

تجربه پرستاران بخش آی سی یو از تنیدگی های اخلاقی: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: فروزان آتش زاده شوریده^۱، دکتر طاهره اشک تراب^{۲*}، دکتر فریده یغمایی^۳

۱- دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری و عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۲- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

۳- دانشیار بازنشسته، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی

t_ashktorab@sbm.ac.ir

* نویسنده مسئول: دکتر طاهره اشک تراب

چکیده

مقدمه و هدف: پیشرفت در فن آوری و دانش پزشکی و پرستاری، تغییر در نقش پرستاران، و روابط درون حرفه ای و بین حرفه ای منجر به بروز تنیدگی های اخلاقی در پرستاران می شود. این تنیدگی ها می توانند بر جسم و روان پرستاران اثرات منفی به جای بگذارند. با توجه به این اثرات، شناخت این تنیدگی ها از اهمیت خاصی بهره مند است. از آنجایی که تنیدگی های اخلاقی باید در بستر فرهنگی موجود تعریف شوند، لازم است به منظور شناخت تنیدگی های اخلاقی، پژوهش های بنیادین انجام شود. لذا، این مطالعه کیفی با هدف تبیین تجارب پرستاران بخش های مراقبت ویژه در ایران انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه یک بررسی کیفی با رویکرد تحلیل محتوا است که با انجام مصاحبه های بدون ساختار و عمیق به صورت ۱۸ مصاحبه فردی و ۲ مصاحبه گروهی با مربیان و پرستاران بخش مراقبت های ویژه از شهرهای مختلف کشور انجام گردید. مشارکت کنندگان مبتنی بر هدف انتخاب و تجزیه و تحلیل داده ها با روش تحلیل محتوای کیفی انجام گرفت.

نتایج: در طی فرایند تحلیل محتوا، در نهایت پنج درون مایه که نشان دهنده ماهیت تجربه پرستاران بخش مراقبت های ویژه بودند، آشکار شد. این درون مایه ها شامل: ۱. "موانع و محدودیت های سازمانی"، ۲. "مشکلات ارتباطی"، ۳. "مرگ/ وخامت حال بیمار"، ۴. "اقدامات بیهوده، قصور و خطاهای درمانی- مراقبتی" و ۵. "تخصیص نامناسب مسئولیت ها، صلاحیت ها و منابع" بود.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش نشان داد که پرستاران بخش مراقبت های ویژه با تنیدگی های اخلاقی متعددی روبرو هستند. با توجه به یافته های این پژوهش مسئولان حرفه پرستاری با برنامه ریزی های دقیق تر می توانند عوامل ایجاد کننده تنیدگی های اخلاقی را کنترل نموده و به این صورت از پیامدهای مضر آن بکاهند.

واژگان کلیدی: تجربه پرستاران، تنیدگی اخلاقی، مراقبت های ویژه، مطالعه کیفی، تحلیل محتوا

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال نوزدهم- شماره ۹۵
آبان ۱۳۹۰

وصول: ۱۳۹۰/۵/۱۶
آخرین اصلاحات: ۱۳۹۰/۸/۱۰
پذیرش: ۱۳۹۰/۹/۱

مقدمه

پرستاران به دلیل موقعیت و نقش‌های حرفه‌ای خویش با تنیدگی‌های اخلاقی^۱ زیادی مواجه هستند (۲)، عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری و دانش پزشکی و پرستاری، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی، تخصیصی شدن حرفه، تغییر در روابط درون حرفه‌ای و بین حرفه‌ای و تغییر در نقش پرستار می‌توانند منجر به تنیدگی‌های اخلاقی گردند که ممکن است پرستار در عمل روزانه با آن‌ها برخورد کند (۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳). بیشترین تنیدگی‌های اخلاقی پرستاران، صرف‌نظر از کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده و سیاست‌های سازمانی (۹)؛ شامل درمان تهاجمی بیماران مشرف مرگ، آزمایشات غیرضروری، تقلب در آزمایشات، درمان ناکافی و ناکامل توسط همکاران، توزیع ناعادلانه قدرت بین همکاران، فقدان حمایت سازمانی (۱۰)، درد و رنج ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به‌منظور رفع نیازهای سازمان، محدودیت سیاست‌های بهداشتی، طولانی‌تر کردن زمان وقوع مرگ بدون کسب رضایت از بیمار و خانواده وی، تعریف مرگ مغزی، کمبود نیروی انسانی و محدودیت هزینه‌ها (۹) می‌باشد.

منظور از تنیدگی اخلاقی، موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی، انجام درست کار را بر او غیر ممکن می‌سازد (۱۳، ۱۲، ۱۱). در پژوهش کمی انجام‌شده در ۵ بیمارستان دولتی و خصوصی شهر تهران مشخص شد که ۵۱/۱ درصد پرستاران بخش‌های مختلف مجبور به تحمل استرس و تنش موجود در محیط کار بودند و ۳۷/۹ درصد آنان با استرس و تنش موجود در محیط بیمارستان سازش می‌کردند (۱۴). از طرفی بررسی انجام‌شده نشان داد که

شدت تنیدگی اخلاقی پرستاران در سطح متوسط است (۱۵). تنیدگی اخلاقی سبب پیامدهای جسمی و روانی متعددی می‌شود که می‌تواند بر وظایف حرفه‌ای پرستاران تأثیر منفی بگذارد (۱۶). در پژوهش انجام‌شده توسط ناتانیل^۲ در سال ۲۰۰۶ مشخص شد ۴۳ درصد پرستاران به دلیل تنیدگی اخلاقی از موقعیت خویش کناره‌گیری کردند. به‌علاوه، تنیدگی اخلاقی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و کناره‌گیری از حرفه پرستاری شود. ضربه‌های جسمی و روحی ناشی از آن، زندگی روزانه پرستاران را مختل می‌سازد. اغلب افراد وقتی که با تنیدگی اخلاقی برخورد می‌کنند به نوعی با آن تطابق^۳ می‌یابند (۱۷). برخی از پرستاران در رویارویی با این تنیدگی‌ها از روش‌های مثبت تطابق نظیر ایجاد باور در خود جهت کنترل و تأثیر بر محیط استفاده می‌کنند. در حالی که گروهی دیگر، روش‌های منفی تطابق مثل انکار مسئولیت و دوری از موقعیت را به کار می‌گیرند (۹).

بنابراین، با توجه به فراوانی تنیدگی‌های اخلاقی و پیامدهای آن در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، شناخت این تنیدگی‌ها از اهمیت خاصی بهره‌مند است (۱۹، ۱۸، ۹). از آنجایی که تنیدگی‌های اخلاقی باید در بستر فرهنگی موجود تعریف شوند (۲۰)، لازم است به‌منظور شناخت تنیدگی‌های اخلاقی؛ پژوهش‌های ملی و بین‌المللی انجام شوند (۲۱). با مروری بر مطالعات انجام‌شده توسط پژوهشگران، مشخص شد تاکنون (زمان ارائه طرح پژوهش) در رابطه با تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش آی‌سی‌یو مطالعه‌ای در سطح کل کشور انجام نگرفته است. در این پژوهش کیفی با رویکرد تحلیل محتوا، تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از تنیدگی‌های اخلاقی بررسی شده و درک عمیقی از

2. Nathaniel
3. Coping

1. Moral distress

عوامل مؤثر و علائم تنیدگی‌های اخلاقی به‌دست‌آمد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به مسئولان حرفه پرستاری کمک‌کند تا با برنامه ریزی‌های دقیق‌تر در زمینه کنترل این موضوع موجب کاهش تنیدگی‌های اخلاقی شده و به این صورت از پیامدهای مضر آن بکاهند. لذا هدف مطالعه حاضر توصیف تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از تنیدگی اخلاقی می‌باشد. این تجارب در طراحی ابزار اندازه‌گیری تنیدگی اخلاقی که بخش دیگری از طرح پژوهش است، به کار خواهد رفت.

مواد و روش‌ها

به‌منظور تبیین تجارب پرستاران از تنیدگی‌های اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه از رویکرد کیفی استفاده‌شد. در این مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده‌شد. تعداد ۲۸ پرستار از بیمارستان‌های مختلف کشور و ۳ مدرس پرستاری ویژه از دانشگاه‌های پرستاری و مامایی سطح کشور، در مصاحبه‌های فردی (۱۵ پرستار بخش مراقبت ویژه و ۳ مدرس مراقبت‌های ویژه پرستاری) و مصاحبه‌های گروهی (دو گروه ۶ و ۷ نفری پرستار بخش مراقبت ویژه) مشارکت داشتند. پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه با حداقل مدرک کارشناسی و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه و مدرسین مراقبت‌های ویژه پرستاری با حداقل ۳ سال سابقه تدریس درس تئوری و بالینی مراقبت‌های ویژه پرستاری، مشارکت‌کنندگان در پژوهش را تشکیل دادند. پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار آغاز شد. تمام مصاحبه‌های انجام‌شده بر روی نوار ضبط شده و بلافاصله بعد از اتمام هر مصاحبه، متن آن به‌صورت کامل توسط پژوهشگر مصاحبه‌کننده پیاده شد. محور سؤالات مصاحبه، تبیین تجارب پرستاران و مدرسین پرستاری در

بارهی تنیدگی اخلاقی در بخش مراقبت‌های ویژه بود. مصاحبه با یک سؤال کلی درباره تنیدگی‌های اخلاقی آغاز و به سؤالات اختصاصی‌تر ختم می‌شد. به‌منظور تکمیل اطلاعات و اطمینان از صحت داده‌ها چهار مصاحبه فردی ۲ بار و بقیه مصاحبه‌ها یک بار انجام‌شد. زمان مصاحبه‌های فردی ۵۴-۲۰ دقیقه و زمان مصاحبه‌های گروهی ۱۱۶-۵۰ دقیقه بود. کلیه مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام‌شد تا از تورش جمع‌آوری اطلاعات جلوگیری شود. رعایت اصل رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات و نام مشارکت‌کنندگان در کلیه مراحل و همچنین اطمینان دادن به مشارکت‌کنندگان درباره حفظ اسرار مربوط به تجزیه و تحلیل اطلاعات و حفظ حق کناره‌گیری از مشارکت در هر بخش از پژوهش از جمله نکات اخلاقی بود.

اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا ۱۱ با رویکرد کیفی تجزیه و تحلیل شد. تحلیل محتوا روشی مناسب برای بدست آوردن نتایج معتبر و پایا، از داده‌های متنی جهت ایجاد دانش، بینش جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد ۳ است (۲۲، ۲۳). در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده‌شد. در این روش پژوهشگر از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می‌ورزد و در عوض اجازه می‌دهد که طبقات و نامشان از درون داده‌ها بیرون آیند. بنابراین پژوهشگر در داده‌ها کاملاً غرق شده تا به یک درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند. ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز می‌گردد؛ سپس متون کلمه به کلمه خوانده می‌شود تا کدها استخراج شوند. این فرآیند به‌طور پیوسته از استخراج کدها تا نام‌گذاری آن‌ها تداوم می‌یابد پس از آن کدها براساس تفاوت‌ها و یا شباهت-هایشان به داخل طبقات دسته‌بندی می‌گردند و در پایان به

1. Content Analysis
2. New Insight
3. Action

تحلیل پژوهش‌های کیفی مشورت شد و کلیه مراحل انجام کار و چگونگی استخراج داده‌ها به دقت ثبت شد.

نتایج

در این مطالعه ۳۱ مشارکت‌کننده (۲۱ مؤنث، ۱۰ مذکر)، با محدوده‌ی سنی ۲۴ تا ۵۲ سال، با میانگین سنوات خدمت ۱۳/۵ سال، میانگین سنوات کار در بخش آی‌سی‌یو ۱۰/۲ سال و با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری از شهرهای مختلف ایران مورد مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته قرار گرفتند.

در ابتدا ۱۲۶۸ واحد معنایی و ۱۱۸ زیرطبقه استخراج شد. پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت گرفته در مراحل مختلف، این تعداد به ۸۵ زیرطبقه، ۲۵ طبقه و ۵ درون‌مایه تبدیل شد. درون‌مایه‌های اصلی این پژوهش شامل «موانع و محدودیت‌های سازمانی»، «مشکلات ارتباطی»، «مرگ/ وخامت حال بیمار»، «اقدامات بیهوده، قصور و خطاهای درمانی- مراقبتی» و «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها، صلاحیت‌ها و منابع» بود که هر یک دارای طبقات متعددی بودند.

موانع و محدودیت‌های سازمانی

یکی از درون‌مایه‌های حاصل از تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های فردی و گروهی پرستاران بخش آی‌سی‌یو در باره‌ی تنیدگی اخلاقی؛ موانع و محدودیت‌های سازمانی بود که مانع عملکرد درست پرستاران بخش آی‌سی‌یو می‌شد. این درون‌مایه شامل ۶ طبقه شرایط سازمانی و قانونی، آموزشی بودن ویزیت‌های متعدد پزشکان، پاسخگویی و مؤاخذه، بی‌عدالتی نسبت به پرستار، تحمیل بار مالی زیاد به بیمار و درنهایت اجبار به اعلام کد احیا بود.

تقریباً همه‌ی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، موانع و محدودیت‌های سازمانی را سدی عمده برای کار پرستاری و رعایت اصول اخلاقی درباره بیماران خود می‌دانستند. در میان عوامل مربوط به موانع و محدودیت‌های سازمانی، مشارکت‌کنندگان به شرایط قانونی و

ازای هر مفهوم شواهدی از متن داده‌ها نقل قول می‌شود (۲۴،۲۵). در این پژوهش مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط؛ سپس کلمه به کلمه تایپ، مرور، کدگذاری و بلافاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. برای کدگذاری اولیه از کلمات خود مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های هر سه پژوهشگر از گفته‌ها) استفاده شد؛ سپس مصاحبه‌های بعدی انجام گرفت. واحدهای معنی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه یا کدهای باز از مصاحبه‌ها استخراج شدند. کدها چندین بار بازخوانی شدند و براساس تشابه و تناسب بیان‌کننده موضوع واحد در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند؛ سپس با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه طبقه‌بندی صورت گرفت. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم شکل گرفت. در مرحله بعد طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند در یکدیگر تلفیق و طبقه وسیع‌تری را تشکیل دادند و درون‌مایه‌ها نمایان شد.

جهت افزایش دقت و مقبولیت یافته‌ها از تلفیق چند روش مصاحبه عمیق، چک کردن مجدد با مصاحبه شونده‌گان و تحلیل هم‌زمان توسط پژوهشگران استفاده شد. ملاقات حداقل دو بار با هر کدام از مشارکت‌کنندگان پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و انجام بیشتر از یک مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، استفاده از یادداشت‌های روزانه در حین جمع‌آوری اطلاعات (ثبت حالات گفتاری یا فیزیکی مشارکت‌کنندگان هنگام بیان نظرات و تجارب خویش)، تماس‌های تلفنی و یا حضوری مکرر با شرکت‌کنندگان، نظرخواهی از مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت برداشت‌های پژوهشگر انجام شد. هم‌چنین برای افزایش تأییدپذیری یافته‌ها درباره صحت تفسیرها و فرایند کدگذاری با تعدادی از همکاران آشنا با نحوه

پرستاری پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری بسیار مهم هستند. مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که تضاد بین ارزش‌های پرستاری و سیاست‌های سازمانی سبب تنیدگی اخلاقی پرستاران می‌شود، زیرا آنان در برابر کارهای خویش مسئول بوده و باید پاسخگو باشند. در صورتی که پرستاران بر خلاف قوانین، سیاست‌ها و شرایط سازمانی کار کنند و یا نسبت به آن‌ها معترض باشند، حتی اگر به نفع بیمار باشند باید پاسخگو باشند و در قبال عملکرد خویش مورد مؤاخذه قرار می‌گیرند. به طوری که یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفت:

"در کنار این‌ها به هر حال استرس‌هایی وارد می‌شود که نابخاست و این به خاطر استاندارد نبودن شرایط کاری و شرایط مدیریتی هستش. بارها شده که اعتراض کردم ولی بعدش دودش تو چشم خودم رفته، خودم بازخواست و مؤاخذه شدم". (مشارکت‌کننده ۱۲)

تحمیل بار مالی زیاد به بیمار چهارمین طبقه موانع و محدودیت‌های سازمانی کنایه از آن داشت که پرستاران وقتی با بیمارانی مواجه می‌شوند که هزینه‌ی زیادی را متقبل شده و در بخش آی‌سی‌یو بستری می‌شوند ولی بستری آن‌ها در این بخش به جز تحمیل بار مالی هیچ فایده‌ای برای آنان ندارد دچار تنش می‌شوند. آنان اظهار می‌کردند از این‌که این شرایط را می‌بینند ولی کاری از دستشان بر نیاید دچار تنیدگی اخلاقی می‌شوند. بیانات مشارکت‌کننده‌ی زیر مؤید آنست:

"نمی‌دونم چرا بعضی پزشکان، بیمارانی رو که نیازی به آی‌سی‌یو ندارند تو این بخش بستریش می‌کنن، در صورتی‌که تو بخش عادی هم می‌شه تحت درمان قرار بگیرن... یا این‌که بیمارانی هستند که دیگه نمی‌شه براشون کاری کرد ولی الکی تو این بخش بستریشون می‌کنن... یادم میاد یه بیمار پیوند کلیه تو بخش آی‌سی‌یو بستری شد که اصلاً نباید پیوند می‌شد و پیوند براش کتراندیکه بود... خونوادش تمام خونه و زندگیشون فروختند و خرج بیمار کردند آخرشم بیمار فوت شد...

موانع سازمانی اشاره می‌کردند که مانع بزرگی بر سر راه آن‌ها بوده، به طوری که در صورت عدم انجام کاری برای بیمار به واسطه مسائل قانونی، دچار عذاب وجدان می‌شدند و تنیدگی اخلاقی را تجربه می‌کردند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

"بعضی وقتا هم که به دلایل موانع سازمانی یا قانونی، پرستار اقدامی خارج از شرح وظایفش برای بیمار انجام نمی‌ده و بعدش مشکلی برای بیمار پیش میاد، مشکل عذاب وجدان برای پرستار پیش میاد. این جاست که ایثار دیگه بی‌معنی می‌شه". (مشارکت‌کننده ۱)

ویزیت‌های مکرر انترن‌ها، رزیدنت‌های سال‌های مختلف تحصیلی، فلوها و اساتید پزشکی نیز موجب تنیدگی اخلاقی پرستاران می‌شد. مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که تعدد ویزیت پزشکان و آموزشی‌بودن ویزیت‌ها احتمال بروز خطا را بالا برده و موجب می‌گردد مرتباً دستورات دارویی تغییر کنند که گاهی به ضرر بیمار است. از آنجایی که عدم ضرررسانی یکی از اصول اخلاقی است که پرستار ملزم به رعایت آن است، در صورت مواجهه با شرایطی که رعایت چنین اصل اخلاقی را خدشه‌دار کند، پرستار دچار تنیدگی اخلاقی می‌شود. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای گفت:

"یه انترن میاد بیمار و ویزیت می‌کنه و دستور دارویی براش می‌نویسه. بعد مدتی، رزیدنت سال ۱ میاد و بیمار و ویزیت می‌کنه و دستورات انترن رو عوض می‌کنه. یه وقت می‌بینی این سیکل توسط رزیدنت سال ۲ و ۳ و فلو و استاد هم تکرار می‌شه. حالا فکرشو بکن تو این فواصل ما هم اومدیم دستوراتو اجرا کردیم... گاهی این دستورات با هم تداخل دارن... گاهی دستورات اشتباه هستن و به ضرر بیمار تموم می‌شه... ما که جرأت اعتراض نداریم. از دستمون هم کاری بر نیامد... همین تنش اخلاقیه دیگه". (مشارکت‌کننده ۲۹)

پاسخگویی و مؤاخذه سومین طبقه موانع و محدودیت‌های سازمانی در این پژوهش بود. در

هستند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند که به-دنبال رفتار ناشایست و ارتباطات نادرست همراهان بیمار، دچار ناراحتی می‌شوند. همین ناراحتی بر انجام مراقبت‌های پرستاری آنان اثر گذاشته و مانع رعایت عدالت که یک اصل اخلاقی در امر مراقبت است؛ می-شود.

مشارکت‌کننده‌ای گفت:

"همراهی که میاد اصلاً فرهنگ این رو نداره که من برای مریضش چی کارکردم، سر من داد می‌زنه. حالا می‌گم اون عوامل در نظر می‌گیرم که اون آزیته شده، حق با اونه، من باید آروم بشکنم، ولی بعضی وقتا به فحشایی هم می‌دن که اصلاً درست نیست، آدمو ناراحت می‌کنه. خوب پرستارم آدم آهنی نیست که. این جور چیزا روش تأثیر می‌ذاره، ناراحتش می‌کنه و خواسته و ناخواسته رو ارائه مراقبت‌هاش اثر می‌ذاره". (مشارکت-کننده ۱۸)

مشکلات ارتباطی تنها محدود به ارتباط پرستار با همراه بیمار نبود. بسیاری از پرستاران از این‌که نمی‌توانستند با بیمار خود ارتباط برقرار کنند و از نیازهای آنان آگاه شوند، اظهار ناراحتی می‌کردند. آن‌ها اظهار می‌کردند در بسیاری از مواقع قادر به انجام درست کارها به دلیل آگاهی نیافتن از نیازهای بیماران نیستند و ممکن است اصول اخلاقی عدم‌ضرررسانی، سودمندی و عدالت را ناخواسته رعایت نکنند. به‌طوری‌که یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه اظهار کرد:

"گاهی بیمار با ایما و اشاره می‌خوان با پرستار ارتباط ایجاد کنند ولی پرستار متوجه نمی‌شه و همین موضوع موجب تنش در پرستار می‌شه. مثلاً مریض درد داره یا حالش داره بدتر می‌شه، می‌خواد به جوری به پرستار بفهمونه. ولی پرستار متوجه نمی‌شه یا اشتباه درک می‌کنه. مریض می‌میره یا بدحال می‌شه، تازه من پرستار متوجه منظور مریض می‌شم که چی می‌خواسته

نتونستم به اونا بگم که این کارشون بی‌فایده‌س". (مشارکت‌کننده ۱۶)

پنجمین طبقه موانع و محدودیت‌های سازمانی، اجبار به اعلام کد احیا بود. طبق توصیه‌ی اسلام هیچ فردی نمی‌تواند زندگی دیگری را خاتمه دهد و از آن‌جایی که قوانین کشور ایران براساس دستورات اسلام بنا نهاده شده‌است؛ لذا پرستاران باید بیماران no code را احیا کنند. برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که انجام عملیات احیا برای برخی بیماران واقعاً بی‌فایده است. احیای بیماران دچار سرطان پیشرفته و بیماری‌های صعب‌العلاج تنها موجب زجر و تداوم ناراحتی آنان می-شود و این امر با اصل اخلاقی خودمختاری بیمار منافات دارد و لذا موجب تنیدگی اخلاقی پرستاران آی-سی‌یو می‌شود. به‌عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

"یادم میاد بیماری داشتم که سرطان متاستاتیک داشت. پزشکان هم بهمون گفته‌بودند no code است. وقتی ارست کرد ما مجبور بودیم به دلایل قانونی احیاش کنیم ولی واقعاً زنده موندن این بیمار فقط درد اونارو تداوم می‌بخشه... خود بیمار چند بار آرزوی مرگ کرده بود". (مشارکت‌کننده ۵)

مشکلات ارتباطی

مشکلات ارتباطی با بیمار و همراهان دومین درون-مایه استخراج شده بود که شامل سه طبقه "واکنش‌های ارتباطی همراهان"، "ارتباط با بیمار" و "مشکلات ارتباطی با همکاران" بود. یکی از جذابیت‌های کار پرستار، تعامل ارتباطی وی با بیماران، همراهان آن‌ها و همکاران است. مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند بر خوردهای رفتاری نامناسب همراهان و بیماران موجب دلسردی و تنیدگی در پرستاران می‌شود. در واقع از آن‌جایی که پرستاران بزرگترین عضو تیم درمان بوده و مرتباً با افراد گوناگون در تعامل هستند، بیشتر تحت تأثیر ارتباطات با سایر اعضای تیم بهداشتی و خانواده بیمار

بگه. اونوقته که تنش من زیاد می‌شه و حتی دچار عذاب وجدان می‌شم". (مشارکت‌کننده ۴)

عده‌ای از مشارکت‌کنندگان از ارتباط نادرست و غیر اصولی رفتار پزشکان با پرستاران ناراضی بودند. به‌عنوان مثال یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه اظهار کرد:

"خیلی از پزشکامون خودشونو بالاتر از ما می‌بینن. خوب درسته که اونا سوپراسیستمند ولی حق ندارند هر طور دلشون خواست با ما رفتار کنند... گاهی سرمون داد می‌زنن... گاهی فحشمون می‌دن... ما هم که جرأت نداریم چیزی بگیم. گیرم هم چیزی بگیم کسی ازمون حمایت نمی‌کنه، حتی دفتر پرستاری". (مشارکت‌کننده ۶)

مرگ/ وخامت حال بیمار

سومین درون‌مایه استخراج شده مرگ/ وخامت حال بیمار با طبقات "بیماران بدحال و جوان" و "مرگ بیمار" بود. تغییرات ناگهانی وضع هوشیاری و وضع عمومی بیماران در بخش آی‌سی‌یو متداول است. این تغییرات ناگهانی به‌خصوص درباره بیماران جوان بیشتر موجب ناراحتی مشارکت‌کنندگان می‌شد. مشارکت‌کننده‌ای در باره‌ی این تغییرات چنین گفت:

"می‌دونید گاهی دل آدم می‌سوزه. می‌بینی مریضی داری که باهاش مدت‌ها کار کردی، حالش رو به بهبودی بوده، باهاش ارتباط برقرار کردی. یه دفعه می‌بینی مریض حالش دگرگون شد و رفت... اعصاب له می‌شه. من که تا مدت‌ها نمی‌تونم با این قضیه کنار بیام. همش ترس و واهمه دارم... همش نگرانم که برای مریضای دیگم هم، چنین اتفاقی نیفته". (مشارکت‌کننده ۲)

از دیگر مشکلاتی که پرستاران بخش مراقبت ویژه با آن به کرات مواجه بودند، مرگ بیماران بود. مرگ بیمارانی که به‌طور غیر مترقبه اتفاق می‌افتاد موجب رنجش خاطر پرستاران می‌شد. آنان اظهار می‌کردند از این‌که در قبال مرگ‌های ناگهانی بیماران کاری از دستشان ساخته نیست، رنج می‌برند. بسیاری از آنان از اطلاع‌رسانی مرگ بیماران به خانواده اظهار ناراحتی

می‌کردند و برخی نیز در ارتباط با مسئله پیوند اعضا و اطلاع‌رسانی به خانواده در این زمینه دچار ناراحتی می‌شدند. مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه اظهار کرد:

"ما تو بخش آی‌سی‌یو زیاد با مرگ مریضا سروکار داریم؛ اما مرگ مریضای جوون، خیلی اثر می‌ذاره. مثل اینکه گرفتن زنجیرت کردن! می‌بینی که دیگه هیچ کاری نمی‌تونن برایش انجام بدی، داره جلوت پرپر می‌زنه و تو هم کم‌کم داری آب می‌شی. داری خفه می‌شی اما هیچ کاری نمی‌تونن بکنی... حالا بعدش باید به خانواده اطلاع بدی که می‌تونید اعضا مریضتونو اهدا کنید. این قسمت قضیه خیلی زجر آورده..." (مشارکت‌کننده ۱۱)

اقدامات بیهوده، قصور و خطاهای درمانی - مراقبتی:

بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کادر درمان، کتمان و توجیه خطاها، بی‌توجهی به استقلال بیمار و خانواده او، عدم تعهد اخلاقی پزشک در قبال انجام پژوهش بر بیمار، قصور و بی‌مسئولیتی کادر درمان، مراقبت‌های نادرست، خطاهای درمانی - مراقبتی و اقدامات بیهوده در مراحل پایان حیات طبقات این درون‌مایه اصلی بود.

گرچه صاحب‌نظران اخلاق، چهار اصل خودمختاری فرد، عدم ضرررسانی، سودمندی و عدالت را مبنای عملکرد پرستاری دانسته‌اند، لیکن موقعیت‌ها و وضعیت‌های اخلاقی در ارائه مراقبت‌ها متفاوت بوده و به دلیل عدم تجربه و مهارت، پرستاران قادر به حل آن نیستند. بی‌توجهی به اصول اخلاقی توسط کادر درمان و عدم تعهد اخلاقی پزشک در کسب رضایت از بیماران جهت انجام پژوهش روی آن‌ها از مشکلاتی بود که توسط مشارکت‌کنندگان به‌عنوان عوامل تنیدگی اخلاقی اظهار شد.

کتمان خطاها و سرپوش‌گذاری بر خطاها از عوامل ایجادکننده‌ی تنیدگی اخلاقی برای پرستاران است که سبب آسیب به بیمار و موجب اختلال در ارائه مراقبت‌ها می‌شود. آنان از این‌که مجبور به سکوت بوده و خطاها

ایجاد شرایط تصمیم‌گیری توسط بیمار مربوط به اصل خودمختاری است که عدم رعایت آن موجب بروز تنیدگی اخلاقی می‌شود. برخی از پزشکان در بیمارستان‌های آموزشی بدون آگاه‌سازی بیماران و همراهان آن‌ها اقدام به انجام پژوهش بر بیماران می‌کنند. پرستاران این امر را سبب بروز تنیدگی اخلاقی خود دانسته و در بیانات خود به آن اشاره می‌کردند. مشارکت‌کننده‌ای در باره‌ی انجام پژوهش توسط پزشکان بدون آگاه‌سازی بیمار و خانواده‌ی وی اظهار کرد:

«پزشکامون بیمارارو متعلق به خودشون می‌دونن بنابراین هر کار بخوان می‌کنن. حتی روشون تحقیق انجام می‌دن بدون اینکه به اون‌ا آگاهی بدن. بدون اینکه به خانواده‌ها بگن که این خونگیری‌ها و داروها جنبه تحقیقاتی داره، ما هم که مجبوریم حرف نزنیم.» (مشارکت‌کننده ۱۷)

قصور و بی‌مسئولیتی کادر درمان از موارد تنیدگی اخلاقی است که تبعات زیادی می‌تواند برای بیمار به ارمغان آورد. یکی از مشارکت‌کنندگان در رابطه با بی‌مسئولیتی پزشکان چنین بیان کرد:

«بیشترین تنش‌ها موقعی ایجاد می‌شه که پزشک‌ها به موقع نیان. مثلاً مریض بدحال شده و دیسترس تنفسی پیدا کرده و اون اهمیت کار رو ممکنه درک نکنه، فلوها که عوض می‌شن ممکنه اهمیت کارو درک نکنند. ممکنه که دیر بیان.» (مشارکت‌کننده ۴)

علاوه بر قصور و بی‌مسئولیتی اظهار شده؛ مراقبت‌های نادرست، خطاهای درمانی - مراقبتی سبب آسیب‌های جبران‌ناپذیر به بیمار می‌شود. این موارد نیز در بروز تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه نقش بسزایی دارند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

«خطاهامون خیلی زیاده، چه تو پزشکیش باشه، چه تو پرستاریش. حقیقتش رو بخواین بیشترین خطاهامون

و قصور مراقبتی را نادیده می‌گرفتند، اظهار ناراحتی می‌کردند. یکی از مشارکت‌کنندگان گفت:

«گاهی وقتا مجبوری که حرف نزنی گاهی وقتا مجبوری که رو خطای همکارت سرپوش بذاری چون اگه بگی مسائل قانونی پیش میاد بنابراین سکوت می‌کنی. بعدشم عذاب وجدان. یادم میاد یه مریضی خودش رفت دستشویی بدون اینکه کمک بهیار بهش کمک کنه و رفت تو دستشویی آپنه کرد و بعدشم تموم کرد. به خاطر این که پای کمک بهیار گیر نباشه تو گزارش ننوشتم که مریض تنها رفته بود دستشویی؛ اما هنوزم احساس می‌کنم به مریض و خونوادش خیانت کردم.» (مشارکت‌کننده ۱۰)

در اصول اخلاقی به استقلال بیمار و خانواده او تأکید فراوانی شده است. عدم توجه به خواسته‌های بیمار و خانواده‌ی وی و تصمیم‌گیری به جای بیمار بدون آگاه‌سازی بیمار و خانواده وی موجب تنیدگی در پرستاران می‌شود. مشارکت‌کنندگان از اینکه به این اصل اخلاقی بی‌توجهی شده و حقوق بیمار و خانواده وی رعایت نمی‌شود دچار تنیدگی می‌شدند. بیانات مشارکت‌کننده‌های زیر حاکی از این تنیدگی است:

«تو این بخش که اکثر بیمارارو هشیار نیستن، کسی نمی‌دونه که درست کار می‌کنی یا نادرست. از بیمار بیچاره هم که رضایت نمی‌گیری، بهش که آگاهی نمی‌دی. پس باید وجدان داشته باشی و خدارو بالا سرت ببینی.» (مشارکت‌کننده ۵)

«فکر می‌کنی اینجا کسی میاد به خونواده یا به بیمار بیهوش آگاهی می‌ده. یه رضایت‌نامه که نه به براث‌نامه اول بستری از همراه بیمار می‌گیرن و هر بلایی دلشون بخواد سر بیمار میارن بدون این‌که خم به ابرو بیارن. اصلاً ببخشیدا بیمار و خونواده‌رو آدم حساب نمی‌کنن.... گاهی که خودمونو جای خونواده‌ی بیمار می‌ذاریم می‌بینیم که واقعاً در حقشون ظلم می‌شه.» (مشارکت‌کننده ۷)

کنندگان به‌شمار می‌رفت. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه بیان داشت:

«ما اینجا اتندی داریم که خیلی سرشناسه، تو دنیا مطرحه، مریض رو برده پیوند زده ولی زده روده مریضو پرفوره کرده» (مشارکت‌کننده ۹).

مشارکت‌کننده‌ی دیگری نیز به عدم تجربه‌ی پرستاران اشاره کرد و گفت:

«گزینش پرستارای تازه‌کار در بخش آی‌سی‌یو به‌نظرمن جنایته. باور کنید خیلی از مشکلات ما به دلیل عدم مهارت همین پرستاراس» (مشارکت‌کننده ۱۰).

نادیده گرفته‌شدن پرستار و عدم توجه به نقطه نظرات و مهارت‌های پرستار از سوی پزشکان نیز موجب تنیدگی اخلاقی پرستاران می‌شد. پرستاران اظهار می‌کردند که پزشکان به توانایی علمی و مهارتی آنان توجه نمی‌کردند و وضعیت بیمار تغییر می‌کرد و یا بیمار بدحال می‌شد، دچار تنیدگی می‌شدند.

وضعیت بیمارم تغییر کرده بود. من چند بار به پزشک اطلاع دادم. به هم گفت یافته‌های آزمایشگاهی بیمار طبیعیه. فشار بیمار پایین افتاد و دچار تاکی‌پنه شد و بالاخره هم ارست کرد. (مشارکت‌کننده ۲۷)

از آن‌جایی که مراقبت پرستاری بر پایه‌ی اصول اخلاقی بنا نهاده شده‌است، بسیاری از مشارکت‌کنندگان بر این باورند که تنش‌های شغلی پرستار متفاوت از تنش‌های اخلاقی نیست و لذا بسیاری از آنان به مشکلات شغلی از قبیل عدم انگیزه، عدم امنیت شغلی، حقوق نامناسب، کمبود نیرو اشاره می‌کردند.

«شرح وظایف پرستارای بخش مراقبت ویژه خیلی اشکال داره. باید بازنگری بشه. خیلی دست مارو بستن. از یه طرف پزشک نمیداد از یه طرف دست ما بسته‌اس. مریض که نیاز به اینتوبه پیدا می‌کنه، می‌مونیم چه کنیم. ده بار زنگ می‌زنیم به پزشک، نمیداد. خودمونم اگه اینتوبه کنیم باید محاکمه بشیم و به دفتر پرستاری و

مربوط به عملیات احیامونه. خیلی‌هامون درست بلد نیستیم. با وجودی که مرتب دوره‌ی آموزشی گذاشته می‌شه ولی درصد موفقیت احیاهامون خیلی کم و خطاهامون حین عملیات زیاده» (مشارکت‌کننده ۹).

«بعضیا واقعاً بی‌وجدانن. براشون مریض اهمیتی نداره. همش باید باهاشون یکی به دو کنم. تعویض پوزیشن مریض، دهانشویه، ماساژ رو عار می‌دونن. مریض با یه مشکل میاد با ده مشکل زخم بستر و عفونت از بخش میره و دوباره با این مشکلات بستری می‌شه» (مشارکت‌کننده ۱۷).

برخی از مشارکت‌کنندگان به انجام اقدامات بیهوده درباره بیماران اشاره کرده و آن را موجب تنیدگی اخلاقی می‌دانستند. در تأیید این نکته مشارکت‌کننده‌ای اظهار کرد:

«آخه چه فایده‌ای داره، برای بیماری که رو به موته، داروهای گرون قیمت براش نوشته شه. ما که می‌دونیم دیگه فایده‌ای نداره پس چرا باید یه هزینه اضافی رو گردن بیمار و خانواده‌اش بذاریم...» (مشارکت‌کننده ۱۴)

تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها، صلاحیت‌ها و منابع:

«تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها، صلاحیت‌ها و منابع» پنجمین درون‌مایه استخراج شده با طبقات «عدم آگاهی و مهارت پزشک و پرستار»، «مبهم‌بودن شرح وظایف»، «نادیده گرفته‌شدن پرستار»، «کمبود نیروی انسانی و زمان»، «انگیزه شغلی کم» و «تجهیزات و منابع ناکافی و ناکارآمد» بود.

از آن‌جایی که پرستاری براساس اصول اخلاقی انجام می‌گیرد و عدم رعایت اصول اخلاقی می‌تواند منجر به تعارض در فرد و موجب بروز تنیدگی اخلاقی شود لذا عدم صلاحیت علمی و مهارتی کارکنان بهداشتی می‌تواند به ضرورسانی بیمار منجر شده و همین امر موجب بروز تنیدگی اخلاقی پرستار شود. عدم صلاحیت علمی و مهارتی کارکنان تیم بهداشتی بالاخص پزشکان و پرستاران از عوامل مهم تنیدگی اخلاقی در مشارکت-

پزشک جواب بدیم؛ بنابراین مستأصل و درمانده می‌مونیم» (مشارکت‌کننده ۴).

«با این حال یکی از مواردی که هست کمبود نیرو هست خیلی به ما فشار میاد. برای همین خستگی مضاعف، شیفت‌های پشت سر هم، دیگه توان کارایی درست رو از آدم می‌گیره. درسته که اگه من نوعی اگه وجدان کاری داشته باشم بخوام درست انجام بدم به نظر من تا یه حدی می‌تونم این کار رو بکنم وقتی که خودم می‌بینم دارم غش می‌کنم؛ می‌افتم مطمئن باشید از یک سری کارها می‌زنم» (مشارکت‌کننده ۱۶).

«کمبود نیرو، کمبود وسایل و تجهیزات، کمبود دارو، بی‌انگیزگی پرستارامون همه و همه موجب اختلال در کار می‌شه. همین‌ها باعث می‌شه اونطور که باید و شاید پرستار مراقبت خوبی به عمل نیاره، خطا از سر بزنه و بعدشم دچار تنش بشه» (مشارکت‌کننده ۲۰).

بحث

این پژوهش کیفی که با رویکرد تحلیل محتوا انجام شده است، با این نگاه که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع و با نگاه افرادی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن‌ها آشکار می‌گردد و در نتیجه منجر به تولید دانش می‌شود. در مطالعه حاضر که در خصوص تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش آی‌سی‌یو انجام شد، نتایج مطالعه نشان داد که تجربه پرستاران از تنیدگی اخلاقی بسیار وسیع است. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد، موانع و محدودیت‌های سازمانی نقش عمده‌ای در تجربه تنیدگی پرستاران دارند. به نظر جیمتون پرستاران زمانی دچار تنیدگی اخلاقی می‌شوند که بخواهند در باره‌ی موضوع خاصی تصمیم‌گیری اخلاقی کنند. ولی موانع سازمانی (از قبیل فقدان زمان کافی، فقدان حمایت مقام مافوق، قدرت پزشکی، سیاست‌ها و قوانین سازمانی) انجام درست کار را بر آنان غیرممکن می‌سازد (۲۶، ۱۹، ۹) و همین امر موجب تنیدگی اخلاقی در پرستاران می‌شود.

به نظر جیمتون، تنیدگی اخلاقی شامل احساسات تشویش و ناکامی، خشم و اضطراب است که فرد زمانی که با موانع سازمانی مواجه می‌شود و ارزش‌های فرد در تضاد با سایرین قرار می‌گیرد، تجربه می‌کند (۲۷). یافته‌های این پژوهش نیز نشان می‌دهد که پرستاران تنیدگی اخلاقی را تجربه می‌کنند. آنان در صدد پاسخدهی و مراقبت از بیماران هستند، اما نیازها و خواسته‌های بیماران و خانواده‌های آنان از یک سو و محدودیت‌های سازمانی مثل کمبود امکانات، کمبود نیرو و همین‌طور نداشتن اختیارات لازم از سوی دیگر، آنان را در شرایط تعارض اخلاقی قرار داده و موجب تنیدگی اخلاقی و کوتاهی در انجام وظایف می‌گردد.

کورلی در سال ۲۰۰۲ در ارائه نظریه تنیدگی اخلاقی خود اظهار کرده است اهداف پرستاری اخلاقی هستند؛ وقتی دستیابی به این اهداف مثل حفاظت از آسیب به بیماران، ارائه مراقبت شایسته و به موقع و حفظ محیط سالم، با مانع مواجه می‌شود، پرستاران از تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند. به نظر او تنیدگی اخلاقی زمانی است که کارکنان ناکافی است، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های سازمانی طوری است که تأمین نیازهای بیماران و خانواده‌های آنان را دشوار یا حتی غیرممکن می‌کند (۹). در برخی از بیمارستان‌های ایران، هیچ خط-مشی مشخصی برای کنترل تعارض در بیمارستان‌ها موجود نیست. فقدان این خط‌مشی‌ها، تصمیم‌گیری را برای پرستار مشکل کرده و پرستار در تصمیم‌گیری‌ها به-خصوص تصمیم‌گیری‌هایی که بر پایه اصول اخلاقی است دچار تردید شده و در نهایت دچار تنیدگی اخلاقی می‌شود. همان‌طور که یافته‌های پژوهش کنونی نیز نشان می‌دهد، رابطه نزدیکی میان تنیدگی، چگونگی عملکرد پرستاران و محدودیت‌های ساختاری و سیستم مدیریت وجود دارد. پرکاری، فشارکاری و همچنین کمبود منابع و کارکنان به‌عنوان عوامل مؤثر در تنیدگی پرستاران می‌باشند. یافته‌های حاصل از این پژوهش با

سوی دیگر ناراحتی خانواده در از دست دادن عزیزشان، سبب دشوار شدن تصمیم‌گیری در این زمینه برای پرستار می‌شود و همین امر او را با تنیدگی اخلاقی مواجه می‌سازد (۳۰).

اقدامات بیهوده، قصور و خطاهای درمانی - مراقبتی از دیگر درون‌مایه‌های حاصل از این پژوهش بود که توسط مشارکت‌کنندگان به صورت آزمایشات غیرضروری، تجویز داروهای غیرضروری و گران‌قیمت به‌عنوان اقدامات بیهوده در بیماران در مراحل پایان حیات، انجام مشاوره‌های غیرضروری، عملیات احیا غیرضروری و تحمیل زجر و ناراحتی حاصل از این اقدامات به بیمار و بارمالی فراوان برای خانواده به‌عنوان عوامل تنیدگی اخلاقی مطرح شد. این یافته‌ها با یافته‌های حاصل از پژوهش چوپان اوغلو و آلبیر، مبلی و همکاران، زیوزلو همخوانی دارد (۳۰، ۱۸، ۲).

آخرین درون‌مایه انتزاع شده در این پژوهش تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها، صلاحیت‌ها و منابع ناکافی و ناکارآمد بود که به صورت ابهام در شرح وظایف، نادیده گرفته شدن پرستار، نگرش و ارتباطات نادرست کادر درمان، کمبود نیروی انسانی، انگیزه‌ی شغلی کم، تجهیزات و منابع ناکافی و ناکارآمد در طبقات مطرح شد. در دسترس نبودن تجهیزات مناسب و عدم نیروی انسانی کارآمد و همچنین عدم انگیزه‌ی شغلی مناسب از مواردی است که مانع ارائه مراقبت‌های پرستاری شایسته می‌شود (۱۸). این درون‌مایه انتزاع شده با درون‌مایه انتزاع شده توسط گوتیرز همخوانی دارد (۳۱)؛ اما با نتایج زیوزلو و کورلی ناهمخوانی دارد (۲). (۲۶) که علت آن می‌تواند جدا کردن تنش شغلی از تنیدگی اخلاقی در پژوهش‌های مذکور باشد. عدم صلاحیت زیرطبقه‌ای بود که در این درون‌مایه استخراج شد. واگذاری کارها به افراد توانمند، بی‌تردید از آسیب‌ها و زیان‌ها می‌کاهد. سیلن و همکاران در این رابطه می‌نویسند عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری فضیلت-

یافته‌های پژوهش کورلی و همکاران همخوانی دارد (۲۶). پاسخگویی و مورد مؤاخذه قرارگرفته شدن پرستار از زیر طبقات درون‌مایه موانع و محدودیت سازمانی این پژوهش بود. تعارض بین مسئولیت‌های پرستاران و وظیفه‌شناسی آنان منجر به بروز مشکلاتی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آنان می‌شود (۲۸). این مشکلات سبب بروز تنیدگی اخلاقی پرستاران می‌شود که می‌تواند در امر مراقبت از بیمار تأثیر سویی داشته باشد.

درون‌مایه اخلاقی بعدی که در این پژوهش انتزاع شد، مشکلات ارتباطی بود. برقراری و تداوم ارتباط همراه با محبت و حمایت پرستار با بیمار، مستلزم کار مراقبتی است. مشکلات ارتباطی با بیمار و عدم آگاهی از نیازهای بیمار جهت رفع آن‌ها و همچنین ارتباط با خانواده بیمار بالاخص گزارش بدحال شدن بیمار و مرگ از موارد تنیدگی اخلاقی پرستاران در این پژوهش بود. صحبت با بیمار و همراهان بیمار درباره مسائل مربوط به بدحال شدن بیمار و عواقب بیماری و احتمال وقوع مرگ می‌تواند سبب بروز تنیدگی اخلاقی پرستاران شود. این درون‌مایه با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های چوپان اوغلو و آلبیر و برزیل و همکاران همخوانی داشت (۲۹، ۱۸).

سومین درون‌مایه حاصل از این پژوهش بدحال شدن بیماران و مرگ بیماران کم سن بود. بسیاری از پرستاران بخش مراقبت ویژه به کرات با مرگ و میر بیماران مواجه هستند (۳۰). بروز مرگ‌های ناگهانی و غیر مرقبه که فرصت اندیشیدن بیمار به کارهای در پیش‌رو و فرصت خداحافظی از اقوام و آشنایان را از بیمار سلب می‌کند، سبب بروز تنش در پرستاران می‌شود (۲۹). پرستاران در چنین شرایطی نمی‌دانند آیا واقعاً باید حقیقت را به خانواده‌ی بیمار بیان کنند یا خیر. حتی پس از این مرگ‌های ناگهانی مسئله پیوند اعضا مطرح می‌شود که پرستار باید موضوع پیوند اعضا را با خانواده در میان بگذارد. از یک سو، مسئله حفظ جان بیماران منتظر پیوند و از

های اخلاقی محسوب می‌شوند (۳۲). طبیعی است که یک پزشک یا پرستار تازه‌کار با یک پزشک یا پرستار باتجربه در این زمینه با هم تفاوت دارند؛ بنابراین عدم در نظر گرفتن شرایط در توزیع این صلاحیت‌ها، بر کیفیت کار تأثیر خواهد گذاشت و می‌تواند کار غیر اخلاقی محسوب شده و منجر به تنیدگی اخلاقی شود.

در پایان باید گفت که پرستاران بخش مراقبت ویژه با تنیدگی‌های اخلاقی فراوانی مواجه هستند که مشکل جدی برای آنان محسوب شده و سبب نارضایتی آنان می‌شود. تنیدگی اخلاقی بر روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت و کمیت مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. پرستارانی که دچار تنیدگی اخلاقی هستند ممکن است ظرفیت مراقبت خود را از دست داده و در ارائه مراقبت درست به بیمار ناکام بمانند؛ بنابراین ضروری است که سیستم مدیریت برای بهبود شرایط محیطی و کاری به پرستاران کمک کنند. سیستم مدیریت باید در تدوین مقررات روشن و طراحی راهکارها برای شرایط تعارض آمیز پرستاران پیشرو باشند و در رفع عوامل ایجاد تنیدگی اخلاقی بکوشند.

نتیجه‌گیری

تحلیل و بحث یافته‌های این مطالعه طی فرایند تحلیل محتوا، پنج درون‌مایه که نشان‌دهنده ماهیت و ابعاد تجربه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بودند را نشان داد. این درون‌مایه‌ها شامل؛ ۱. «موانع و محدودیت‌های سازمانی»، ۲. «مشکلات ارتباطی»، ۳. «مرگ/ وخامت حال بیمار»، ۴. «اقدامات بهبودی، قصور و خطاهای درمانی - مراقبتی» و ۵. «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها، صلاحیت‌ها و منابع» بود.

دست‌اندرکاران آموزش پرستاری با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توانند روش‌های مواجهه با شرایطی که منجر به بروز تنیدگی اخلاقی می‌شود را به دانشجویان

پرستاری آموزش‌دهند تا آنان بتوانند در شرایط اخلاقی تصمیمات درست را اتخاذ کرده و کمتر دچار تنیدگی اخلاقی شوند. در حیطه پژوهش پرستاری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهگشای انجام پژوهش‌های کمی و کیفی دیگری در ارتباط با تنیدگی اخلاقی و تبعات آن باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند عوامل بروز تنیدگی اخلاقی را شناخته و درصد ارتقا توانمندی‌های خود جهت مقابله با آن‌ها باشند. یافته‌های این پژوهش در حیطه مدیریت پرستاری به مسئولان حرفه پرستاری کمک می‌کند تا با شناخت مشکلات و تنیدگی‌های اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر سبب کاهش تنیدگی اخلاقی و عوارض ناشی از آن شوند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از نتایج رساله دکترای پرستاری و طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی تصویب شده‌است، بنابراین پژوهشگران از تمامی مسئولین در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی که حمایت مالی کردند و تمامی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اجازه انجام پژوهش را دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند؛ همچنین از کلیه پرستاران و مریبان بخش‌های مراقبت ویژه که در این پژوهش مشارکت کرده‌اند، سپاسگزار می‌نمایم. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی صاحب‌نظران و پژوهشگران کیفی به‌خصوص خانم دکتر کورلی، استاد دانشگاه ویرجینای آمریکا که در کدگذاری، پژوهشگران را یاری کردند؛ سپاس و قدردانی خویش را ابراز کنند.

منابع

1. Guido GW. *Legal and Ethical Issues in Nursing*. 4th ed. Upper Saddle River. New Jersey: Pearson Prince Hall; 2006.
2. Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 2007; 14 (3): 344-359.
3. Benjamin M, Curtis J. *Ethics in Nursing*. 3rd edition. New York: Oxford University Press. 1992.
4. Yung HH. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: A comparison between hospital-based nursing students in Hong Kong. *International Journal of Nursing Studies*. 1997; 34 (2): 128-136.
5. Ulrich CM, Soeken KL. A path analytic of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. *Nursing Ethics*. 2005; 12 (3): 305-316.
6. Bailey S. Decision making in acute care: A practical framework supporting the best interests' principle. *Nursing Ethics*. 2006; 13 (3): 284-291.
7. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2007; 14 (4): 478-491.
8. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nursing Ethics*. 2010; 17 (1) 87-98.
9. Corley MC. Nurses moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002; 9 (6): 636-650.
10. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 2008; 15 (2): 254-262.
11. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nursing Outlook*. 2000; 48 (5): 199-201.
12. Ellis JR, Hartley CL. *Nursing in Today's World*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.
13. Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress compassion fatigue. medication error and critical care nursing. PhD Thesis in Nursing. University of San Diego. [Online]. <<http://proquest.umi.com/pqdweb>>. [6 February 2010].
14. Vaziri M H, Merghati Khoiee E, Alizadegan Sh, Motevallian SA, Razzaghi kashani OM, Goushegir SA. et al. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry* 2008; 3:55-58.
15. Jolae S, Jalili HR, Rafiee F, Haqhani H. The correlation between nurses' moral distress, ethical climate and nurses' job satisfaction in selected educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 4 (4): 56-66.
16. Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH, Oh HS, Kim KU. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. *Nursing Ethics*. 2003; 10 (56): 638-653.
17. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. *Nursing Ethics*. 2009; 16 (1): 57-68.
18. Çobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nursing Ethics*. 2004; 11 (5): 444-458.
19. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*. 2008; 15 (3): 304-321.
20. Repenshek M. Moral distress: Inability to act or discomfort with moral subjectivity? *Nursing Ethics*. 2009; 16 (6): 734-742.
21. Tschudin V. *Nursing Ethics: The last decade*. *Nursing Ethics*. 2010. 17 (1): 127-131.
22. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004; 24 (2) 105-112.
23. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co; 2007.
24. Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*. 2005; 15(9): 1277-1288.
25. Elo S, Kyngns H. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 62 (1):107-115.
26. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M, Nurses moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005; 12 (4): 381-390.
27. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *Clinical Issues of Perinatal Womens Health Nursing*. 1993; 4 (4): 542-51.
28. Vahedian Azimi A, Elhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. educational challenges about ethical decision making in nursing. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2008; 1 (4): 21-30. [Persian]
29. Brazil K, Kassalainen Sh, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Social Science & Medicine*. 2010; 71 (9): 1687- 1691.
30. Mobley MJ, Rady MY, Verheijdeb JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 23 (5): 256-263.

31. Guitierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Research Dimension*. 2005; 24 (5): 229-241.
32. Silén M, Tang PF, Ahlström G. Sweden and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. *Journal of critical nursing*. 2009; 19 (10): 1470-9.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.95
October, November
2011*

Received: 7/8/2011

Last revised: 1/11/2011

Accepted: 21/11/2011

The experience of moral distress in ICU nurses: A qualitative study

Foroozan Atashzadeh Shoorideh¹, Tahereh Ashktorab^{*2}, Farideh Yaghmaei³

1. Department of Nursing Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Associate professor, Department of Public Health, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

Abstract

Background and Objective: Advances in technology, medical and nursing knowledge, changes in role of nurses, professionalization and specialization of professional relationships within and between professionals cause moral distress in nurses. These moral distresses may cause negative physical and psychological effects on nurses, especially in ICU nurses, so, recognition of these distresses is critical. Since moral distresses must be described in cultural context, it is necessary to do basic researches. This study was conducted to explain the experiences of nurses in the intensive care unit.

Materials and Methods: This study was a qualitative study with content analysis approach that conducted with unstructured and deep interviews with 18 individual and two group interviews with clinical nurse and nurse educators whom working in different cities in Iran. A purposive sample is selected and data analysis with qualitative content analysis was done.

Results: During the process of content analysis, five themes eventually revealed the nature of ICU nurses' experiences. These themes include: "institutional barriers and constraints", "communication problems", "death/worsening patient's condition", "futile actions, malpractice and medical/care errors" and "inappropriate allocation of responsibilities, resources and care workers competencies".

Conclusion: Findings showed that intensive care nurses are faced with several moral distresses. Results of this study were suggested that the nursing leaders with program planning and more precise control in this issue can reduce moral distress factors in ICU nurses and prevent harmful outcomes.

Key words: Nurse experience, Moral distress, ICU, Qualitative study, Content analysis