

Original Article**Moral distress and relationship between Physician and nurses****Somayeh Mohammadi¹, Fariba Borhani², Mostafa Roshanzadeh^{3*}**

1. MSC, Ayatollah Kashani Hospital, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2. Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Instructor, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. (Corresponding Author) Mroshanzadeh62@bums.ac.ir

Received: 27 Apr 2015 Accepted: 2 Mar 2016

Abstract

Background and Aim: Phenomenon of moral distress in critical care environments, have different effects on the quality of care and good communication between members of caring team, especially Physician and nurses could to be effective in prevention of moral distress in nurses through creating desirable ethical atmosphere. This study aimed to determine the relationship between moral distresses with the Physician-nurses relationship in ICUs of the South Khorasan province.

Materials and Methods: 215 nurses were recruited to the study by convenience method. Corly moral distress questionnaire and Shortell questionnaire of communication assessment between physician and nurses in ICUs were used for data collection. Data were analyzed by SPSS 16 software and using descriptive and inferential statistics.

Ethical Considerations: Participants verbal consent was obtained and anonymously and confidentiality of the completing questionnaires was assured to them.

Findings: The mean scores of moral distress severity, moral distress frequency and Physician-nurses relationship were $3\pm 0/59$, $3/66\pm 0/5$ and $3/2\pm 1/1$, respectively. There was significant direct correlation between mean score of communication between physician and nurses with moral distress frequency ($r=-0/34$, $P<0/05$). But there was not any correlation between Physician-nurses relationship moral distress severity.

Conclusion: regarding undeniable role of good communication between physician and nurses in reducing the frequency of moral distress, it is necessary to determine the effective factors on this relationship and also provide strategies to promote desirable ethical atmosphere, in order to diminish of this phenomenon.

Keywords: Moral Distress; Communication; Nurses; ICU

Please cite this article as:

Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral distress and relationship between Physician and nurses. *Med Ethics J* 2016; 10(36): 7-14.

تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار

سمیه محمدی^۱، فریبا برهانی^۲، مصطفی روشنزاده^{۳*}

۱. کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان آیت... کاشانی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. مربی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول) Mroshanzadeh62@bums.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۴/۲/۷ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۱۲

چکیده

زمینه و هدف: پدیده تنیدگی اخلاقی در محیط‌های مراقبت ویژه، تأثیرات متفاوتی در روند کیفیت مراقبت داشته و در این میان ارتباط مطلوب بین اعضای تیم درمانی خصوصا پزشک و پرستار می‌تواند از طریق ایجاد جو اخلاقی مناسب در پیشگیری از بروز تنیدگی در پرستاران مؤثر باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین پدیده تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه استان خراسان جنوبی صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه ۲۱۵ پرستار به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. از پرسشنامه تنیدگی اخلاقی Corly و پرسشنامه سنجش ارتباط بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه، Shortell جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS16 و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش کسب و درباره بی‌نامی پرسشنامه‌ها و محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌های شدت تنیدگی اخلاقی، تکرار تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار به ترتیب $3 \pm 0/56$ ، $3/66 \pm 0/5$ و $3/2 \pm 1/1$ به دست آمد. میانگین نمره ارتباط بین پزشک و پرستار با تکرار تنیدگی اخلاقی همبستگی مستقیم داشت ($t=0/34$ ، $P < 0/05$)، اما بین میانگین نمره ارتباط بین پزشک و پرستار با شدت تنیدگی اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نقش انکارناپذیر ارتباط مطلوب بین پزشک و پرستار در کاهش وقوع پدیده تنیدگی اخلاقی، شناخت عوامل مؤثر بر این ارتباط و همچنین ارائه راهکارهایی برای ارتقای جو اخلاقی مؤثر در جهت کاهش این پدیده ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: تنیدگی اخلاقی؛ ارتباط پزشک و پرستار؛ بخش‌های مراقبت ویژه؛ پرستاری

مقدمه

پرستاران در محیط‌های درمانی روزانه با چالش‌های بسیاری روبرو می‌شوند که شدت و تأثیر آن با توجه به نوع محیط‌های درمانی متفاوت است (۱). بخش‌های مراقبت ویژه در این میان به واسطه جو مراقبتی خاص خود می‌توانند پرستاران را با چالش‌های مهمی روبرو سازند. در این میان چالش‌های اخلاقی، از جمله تنیدگی اخلاقی به واسطه تأثیرات متفاوت بر پرستار، بیمار و سیستم مراقبتی از اهمیت خاصی برخوردار است (۲).

وقتی که پرستاران با شرایطی روبرو شوند که علی‌رغم آگاهی از عملکرد درست، توان اجرای آن را نداشته باشند، تنیدگی اخلاقی در آن‌ها بروز می‌کند (۳-۴). در حقیقت پرستاران با نوعی تضاد اخلاقی مواجه شده و به دلیل قرارگیری بر سر دوراهی اخلاقی، رنج و آشفتگی جسمی، روانی را تجربه خواهند کرد. در چنین شرایطی پرستار دچار سردرد، اضطراب، بدخلقی و کابوس شبانه شده و در صورتی که این شرایط برطرف نشود، نارضایتی از کار و افت عملکرد در پرستار بروز خواهد یافت (۵-۷).

علل مختلفی می‌توان در ایجاد تنیدگی اخلاقی نقش داشته باشد. شرایط خاص مراقبتی و همچنین مراقبت از بیماران حاد در بخش‌های مراقبت ویژه سبب شده است که پرستاران مشغول به خدمت در این بخش‌ها به طور بارزتری علائم تنیدگی اخلاقی را نشان دهند (۸).

عواملی از جمله مراقبت بیهوده، سیاست‌های سازمانی متفاوت با نیاز بیماران، تقاضاها و خواسته‌های بیمار و خانواده‌اش از تیم درمانی و اتانازی، همگی از عللی هستند که می‌توانند پرستاران این بخش‌ها را با تنیدگی اخلاقی مواجه سازند (۹-۱۰).

در این میان یکی از علل مهم ایجادکننده تنیدگی مواجه پرستاران با پزشکان و پرستارانی است که اقدام به مراقبت‌های غیر ضروری کرده و از کفایت لازم جهت مراقبت از بیمار برخوردار نیستند (۱۱-۱۲).

ارتباط بین پزشک و پرستار به عنوان تعامل متقابل در امر مراقبت از بیمار برای دستیابی به اهداف مشترک درمانی

تعریف شده است (۱۳). ارتباط بین پزشک و پرستار یک جزء محوری و اخلاقی در نظام سلامتی بوده که می‌توان تأثیرات متفاوتی را داشته باشد. ارتباط مطلوب بین اعضای تیم درمانی می‌توان باعث افزایش و ارتقای خدمات مراقبتی ارائه‌شده به بیماران شده و میزان بستری‌شدن بیمار در محیط‌های درمانی را کاهش دهد (۱۴). ارتباط مطلوب همچنین جو محیط کاری را برای عملکرد مؤثر مهیا کرده و سبب می‌شود که اختلافات بین افراد تیم درمانی کاهش یابد (۱۵). در این شرایط افراد تیم درمانی از جمله پرستاران دچار افزایش اعتماد به نفس شده و نارضایتی آن‌ها از محیط کاری به حداقل خواهد رسید (۱۶).

ارتباط مطلوب بین پزشک و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه سبب می‌شود که بسیاری از عوامل زمینه‌ساز تنیدگی اخلاقی بروز نکرده و حتی در صورتی که شرایط تنیدگی اخلاقی ایجاد شود، به خوبی مدیریت شده و اثرات منفی را در پی نخواهد داشت (۱۵). به طور مثال اقدامات غیر ضروری تجویز شده از سوی پزشکان به عنوان یکی از علل شایع ایجاد تنیدگی اخلاقی در پرستاران به حساب می‌آید (۱۱).

وجود ارتباط مؤثر و مشارکتی قبل از تجویز اقدام درمانی سبب می‌شود که اولاً از تجویز اقدام غیر ضروری خودداری شده، ثانیاً در صورت وجود چنین دستوری پرستار با دیدگاه علمی در تقابل با پزشک، باعث بهبود و یا تغییر این دستور درمانی شده و مجبور به اجرای این دستور تنش‌زا نشود.

مطالعات صورت‌گرفته در زمینه تنیدگی اخلاقی حاکی از سطح متوسط به بالای این پدیده در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بوده است و شرایط خاص مراقبتی در این بخش‌ها را در پیدایش این پدیده در پرستاران دخیل دانسته‌اند (۵، ۷).

Papathanassoglou و همکاران (۲۰۱۲ م.) میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را بالا دانسته و همچنین بیان می‌کنند که این سطح تنیدگی اخلاقی با سطح پایین ارتباط بین پزشک و پرستار و همچنین خودمختاری پرستاران ارتباط معنی‌دار دارد (۱۵).

دیالیز) در سطح استان خراسان جنوبی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و داشتن یک سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت از پرسشنامه دو قسمتی بود که بخش اول آن شامل اطلاعات دموگرافیک: سن، جنس، تحصیلات، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و نوع بخش خدمت و بخش دوم آن شامل پرسشنامه ۲۱ سؤالی تنیدگی اخلاقی Corly و پرسشنامه ۲۱ سؤالی ارتباط بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه بود. پرسشنامه تنیدگی اخلاقی اولیه در سال ۱۹۹۵ توسط Corly طراحی شده (۱۹) و در سال ۲۰۰۷ نیز توسط وی مورد تجدید نظر قرار گرفته و به ۲۱ سؤال تقلیل یافت (۲۰). این پرسشنامه بارها در کشور مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن مشخص گردیده است. عباس‌زاده و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۹۳ درصد گزارش کرده‌اند (۷). سؤالات این پرسشنامه شامل وضعیت‌هایی است که شدت و تکرار تنیدگی اخلاقی را در مواجهه با این وضعیت‌ها می‌سنجد. دامنه نمرات در بعد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در بعد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (پنج) مرتب شده است.

پرسشنامه ارتباط بین پزشک و پرستار توسط Shortell در سال ۱۹۹۱ طراحی شده (۲۱) و در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۱۴-۱۵). این پرسشنامه از ۴ زیرمقیاس (ارتباطات باز، درک، تناسب و صحت) تشکیل شده است. گزینه‌های آن طبق مقیاس لیکرت ۵ امتیازی از یک (کاملاً مخالفم) تا پنج (کاملاً موافقم) مرتب شده‌اند. این پرسشنامه به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و هر دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه پس از ترجمه توسط محقق مورد روایی و پایایی قرار گرفته و روایی آن با استفاده از ۱۰ نفر از اساتید صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) آن ۰/۸۶ محاسبه شده است. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۳ محاسبه گردیده است. پرسشنامه‌ها پرسشنامه پس از کسب

Manojlovich و همکاران (۲۰۰۹ م.) نیز در مطالعه خود ارتباط مطلوب بین پزشک و پرستار را در پیشرفت روند اقدامات درمانی و در نتیجه دستیابی به اهداف درمانی مؤثر دانسته‌اند (۱۴).

Hamric و همکاران (۲۰۰۷ م.) در مطالعه خود، تأثیر دیدگاه مشترک بین پزشک و اعضای تیم درمانی در زمینه مراقبت از بیماران در حال مرگ، در بخش‌های مراقبت ویژه را در پیشگیری از افت کیفیت درمان و دستیابی به تصمیم‌گیری بهتر را بیان نموده‌اند (۱۷).

رستمی و همکاران (۲۰۱۰ م.) سطح ارتباط بین پزشک و پرستار را در حد متوسط دانسته و عدم نظرخواهی پزشکان از پرستاران را مهم‌ترین عامل اختلال ارتباط بین آن‌ها معرفی می‌کنند (۱۳). مسرور و همکاران (۲۰۱۲ م.) نیز ارتباط خوب بین پزشک و پرستار را با رخدادهای ایمنی در بیماران معنی‌دار گزارش کرده‌اند (۱۸).

به طور کلی، می‌توان گفت ارتباط سالم و مطلوب پزشک با پرستاران به عنوان فردی که بیشترین تماس را با بیمار دارد، خواهد توانست، نقش بسیار مؤثری در بهبود جو اخلاقی و پیشگیری از تنیدگی اخلاقی داشته باشد. از این رو با توجه به اهمیت موضوع تنیدگی اخلاقی و تأثیرات نامطلوب مستقیم و غیر مستقیم آن و همچنین با توجه به این‌که ارتباط بین تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار در کشور کمتر مورد توجه قرار گرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط تعیین ارتباط بین پدیده تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی است که نمونه‌های آن را ۲۱۵ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند تشکیل می‌دادند. واحدهای مورد پژوهش به صورت در دسترس و از بخش‌های مراقبت ویژه (بخش مراقبت ویژه نوزادان (NICU)، بخش مراقبت ویژه قلب (CCU)، بخش مراقبت ویژه (ICU) و

ارتباط بین پزشک و پرستار با تکرار تنیدگی اخلاقی رابطه معنی‌دار داشت ($r=0/34, P<0/05$)، اما بین میانگین نمره ارتباط بین پزشک و پرستار با شدت تنیدگی اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشده ($P>0/05$).

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمره ارتباط بین پزشک و پرستار بر اساس حیطة‌های مختلف

| میانگین \pm انحراف معیار | ابعاد |
|----------------------------|------------|
| 4/05 \pm 0/85 | ارتباط باز |
| 2/9 \pm 1/1 | درک |
| 2/8 \pm 0/91 | تناسب |
| 3/1 \pm 1/2 | صحت |
| 3/2 \pm 1/1 | کل |

بین نمره ارتباط بین پزشک و پرستار و متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت همبستگی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد، اما بین تنیدگی اخلاقی با متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت همبستگی معکوس مشاهده شد (جدول ۲). همچنین آزمون آنالیز واریانس رابطه معنی‌داری را بین تنیدگی اخلاقی و نوع بخش بستری نشان داد (جدول ۳).

جدول ۲: ارتباط بین میانگین تنیدگی اخلاقی و ارتباط پزشک و پرستار با سن و تعداد سال‌های خدمت

| متغیر | تنیدگی اخلاقی | ارتباط بین پزشک و پرستار |
|--------------------|----------------------|--------------------------|
| سن | $r=0/22$ $P=0/03$ | $r=0/17$ $P=0/03$ |
| تعداد سال‌های خدمت | $r=-0/3$ $P=0/03$ | $r=0/3$ $P=0/04$ |

مجوزهای قانونی جهت تکمیل در اختیار پرستاران مورد مطالعه قرار گرفت. یک هفته پس از توزیع با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. از کل ۲۴۰ پرسشنامه توزیع‌شده، ۲۱۵ پرسشنامه جمع‌آوری شد (میزان پاسخ‌دهی: ۸۹/۵۸ درصد).

طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها ۲۱ روز طول کشید. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس) استفاده شد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای تأییدیه از مرکز اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۹۴:۱۴۵ می‌باشد. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه هدف پژوهش و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه اطلاعات کامل داده شد. همچنین به آن‌ها خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و برای شرکت یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش کسب و درباره بی‌نامی پرسشنامه‌ها و محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها

واحدهای مورد مطالعه شامل ۲۱۵ پرستار بودند که در دامنه سنی ۲۲-۴۷ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۲۸ سال برآورد شد. از نظر جنسیت ۸۳٪ از شرکت‌کنندگان زن و ۱۷٪ از آنان مرد بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران ۱-۲۸ سال با میانگین ۱۰ سال گزارش شد. بیشترین فراوانی مربوط به پرستاران رسمی (۴۶٪) و کمترین آن مربوط به پرستاران طرحی (۱۶٪) بود. میانگین نمره شدت تنیدگی اخلاقی ۳ \pm ۰/۵۶ و تکرار تنیدگی اخلاقی ۳/۶۶ \pm ۰/۵ (۵-۰) بود. میانگین نمره ارتباط بین پزشک و پرستار ۳/۲ \pm ۱/۱ (۵-۱) برآورد شد. میانگین حیطة‌های این پرسشنامه به تفکیک در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین نمره

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار تنیدگی اخلاقی و ارتباط پزشک و پرستار بر حسب بخش محل خدمت و جنس

| ارتباط پزشک و پرستار (M±SD) | تنیدگی اخلاقی (M±SD) | درصد | تعداد | متغیر | |
|-----------------------------|----------------------|-------|-------|--------|-----------|
| ۳±۰/۶۸ | ۴/۱۱±۰/۶۸ | ۶۰/۹۳ | ۱۳۱ | ICU | بیمارستان |
| ۳/۱±۰/۱۶ | ۳/۲۱±۰/۵ | ۲۰/۹۳ | ۴۵ | CCU | |
| ۲/۸۹±۱/۲ | ۴±۰/۲۳ | ۶/۵۱ | ۱۴ | NICU | |
| ۲/۶۶±۰/۷۷ | ۲/۴±۰/۱۱ | ۱۱/۶۲ | ۲۵ | دیالیز | |
| P=۰/۱ | P=۰/۰۳ | ۱۰۰ | ۲۱۵ | کل | |
| ۳/۹±۱/۱ | ۳/۲۵±۰/۶۶ | ۸۳ | ۱۷۹ | زن | جنس |
| ۲/۶±۰/۵۸ | ۴±۰/۳ | ۱۷ | ۳۶ | مرد | |
| P=۰/۰۸ | P=۰/۰۷ | ۱۰۰ | ۲۱۵ | کل | |

برآیند مثبت درمانی در بیماران مربوط می‌داند (۱۴). Gutierrez (۲۰۰۵ م.) نیز در مطالعه‌اش ارتباط مؤثر بین پزشک و پرستار را منبع مهمی برای رفع تضادهای شغلی و در نتیجه کاهش شدت تنیدگی اخلاقی معرفی می‌کند (۲۲). این ارتباط خوب می‌تواند از بسیاری از تضادها به دنبال تصمیم‌گیری پزشکی و درمانی جلوگیری کرده و تکرار تنیدگی اخلاقی را در پرستاران کاهش دهد. بنابراین انتظار می‌رود با کاهش این تناقضات و بهبود روابط مطلوب بین افراد تیم درمانی و از جمله پزشک و پرستار زمینه بروز و تکرار تنیدگی اخلاقی در پرستاران کاهش یابد.

سطح شدت و تکرار تنیدگی اخلاقی در این مطالعه در حد متوسط بوده است. مطالعات متفاوت در این زمینه حاکی از آن است که این پدیده در بین پرستاران از شیوع بالایی برخوردار است. برهانی و همکاران (۲۰۱۴ م.) سطح این پدیده را در پرستاران متوسط به بالا ذکر نموده‌اند (۱).

apathanassoglou نیز سطح این پدیده را در پرستاران بالا دانسته و روند رو به رشد این پدیده در محیط‌های درمانی را نگران‌کننده دانسته است (۱۵). Hamric (۲۰۰۷ م.) نیز شدت و تکرار تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را بالا دانسته و علت اصلی این پدیده، را عدم تصمیم‌گیری مناسب در روند درمان بیماران انتهای حیات می‌داند (۱۷). Joolae (۲۰۱۲ م.) نیز ضمن بررسی ارتباط بین تنیدگی اخلاقی و رضایت شغلی، سطح تنیدگی اخلاقی در پرستاران را در حد متوسط به بالا گزارش کرده است (۸). بررسی این مطالعات به طور کل نشان‌دهنده سطح متوسط به بالای این پدیده در پرستاران بوده است.

سطح ارتباط پزشک و پرستار در این مطالعه در حد متوسط بود. Papathanassoglou ارتباط و مشارکت بین پزشک و پرستار را در بخش‌های مراقبت ویژه پایین گزارش کرده است (۱۵). Hamric نیز ارتباط بین اعضای تیم درمانی از جمله پزشک و پرستار را غیر مؤثر و پایین دانسته و بیان می‌کند که وجود ارتباط بین پرستار و پزشک بدون دربرداشتن کیفیت مؤثر، نمی‌تواند نقش مؤثری در بهبود برآیند درمان داشته باشد (۱۷). Manojlovich ارتباط بین پزشک و

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که بین تکرار تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار ارتباط منفی معنی‌داری وجود دارد. این به معنای آن است که ارتباط خوب بین پزشک و پرستار باعث کاهش تکرار تنیدگی اخلاقی در پرستاران می‌شود، اما بین شدت تنیدگی اخلاقی با ارتباط بین پزشک و پرستار ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. Lazzarin (۲۰۱۲ م.) ارتباط خوب بین اعضای تیم درمانی را در کاهش بروز حوادث تنش‌زا مؤثر دانسته و نقش آن را به عنوان یک عامل پیشگیری‌کننده غیر قابل انکار می‌داند (۳).

Papathanassoglou (۲۰۱۲ م.) نیز ارتباط بین تکرار تنیدگی اخلاقی و ارتباط بین پزشک و پرستار را معنی‌دار دانسته و بیان می‌کند که ارتباط خوب بین اعضای تیم درمانی و از جمله پزشک و پرستار اعتماد به نفس پرستاران را افزایش داده و در نتیجه وقوع شرایط زمینه‌ساز تنیدگی اخلاقی را در محیط‌های درمانی کاهش می‌دهد (۱۵). Manojlovich (۲۰۰۹ م.) ارتباط خوب بین پزشک و پرستار را در کاهش استرس‌های شغلی و اخلاقی موجود در حرفه و همچنین نارضایتی پرستاران مؤثر دانسته و نتیجه مطلوب آن را به

می‌توان بسیاری از چالش‌های پیش روی تیم درمانی را برطرف سازد (۱۷).

Manojlovich بیان می‌کند که افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران به طور غیر مستقیم باعث افزایش اعتماد به نفس آن‌ها شده و در نتیجه تأثیر مثبتی بر رابطه بین آن‌ها و پزشکان خواهد داشت (۱۴).

Papathanassoglou نیز بیان می‌کند که افزایش تجربه کاری پرستاران می‌تواند باعث شود که آن‌ها در ارتباط با سایر افراد تیم درمانی از نوعی احترام برخوردار بوده و در نتیجه از بسیاری از چالش‌های اخلاقی در رابطه‌شان جلوگیری می‌شود (۱۵).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که داشتن مهارت‌های ارتباطی خوب بین پزشک و پرستار به عنوان اعضای تیم مراقبتی می‌تواند از بروز پدیده تنیدگی اخلاقی و تکرار آن جلوگیری کند. در نتیجه ارتباط سازنده و مؤثر خواهد توانست به طور غیر مستقیم از نارضایتی کاری و همچنین افت کیفیت مراقبت پیشگیری نماید. همچنین حضور پرستاران با تجربه در محیط‌های کاری در کنار سایر پرستاران جهت حمایت و مدیریت بهتر شرایط تنش‌زا توصیه می‌گردد. از طرف دیگر، پرستاران با تجربه با برقراری رابطه بهتر با پزشکان و سایر اعضای تیم درمانی خواهند توانست از بسیاری از چالش‌های ناشی از روابط نامناسب پیشگیری نمایند. بنابراین شناخت عوامل مؤثر بر این ارتباط و همچنین ارائه راهکارهایی برای ارتقای جو ارتباطی مطلوب در جهت کاهش این پدیده و نیز انجام مطالعات وسیع‌تر در این زمینه در سایر نقاط کشور توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه و افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد. تعارض منافع وجود ندارد.

پرستار را مطلوب گزارش کرده و بیان می‌کند که این ارتباط خوب، رابطه معنی‌داری با برآیند درمانی بیماران نداشته است (۱۴). رستمی و همکاران نیز گزارش نموده‌اند که اکثر پرستاران ارتباط متوسطی با پزشکان داشته‌اند. همچنین آنان داشتن مهارت‌های ارتباطی خوب توسط پرستاران را لازمه این ارتباط مناسب دانسته‌اند (۱۳).

ارتباط بین تنیدگی اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران معکوس و معنی‌دار بود. عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱ ش.) و همچنین برهانی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) نیز نتایج مشابهی را گزارش نموده‌اند. این بدان معنی است که وقتی سن و تعداد سال‌های خدمت و تجربه پرستاران در محیط‌های بالینی افزایش می‌یابد، شدت و تکرار تنیدگی اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یابد. می‌توان گفت اولاً تجربه افراد از بروز بسیاری عوامل ایجادکننده تنیدگی جلوگیری کرده، ثانیاً افراد از روش‌های مختلفی برای سازگاری و رفع شدت شرایط چالش‌های اخلاقی استفاده می‌کنند. McClendon (۲۰۰۷ م.) نیز بیان می‌کند که افرادی که از سن پایین‌تر و تجربه کاری کمتری در برابر حوادث مراقبتی برخوردارند، در مواجهه با شرایط حاد مراقبتی دچار تنیدگی اخلاقی شده و به دلیل اینکه پیش‌زمینه قوی برای مقابله با آن ندارند، بیشتر تحت تأثیر این شرایط قرار می‌گیرند (۲۳). Epstein (۲۰۱۰ م.) نیز نتیجه گرفته است که افراد با تجربه بالای کاری ممکن است به دلایلی همانند مواجهه با شرایط مشابه و همچنین کسب دانش و آگاهی در مقابله با شرایط تنش‌زا، در مواجهه با عوامل ایجادکننده تنیدگی اخلاقی کمتر دچار تنیدگی شده و شدت آن را با میزان کمتری درک می‌کنند (۲).

ارتباط بین پزشک و پرستار با سن و تعداد سال‌های خدمت در این مطالعه معنی‌دار و مثبت بوده است. این بدان معنی است که هر چه سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران مورد مطالعه بالاتر باشد، ارتباط آن‌ها با پزشکان بهتر شده است. Hamric در مطالعه‌اش بیان می‌کند که ارتباط خوب بین پزشک و پرستار بیش از آنکه تحت تأثیر سن و تعداد سال‌های خدمت باشد به مهارت‌های ارتباطی آن‌ها وابسته است. وی همچنین بیان می‌کند که داشتن مهارت‌های ارتباطی خوب

References

1. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7(4): 1-8.
2. Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3): 10-23.
3. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-195.
4. Russell AC. Moral Distress in Neuroscience Nursing: An evolutionary Concept Analysis. *J Neurosci Nurs* 2012; 44(1): 15.
5. Beikmoradi A, Rabiee C, Khatiban M, Cheraghi M. Moral distress in the intensive care unit nurses: A survey in teaching hospitals. *J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 53-63. [Persian]
6. Shakernea A. The relationship between moral distress, psychological hardiness and burnout in Rasht nurses. *J Med Ethics Hist Med* 2010; 4: 56-69. [Persian]
7. Abasszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress in nurse's clinical practical: A cross sectional study. *Med Ethics J* 2012; 6(21): 113-130. [Persian]
8. Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. Relationship between Moral Distress and Job Satisfaction among Nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 18(1): 42-51. [Persian]
9. Gallagher A. Moral Distress and Moral Courage in Everyday Nursing Practice. *OJIN: Online J Issues Nurs* 2010; 16(2): 1-8.
10. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-321.
11. Harrowing JN, Mill J. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: A critical ethnography. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 723-773.
12. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: A content analysis. *Nurs Ethics* 2012; 19(4): 464-478.
13. Rostami H, Rahmani A, Ghahramanian A. The Viewpoint of Nurses about Professional Relationship between Nurses and Physicians. *J Res Dev Nurs Midwifery* 2010; 1(7): 63-72. [Persian]
14. Manojlovich M, Antonakos CL, Ronis DI. Intensive Care Units, Communication between nurses, Physicians and Patients' Outcomes. *Am J Crit Care* 2009; 18: 21-30.
15. Papathanassoglou DE, Karanikola NK, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional Autonomy, Collaboration with Physicians, and Moral Distress among European Intensive Care Nurses. *Am J Crit Care* 2012; 21(2): 41-52.
16. Bucknall TK. Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *J Clin Nurs* 2000; 9(1): 25-35.
17. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35(2): 422-429.
18. Masror D, Heydarikhayat N, Joolae S. Assessing patient safety events and it's correlation with nurse-physician interaction from nurses' view. *Quarter J Nurs Manage* 2012; 1(2): 12-21. [Persian]
19. Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4(4): 280-285.
20. Corley MC, Hamric AB. *Information on shortened form of Corley's moral distress scale*. Unpublished manuscript, University of Virginia; 2007. Available at: <http://docs.askives.com/what-is-units-of-distress-scale.html>. Accessed in 2014.
21. Shortell SM, Rousseau DM, Gillies RR, Devers KJ, Simons TL. Organizational assessment in intensive care units (ICUs): construct development, reliability and validity of the ICU Nurse-Physician Questionnaire. *Med Care* 1991; 29(8): 709-726.
22. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs* 2005; 24(5): 229-241.
23. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26(5): 199-206.