن به پرستاران کمک کنند. نظام مدیریت باید در تدوین مقررات روشن و در تدوین راهکارها برای

تقدیر و تشکر

نویسندگان از همه پرستاران و مدیران پرستاری که در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران برای تامین هزینه‌های مالی این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

شرایط دشوار و تعارض اخلاقی پرستاران پیشرو باشد و برای اصلاح و بهبود امکانات مادی و انسانی گام‌های جدی و عملی بر دارد. نظام مدیریت به ویژه نظام مدیریت پرستاری نه تنها باید به ارزش عملکرد مثبت پرستاران پی ببرد، بلکه لازم است که در شرایطی مثل وجود واکنش‌های روان شناختی منفی در پرستاران با ایجاد نظام و شبکه‌های حمایتی مناسب و کمیته‌های حل مسائل اخلاقی از پرستارانی که احساس آسیب‌پذیری می‌کنند، حمایت عاطفی و روانی مناسب بعمل آورد.

References

- Newfield SA. Ethical decision making among family therapists and individual therapists. *Family Process* 2000; **39**: 177-188.
- Schroeter K. Ethical perception and resulting action in preoperative nurses. *AORN Journal* 1999, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_69/ai_54610892 (Accessed April 2004).
- Schroeter K. Ethics in preoperative practice: principles and applications. *AORN Journal* 2002, http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_75/ai_84865974 (Accessed April 2004).
- Rodney P, Varcoe C, Storch JL, McPherson G, Mahoney K, Brown H, et al. navigating towards a moral horizon: a multisite qualitative study of ethical practice in nursing. *CJNR* 2002; **34**(3): 75-102.
- Yung Hilary HP. 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): 128-136.
- Cutcliffe JR: Methodological issues in grounded theory. *Journal of Advanced Nursing* 2000; **31**(6): 1476-1484.
- Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard* 1998; **12**(52): 47-50.
- Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Second edition, Thousand Oaks: Sage publications Inc, 1998; PP: 100-241
- Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Third edition, Philadelphia: Lippincott, 2003; PP: 38-39.
- Backman K, Kyngas HA. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. *Nursing and Health Sciences* 1999; **1**: 147-153.
- Maier-Lorentz MM: creating your own ethical environment. *Nursing Forum* 2000, <http://www.highbeam.com/library/doc1.asp?DOCID=1G1:67630233&num=1&ctrlInfo=Round18%3AMode18c%3ASR%3AResult&ao=&FreePremiu m=BOTH> (Accessed May 2005).
- Ferrie S. A quick guide to ethical theory in health care: solving ethical dilemmas in nutrition support situations. *Nutr Clin Pract* 2006; **21**(2): 113-117.
- Heekeren HR, Wartenburger I, Schmidt H, Schwintowski HP and Villringer A. an fMRI study of simple ethical decision-making. *Neuroreport* 2003; **14**(9): 1215-1219.
- Beu DS and Buckley MR. using accountability to create a moral ethical climate. *Human Resource Management Review* 2004; **14**(1): 67-83.
- Garel M, Gosme-Segurent S, Kaminski M and Cuttini M. ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenat Diagn* 2002; **22**(9): 811-817.
- Carpenter MA. The process of ethical decision making in psychiatric nursing practice. *Issue Ment Health Nurs* 1991; **12**(2): 179-191.
- Scott PA. Emotion, moral perception and nursing practice. *Nursing Philosophy* 2000; **1**:123-133.
- Doka K, Rushton CH, and 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): 346-352.
- Corley M: Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 2002; **9**(6): 636-650.
- Austin W, Bergum V and Goldberg L. Unable to answer the call of our patients: mental health nurses' experience of moral distress. *Nursing Inquiry* 2003; **10**(3): 177-183.
- Meltzer LS and Huckabay LM: Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care* May 2004; **13**(3): 202-208.