

بررسی ارتباط درک پرستاران از تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار در بخش‌های منتخب

مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸

سودابه جولایی^۱، حمیدرضا جلیلی^{۲*}، فروغ رفیعی^۳، حمید حقانی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

پرستاران هر روزه در محیط کاری خود با انواع گوناگونی از تنش‌های روحی روبه‌رو هستند. یکی از عوامل مؤثر بر تنش اخلاقی تجربه شده توسط پرستاران فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بالینی می‌باشد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط میان تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار پرستاران انجام گرفت.

مطالعه‌ی حاضر مقطعی از نوع همبستگی است که در آن ۲۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های منتخب مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه‌ی تنش اخلاقی Corely و فضای اخلاقی Olson بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۴ انجام گرفت.

یافته‌ها نشان داد که پرستاران مورد مطالعه شدت متوسطی از تنش را تحمل می‌کردند، در حالی که فراوانی رویارویی با تنش‌ها از دید آن‌ها بالا نبوده است. بین تنش اخلاقی پرستاران مورد مطالعه و ارزیابی آن‌ها از فضای اخلاقی محیط کار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت و از عوامل پنج‌گانه‌ی فضای اخلاقی فقط عامل مدیران ($P \leq 0/04$) با فراوانی تنش و عامل بیماران ($P = 0/001$) با فراوانی و شدت تنش ارتباط معنی‌دار و معکوسی داشت.

نتایج این پژوهش گویای نیاز به توجه بیش‌تر مسئولان به مراکز آموزشی - درمانی جهت تهیه استراتژی‌های گوناگون برای اخلاقی‌تر کردن فضاهای کاری می‌باشد تا پرستاران در محیط‌هایی به دور از تنش و با آرامش به ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران بپردازند.

واژگان کلیدی: تنش اخلاقی، پرستاران، فضای اخلاقی

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، گروه داخلی و جراحی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ مربی آمار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، گروه داخلی و جراحی پرستاری، تلفن: ۰۹۱۲۵۰۴۱۳۲۳،

Email: jalilihamidreza@gmail.com

مقدمه

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات در سیستم سلامت هر جامعه بوده و در خط مقدم جبهه‌ی سلامت به فعالیتی مستمر و پایدار اشتغال دارند. آنان هر روزه در محیط کاری خود با انواع گوناگونی از تنش‌های روحی روبه‌رو هستند. تنش‌هایی که روز به روز بر میزان آن‌ها افزوده می‌شود (۱، ۲). استمرار فعالیت پرستاران آنان را بیش از دیگر گروه‌های خانواده‌ی سلامت با معضلات اخلاقی^۱ محیط کار مواجه می‌کند که در بسیاری از موارد یا راه حل روشن و مشخصی برای آن وجود ندارد یا آنان امکان به‌کارگیری راه حل متناسب را در شرایط ویژه ندارند. این موضوع موجب می‌شود که پرستاران در طی کار روزانه‌ی خود به‌طور مداوم در معرض انواع تنش‌های روحی و جسمی قرار گیرند. سطح شدید تنش شغلی سبب شده است تا امروزه پدیده فرسودگی پرستاران و ترک شغل ناشی از آن به‌عنوان یکی از معضلات جامعه‌ی پرستاری و سیستم ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها محسوب گردد (۱، ۳). از سویی دیگر، هرگونه کاهش در تعداد پرستاران یا عملکرد آنان، کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت خدمات سایر تخصص‌های گروه پزشکی و پیامد^۲ بیماران را نیز متأثر می‌سازد (۴).

عوامل تنش‌زای متعددی در محیط‌های ارائه‌ی خدمات سلامت شناخته شده است. در این میان بیش‌ترین تمرکز بر عوامل مدیریتی و حرفه‌ای بوده است و کم‌تر به نقش عوامل روحی، اخلاقی و فضای اخلاقی^۳ محیط کار پرداخته شده است. این در حالی است که یافته‌های برخی از مطالعات حاکی از اهمیت نقش این مسائل به‌عنوان عامل تنش‌زا برای پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی بوده است (۳).

رویکردهای پیچیده‌ی مربوط به فلسفه‌ی سودمندگرایی^۴ که در دنیای معاصر بر محیط‌های بهداشتی و درمانی سایه افکنده‌اند، روز به روز برای کاهش هزینه‌های مراقبتی، فشار بیش‌تری را به پرستاران اعمال می‌کنند. این امر باعث ایجاد مشکلات فراوانی برای پرستاران شده است که یکی از مهم‌ترین این مشکلات «تنش اخلاقی»^۵ است (۵). «تنش اخلاقی» را می‌توان به‌صورت وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که وقتی فرد از انجام عملی درست بازداشته شود یا ناچار به انجام کاری شود که می‌داند غلط است، در وی ایجاد می‌شود. این اجبار ممکن است ناشی از نداشتن وقت و انرژی لازم برای انجام آن عمل یا قوانین سازمانی، و کشوری بازدارنده باشد (۴).

درک بیش‌تر درباره‌ی عوامل ایجادکننده‌ی تنش اخلاقی در پرستاران می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا راهکارهایی را برای پیشگیری و کاهش این‌گونه تنش‌ها به عمل آورند و اثرات مضر آن را کاهش دهند. به این ترتیب ضرورت انجام مطالعات بیش‌تر در مورد تنش اخلاقی در پرستاران و عوامل مرتبط با آن بیش از پیش به چشم می‌خورد (۶، ۳). تحقیقاتی که در این زمینه انجام گرفته نشان داده‌اند که یکی از عوامل مؤثر بر تجربه‌ی تنش اخلاقی توسط پرستاران، فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بالینی می‌باشد (۶). توجه به فضای اخلاقی حاکم بر سازمان‌ها در ۲۵ سال گذشته محققان زیادی را به خود مشغول کرده که نقش آن را در پیامدهای گوناگون محیط کار مورد تأیید قرار داده‌اند. محققان پرستاری نیز در مواردی ارتباط فضای اخلاقی حاکم بر محیط‌های بیمارستانی را با رضایت شغلی پرستاران، سبک‌های رهبری پرستاری، فرسودگی شغلی و فرایند تصمیم‌گیری و قضاوت اخلاقی پرستاران بررسی کرده‌اند (۶). تحقیقات انجام شده در حرفه‌های دیگر نشان‌دهنده‌ی تأثیر

¹ Moral dilemma

² Outcome

³ Ethical climate

⁴ Utilitarianism

⁵ Moral distress

کیفیت فراهم سازد، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین ارتباط میان تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار پرستاران طراحی شده است.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر مقطعی و از نوع همبستگی می‌باشد که در آن ارتباط بین تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار از دید پرستاران مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی پرستاران مراکز آموزشی - درمانی شفا، حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر و هاشمی‌نژاد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران که در زمان انجام پژوهش فارغ‌التحصیل مقطع کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری بوده و در بخش‌های اورژانس، داخلی و جراحی، CCU و ICU این مراکز آموزشی به کار اشتغال داشته‌اند تشکیل می‌داد. برای تعیین حجم نمونه‌ی لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض این‌که بین هر دو متغیر شدت همبستگی حداقل برابر $0/2$ ($r = 0/2$) باشد، پس از مقدارگذاری در فرمول حجم نمونه ۲۱۰ نفر برآورد شد.

به منظور گردآوری داده‌ها علاوه بر فرم مربوط به مشخصات فردی که شامل اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، میزان تحصیلات، نوع استخدام، وضعیت درآمد، وضعیت تأهل و بخش محل کار بود، از دو پرسش‌نامه‌ی تنش اخلاقی Corley و فضای اخلاقی Olson استفاده شد.

برای استفاده از پرسش‌نامه‌ی تنش اخلاقی کورلی (۱۲) (Corley Moral Distress Scale) که با توجه به شرایط خاص سیستم ارائه‌ی خدمات سلامت در ایران پژوهشگر با نظر اساتید و متخصصان امر تغییراتی در آن داده است به‌طوری که از ۲۱ گویه چهار مورد آن که تناسبی با مسائل موجود در بیمارستان‌های ایران نداشت حذف و به جای آن‌ها هفت گویه دیگر که قابل استفاده‌تر بودند جایگزین شدند. در کل پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش دارای ۲۴ گویه بوده است. این ابزار فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران را بر حسب مقیاس لیکرت پنج بخشی در بعد فراوانی از

فضای اخلاقی محیط کار بر روی نگرش، رفتار و اعتقادات افرادی بوده است که در آن محیط‌ها کار می‌کنند، اما در پرستاری در زمینه‌ی تأثیر فضای اخلاقی بر ابعاد مختلف فعالیت افراد مطالعات اندکی صورت گرفته است (۷).

فضای اخلاقی در محیط‌های درمانی نوعی از فضای سازمانی است که متشکل از روابط بین فردی پرسنل درمانی، ارتباط راحت^۱ در زمینه‌ی مراقبت از بیماران، حمایت‌های فراهم شده از سوی کادر درمان و ارتباطات آن‌ها با بیماران و خانواده آنان می‌باشد. اهمیت ایجاد فضای مناسب اخلاقی در محیط‌های درمانی بارها در متون پرستاری مورد تأکید قرار گرفته است (۸).

در مورد رابطه‌ی تنش اخلاقی با فضای اخلاقی محیط کار بالینی مطالعات اندکی صورت گرفته است (۹). Hart در مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی که در بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۴ بر روی ۶۳ پرستار در آمریکا انجام داده است فضای اخلاقی منفی محیط کار را که منجر به عدم رضایت شغلی آنان شده است، با تصمیم‌گیری پرستاران برای ترک کار یا حتی حرفه‌ی خویش مرتبط می‌داند (۱۰). هم‌چنین Aiken و همکاران طی مطالعه‌ای در زمینه‌ی رضایت شغلی، مراقبت‌های بیمارستانی و کمبود پرستار که بین سال‌های ۱۹۹۸ تا ۱۹۹۹ بر روی ۴۳۰۰۰ پرستار و در بیش از ۷۰۰ بیمارستان در آمریکا، کانادا، انگلیس، اسکاتلند و آلمان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که ۴۰ درصد از پرستاران از محیط کاری خویش راضی نبوده و حدود ۳۳ درصد از پرستاران زیر ۳۰ سال برای ترک شغل خویش در طی یک‌سال آینده برنامه‌ای دارند. هم‌چنین، در حدود ۴۴ درصد از این پرستاران کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را نیز گزارش کرده بودند (۱۱).

با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه و ضرورت شناسایی عواملی که در محیط کار پرستاران می‌تواند شرایط مناسبی را برای کاهش تنش‌های اخلاقی و ارائه‌ی مراقبتی با

¹ Freedom relationship

پیشنهادات اساتید مجدداً ابزارها به تأیید دو نفر از متخصصان امر رسید و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی ابزارها، از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همبستگی درونی استفاده شد. پرسشنامه‌ها توسط ۱۵ پرستار که به صورت تصادفی از یکی از بیمارستان‌های مورد مطالعه انتخاب شده بودند تکمیل گردید.

مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار تنش اخلاقی ۰/۸۶ و برای ابزار فضای اخلاقی ۰/۸۸ بود که با توجه به این مقادیر پایایی ابزار مورد تأیید قرار گرفت. (لازم به ذکر است که این ۱۵ نفر از نمونه‌های مورد مطالعه حذف شدند). به جهت رعایت موازین اخلاقی طرح پژوهشی پس از تصویب مورد تأیید کمیته اخلاق قرار گرفت و مجوز انجام کار از دانشکده اخذ شد. جمع‌آوری داده‌ها از ۲۵ دی تا پنجم بهمن ماه ۸۸ به مدت ۱۰ روز به طول انجامید و در طی این روزها پژوهشگر شخصاً پرسش‌نامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داده و با آنان قراری برای دو روز بعد جهت جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های تکمیل شده گذاشت.

پرستاران به طریق خود گزارش‌دهی و در زمانی که خود احساس آرامش و امنیت می‌کردند پرسش‌نامه را تکمیل کردند و طبق قراری که با آن‌ها گذاشته شده بود دو روز بعد آن را به پژوهشگر تحویل دادند. لازم به ذکر است که روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع طبقه‌ای با تخصیص مناسب بود که در آن جامعه آماری براساس بخش مراکز آموزشی - درمانی طبقه‌بندی شده بود. به واحدهای پژوهش در خصوص اهداف مطالعه توضیح داده و پس از ارائه‌ی اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات فردی رضایت‌نامه‌ی کتبی از آنان گرفته شد. لازم به ذکر است که کلیه‌ی پرسشنامه‌ها بعد از پاسخ دادن بازگردانده شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس، Wilcoxon و ضریب همبستگی Pearsen تحت برنامه‌ی آماری SPSS نسخه‌ی چهاردهم استفاده شده است.

«هرگز مواجه نشده‌ام» (معادل صفر) تا «بسیار مواجه شده‌ام» (معادل چهار) و در بعد شدت از «تنشی در من ایجاد نمی‌کند» (معادل صفر) تا «تنش بسیار زیادی در من ایجاد می‌کند» (معادل چهار) اندازه‌گیری می‌کند. محدوده‌ی نمرات در این ابزار بین صفر تا چهار می‌باشد. هر چقدر نمره‌ی فرد بیش‌تر باشد نشانه‌ی شدت و فراوانی بیش‌تر تنش اخلاقی در وی است. برای محاسبه نمره تنش اخلاقی میانگین ۲۴ گویه محاسبه شده است. پرسش‌نامه فضای اخلاقی بیمارستان Olson نیز حاوی ۲۶ گویه بوده (۷) و در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای که در آن پاسخ‌ها از (۱-۵) دسته بندی شده‌اند قرار دارد. گزینه‌ها در گستره‌ی تقریباً هرگز (معادل یک) تا تقریباً همیشه (معادل پنج) قرار دارند، هم‌چنین محدوده‌ی نمرات در این ابزار بین یک تا پنج بوده و هر چقدر نمره‌ی فرد بیش‌تر باشد نشان دهنده‌ی فضای اخلاقی مثبت‌تری در محیط می‌باشد (برای محاسبه نمره فضای اخلاقی میانگین ۲۶ گویه محاسبه شده است). در این ابزار پاسخ‌دهندگان به پنج عامل که شامل «ارتباط با همکاران» (موارد ۱ و ۱۰ و ۱۸ و ۲۳)، «بیماران» (موارد ۲ و ۶ و ۱۱ و ۱۹)، «مدیران» (موارد ۳ و ۷ و ۱۲ و ۱۵ و ۲۰ و ۲۴)، «بیمارستان» (موارد ۴ و ۸ و ۱۳ و ۱۶ و ۲۱ و ۲۵) و «پزشکان» (موارد ۵ و ۹ و ۱۴ و ۱۷ و ۲۲ و ۲۶) می‌باشد پاسخ دادند.

ابتدا پرسشنامه‌های موجود به‌عنوان پایه‌ی اولیه توسط تیم پژوهش ترجمه و به سه نفر از اعضای هیأت علمی علاوه به داشتن تخصص در زمینه مورد مطالعه به زبان انگلیسی نیز تسلط داشتند برای نظرخواهی ارائه و اصلاحات لازم در آن صورت گرفت. سپس پژوهشگر پس از مطالعه‌ی دقیق متون و مقالات و دیگر ابزارهای موجود درباره‌ی موضوع و با استفاده از نظرات همکاران پژوهش پرسشنامه‌های اولیه را تنظیم و سپس برای تعیین اعتبار علمی ابزارها از اعتبار محتوی استفاده شد و در اختیار ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داد. پس از جمع‌آوری نظرات و انجام تغییرات لازم بر اساس

نتایج

اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد ۱۸۹ نفر (۹۰ درصد) از پرستاران مورد پژوهش زن و ۲۱ نفر (۱۰ درصد) مرد بودند. محدوده‌ی سنی شرکت کنندگان ۲۲ تا ۵۵ سال با میانگین ۳۰/۸ سال و انحراف معیار ۶/۷۲ بود. ۱۲۸ نفر (۶۱ درصد) نمونه‌ها در گروه سنی کم‌تر از ۳۱ سال قرار داشتند. در حدود ۲۰۷ نفر (۹۸/۶ درصد) پرستاران دارای مدرک لیسانس و ۳ نفر (۱/۴ درصد) دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. ۲۸/۱ درصد پرستاران در بخش ICU، ۲۶/۲ درصد در بخش جراحی، ۲۳/۳ درصد در بخش داخلی، ۱۱/۹ درصد در بخش CCU و ۱۰/۵ درصد در بخش اورژانس مشغول به کار بوده و ۵۸/۱ درصد افراد درآمد کاری خود را متوسط، ۳۴/۸ درصد نامطلوب و ۵/۷ درصد نیز مطلوب ارزیابی کردند (جزئیات بیشتر در جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی مشخصات فردی پرستاران

مورد مطالعه			متغیر
درصد	تعداد		
۳۹/۵	۸۱	≤۲۴	سن (سال)
۲۸/۸	۵۹	۲۹-۲۵	
۱۹/۵	۴۰	۳۴-۳۰	
۱۲/۲	۲۵	۳۵≤	
۱۸/۶	۳۹	رسمی	نوع استخدام
۲۱/۴	۴۵	طرحی	
۴۲/۴	۸۹	پیمانی	
۱۶/۷	۳۵	قراردادی	
۱	۲	شرکتی	کار بیش از یک شیفت
۷۳/۸	۱۵۵	بلی	
۲۶/۲	۵۵	خیر	

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین فراوانی تنش اخلاقی در پرستاران برابر ۱/۷۷ از چهار بود. هم‌چنین گویه‌ی «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امید ی به زنده ماندن نیست مراقبت‌های پرستاری ارائه می‌دهم» با میانگین ۲/۷۷ بیش‌ترین و گویه‌ی «زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است با خانواده‌ی وی در مورد اهداء عضو صحبت می‌کنم» با میانگین ۰/۷ کم‌ترین فراوانی را در ایجاد تنش در پرستاران داشتند.

در میان بخش‌ها، پرستاران بخش‌های اورژانس با میانگین ۱/۸۹ بیش‌ترین و پرستاران CCU با میانگین ۱/۵۶ کم‌ترین فراوانی تنش را در خصوص نمره‌ی تنش اخلاقی داشتند (جدول شماره ۲). از بین متغیرهای دموگرافیک، سن ($P=0/028$) و نوع استخدام ($P=0/01$) و سطح درآمد ($P=0/01$) با فراوانی تنش اخلاقی ارتباط معنی‌دار داشتند.

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین شدت تنش اخلاقی در پرستاران برابر ۲/۰۲ از چهار بود. هم‌چنین گویه‌ی «از این‌که همراهان بیمار دچار تنش (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستند رنج می‌برم» با میانگین ۲/۶۶ بیش‌ترین شدت را به خود اختصاص داد. و گویه‌ی «زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است با خانواده‌ی وی در مورد اهداء عضو صحبت می‌کنم» با میانگین ۱/۳۲ کم‌ترین شدت تنش را به خود اختصاص داده بود.

هم‌چنین در میان بخش‌ها پرستاران بخش اورژانس با میانگین ۲/۱۳ بیش‌ترین و پرستاران بخش CCU با میانگین ۱/۸۳ کم‌ترین شدت تنش را تجربه کرده بودند. (جدول شماره ۲).

از بین متغیرهای دموگرافیک تنها سطح درآمد پرستاران ارتباط معنی‌داری با شدت تنش داشت ($P=0/001$).

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار فراوانی و شدت تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار بر حسب نوع بخش در پرستاران مورد مطالعه

سطح تنش	بخش	تعداد نمونه‌ها	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه
فراوانی تنش اخلاقی	ICU	۵۹	۱/۹۵	۰/۹۲	F=۱/۱۸ P=۰/۲۷
	CCU	۲۵	۱/۶۵	۰/۵۸	
	داخلی	۴۹	۱/۶۲	۰/۸۱	
	جراحی	۵۵	۱/۷۶	۰/۹۰	
	اورژانس	۲۲	۱/۸۹	۱/۱۵	
	جمع	۲۱۰	۱/۷۷	۰/۹۱	
شدت تنش اخلاقی	ICU	۵۹	۲/۱۱	۰/۹۵	F=۰/۷۴ P=۰/۵۶
	CCU	۲۵	۱/۸۳	۰/۷۶	
	داخلی	۴۹	۱/۹۰	۰/۸۹	
	جراحی	۵۵	۰/۰۷	۰/۸۸	
	اورژانس	۲۲	۲/۱۳	۱/۰۲	
	جمع	۲۱۰	۲/۰۲	۰/۹۰	
فضای اخلاقی	ICU	۵۹	۳/۴۹	۰/۷۶	F=۱/۴۵ P=۰/۲۰
	CCU	۲۵	۳/۴۶	۰/۵۸	
	داخلی	۴۹	۳/۳۴	۰/۶۲	
	جراحی	۵۵	۳/۱۹	۰/۶۲	
	اورژانس	۲۲	۳/۳۷	۰/۸۴	
	جمع	۲۱۰	۳/۳۶	۰/۶۹	

اخلاقی بیمارستان در پنج حیطه‌ی پزشکان، مدیران، بیماران، همکاران و بیمارستان به طرح سؤالات می‌پردازد این حیطه‌ها نیز با یکدیگر مقایسه شدند.

در هر عامل نیز میانگین امتیازات مربوط به سؤالات آن عامل محاسبه گردیده است. لازم به ذکر است که اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمره‌ی فضای اخلاقی از دیدگاه پنج گروه مورد بررسی مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵$) (جدول شماره ۳).

بر اساس یافته‌های مطالعه میانگین نمره‌ی وضعیت فضای اخلاقی از دید پرستاران در بخش‌های مورد بررسی برابر ۳/۳۶ از پنج بود. هم‌چنین گویه‌ی «مدیرم برای من قابل احترام است» در بین گویه‌های مربوط به فضای اخلاقی بیش‌ترین فراوانی را با میانگین ۴/۹۱ و گویه‌ی «سیاست‌ها و قوانین بیمارستان به من در مواجهه با مشکلات بیماران کمک می‌کند» با میانگین ۲/۷۵ کم‌ترین فراوانی را کسب کردند.

قابل ذکر است که تفاوت میان بخش‌های مختلف بیمارستان و امتیازات حاصله از شدت و فراوانی تنش اخلاقی و فضای اخلاقی معنی‌دار نبوده است. پرسشنامه فضای

پرستاران با تنش‌ها می‌شود و در نتیجه درک آنان از فضای اخلاقی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در مطالعه‌ی Fogel (۵) نیز ابعاد گوناگون فضای اخلاقی با تجربه‌ی تنش اخلاقی در ارتباط بوده است که نیاز به انجام مطالعات بیشتر در این زمینه جهت یافتن راهکارهایی برای اخلاقی‌تر کردن فضاهای کاری را گوشزد می‌کند؛ استراتژی‌هایی که باعث بهبود روابط بین بیمارستان‌ها، همکاران، مدیران، بیماران و پزشکان شود؛ از افزایش بار کاری پرستاران بکاهد؛ و از ازدیاد بیماران در مراکز درمانی که خود عامل بالقوه‌ی تنش است جلوگیری کند.

بر اساس مقیاس مورد استفاده برای نمره‌دهی ابزار با اختصاص امتیاز صفر به «عدم وجود تنش اخلاقی» و چهار به «مواجهه‌ی زیاد با تنش اخلاقی»، آشکار می‌شود که پرستاران مطالعه‌ی حاضر تجربه‌ی رویارویی با تنش اخلاقی را بر اساس گویه‌های این ابزار بسیار کم داشته‌اند ولی ارتباط بین شدت و فراوانی تنش اخلاقی در این مطالعه بسیار با اهمیت بوده است؛ بنابراین، اگرچه ممکن است تنش اخلاقی رویدادی باشد که امکان مواجهه با آن در محیط مورد مطالعه‌ی بالا نباشد ولی زمانی که اتفاق می‌افتد با شدت بالایی در افراد تجربه می‌شود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا با یافته‌های Pauly و همکاران است که در آن فراوانی تنش اخلاقی برابر ۱/۳۱ از شش و شدت آن ۳/۸۸ بود (۱۳) و با یافته‌های Maiden که در آن میانگین کلی شدت تنش اخلاقی ۳/۸۹ از هفت و فراوانی آن ۱/۶۱ بود (۱۴) هم‌خوان نیست که با توجه به میانگین فراوانی تنش اخلاقی، پرستاران مطالعه‌ی حاضر رویارویی بیشتری با تنش‌های اخلاقی داشتند، هر چند تنش آن‌ها به‌طور کلی در حد بالایی قرار نداشته است. از علل این امر می‌توان به نبود تعداد کافی پرسنل، قوانین و فرایندهای سازمانی که پرستاران را در برآورده کردن نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان با مشکل مواجه می‌کنند، وجود سیستم پزشکی سالاری در مراکز درمانی، عدم آگاهی کافی پرسنل از مسائل اخلاقی و راه‌های

جدول شماره ۳ - میانگین و انحراف معیار هر یک از عوامل

پنج‌گانه‌ی فضای اخلاقی از دیدگاه پرستاران

عامل	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
پزشکان	۲۱۰	۳/۱۶	۰/۷۳
بیمارستان	۲۱۰	۳/۴۳	۰/۷۶
مدیران	۲۱۰	۳/۵۶	۰/۸۱
بیماران	۲۱۰	۳/۱۸	۰/۷۲
همکاران	۲۱۰	۳/۳	۰/۸۳
جمع	۲۱۰		
حداقل	۱	حداکثر	۵

جدول شماره ۴ - ضریب همبستگی فراوانی و شدت تنش

اخلاقی با فضای اخلاقی محیط کار در پرستاران

P-value	فضای اخلاقی	
	ضریب همبستگی (r)	تنش اخلاقی
۰/۰۶	-۰/۱۳	فراوانی تنش اخلاقی
۰/۰۹	-۰/۱۱	شدت تنش اخلاقی

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین تنش اخلاقی پرستاران مورد مطالعه و ارزیابی آن‌ها از و فضای اخلاقی محیط کار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (جدول شماره ۴). در حالی که در مطالعه‌ی پاولی و همکاران این ارتباط مورد تأیید قرار گرفت و گویه‌ای که بیش‌ترین امتیاز را در عوامل فضای اخلاقی کسب کرده و نشان دهنده‌ی فضای اخلاقی مثبت بود، کم‌ترین سطح تنش اخلاقی را ایجاد می‌کرد و کلیه‌ی عوامل فضای اخلاقی به‌جز عامل همکاران ارتباط معنی‌داری با فراوانی تنش داشت (۱۳). در مطالعه‌ی حاضر تنها موارد مربوط به «مدیران» و «بیماران» ارتباط معنی‌دار و معکوسی با فراوانی تنش اخلاقی داشتند، به این معنی که هر چقدر حمایت مدیران در مواجهه با مشکلات از پرستاران افزایش پیدا کند و از طرف دیگر بیماران در مورد برنامه‌های مراقبتی خویش بیش‌تر آگاهی پیدا کنند باعث کاهش رویارویی

ویژه و محیط پر تنش اورژانس (۱۷)، برخورد مستقیم همراه بیماران با پرسنل، انتظارات بیماران و خانواده‌های آنان از پرسنل اورژانس (۱۸)، فشار کاری این بخش، عدم تناسب تعداد بیماران با میزان تخت در اورژانس، عدم وجود امکانات لازم، عدم حضور به موقع پزشکان بر بالین بیماران و از طرف دیگر استفاده از پرسنل طرحی و تازه کار در این بخش (۱۹) نسبت به سایر بخش‌ها خصوصاً CCU که بر اساس تجربیات پژوهشگر معمولاً از پرسنل با تجربه‌تر و جو آرام‌تری برخوردار است به نظر قابل توجیه است.

بر اساس یافته‌های این مطالعه، سن پرستاران با شدت تنش اخلاقی در آنان ارتباط معکوس داشت؛ یعنی با افزایش سن پرستاران از شدت تنش اخلاقی در آنان کاسته می‌شد. این موضوع در مطالعه‌ی Fogel (۵) و مطالعه‌ی Corley و همکاران نیز به چشم می‌خورد. وجود رابطه‌ی منفی بین سن و شدت تنش اخلاقی شاید ناشی از نقش تجربه در یادگیری راه‌حل‌هایی باشد که کمک می‌کند پرستاران بر تنش‌های تجربه شده غلبه کنند (۱۵). در این رابطه برگزاری کلاس‌های آموزشی در خصوص مواجهه با مسائل اخلاقی و نحوه‌ی مقابله با آن‌ها، در سازگار کردن پرستاران با تنش‌های اخلاقی موضوع مهمی است که باید مورد توجه مدیران قرار گیرد. هم‌چنین استفاده از استراتژی‌هایی که رابطه‌ی بین پرستاران و پزشکان را بهبود می‌بخشد می‌تواند درک خستگی روحی را در پرستاران کاهش دهد (۱۰). حمایت از افراد در مقابل تنش‌های اخلاقی، افزایش مهارت‌های ارتباطی و تنظیم اهدافی واقع‌گرایانه در درمان بیماران، توضیح پیشرفت‌های درمانی برای بیمار و خانواده‌ی وی می‌تواند در کاهش تنش‌های اخلاقی نقش مهمی را ایفا کند (۲).

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان‌دهنده‌ی عدم وجود حمایت سازمانی از پرسنل به هنگام برخورد با مسائل است که به گفته‌ی Ulrich و همکاران یکی از عوامل مربوط به فضای اخلاقی نامطلوب است که خود اصلی‌ترین علت ایجاد تنش‌های اخلاقی در کارکنان می‌باشد (۲۰). عدم وجود

مقابله با آن‌ها و فشار کاری بیش از حد در محل کار اشاره کرد.

هم‌چنین، در مطالعه‌ی Maiden ارتباط قوی بین فراوانی تنش اخلاقی و ترک شغل به دست آمد. به نظر وی هیجانانگیزی از قبیل ترس، عصبانیت و ناامیدی ارتباط مؤثری با تنش اخلاقی داشتند (۱۴). در مطالعه‌ی کورلی و همکاران میانگین فراوانی برابر ۱/۴۵ از هفت بود و ارتباط بین شدت و فراوانی تنش معنی‌دار بود (۱۵).

در مطالعه‌ی حاضر هم‌چون مطالعه‌ی Fogel (۵) موضوعی که کم‌ترین فراوانی را در ایجاد و شدت تنش داشت مبحث «اهداء عضو» بود که شاید به دلیل افزایش آگاهی‌های عمومی در مورد اهداء عضو و جا افتادن کلمه‌ای با عنوان مرگ مغزی در میان مردم باشد که باعث شده است این امر را بهتر درک کنند و در نتیجه تنش اخلاقی کم‌تری را برای پرستاران ایجاد کند. دلیل دیگر این امر شاید مربوط به این باشد که در ایران غالباً پزشکان با خانواده‌های بیماران در خصوص اهداء عضو صحبت می‌کنند و دخالت پرستاران در این امر کم‌تر است. به نظر می‌رسد افزایش و گوناگونی روش‌های حمایت‌کننده‌ی زندگی، کاهش میزان مرگ و میر، افزایش انتظارات بیماران و خانواده‌های آنان از برون ده خوب کاری از بیمارستان‌ها، اصلاح سازمان‌ها جهت افزایش بازدهی و در مقابل محدودیت‌های مؤسسه‌ای از قبیل کمبود پرسنل و افزایش ساعات کاری از جمله عواملی باشند که در افزایش فزاینده تنش اخلاقی در پرستاران سهیم باشند (۱۵).

Elpern و Wilkinson و همکاران در مطالعات خود گزارشات پرستاران را از مضرات تنش اخلاقی که به دنبال تجربه‌ی تنش بوجود می‌آیند شامل کاهش عزت نفس، اختلال در روابط بین فردی، عوارض روحی و روانی، علایم جسمی و تغییر رفتار عنوان کردند (۱۶، ۱).

با توجه به نتایج این مطالعه در میان بخش‌ها، پرستاران بخش اورژانس بیش‌ترین و پرستاران بخش CCU کم‌ترین شدت فراوانی تنش را تجربه کرده بودند که با توجه به جو

نیازمند تفکر و برنامه‌ریزی دقیق جهت بهبود موقعیت می‌باشد. از میان متغیرهای دموگرافیک، سطح درآمد پرستاران با درک آنان از فضای اخلاقی ارتباط معنی‌داری داشت به طوری که افرادی که سطح درآمد خود را مطلوب ارزیابی کردند، درک مطلوب‌تری از فضای اخلاقی محل کار خود داشتند.

کار در بیش از یک شیفت نیز از دیگر متغیرهایی بود که ارتباط آماری معنی‌داری با درک پرستاران از فضای اخلاقی محیط کار داشت، یعنی افرادی که تنها در یک شیفت کار کرده و ناچار به کار در شیفت‌های اضافه نبودند فضای اخلاقی را مثبت ارزیابی کرده بودند که خود حاکی از اهمیت تناسب ساعات کاری پرستاران و نقش آن در درک آنان از فضای اخلاقی می‌باشد.

در مجموع، باید به این نکته توجه داشت که موضوعات اخلاقی در سازمان‌های مراقبتی با مفاهیم مراقبت از بیمار، ارتباط با همکاران و متخصصان سایر رشته‌ها و خود سازمان در ارتباط است و پرستاران و مدیران پرستاری می‌توانند با درک این مفاهیم مکانیسم‌هایی را طراحی کنند که فضای اخلاقی کار را مدیریت کرده و با تغییر آن شرایط را بهبود بخشند (۲۳).

نتیجه‌گیری

تنش اخلاقی مفهومی است که پرستاران در طی کار روزانه‌ی خود به‌طور مستمر با آن مواجه می‌شوند، مواجهه‌ی مداوم با تنش‌های اخلاقی می‌تواند پرستاران را در معرض فرسودگی شغلی و نارضایتی قرار داده و موقعیت فضای حرفه‌ای آن‌ها را به خطر اندازد. سطح شدید تنش شغلی سبب شده است تا امروزه پدیده‌ی فرسودگی پرستاران و ترک شغل ناشی از آن به‌عنوان یکی از معضلات جامعه‌ی پرستاری و سیستم ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها محسوب گردد. از سویی دیگر هرگونه کاهش در تعداد پرستاران یا عملکرد آنان، کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت خدمات سایر تخصص‌های گروه

حمایت سازمانی با نتایج مطالعه‌ی مبشر و همکاران (۱۳۸۳) و Bahcecik و همکاران هم‌خوانی دارد. این امر شاید مؤید آن باشد که علیرغم تفاوت‌های فرهنگی و مدیریتی دو کشور، برخی روابط درون سازمانی بین پرستاران با سایر همکاران از یک الگوی نسبتاً یکسان تبعیت می‌نماید (۲۲، ۲۱). نکته‌ی مهم این است که احترام به پرستاران و حمایت از آنان در محیط بیمارستان از دید پرستاران در سطح بسیار پایین و غیرقابل قبولی بود که با توجه به اهمیت حرفه‌ی پرستاری لازم است در این خصوص راهکارهای جدیدی اتخاذ شود.

در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی فضای اخلاقی درک شده توسط پرستاران برابر با ۳/۳۶ از پنج و در حد متوسط بود که با یافته‌های مطالعه‌ی Pauly و همکاران (۱۳) و Corley و همکاران (۱۵) مطابقت دارد. در این مطالعه بخش ICU نسبت به سایر بخش‌ها از فضای اخلاقی مطلوب‌تری برخوردار بود. این موضوع شاید به دلیل توجه ویژه‌ی مسئولان به این بخش و پرسنل آن، آزادی عمل بیشتر پرسنل در اعمال مراقبتی، اعتماد بیشتر پزشکان به پرسنل و استاندارد بودن تعداد بیماران و پرستاران باشد که باعث می‌شود فشار کاری متعادل‌تری نسبت به سایر بخش‌ها داشته باشند.

همان‌طور که مشاهده می‌شود حیطه‌ی «مدیران» در پنج حیطه‌ی فضای اخلاقی بیش‌ترین امتیاز یا به‌عبارتی بیش‌ترین میزان رعایت اصول را به خود اختصاص داده است. در حالی که حیطه‌ی مربوط به «پزشکان» کم‌ترین میزان رعایت اصول را به خود اختصاص داده است که این موارد نیز با مطالعه‌ی مبشر و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۱). لازم به ذکر است که منظور از «مدیر»، مسئول مستقیم پرستار بوده است و نه مسئولان اداری یا ریاست بیمارستان. به این ترتیب می‌توان چنین برداشت کرد که در بین پرستاران فضای مثبت همکاری وجود دارد. اما همکاری و روابط متقابل بین پرستار و پزشک، از دید پرستاران مورد مطالعه در پایین‌ترین سطح قرار دارد که با توجه به جایگاه ارتباط در ارائه‌ی مراقبت ایمن و با کیفیت،

پزشکی و برابند بیماران را نیز متأثر می‌سازد.

هرچند که در این مطالعه بین تنش اخلاقی پرستاران مورد مطالعه و ارزیابی آن‌ها از فضای اخلاقی محیط کار ارتباط معنی‌داری وجود نداشت، اما به نظر می‌رسد که با توجه به سیاست‌های چند سال اخیر وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای توجه بیشتر به مقوله‌ی حقوق بیمار و اخلاق حرفه‌ای، لازم است مسئولان جهت تهیه‌ی استراتژی‌های گوناگون ایجاد فضای اخلاقی محط ارائه خدمات سلامت گام‌های اساسی‌تری بردارند تا پرستاران در محیط‌هایی به دور از تنش و با آرامش به ارائه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران پردازند.

با استفاده از یافته‌های این پژوهش می‌توان با تعیین فراوانی و شدت تنش اخلاقی در میان پرستاران شاغل در نمونه‌ای از بیمارستان‌های بخش دولتی کشور اطلاعات مناسبی را جهت پیشگیری و کاهش این مسأله چالش برانگیز در اختیار مدیران و مسئولان بیمارستان‌ها قرار داد تا با اعمال راهکارهای مناسب، فضای لازم را جهت ارائه‌ی خدمات پرستاری با کیفیت فراهم نمایند.

از طرف دیگر، با توجه به تأثیر قابل توجه فرهنگ سازمانی بر عملکرد پرستاران، به نظر می‌رسد که بعضی جنبه‌های فرهنگ سازمانی مراکز آموزشی - درمانی به ویژه در مواردی که مربوط به پزشکان و رابطه آنان با پرستاران است نیاز به ارتقاء دارد. نتایج این پژوهش می‌تواند با شناسایی این تنش‌ها و محیط‌های اخلاقی و روابط بین آن‌ها گامی کوچک در جهت کمک به بهبود فضای اخلاقی حاکم بر سیستم‌های بهداشتی در کشورمان و ارتقاء کیفیت مراقبت از بیماران برداشته و به نوبه‌ی خود توان بالقوه‌ی افزایش رضایت‌مندی پرستاران از حرفه‌ی خود را نیز در بر داشته باشد.

برای مطالعات آینده نیز پیشنهاد می‌گردد با توجه گسترده بودن عوامل تنش‌زا در حرفه‌ی پرستاری مطالعه‌ای به منظور روشن ساختن سایر عوامل ایجاد کننده تنش اخلاقی در پرستاران و عوامل مؤثر بر کاهش شدت تنش اخلاقی انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از بذل مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران به‌خاطر حمایت مالی از این طرح و از همکاری کلیه‌ی پرستاران مراکز آموزشی - درمانی شفا، فیروزگر، حضرت رسول اکرم(ص) و هاشمی‌نژاد تهران صمیمانه تشکر نمایند.

منابع

- climate. Crit care Med 2007; 35: 422-9.
- 13- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nurs Ethics 2009; 16 (5): 561-73.
 - 14- Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error, and critical care nursing. [PhD dissertation]. USA. University of San Diego, 2008.
 - 15- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethic 2005; 12(4): 381-90.
 - 16- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum 1987-1988; 23(1): 16-29
 - 17- Laposa JM, Alden LE, Fullerton LM. Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurses/personnel. J Emerg Nurs 2003; 29(1): 23-8.
 - 18- Oster NS, Doyle CJ. Critical incident stress and challenges for the emergency workplace. Emerg Med Clin North Am 2000; 18(2): 339-53.
 - ۱۹- حبرانی پ، بهدانی ف، مبتکر م. بررسی عوامل تنش زا در پرستاران. مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی ۱۳۸۷؛ دوره ۱۰ (شماره ۳ پیاپی ۳۹): ۷-۲۳۱.
 - 20- Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. Soc Sci Med 2007; 65(8): 1708-19.
 - ۲۱- مبشر م، نخعی ن، گروسی س. ارزیابی جواخلاقی بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۵۲-۴۵.
 - 22- Bahcecik N, Ozturk H. The hospital ethical climate survey in Turkey. JONAS Healthc law Ethics Regul 2003; 5(4): 94-9.
 - 23- Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. Image J Nurs Sch 1998; 30(4): 345-9.
 - 1- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-30.
 - 2- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs 2007; 23(5): 256-63.
 - 3- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J Crit Care 2004; 13(3): 202-8.
 - 4- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. Nurs Ethics 2008; 15 (3): 305-21
 - 5- Fogel KM. The Relationships of Moral Distress, Ethical Climate, and Intent to Turnover Among Critical Care Curse. [PhD dissertation]. USA. University of Chicago, 2007.
 - 6- Fry ST, Hurely AC, Foley BJ, Harvey RM. Development of a model of moral distress in military nursing. Nurs Ethics 2002; 9(4): 373-87.
 - 7- Olson LL. Hospital Nurses' Perception of the Ethical Climate of Their Work Setting. [PhD dissertation]. USA. University of Illinois at Chicago, 1995.
 - 8- Crisham P. Measuring moral judgment in nursing dilemmas. Nurs Res 1981; 30(2): 104-10.
 - 9- Olson L. Ethical climate as the context for nurse retention. J Illinois Nurs 2002; 99(6): 3-7.
 - 10- Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. J Nurs Scholarsh 2005; 37(2): 173-7.
 - 11- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. Health Aff 2001; 20(3): 43-53.
 - 12- Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse - physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress and ethical