

## و اکنش‌های روان شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی

حسین ابراهیمی: دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرتب پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز؛ نویسنده رابط E-mail: Ebrahimih@tbzmed.ac.ir  
دکتر منصوره یادآور نیکروش: دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی، داشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر سیده فاطمه اسکویی: دانشیار بهداشت عمومی، داشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر فضل الله احمدی: دانشیار پرستاری، داشکده 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 تعارض های 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. شرکت کننده‌های 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 استرائوس و کوربین در کدگذاری و مقایسه مداوم انجام گرفت.

**یافته‌ها:** اگرچه استرس شغلی و تنش اخلاقی بعنوان واکنش عمدۀ 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، حس شایستگی در مقابل حس- ناشایستگی، سازگاری و حساسیت در مقابل عادی شدن و بی‌تفاوتی از دیگر واکنش‌های روان شناختی پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی بود.

**نتیجه‌گیری:** به نظر پرستاران، بافت تصمیم‌گیری که مشکل 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 در صدد اصلاح ساختار بر بیانند.

**کلید واژه‌ها:** 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(۱). 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(۲). 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(۳). همگان معتقدند که تصمیم‌گیری اخلاقی از عناصر ضروری در حرفه پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالم‌مندی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش پرستار می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند(۴). 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(۵). پرستاران بعنوان افراد حرفه‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا بوده و حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطر انداختن و جدان اخلاقی خود، محترم بشمارند(۶) و(۷). اگرچه،

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

برای افزایش دقت مطالعه از سه نفر شرکت کننده خواسته شد که نتایج پژوهش را با تجربه خودشان مقایسه کنند و برای رسیدن به اطمینان از قابلیت پیگیری، داده‌ها و کادها 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 شرکت کننده‌ها، بعد از کسب اجازه از محیط پژوهش، رضایت نامه آگاهانه و کتبی از شرکت کننده‌گان گرفته شد. محرمانه بودن اطلاعات با مشخص نکردن هویت شرکت کننده‌گان و ازین بردن محتوای مصاحبه‌های ضبط شده بدنیال دست نویسی 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 شرکت کننده‌ها 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 شرکت کننده‌گان ۱۲ نفر بعنوان پرستار، ۴ نفر سرپرستار و ۱ نفر بعنوان سوپر وایزر و پرستار چرخشی کار می‌کرد. همچنین ۲ نفر از سرپرستاران سابقه کار سوپر وایزری داشتند.

واکنش روان شناختی عمله 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 مطالعه‌ای مجزا بطور مفصل بحث شده است، در اینجا فقط به این نکته اشاره می‌شود که پرستاران استرس و تنفس خود را با ویژگی‌هایی مثل تنش، ترس، تندخوبی، عصبانیت، جابجایی احساسات منفی، احساس گناه، پشیمانی و حتی افسردگی نشان می‌دهند. آنان استرس خود را با دو ویژگی عمله 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 یافته در تغییر هستند.

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

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 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<sup>(۶)</sup>. در نظریه پایه، کار جمع آوری 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 جمع آوری و تحلیل داده‌ها بطور همزمان صورت می‌گیرد و هر یک از داده‌ها با دیگر داده‌ها بطور مدام مقایسه می‌شوند<sup>(۷)</sup> و <sup>(۸)</sup>.

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 نمونه-گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری استفاده گردید. نمونه‌گیری هدفمند با یافتن شرکت کننده‌ها و معرفی شرکت کننده‌ها شناخت محقق از شرکت کننده‌ها و یافتن طبقات از صورت گرفت. بدنیال 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 جمع آوری داده‌ها در بررسی نظریه پایه از روش‌های مصاحبه، مشاهده و اسناد و یا ترکیبی از آنان استفاده می‌شود<sup>(۹)</sup> و در مطالعات پرستاری اکثر از مصاحبه استفاده می‌شود<sup>(۱۰)</sup>، در مطالعه کنونی برای جمع آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها نیمه ساختار، بدون ساختار، چهره به چهره و عمیق بودند و با موافقت شرکت کننده‌ها ضبط شدند تا بعداً برای تحلیل دست نویسی 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 مدام استرائوس و کوربین<sup>(۱۹۹۸)</sup> استفاده گردید. بدینصورت که محقق همچنانکه داده‌ها را از طریق مصاحبه بدست می‌آورد، شروع به دست نویسی 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، طبقه بندی می‌کرد. بدنیال

مخلوق لم یشکرو خالق" اگر بنده از کار تو تشکر نکنم طبیعتاً انگار که از خدا تشکر نمی‌کنم... منهم درقبال کارم یک انتظاراتی از بالادستم از مدیریم دارم که به من حداقل بگه دست درد نکنه، اگر بیسم 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 می- کنم تنبیه نمی‌کنند ولی اوینیکه کارش را خوب انجام می‌دهد اصلاً بهش ترتیب اثر نمی‌دهند ولی خلاف داشته باشه زود تبیه‌اش می- کنند... یا یک عده همیشه تشویق می‌شوند، اگر کارهم نکنند به نوعی تشویق می‌شوند، یک عده هم که کار بدی انجام بدنهن یا کارشان را انجام ندهند متسافنه تنبیه نمی‌شوند... تو واحدهای ما متسافنه بر عکس اعمال می‌شه".

چگونگی نظارت مافوق بر عملکرد پرستار و برخورد همکار با پرستار نیز بر انگیزش او تاثیر 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 تاثیر 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 می- تواند 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، آنوریسم 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 می- خواهیم برویم می‌بینیم مریض استیل 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 همه جانبه، 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 و جدان 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 وجودانای می‌دونیم اون کارهایی که باید انجام می‌دادیم انجام دادیم چه روح‌آچه جسم‌آ، کارهای بالینی، کارهای فیزیکی، همون رضایت درونی که تو خودمون بوجود می- آید 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 سنتگینی 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 درنتیجه 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 ازین 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 (تبیه پرستار مسئولیت‌پذیر در مسئولیت‌نپذیری نادر و تشویق پرستار مسئولیت‌نپذیر برای مسئولیت‌پذیر شدن و عدم تشویق پرستار مسئولیت‌پذیر)، عدم وجود تمایز میان پرستار مسئولیت‌پذیر و پرستار کار و همچنین عدم تفاوت مزایای پرستار مسئولیت‌پذیر با پرستار کم کار موجب کاهش انگیزه شغلی می‌شود. در این باره شرکت کننده ۶ می‌گوید:

"مثلاً بگم که او کار نکرد همین مزایا را گرفت، منهم 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

نامناسب پزشک موجب تضعیف روحیه می‌شود. همچنین به نظر آنان، عدم تمايز شغلی در حرفة پرستاری و در نتیجه تعییم‌های نایجا، عدم‌شناخت جامعه از حرفة پرستاری و جایگاه اجتماعی پایین شغل موجب تضعیف روحیه و کاهش دلگرمی می‌شود.

دریاره قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۶ می‌گوید:

”طیعتاً، وقتی یک پزشک می‌آید تشرک می‌کنه از پرستار که شب تا صبح دستت درد نکنه، مرضیم 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 جوری باشه... من روزی که با حوصله زیاد سرکار بسایم به جز کارهایی که وظیفه من است، انجام می‌دهم... ولی خب روزی که چندان حوصله‌ای ندارم، اگر دویار قراره بروم فشارخون را بگیرم، مثلاً دویار می‌گیرم بار سوم می‌گم حالت خوبه می‌دونم استیل است، بار سوم حتماً نمی‌گیرم.”

اگرچه بی‌حوصلگی پرستار می‌تواند موجب عدم پاسخدهی بهتر او به بیمار شود؛ اما درک، همدلی و نواعدوستی 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.

برگشته و چند روز دیگه می‌بینیم 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 بر می‌آید و مسلمًا آدم راغبتر می‌شه به ادامه کار.”

حس شایستگی در مقابل حس ناشایستگی: اگرچه شرایطی که پرستاران در آن قرار دارند، یکسان نیست؛ اما بطورکلی 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 خشنودی 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 رفت 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، ببینید یک فردی اگر بخواهد که یک چیزی درست بکنه مردم از اون لذت ببرند طیعتاً 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 مریض را اکستیوب کردند و نشست رو یونیش، باور کنید که بهترین لحظه منه که همه خستگیم از روح و جسم می‌رود، می‌بینم که بلى من یک کاری تونستم انجام بدهم، شیرین‌ترین لحظه من همون لحظه ایست که مریض بیهوش دیگه مرا حلش انجام گرفته و اکستیوب 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 بدیهیم، مثلاً مریض ارست می‌کنه دیگه برنمی‌گرده، 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 مزايا و برخوردهای گاهاً

تواند حاصل عدم پاسخگو بودن پرستار در مقابل عملکرد خود باشد. همچنین عادی شدن پرستار با سابقه شغلی، تجربه و دانش شغلی او رابطه دارد. اگرچه سابقه شغلی پرستار می‌تواند موجب عادی شدن صرفاً انجام تجویز پزشک و بی‌تفاوتی او نسبت به ازدست رفتن بیمار شود؛ اما دانش و تجربه شغلی، مطالعه مداوم و یادگیری مثبت می‌تواند به سازگاری تدریجی پرستار با شرایط محیط کار کمک کند. اگرچه در شرایطی مثل از دست رفتن بیمار، تازه‌کار بودن پرستار می‌تواند موجب ناراحتی شدید او شود؛ اما، سازگاری پرستار در برخورد با از دست رفتن بیمار یک فرایند تدریجی است و عدم غفلت و عدم قصور او با عدم استغال ذهنی و عدم احسان پشیمانی طولانی مدت او رابطه دارد. در این باره شرکت کننده ۶ می‌گوید:

”...بیینید دیگه ما نرس ویژه هستیم، کارمون اینه، اگه بخواهیم با این قضیه همیشه خودمون را مشغول بکنیم، دیگر در مرض بعدی می‌مونیم، کم خواهیم آورد، ما مجبوریم این قضیه را دیگه یک جوری فیصله‌اش بدھیم، مثلاً دیدم مريض رفت اینجوری شد حالاً دیگه فردا پس فرداش من بگم ای کاش اونو اینجوری می‌کردم طبیعتاً به این مريض تاثیر می‌گذاره از نظر کارم و خدای نکرده احتمال داره که مثلاً در رابطه با مريضم کم بیاورم، دیگه اینها مقطوعی اند، ما دیگه عادت کردیم.“

به نظر برخی پرستاران حساسیت کاری پرستار با شرایطی مثل عملکرد و جدایی و فدایکاری، دانش و مهارت شغلی، ترک تأخیری بخش و صرف وقت برای بیمار رابطه دارد؛ در مقابل، بی‌تفاوتی پرستار با علاقه کم شغلی، پرکاری و خستگی وی مرتبط است.

برای نشان دادن قسمتی از موضوع شرکت کننده ۸ می‌گوید:

”...من به مرور زمان تجربه کسب کرده‌ام که اونهایی که معمولاً تو کارشون حساس هستند، به کارشون اهمیت می‌دهند، می‌خواهند کارشون را درست انجام بدهند، معمولاً با تأخیر بخشن ترک می‌کنند. یعنی خودشون هم افرادی هستند که تو حرخه خودشون دستشون فرز است، یعنی می‌توند اون کار را سریع انجام بدهند و می‌کنند ولی فرض بکنیم همان خواسته‌ای ساده مريض هم باعث می‌شود که اینها یک نیم ساعتی بخشن را دیرتر ترک بکنند.“

## بحث

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران واکنش‌های روان شناختی مختلفی به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی خود نشان می‌دهند. اگرچه این واکنش‌ها می‌توانند اثرات مثبت یا منفی بر عملکرد، مراقبت و پاسخ‌دهی پرستاران داشته باشند، اما به نوبه خود چگونگی عملکرد آنان می‌تواند بر سطح و نوع واکنش‌های روان شناختی آنان تأثیر بگذارد که خود این واکنش‌ها مجدداً بر نحوه عملکرد پرستار و تصمیم‌گیری اخلاقی آنان تأثیر می‌گذارد. یافته‌ها نشان می‌دهد که عملکرد اخلاقی و توجه به منفعت بیمار موجب واکنش‌های روان شناختی مثبت در پرستاران مثل احسان رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی می‌شود؛ اما عملکرد

که گاهآ منجر به واکنش‌های مضاعف مثل ناراحتی شدید و حتی رفتار عدم‌دستانه پرستار با مافوق شود. در این باره شرکت کننده ۱۰ می‌گوید:

”فشار کاریمون زیاد می‌شه... ولی بعضاً می‌بینی که آدم هم با کار خسته نمی‌شه، اکثرآ هم آدم را حرف خسته می‌کنه، بعضاً می- بینی که حالاً سوپروایزر یا فلان من از شب تا صبح سرپا هستم، ساعت مثلاً تا ۵ سرپا مانده‌ام، متنهی حالاً 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 کنید، بعد من ۵ تا ۷/۵ بروم استراحت کنم، در اون ساعت می‌آیند دیگه نمی- گویند که اون خانم یا آقا چرا تا ساعت ۵ سرپا بوده.“

خستگی پرستار با دردسترس 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 می‌تواند منجر به خستگی و در نتیجه کار 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 می‌تواند موجب خستگی پرستار شود. درباره این موضوع شرکت کننده ۵ می‌گوید:

”...یک دستگاهی هست، اصلاً هیچ وقت نشون نمی‌ده هی مثلاً اطلاع بدیم بابا صحیح گفتم که مثلاً به هدنریمون، به مسئول... این کار نمی‌کنه اینرا درست کنید دیگه، حالاً هی گفتم، یک ماه گفتی دو ماه گفتی، هی مثلاً مريض بدهال شده، کراشکار را کشیدی نشده، اون یکی وصل کردی، از اون یکی بخشن گرفتی آدم ممکنه مثلاً ۲۰ بار بار بکنه، یکبارهم خیلی خسته بشه بگه و ل کن دیگه، ول کن دیگه مانیتور نشه.“

به نظر برخی پرستاران، چگونگی رفتار همکار با پرستار نیز با احساس سرحالی و بی‌حواله‌گی او رابطه دارد. تحويل مناسب شیفت، انجام مرتب وظایف و کمک به همکار موجب احسان خوب؛ ولی تحويل نامناسب شیفت و عدم تشریک مساعی همکار موجب بی‌حواله‌گی می‌شود. همچنین داشتن احساس خوب و رابطه خوب با همکار به عملکرد خوب و تصمیم‌گیری خوب پرستار کمک می‌کند. درباره قسمتی از این موضوع شرکت کننده ۱۱ می‌گوید:

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

**سازگاری و حساسیت در مقابل عادی شدن و بی‌تفاوتی:** سازگاری، عادت کردن و عادی شدن برای پرستار در جنبه‌هایی مثل پاسخ‌دهی پرستار به نیازهای اطلاعاتی بیمار و خانواده، انجام صرف تجویز پزشک، واکنش به از دست رفتن بیمار دیده می‌شود. به نظر برخی پرستاران، عادی شدن عدم پاسخ‌دهی به نیازهای اطلاعاتی بیمار و خانواده در شرایطی مثل عدم پرکاری پرستار می-

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 فشارکاری با عدم امکان پاسخدهی و مراقبت پرستاران و درنتیجه خستگی و نارضایتی 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 سندروم فرسودگی نبود، اما یافته‌ها نشان می‌دهد که پرستاران علاوه آن را بصورت استرس، تنش اخلاقی و خستگی عاطفی نشان می‌دهند. در این زمینه Maslach and Jackson به نقل از Meltzer and Huckabay خستگی عاطفی را یکی از عناصر عمدۀ سندروم فرسودگی نام می‌برند. به نظر آنان خستگی عاطفی می‌تواند موجب بی‌تفاوتوی 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 سهیم در سندروم 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 از دست رفتن بیمار از منابع عمدۀ استرس و فرسودگی هستند(۲۱). همانطوریکه یافته‌های مطالعه کنونی نیز نشان می‌دهد ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران و محدودیت‌های ساختاری و نظام مراقبت که از عناصر اصلی بافت تصمیم‌گیری اخلاقی هستند با واکنش‌های روان شناختی منفی پرستاران بویژه خستگی، عادی شدن و بی‌تفاوتوی پرستاران رابطه نزدیکی دارد.

### نتیجه‌گیری

بطورکلی 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 پژشکان همکار باید برای بهبود شرایط تصمیم‌گیری اخلاقی و پیامدهای آن به پرستاران کمک کنند. نظام مدیریت باید در تدوین مقررات روشی و در تدوین راهکارها برای

منفی یا عدم امکان مراقبت و پاسخدهی مطلوب به بیمار و یا محدودیت‌های ساختاری و نظام مراقبت پرستاری مثل کمبود امکانات و وسائل، کمبود پرستار، فشارکاری و پرکاری، ارزشیابی و نظارت نامناسب و عدم پرداخت کافی و مناسب موجب واکنش‌های 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، پژشک 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 عالیق 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 التزام‌های اخلاقی که آنان نسبت به بیماران دارند و حمایت از سیاست‌های سازمانی که در آن کار می‌کنند، وامی دارند(۱۱). این تعارض اخلاقی بدليل 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، بی‌حوصلگی، تضییف روحیه و حتی بی‌تفاوتوی پرستار نسبت به مراقبت اخلاقی از بیمار فراهم سازد.

اهمیت واکنش‌های روان شناختی بویژه واکنش‌های عاطفی در تصمیم‌گیری اخلاقی برای همگان روشی است. اکثر محققان به عنصر عاطفی و نقش آن در تصمیم‌گیری اخلاقی تأکید کردن Doka, Rushton and Thorsteson در این زمینه اظهار می‌دارند که سطح هیجانی تصمیم‌گیری اخلاقی در بخش مراقبت‌های بیوژه 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 مسلمان اخلاقی است؛ وقتی که دستیابی به این اهداف مثل حفاظت از آسیب به بیماران، ارائه مراقبت شایسته و به موقع و حفظ محیط سالم بدليل 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

### تقدیر و تشکر

نویسندها از همه پرستاران و مدیران پرستاری که در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین نویسندها 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 پیش رو باشد و برای اصلاح و بهبود امکانات مادی و انسانی گام‌های جدی و عملی بردارد. نظام مدیریت به ویژه نظام مدیریت پرستاری نه تنها باید به ارزش عملکرد مثبت پرستاران پس 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

1. Newfield SA. Ethical decision making among family therapists and individual therapists. *Family Process* 2000; **39**: 177-188.
2. 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](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_69/ai_54610892) (Accessed April 2004).
3. 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](http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_75/ai_84865974) (Accessed April 2004).
4. 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.
5. 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.
6. Cutcliffe JR: Methodological issues in grounded theory. *Journal of Advanced Nursing* 2000; **31**(6): 1476-1484.
7. Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. *Nursing Standard* 1998; **12**(52): 47-50.
8. 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
9. Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Third edition, Philadelphia: Lippincott, 2003; PP: 38-39.
10. Backman K, Kyngas HA. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. *Nursing and Health Sciences* 1999; **1**: 147-153.
11. Maier-Lorentz MM: creating your own ethical environment. *Nursing Forum* 2000, <http://www.highbeam.com/library/doc1.asp?DOCI=D=1G1:67630233&num=1&ctrlInfo=Round18%3AMode18c%3ASR%3AResult&ao=&FreePremiu> m=BOTH (Accessed May 2005).
12. 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.
13. Heekeran HR, Wartenburger I, Schmidt H, Schwintowski HP and Villringer A. an fMRI study of simple ethical decision-making. *Neuroreport* 2003; **14**(9): 1215-1219.
14. Beu DS and Buckley MR. using accountability to create a moral ethical climate. *Human Resource Management Review* 2004; **14**(1): 67-83.
15. Garel M, Gosme-Seguret 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.
16. Carpenter MA. The process of ethical decision making in psychiatric nursing practice. *Issue Ment Health Nurs* 1991; **12**(2): 179-191.
17. Scott PA. Emotion, moral perception and nursing practice. *Nursing Philosophy* 2000; **1**:123-133.
18. 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.
19. Corley M: Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics* 2002; **9**(6): 636-650.
20. 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.
21. 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.