



کلیدواژه‌های مهم در اخلاق پرستاری

اعضای گروه:

نازنین زهرا نبی - پونه جلوخانی - مبینا احمدی - فاطمه قلی‌پور - نسرین مجلسی - زهرا یوسفی

فهرست مطالب:

۵	مقدمه
۶	۱- تصمیم‌گیری اخلاقی
۶	تعریف تصمیم‌گیری اخلاقی
۶	اهمیت دانش اخلاقی
۶	مفهوم آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار
۸	درک پرسنل و واکنش آنها به موضوعات اخلاقی
۸	عوامل موثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرسنل
۸	رویکردهای تصمیم‌گیری اخلاقی
۱۱	ارتباط اخلاق و مسئولیت‌پذیری اجتماعی با موفقیت سازمان
۱۱	تاثیر همزمان ارزش‌های فردی اخلاقی و غیر اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی
۱۱	بررسی واکنش پرستاران ایرانی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی
۱۱	اهمیت دیسترس اخلاقی پرستاران در بخش‌های ویژه
۱۲	۲- تنگناهای اخلاقی یا معضلات اخلاقی
۱۲	اخلاق چیست
۱۲	اخلاق پرستاری
۱۲	تصمیم‌گیری اخلاقی
۱۳	مشکلات یا چالش‌های اخلاقی
۱۴	تعریف تنگنای اخلاقی
۱۵	پنج دلیل اصلی که چرا پرستاران با تنگناهای اخلاقی در پرستاری مواجه می‌شوند
۱۵	چگونه تنگناهای اخلاقی در پرستاری را شناسایی کنیم؟
۱۵	پیامدهای اجتناب از دوراهی‌های اخلاقی در پرستاری
۱۶	تاثیرکار اضافه به عنوان یک معضل بر کیفیت مراقبت
۱۶	تاثیر تنگناهای اخلاقی بر رضایت شغلی
۱۷	اختلاف نظر تیم درمانی و ایجاد تنگنای اخلاقی
۱۷	مراقبت از دست‌رفته‌ی پرستاری به عنوان معضل
۱۸	آسیب بیمار به عنوان بار اخلاقی
۱۸	معضل اخلاقی در پرستاران از راه دور
۱۹	تنگناهای اخلاقی و بیمار سکنه مغزی
۲۰	بیماران دیالیزی و تنگناهای اخلاقی مربوط به آنها
۲۰	مشارکت بیمار به عنوان تنگنا در بخش‌های روانپزشکی
۲۱	تنگنای اخلاقی در ارتباط با درمان‌های تهاجمی در نوزادان نارس
۲۲	چالش‌های اخلاقی و مراقبت از سالمندان
۲۴	تنگنا در بخش انکولوژی
۲۴	تنگنای اخلاقی در اتاق زایمان
۲۵	مسئله‌ی سقط جنین
۲۶	بیماران ایدزی
۲۷	نمونه‌هایی دیگر از معضلات اخلاقی در پرستاری
۳۰	۳- دیسترس یا آشفتگی اخلاقی
۳۰	تعاریف
۳۱	رویکرد افراد در مواجهه با آشفتگی اخلاقی

۳۱	.....تبعات آشفته‌گی اخلاقی.
۳۱	.....دلایل دیسترس اخلاقی
۳۲	.....دیسترس اخلاقی در اورژانس
۳۲	.....دیسترس اخلاقی در بخش‌های ویژه
۳۳	.....تاثیر آموزش اخلاقی بر آشفته‌گی اخلاقی
۳۳	.....فرسودگی شغلی و دیسترس اخلاقی
۳۵	.....خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار و دیسترس اخلاقی
۳۷	.....ارتباط بین رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و ترک خدمت پرستاران
۳۹	.....دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری
۳۹	.....توانمندی و دیسترس اخلاقی
۴۱	.....عملکرد شغلی در دیسترس اخلاقی
۴۲	.....دیسترس اخلاقی و تعلق کاری
۴۴	.....سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی
۴۵	.....دیسترس اخلاقی و آتانازی
۴۷	.....۴- شجاعت اخلاقی
۴۷	.....تعریف حرفه پرستاری
۴۷	.....تعریف شجاعت اخلاقی
۴۸	.....تصمیم‌گیری بالینی و تاثیر آن بر ناتوانی و مرگ
۴۸	.....ارتباط بین شجاعت اخلاقی پرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بالینی
۵۰	.....ارتباط بین شجاعت اخلاقی و متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی پرستاران
۵۰	.....شایستگی کاری و وضعیت استخدامی
۵۱	.....رابطه بین مولفه‌های سبک‌های رهبری و شجاعت اخلاقی
۵۳	.....۵- صلاحیت اخلاقی
۵۴	.....تعریف صلاحیت اخلاقی
۵۵	.....چهار حیطه‌ی اصلی کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای در دانشجویان
۵۶	.....سه بعد اصلی صلاحیت‌های مورد نیاز یک پرستار
۶۰	.....میزان صلاحیت اخلاقی در پرستاران
۶۵	.....۶- تعهد اخلاقی
۶۵	.....ارتباط تعهد حرفه‌ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار
۶۸	.....ارتباط تعهد اخلاقی با خطاهای دارویی گزارش شده پرستاران
۷۲	.....ارتباط تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت‌گیری اجتماعی با رفتار اخلاقی پرستاران
۷۲	.....تجارب پرستاران در مورد موانع و تسهیل‌کننده‌های تعهد به حرفه پرستاری
۷۶	.....۷- جو اخلاقی
۷۶	.....تعریف :
۷۷	.....ابعاد جو اخلاقی
۷۹	.....پیامدهای جو اخلاقی
۷۹	.....بررسی جو اخلاقی و رفتارهای انحرافی و مدنی سازمانی
۷۹	.....بررسی تاثیر جو اخلاقی سازمانی بر مشارکت کارکنان در فرآیندهای مدیریت دانش
۸۰	.....۸- حساسیت اخلاقی
۸۲	.....فهرست منابع

اخلاق بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان‌ها و شاخه‌ای از فلسفه عملی است که به مطالعه رفتارها و روش‌های ایده‌آل زندگی پرداخته و در جستجوی درستی و نادرستی و یا تبیین خوب و بد مجموعه‌ای از رفتارها در شرایطی معین است. قلمرو خاص اخلاق با تأکید روی مشکلات اخلاقی مراقبت سلامتی، اخلاق زیستی نامیده می‌شود. اخلاق پرستاری شاخه‌ای از اخلاق زیستی به شمار می‌آید که درباره مسائلی که پرستاران در عمل با آن مواجه می‌شوند، بحث می‌کند. هرچند اخلاق در همه مشاغل ضروری است اما در حرفه پرستاری این عامل ضرورت بیشتری دارد چراکه رفتار معنوی و توأم با مسئولیت پرستاران با بیماران، نقش موثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد لذا حرفه پرستاری بر پایه اخلاق استوار است، بنابراین رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکردهای پرستاری از سایر موارد مراقبت حساس‌تر و مهم‌تر می‌باشد.

ما در این پژوهش به مطالعه کلیدواژه‌های مهم در اخلاق پرستاری پرداخته‌ایم که شامل تصمیم‌گیری اخلاقی، تنگناهای اخلاقی، دیسترس اخلاقی، شجاعت اخلاقی، صلاحیت اخلاقی، تعهد اخلاقی، جو اخلاقی و حساسیت اخلاقی می‌باشد. در ابتدا به تعریف این کلیدواژه‌ها پرداخته و نکات کلیدی و عوامل موثر بر آنها را مطرح نموده و در ادامه با بررسی منابع مختلف اعم از کتب، مقالات فارسی و غیرفارسی و سایت‌ها و نشریات الکترونیک معتبر به بررسی رابطه آنها با سایر متغیرها پرداخته‌ایم.

تصمیم‌گیری اخلاقی به فرایند کلی تصمیم‌گیری که از تشخیص یک مشکل اخلاقی شروع و از طریق منطق اخلاقی به تصمیم واقعی ختم می‌شود، گفته می‌شود. در حرفه‌ی پرستاری همچون سایر رشته‌ها مشکلات اخلاقی زیادی یافت می‌شوند. این مشکلات پیچیده، پویا، نامطمئن و همراه با تعارضات اند و بسیاری از مواقع آنقدر شایع‌اند که حتی توسط پرستاران درک نشده اما تصمیمات آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهند که در این مورد دیسترس اخلاقی و تنگناهای اخلاقی از مهم‌ترین آنها می‌باشند. یک تنگنای اخلاقی موقعیتی است که پرستار مجبور به انتخاب بین دو گزینه‌ای می‌شود که در مورد درستی و نادرستی آنها مطمئن نیست و قطعیتی وجود ندارد و مجبور به انتخاب بین دو گزینه نامطلوب یکسان است. دیسترس اخلاقی نیز یک احساس منفی و عدم تعادل روانی است که در افراد علی‌رغم داشتن آگاهی و توانایی برای عملکرد اخلاقی به واسطه ناتوان بودن در به‌اجرا درآوردن تصمیم‌گیری اخلاقیشان به وجود می‌آید. شجاعت اخلاقی به صورت ایستادگی در برابر آنچه درست است، تعریف شده و مستلزم یک تعهد ثابت در زمینه اصول اخلاقی علی‌رغم وجود خطرات بالقوه است. صلاحیت اخلاقی یک پتانسیل فردی و ترکیبی از شخصیت اخلاقی، قضاوت اخلاقی، آگاهی اخلاقی، انگیزه اخلاقی، حساسیت اخلاقی، شجاعت اخلاقی، مراقبت اخلاقی می‌باشد و دانشی است که پرستار از طریق تجربه و یادگیری و از طریق تعامل با دیگران آن را کسب می‌کند. تعهد حرفه‌ای عبارت است از رضایت قلبی و التزام عملی نسبت به وظایف تعیین شده برای انسان با این شرط که فرد وظایف خود را بدون هر گونه سیستم نظارتی به نحو احسن انجام دهد. جو اخلاقی دربرگیرنده ادراک از درست و اشتباه در محیط کاری سازمان بوده و هنجارهایی را برای پذیرش و عدم پذیرش رفتارهای سازمانی ارائه می‌کند. جو اخلاقی چارچوب رایجی برای ارزیابی ویژگی‌های اخلاقی سازمان‌های بشری است که از مفهوم عمومی‌تر جو سازمانی پدیدار گشته است. توانایی پرستاران در تشخیص و شناسایی مسائل اخلاقی در مراقبت‌های پرستاری نیز به عنوان حساسیت اخلاق حرفه‌ای تعریف می‌شود.

۱- تصمیم‌گیری اخلاقی

تعریف تصمیم‌گیری اخلاقی:

تصمیم‌گیری اخلاقی به فرایند تصمیم‌گیری به منظور تشخیص موضوعات از طریق تجزیه و تحلیل آنها بر طبق معیار اخلاقی و تصمیم به انجام آنها بر اساس موازین اخلاقی اطلاق می‌شود. پرستاران بزرگترین گروه ارائه‌کننده خدمات در سیستم درمانی بوده و تاثیر به‌سزایی بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی_ درمانی داشته و رعایت موازین اخلاقی عامل موثر برای بهتر شدن عملکرد پرستار در ارائه مراقبت با کیفیت خواهد بود. بسیاری از پرستاران موضوعات اخلاقی را که در طی کار خود با آن مواجه می‌شوند مد نظر دارند اما برای پیدا کردن راه حل آن کاری انجام نمی‌دهند. ترویج اصول عملکرد حرفه‌ای از طریق تاکید بر آموزش مبانی اخلاقی تنها راه تقویت اعتماد مردم به پرستاران است. با وجود تاکید فراوان بر لزوم توجه به اخلاق در تمامی پدیده‌ها آنچه دیده می‌شود تردید در مورد صلاحیت حرفه‌ای پرستاران برای اخذ تصمیم است که بارها از طریق سیستم سلامت و خارج از آن مورد انتقاد بوده است.

اهمیت دانش اخلاقی:

پرستاری حرفه‌ای است که نیازمند دانش اخلاقی برای هدایت عمل است. عمل اخلاقی جنبه حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی برای حال و آینده عمل پرستار ضروری است. پرستاران نمی‌توانند مسئولیت جوابگوی بیماران را انکار کنند، از این رو باید قادر باشند مراقبت سالم شایسته قوی و اخلاقی از تمام بیماران در تمام محیط‌های مراقبتی به عمل آورند.

مفهوم آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار:

برای پرستاران آسیب به معنی هر روز ضرر و زیان رسیدن به دیگران می‌باشد به نظر آنان آسیب می‌تواند دو جنبه جسمی و روانی داشته باشد همچنین می‌تواند متوجه بیمار یا پرستار باشد برای آنان پدیده آسیب دارای فرآیند پیش‌بینی پیشگیری و نتیجه می‌باشد پیشگیری از آسیب به بیمار یا پرستار عمده‌ترین تعارض اخلاقی پرستاران می‌باشد این موضوع را در دو مبحث عمده بیان می‌شود: جلوگیری از آسیب به بیمار یا جلوگیری از آسیب به پرستار، دوم از دست رفتن بیمار و آسیب به پرستار

آسیب به بیمار یا از دست رفتن او و آسیب به پرستار:

به نظر برخی پرستاران عوامل مربوط به پزشک می تواند با آسیب رابطه داشته باشد. عواملی مثل در دسترس نبودن پزشک، عدم حضور به موقع و بر بالین بیمار و ناموفق بودن مداخله ممکن است موجب آسیب جسمی به بیمار شود. مقابل در دسترس بودن پزشک حضور مکرر و به موقع بر بالین بیمار می تواند موجب عدم آسیب بیمار شود همچنین در شرایطی مثل حس و پیش‌بینی آسیب به بیمار یادآوری آن به پزشک ممکن است همراه با پذیرش و حتی نظرخواهی از پرستار و در نتیجه عدم آسیب به بیمار باشد.

ارتباط از دست رفتن بیمار، تجربه شغلی و دانش علمی با شدت آسیب روانی:

به نظر پرستاران در شرایط از دست رفتن بیمار تجربه شغلی و دانش علمی آنان با چگونگی و شدت آسیب روانی با آن ارتباط دارد. در شرایطی مثل تجربه شغلی و دانش علمی کم پرستار از دست رفتن بیمار می تواند موجب ناراحتی شدید و طولانی شود. در این گروه از پرستاران علیرغم اینکه از دست رفتن بیمار ممکن است مربوط به قصور و سهل انگاری آن نباشد اما می تواند موجب احساس ناراحتی، تقصیر، پشیمانی، اشتغال ذهنی و افسردگی دوره ای شود. در مقابل در شرایطی مثل داشتن تجربه شغلی کافی و داشتن دانش علمی بالا از دست رفتن بیمار تنها می تواند موجب ناراحتی کوتاه مدت و عادی شدن آن برای پرستار گردد. به نظر این گروه از پرستاران واکنش عاطفی به از دست رفتن بیمار فرایند گذرا و سازگاری تدریجی است و با افزایش تجربه و دانش برای آن ها عادی می شود. با این حال به نظر می رسد که عدم اشتغال ذهنی و احساس پشیمانی طولانی ایشان با عدم غفلت و قصور آنان نیز رابطه دارد.

عوامل موثر بر آسیب به بیمار و جلوگیری از آسیب به بیمار:

از یافته‌ها این طور استنباط می شود که عوامل متعددی در آسیب به بیمار و جلوگیری از آسیب به بیمار نقش دارد که از آنها می توان به ویژگی‌های فردی بیمار و خانواده وی مثل وضعیت بیمار (نیازها و خواسته‌های بیمار و خانواده‌اش) ویژگی های پزشک، عدم حضور به موقع پزشک بر بالین بیمار، در دسترس نبودن او و مداخله نامناسب و تاخیری و ساختار و سیستم مدیریت، کمبود امکانات و وسایل کمبود دارو عدم کارکرد صحیح وسایل تشخیصی و مراقبتی و کمبود پرسنل اشاره کرد

درک پرسنل و واکنش آنها به موضوعات اخلاقی:

درک پرسنل و واکنش آنها به موضوعات اخلاقی از طریق دیدگاه آنها نسبت به تصمیم گیری اخلاقی ایده ی آنها، نقش پرستار در تصمیم گیری عوامل سازمانی و مدیریتی و نگرش آنها در خصوص موضوعاتی که آنها به عنوان موضوعات با اهمیت اخلاقی در نظر می گیرند تحت تاثیر قرار می گیرد. تضاد بین وظیفه شناسی و مسئولیت های پرستار مشکلاتی را در فرایند تصمیم گیری اخلاقی ایجاد می کند. پاره‌ای از این مشکلات عبارتند از تاثیر سازمان اجتماعی رعایت تشریفات اداری به حد افراطی مربوط به وظایف پرستاران متغیر هایی از قبیل آموزش، تجربه بالینی و شرایط فرد از قبیل گذراندن دوره‌های خاص اخلاقی که این مشکلات در نحوه پاسخ دهی آنها تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرد.

عوامل موثر بر تصمیم گیری اخلاقی پرسنل:

تفاوت های جوامع مختلف از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، مذهبی، اعتقادی و ارزش ها و عرف های حاکم بر جامعه تجربیات بالینی پرسنل پرستاری، درک پرستاران از نقش خود و آموزش اخیر پرسنل تاثیر مستقیم و غیرمستقیمی ای در گسترش و تصمیم گیری اخلاقی پرسنل دارند. مطالعات دلالت می کنند که عوامل با اهمیت که ارتقاء، آگاهی اخلاقی پرسنل را متاثر می کند که عبارتند از والدین، معلمان، دوستان و رسانه ها و تجربیات بالینی آن ها در موقعیت ها و شرایط متفاوت سایر مطالعات چالش آور ترین موضوعات اخلاقی را مربوط به طولانی بودن اقدامات و پروسیجرهای مربوط به لحظات پایانی عمر مددجو مرگ و سقط می دانند.

رویکردهای تصمیم گیری اخلاقی :

به نظر کلارک و فلانگن در (۲۰۰۷) شیوه. های تصمیم گیری، فراتر از استانداردها و حرفه ای حسابداری است. در واقع، این فرایندهای تصمیم گیری درونی (که همیشه خارج از کنترل قواعد برون سازمانی تجویزی قرار دارد) است که در نهایت جایگاه حرف های حسابداران را مشخص می کند. نهادهای حسابداری هرگز قادر به تدوین قواعدی نخواهند بود که به تصمیم های خوب منجر شود (فلانگن و کلارک، ۲۰۰۷). در ادامه به تشریح برخی از رویکردهای تصمیم گیری اخلاقی پرداخته می شود که معمولاً مبانی استنباط اخلاقی افراد بر آنها استوار است.

رویکرد منفعت گرایی (اصالت فایده) :

بر اساس رویکرد منفعت گرایی، منافع عمومی در سطحی فراتر از منافع شخصی جای میگیرد (دلپرتس و داوینپرت در سال ۲۰۰۸). رویکرد منفعت گرایی بر پیامدهای اقدام یا ۱۸ شیوه عمل تمرکز میکند و معیار اخلاقی بودن هر اقدام یا هر شیوه رفتار نیز میزان ووالنتاین ۱۹ خیر جمعی است که آن عمل به همراه داشته است (بارنت ، ۲۰۰۴)؛ به بیان روشن تر، منفعت گراها هدفی را دنبال می کنند که به بیشترین لذت یا فایده و کمترین درد یا زیان منتهی شود (آگاروال ، ۲۰۰۰). بر این ۲۲ رویکرد انتقادهای مختلفی هم چون توجیه ناعدالتی ها (کلر و همکاران، ۲۰۰۷)، مشکل تعریف و ارزیابی بیشترین فایده و نبود اجماع در این مورد (مجتبوی، ۱۳۸۵ و منصور، ۱۳۸۳)، مشکل شناسایی تمامی پیامدهای رفتار (مجتبوی، ۱۳۸۵)، تأثیر تصمیم های منفعت گرایی بر فرد یا اقلیت (آگاروال و ملوی، ۲۰۰۰) و تکیه این رویکرد بر منافع دنیوی و صرف نظراز منافع اخروی (مصباح یزدی، ۱۳۸۱) وارد است.

رویکرد عملگرایی:

عملگرایی هیچ اصل اخلاقی مطلقى ارائه نمی کند؛ بلکه در هر مورد چگونگی رفتاری را خوب می شمارد که موجب موفقیت باشد (مجتبوی، ۱۳۸۵). بنابراین از دیدگاه عملگرایی، تنها سود یا فایده تصمیم گیرنده مستلزم شناخت است. خودخواهی به هیچ وجه مبنای قابل استفاده و کارکردی برای طرح و تدوین استاندارد اخلاقی نیست . با این حال، می توان این رویکرد را استاندارد برای تصمیم گیری باز شناخت که دارای مفاهیم اخلاقی عمیقی است. اگرچه، نمیتوان این رویکرد را مبنایی قلمداد کرد که افراد بر آن اساس، همیشه تصمیم های غیر اخلاقی می گیرند، باید اذعان کرد که هنگام رویارویی با انتخاب بین اخلاقیات و منافع شخصی، نظریه اقتصادی اقتضا می کند که منافع شخصی در اولویت باشد (کلر و همکاران، ۲۰۰۷). رویکرد عملگرایی نیز همچون رویکرد منفعت گرایی بدون عیب و نقص نیست . این رویکرد ممکن است قاعدهای اخلاقی نباشد؛ زیرا به عقیده بسیاری از صاحب نظران (ناول - ۱۹۶۳)، عملی که بر اساس «خود دوستی» باشد، اسمیت «غیر اخلاقی» است (نقل از لاریجانی، ۱۳۶۲). افزون بر این، عدم امکان ارزشیابی تمامی نتایج و پیامدهای هر اقدام (مجتبوی، ۱۳۸۵)، پیدایش همه گونه حالات و طرز تفکرهای ویژه و برتری های شخصی به عنوان موازینی برای داوری درست و نادرست (مجتبوی، ۱۳۸۵) از دیگر معایب این رویکرد است.

رویکرد مذهبی:

بر اساس این رویکرد، مقام الهی از مجرای متون دینی و مذهبی و آموزه های آن، قواعد، فرمان ها یا اصولی را ارائه می کند تا نوع بشر یا پیروی از دستوره های الهی، چیزی را بشناسد که اخلاقی است. بنابراین، منشأ اصول اخلاقی از وجود خدا هویت مییابد (آگاروال و ملوی، ۲۰۰۰). دین و مذهب افزون بر تأثیر فردی، می تواند در حوزه اجتماع و در سایر موقعیت ها نیز نقش مؤثری داشته باشد (صیادیتورانلو و همکاران، ۱۳۸۶)؛ به عبارت دیگر، دین غیر از پاسخگویی به نیازهای روانی انسان، کارکردی اجتماعی دارد؛ هر چند نیاز اجتماعی سبب پیدایش دین نیست. دین در ابعاد گوناگونی همچون پیریزی نظام ارزشی، فراهم آوردن ضمانت اجرایی و تقویت انگیزه درونی به یاری اخلاق می شتابد و جوامع انسانی را به تهذیب و تزکیه روحی فرا میخواند (یوسفیان، ۱۳۸۵). پشتیبانی دین از اخلاق چنان است که برخی معتقدند «اگر خدا نباشد، هر کاری مجاز است» (نصری، ۲۹۸: ۱۳۷۳). بر اساس نظریه اخلاقی اسلام، «ارزش اخلاقی فعل اختیاری انسان، تابع تأثیری است که این فعل در رسیدن انسان به کمال حقیقی انسانی دارد و لازمه پی بردن به رابطه بین افعال انسان و کمال نهایی، وحی و دین است» (مصباح یزدی، ۱۶۹: ۱۳۸۱). از نظر اسلام، منشأ اخلاق، وحی و عقل و وجدان است که البته اینها در تقابل با یکدیگر نیستند بلکه از نظر مبدأ و منشأ یکی هستند (مغنیه، ۱۳۶۱).

رویکرد وظیفه شناسی:

پایه و اساس رویکرد وظیفه شناسی، وظیفه پایبندی به اصول است. اگر فردی خارج از استاندارد اجتماعی پذیرفته شده گام بردارد، وی بر طبق توافق قبلی غیراخلاقی عمل می کند. آیین رفتار حرف های حسابداری مثالی از قرارداد اجتماعی است و در حوزه رویکرد وظیفه شناسی قرار میگیرد (آگاروال و ملوی، ۲۰۰۰). رویکرد وظیفه شناسی در حوزه اخلاقیات برخلاف استانداردهای یاد شده (منفعت - گرایی و عملگرایی) بر نتیجه رفتار تمرکز نمی کند بلکه بر خود عمل متمرکز میشود. این رویکرد، پیامدهای هر اقدام را نادیده می گیرد. بر اساس این رویکرد، حسابدار، وظیفه های اخلاقی دارد تا نمایش منصفانه و صادقانه های از عملکرد مالی شرکت ارائه کند. در رویکرد وظیفه شناسی، اصول اخلاقی حسابدار بر پایه وظیفه وی به منظور پایبندی به آیین رفتار حرف هایی قرار دارد و شخصی که حسابدار را استخدام میکند این را به عنوان اصل اخلاقی مدنظر قرار میدهد (کلرو همکاران، ۲۰۰۷). بر رویکرد وظیفه شناسی نیز به عنوان رویکردی اخلاقی، انتقادهایی وارد است که به طور خلاصه میتوان به مواردی همچون احتمال تمرکز مطلق حرفه‌هایی بر رعایت قواعد و قوانین (حرفه‌ای و اخلاقی) به عنوان معیار درستی رفتار (رجبی، ۱۳۸۳) و تغییر پیوسته قوانین و استانداردها و حجم زیاد آنها به دلیل فقدان مبنایی برای ارزیابی مستمر از چیزی که بهترین است (کلرو همکاران، ۲۰۰۷) اشاره کرد.

ارتباط اخلاق و مسئولیت پذیری اجتماعی با موفقیت سازمان:

نتایج پژوهش سینگا پاکدی (۱۹۹۹) نشان داد که در درازمدت اخلاق و مسئولیت پذیری اجتماعی تاثیرات مثبت برای موفقیت سازمان دارد. زیرا سبب پذیرش و اعتماد مشتریان به محصول یا خدمات ارائه شده توسط آن سازمان می شود تصمیم هایی می گیرند که اخلاقی تر است به نظر می رسد کارمندان مبتدی نسبت به مدیران تصمیم های اخلاقی تری اتخاذ کنند. دیگر اگر چه از نظر آماری معنادار نبود نشان می دهد که تفاوت های تصمیم های اخلاقی زنان و مردان با افزایش تجربه، کاهش می یابد. سرانجام اینکه تصمیم های گرفته شده به وسیله زنان با عوامل گوناگون شخصی و جمعیتی شناسی آن ها ارتباط دارد.

تاثیر همزمان ارزش های فردی اخلاقی و غیر اخلاقی بر تصمیم گیری اخلاقی:

واتسون و همکاران در پژوهشی تاثیر همزمان ارزش های فردی اخلاقی و غیر اخلاقی بر تصمیم گیری اخلاقی و چگونگی تعامل این ارزش ها با عوامل موقعیتی پاداش و تنبیه را در مورد ۱۷۷ نفر از دانشجویان بررسی کردند. نتایج پژوهش آنها نشان داد که هم متغیر های اخلاقی و هم متغیر غیر اخلاقی بر تصمیم گیری اخلاقی دانشجویان تاثیر مستقیمی دارد و ارزش های اخلاقی و غیر اخلاقی با عوامل موقعیتی تعامل دارند و تصمیم گیری اخلاقی آنها را به گونه معناداری تحت تاثیر قرار می دهد.

بررسی واکنش پرستاران ایرانی در تصمیم گیری های اخلاقی:

ابراهیمی و همکاران در سال ۲۰۰۷ از بررسی واکنش پرستاران ایرانی به تصمیم گیری های اخلاقی دریافتند که تنیدگی شغلی و دیسترس اخلاقی از واکنش های عمده پرستاران می باشد و در این میان عواملی چون ویژگی های فردی و شغلی، خصوصیات بیمار و خانواده اش، ویژگی پزشکان و شرایط مدیریتی و سازمانی نقش مهمی را بازی می کند. با توجه به نتایج این مطالعات و نیز متون موجود به نظر می رسد که میان دیسترس اخلاقی پرستاران و نگرش آنان در رابطه با تصمیمات پایان عمر ارتباطی وجود داشته باشد.

اهمیت دیسترس اخلاقی پرستاران در بخش های ویژه:

دیسسترس اخلاقی پرستاران بخش های ویژه در مراقبت از بیماران پایان عمر نسبتا بالاست. تکرار هر چه بیشتر موارد ایجاد کننده این دیسترس ها منجر به افزایش شدت و همچنین تمایل پرستاران به اخذ تصمیمات درباره ادامه روند درمان بیماران مراحل پایان عمر می گردد. اگرچه پرستاران خود را به عنوان تصمیم گیرنده اصلی نمی شناسند اما از بررسی نگرش آن ها می توان به اهمیت نقش همکاری آن ها در انجام چنین اقداماتی پی برد.

۲- تنگناهای اخلاقی یا معضلات اخلاقی

اخلاق چیست

اخلاق بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان‌ها و شاخه‌ای از فلسفه عملی است که به مطالعه رفتارها و روش‌های ایده‌آل زندگی پرداخته و در جستجوی درستی و نادرستی و یا تبیین خوب و بد، مجموعه‌ای از رفتارها در شرایطی معین است. به بیان دیگر، اخلاق یک رویکرد نظام‌دار درک، تحلیل، تمیز و قضاوت خوبی از بدی است. قلمرو خاص اخلاق با تأکید روی مشکلات اخلاقی مراقبت سلامتی، اخلاق زیستی نامیده می‌شود. اخلاق زیستی به بحث درباره مسائل مربوط به زندگی و مرگ افراد پرداخته و پزشک، پرستار، مددجو و خانواده را دربرمی‌گیرد.

اخلاق پرستاری

اخلاق پرستاری شاخه‌ای از اخلاق زیستی به شمار می‌آید که درباره مسائلی که پرستاران در عمل با آن مواجه می‌شوند، بحث می‌کند. هرچند اخلاق در همه مشاغل ضروری است اما در حرفه پرستاری این عامل ضرورت بیشتری دارد چراکه رفتار معنوی و توأم با مسئولیت پرستاران با بیماران، نقش موثری در بهبود و بازگشت سلامتی آنان دارد لذا حرفه پرستاری بر پایه اخلاق استوار است. بنابراین رعایت اخلاق حرفه‌ای در عملکردهای پرستاری از سایر موارد مراقبت حساس‌تر و مهم‌تر می‌باشد.

دانش اخلاقی از جمله ضرورت‌های آموزش پرستاران است؛ چراکه اخلاقیات در امر مراقبت بهداشتی و درمانی به‌عنوان یک جزء مهم شناخته شده است. هرچند عده‌ای از پرستاران با واقعیات اخلاقی کارشان فاصله زیادی دارند. ولیکن گروهی از محققین پرستاری همه عملکردهای این حرفه را بر مبنای اخلاق می‌بینند و بیان می‌کنند عملکرد حرفه‌ای پرستاری چنان با اخلاق عجین شده است که می‌توان گفت پرستاری یک فلسفه اخلاق است.

تصمیم‌گیری اخلاقی

تصمیم‌گیری اخلاقی به فرایند کلی تصمیم‌گیری که از تشخیص یک مشکل اخلاقی شروع و از طریق منطق اخلاقی به تصمیم واقعی ختم می‌شود، گفته می‌شود. در واقع به معنی تصمیم‌گیری درباره‌ی بایدها و نبایدهایی است که پرستار انجام می‌دهد که این باید و نبایدها در پرستاری بیشتر بر مبنای خدمات مراقبتی و برقراری ارتباط اخلاقی بنا شده است و تلفیقی از ارزش‌های حرفه‌ای و منطق اخلاقی است.

تصمیمات اخلاقی مبتنی بر آگاهی اخلاقی پرستاران است و شامل فرآیند پیچیده‌ای از مشاهده، تجزیه و تحلیل و سنجش پیامدهای احتمالی یک انتخاب است که در آن پرستاران با ایده‌آل مراقبت و هدف "خوب انجام دادن" هدایت می‌شوند.

خوب یعنی در نظر گرفتن رفاه بیمار، کیفیت مراقبت و شأن بیمار. به عبارت دیگر، دنیای زندگی بیمار در نظر گرفته می‌شود. اتخاذ دیدگاه جهان زندگی در مراقبت مستلزم آن است که پرستاران توجه خود را به دنیای زندگی بیماران و مسائل وجودی آن‌ها معطوف کنند. این شامل یک مشارکت وجودی است که سطوح متفاوتی از تخصص و درک بین بیمار و متخصصان را تصدیق می‌کند.

پرستاران روزانه مجبور به تصمیم‌گیری‌هایی براساس اصول اخلاقی بوده و درچنین موقعیت‌هایی نه تنها نیازمند مهارت‌های بالینی و علمی هستند بلکه به توانایی انعکاس انتقادی درمورد جنبه‌های اخلاقی هم نیاز دارند.

ارزش‌ها مهم‌ترین بخش اخلاقیات فرد را تشکیل می‌دهند و روی تصمیم‌گیری اخلاقی تأثیر می‌گذارند؛ بنابراین در فرآیند تصمیم‌گیری به تعیین ارزش‌های افراد نیاز داریم.

تصمیم‌گیری اخلاقی نیازمند ارزشیابی مداوم، کسب اطلاعات، بازبینی مجدد مراحل است. این فرآیند به دلیل تغییر در عقاید و نتایج غیرمنتظره، یک فرآیند پویا است که با گذشت زمان دست‌خوش تغییر می‌شود. پرستار قبل از حل مشکلات باید توانایی دسته‌بندی و تعیین آن‌ها را داشته باشد و در برخورد با مشکلات رایج با در نظر گرفتن وظیفه، ترجیحات، اقتصاد و اثربخشی، تفکر کرده و تصمیم بگیرد.

مراقبت‌های پرستاری به دلیل پیشرفت تکنولوژی و پزشکی و همچنین به دلیل تمرکز بیشتر بر استانداردهای و منطق تولید، به سرعت در حال تحول در فرهنگ‌های بیمارستانی امروزی است. پرستاری ریشه در رویکردی جامع با تعهد اخلاقی برای حفظ و احترام به کرامت و یک‌پارچگی فرد دارد. با این حال، کار در محدوده زمانی و حجم کاری سنگین منجر به فرسودگی شغلی و عدم حساسیت اخلاقی در میان پرستاران می‌شود و ممکن است گزینه‌های پرستاران را برای اقدام بر اساس مبانی اخلاقی و اخلاقی در موقعیت مراقبت فردی به چالش بکشد.

مشکلات یا چالش‌های اخلاقی

مشکلات اخلاقی روایات انسانی هستند که با واژه‌های ارزشی نظیر خوبی و بدی، باید و نباید، درست و نادرست آن‌ها را توصیف می‌کنیم. آن‌ها پیچیده، پویا، نامطمئن و همراه با تعارضات هستند. بسیاری از مواقع مشکلات اخلاقی آنقدر شایع هستند که حتی توسط پرستار درک نمی‌شوند.

خود چالش‌ها و مشکلات اخلاقی شامل همه انواع مسائل اخلاقی می‌شود، درحالی‌که معضل یا تنگنای اخلاقی نوع خاصی از چالش اخلاقی است که در آن فرد باید بین گزینه‌های مختلف بدون انتخاب خوب قابل تشخیص، یکی را انتخاب کند. انواع مختلفی از مشکلات اخلاقی وجود دارد که در تصمیم‌گیری‌های پرستاران تاثیر می‌گذارند؛ دیسترس اخلاقی و تنگناهای اخلاقی از این دسته مشکلات اخلاقی اند که به هریک از آنها خواهیم پرداخت.

تعریف تنگنای اخلاقی

یک تنگنای اخلاقی موقعیتی است که پرستار مجبور به انتخاب بین دو گزینه می‌شود که در مورد درستی و نادرستی آن مطمئن نیست و قطعیتی وجود ندارد و نیازمند انتخاب بین دو گزینه نامطلوب یکسان است. در این شرایط پرستار باید انتخابی را برگزیند که کمترین زیان را در پی داشته باشد. دوراهی‌های اخلاقی ممکن است با ارزش‌های شخصی پرستار یا با منشور اخلاقی پرستاران در تضاد باشد. موارد اخلاقی و غیراخلاقی در رقابت با یکدیگر خود را نشان می‌دهند. ادعای اخلاقی معمولاً وزن بیشتری نسبت به ادعاهای غیراخلاقی دارد و آن‌ها بیشتر نوعی ادعاهای غیراخلاقی و نوعی علاقه فردی هستند. سؤالاتی نظیر چه چیزی برای بیمار خوب است که انجام شود، همیشه در عمل مطرح است.

تنگناهای اخلاقی همیشه در سیستم‌های بهداشتی مطرح بوده و هستند. پرستاران هر روزه از مهارت تفکر انتقادی خود در پاسخ به بسیاری از این تصمیمات استفاده می‌کنند. در یک تصمیم‌گیری اخلاقی، ارزش‌ها در اصول حرفه‌ای و فردی و تئوری‌ها متغیرهایی هستند که باید در نظر گرفته شوند. پرستاران می‌توانند به‌طور موثر در برخورد با تصمیم‌گیری اخلاقی عمل کنند اما متأسفانه بسیاری از پرستاران برای مشارکت در تصمیم‌گیری اخلاقی از آمادگی لازم را برخوردار نیستند.

علی‌رغم اینکه معضلات اخلاقی مکرراً در حوزه پرستاری رخ می‌دهد و به موانعی در کار پرستاری تبدیل می‌شود، این دشواری‌ها برای همه‌ی پرستاران وجود دارد و تلاش برای حل آن‌ها در سطح سازمانی ناکافی است. بنابراین، پرستاران در دوراهی اخلاقی تمایل به دفاع از خود دارند و دچار اینرسی می‌شوند که مانعی برای توسعه حرفه پرستاری و همچنین فرد پرستار می‌باشد.

پنج دلیل اصلی که چرا پرستاران با تنگناهای اخلاقی در پرستاری مواجه می‌شوند

تنگناهای اخلاقی به اشکال و به دلایل مختلف وجود دارد. ۵ دلیل اصلی زیر نشان می‌دهد که چرا پرستاران با تنگناهای اخلاقی مواجه می‌شوند.

- ۱- تصمیم‌گیری بیمار و خانواده‌ی بیمار برای ادامه‌ی زندگی وی.
- ۲- امتناع بیمار از درمان.
- ۳- تضاد عملکرد پرستار با مسائل دینی و مذهبی.
- ۴- بی‌کفایتی همکاران و پرسنل درمانی.
- ۵- پرسنل ناکافی.

چگونه تنگناهای اخلاقی در پرستاری را شناسایی کنیم؟

بهترین راه برای توصیف و شناسایی یک تنگنای اخلاقی در پرستاری این است که در نظر گرفته شود که یک موقعیت چگونه فرد را به فکر و احساس وا می‌دارد. دوراهی‌های اخلاقی باعث ایجاد تضاد بین دو مسیر عمل می‌شود که هر دو صحیح هستند اما بیانگر اصول یا ارزش‌های متفاوتی هستند. اگر موقعیتی شامل انجام کاری درست و نادرست به طور هم‌زمان باشد و یکی از آن اقدامات بر عمل دیگر تأثیر منفی بگذارد، این همان چیزی است که دوراهی ایجاد می‌کند.

پیامدهای اجتناب از دوراهی‌های اخلاقی در پرستاری

پرستاران در هر تخصص و هر نوع مرکز پرستاری با تنگناهای اخلاقی روبرو هستند. لازم است پرستاران تشخیص دهند که چه زمانی یک تنگنای اخلاقی در پرستاری رخ می‌دهد و بیاموزند که چگونه باورها و ارزش‌های خود را در برابر این دوراهی‌ها تطبیق دهند. پرهیز از دوراهی‌های اخلاقی، می‌تواند پیامدهای منفی داشته باشد. در زیر چند نمونه از پیامدهای عدم رسیدگی به معضلات اخلاقی در پرستاری آورده شده است:

۱. پرستاران می‌توانند به سرعت فرسودگی شغلی را تجربه کنند. دوراهی‌های اخلاقی استرس زیادی ایجاد می‌کند. هنگام مواجهه با این تنگناها، مهم است که پرستاران مشکل را بپذیرند و در اسرع وقت به آن‌ها رسیدگی کنند. عدم انجام این کار می‌تواند منجر به استرس بیشتر شود و منجر به فرسودگی شغلی پرستاری شود.
۲. اجتناب از دوراهی‌های اخلاقی در پرستاری می‌تواند منجر به مشکلات حقوقی شود. برخی از دوراهی‌های اخلاقی می‌توانند عواقب قانونی جدی داشته باشند. نادیده گرفتن یک تنگنای اخلاقی هرگز ایده خوبی نیست. در عوض، موضوع باید با شخص مناسب از جمله ناظران رسیدگی شود و برای جلوگیری از مشکلات قانونی به درستی رسیدگی شود.

۳. پرستارانی که از دوراهی های اخلاقی اجتناب می کنند ممکن است شغل خود را از دست بدهند. بسته به موقعیت، عدم رسیدگی به یک تنگنای اخلاقی در پرستاری می تواند منجر به عواقبی مانند توبیخ مدیریت یا از دست دادن شغل شود.

۴. از دست دادن مجوز: برخی از تنگناهای اخلاقی در پرستاری وجود دارد که اجتناب از آنها عواقب شدیدی در پی دارد. یعنی گاهی ممکن است پرستار مجوز فعالیت خود را از دست بدهد. به عنوان یک قاعده سرانگشتی، همیشه بهتر است پیش از اینکه شغل یا مجوز فرد در جریان باشد، مشکلات را بپذیرفت و از مسئولان برای کمک به مقابله با آنها کمک گرفت.

تاثیر کار اضافه به عنوان یک معضل بر کیفیت مراقبت

همه ی پرستاران خواستار ارائه ی مراقبت با کیفیت بالا هستند، اما این کیفیت اغلب تحت تأثیر عدم تعادل بین مراقبت از بیمار و وظایف اداری و تصمیمات سازمان قرار می گیرد. عده ای از پرستاران مراقبت پرستاری را یک حجم کاری سنگین توصیف می کنند، خود این حجم کاری سنگین از عوامل اصلی معضلات اخلاقی در پرستاری در نظر گرفته می شود. کمبود نیرو که می تواند به دلیل جابه جایی ها باشد و عدم حساسیت سازمان ها در ارائه ی مراقبت همه جانبه پرستاران، باعث ایجاد احساس رنجش و ناتوانی در پرستاران نسبت به کار در بیمارستان ها شده است. به علاوه، سازمان ها پرستاران را مجبور به رسیدگی به تعداد بیشتری از بیماران می کند که این به عنوان معضلی استرس آور، بر کیفیت ارائه ی مراقبت در پرستاران تاثیر می گذارد. نیاز به کار مداوم، ارائه مراقبت به بیماران بیشتر، ارائه مراقبت در سریع ترین زمان ممکن بدون زمان کافی برای ارائه درمان جامع بیمار و حجم کار سنگین، باعث ناراحتی و فرسودگی پرستاران می شود. این به نوبه خود منجر به از دست دادن تمرکز می شود که بر کیفیت مراقبت از بیمار نیز تأثیر می گذارد. کمبود کارکنان، کمبود تجهیزات، مسائل سازمانی و سیاست ها در اکثر مطالعات به عنوان موارد استرس زا و نوعی معضل گزارش می شود. علاوه بر این، فشار برای پذیرش تعداد بیشتری از بیماران نسبت به تعداد تخت های مصوب در واحدها، پرستاران را نگران می کند. این نگرانی ناشی از دستورات نامناسب اداریست و تضادی بین نیازهای پرستار یاد می شود.

تاثیر تنگناهای اخلاقی بر رضایت شغلی

دوراهی اخلاقی بر احساس درماندگی فرد تأثیر می گذارد، زیرا فرد با اینکه می داند چه کاری باید انجام دهد، اما عملکردی ندارد و یا در مواقعی که انجام کاری با ارزش های فرد در تضاد است آیا باید کار را ترک کند یا نه.

گزارش شده است که هر چه معضل اخلاقی بالاتر باشد، رضایت شغلی کمتر است. همچنین، در موقعیت‌هایی که نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی است، ارزش‌های اخلاقی فردی گنج می‌شود و شناسایی معضلات اخلاقی و انجام اقدامات مناسب را برای پرستاران دشوار می‌سازد.

علی‌رغم اینکه معضلات اخلاقی مکرراً در حوزه پرستاری رخ می‌دهد و به موانعی در کار پرستاری تبدیل می‌شود، این دشواری‌ها عادلانه همگرا شده‌اند و تلاش برای حل آن‌ها در سطح سازمانی ناکافی است. بنابراین، پرستاران در دوره‌های اخلاقی تمایل به دفاع از خود دارند و دچار اینرسی می‌شوند که مانعی برای توسعه حرفه پرستاری و همچنین فرد پرستار می‌باشد.

اختلاف نظر تیم درمانی و ایجاد تنگنای اخلاقی

گاهی پرستاران و پزشکان اختلاف نظر‌هایی در ارائه‌ی مراقبت‌های درمانی با هم‌دیگر دارند که این به علت تفاوت در استراتژی درمانی دو گروه می‌باشد. این اختلاف نظر‌ها در تیم درمانی، خود می‌تواند باعث ایجاد دوره‌های اخلاقی بشود. به علت فقدان اقتدار، پرستاران نظراتشان نادیده گرفته می‌شود و این خود باعث ایجاد ناراحتی در آن‌ها است. پزشکان اختیار تجدید نظر در تصمیمات اخذ شده‌شان را دارند و پرستار بایستی از آن تصمیم حمایت و پیروی نکنند حتی اگر آن را درک نکرده باشند. این به نوع خود برای پرستار یک تصمیم دشوار است. گاهی پزشکان بدون دخالت دادن بیمار و حتی پرستار برنامه ریزی‌هایی انجام می‌دهند و پرستاران مجبور به ارائه‌ی درمانی می‌شوند که مایل به آن نیستند. برای مثال، پرستاران درمان‌های تهاجمی را به‌رقم توصیه‌های پزشک و خانواده‌ی بیمار، برخلاف میل خود انجام می‌دهند و قادر به ارائه‌ی رضایت‌بخش در آسایشگاه به بیماران لاعلاج نمی‌شوند. همه‌ی این موارد باعث ایجاد شکایات و حتی دیسترس در پرستاران می‌شود که علت آن نداشتن زمانی برای ارائه‌ی استراتژی‌های درمانیشان است و اینکه عمدتاً دیدگاه پزشکیست که مبنای مناسبی برای درمان‌ها در نظر گرفته می‌شود.

مراقبت از دست‌رفته‌ی پرستاری به عنوان معضل

پرستاران نقش اساسی در نظارت مستمر بیمار دارند. کیفیت مراقبت‌های پرستاری که بیماران دریافت می‌کنند هم برای بهبودی و هم برای پیامدهای سلامت طولانی‌مدت آنها تأثیر دارد. در حال حاضر، به دلیل عوامل متعددی، پرستاران برای رفع نیازهای مراقبتی بیماران بیمارستانی با چالش‌های فزاینده‌ای مواجه هستند. این‌ها شامل نوسانات در ترکیب مهارت‌های پرستاری و سطوح کارکنان، در دسترس بودن ناسازگار تجهیزات و لوازم، و هوشیاری بالاتر بیمار است. تأثیر اضافی تجدید ساختار مراقبت‌های بهداشتی بر پرستاری در تقاضا برای انجام کارهای بیشتر با پاداش کمتر منعکس شده است. در نتیجه پرستاران دائماً مجبور می‌شوند جنبه‌های خاصی از مراقبت‌های پرستاری را به‌عنوان کم‌اهمیت‌تر از سایر جنبه‌ها اولویت‌بندی کنند، در نتیجه برخی مراقبت‌های پرستاری به تأخیر می‌افتند یا از دست می‌روند. این امر سبب می‌شود، گاهی احساس گناه و سرخوردگی‌ای ایجاد شود که در نتیجه تأخیر یا عدم مراقبت در پرستاران باشد.

استدلال می‌شود که با درک مسائلی که بر ارائه مراقبت مستقیم به بیماران تأثیر می‌گذارد، پرستاران قادر خواهند بود تغییرات سازنده‌ای را در محیط کار خود ایجاد کنند. این مزیت هم کیفیت محیط کار پرستاران و هم کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را افزایش می‌دهد.

آسیب بیمار به عنوان بار اخلاقی

در برخی موارد شرایط دیسترس‌زایی ایجاد می‌شود که پرستار را مجبور می‌کند به آنچه که به‌عنوان مراقبتی خوب در نظر دارد عمل نکند. به عنوان مثال، بیماران و بستگان می‌توانند ترجیحاتی برای مراقبت داشته باشند که با مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران در تضاد باشد، یا پزشکان درمانی را برای بیمار برنامه‌ریزی کنند که با ارزش‌های پرستاری مقایرت دارد. در هر دو موقعیت، پرستاران تجربه‌ی انجام کاری را داشتند که به آن مایل نبودند. برای مثال، هنگام مراقبت از بیماران بدحال، درمان فعال می‌تواند ادامه یابد، حتی اگر به‌طرز آشکاری بیمار در حال مرگ مشاهده شود. در چنین شرایطی، پرستاران ممکن است احساس کنند که در آسیب رساندن به بیمار و طولانی‌تر کردن عمری که ارزش زیستن ندارد، نقش داشته‌اند. وضعیت مشابهی می‌تواند در هنگام مراقبت از نوزادان نارس رخ دهد، جایی که امید دیگری به زندگی نوزاد نیست و تلاش‌های مراقبتی ممکن است با شکنجه مقایسه شود. در مراقبت‌های سالمندان، محدودیت‌های فیزیکی (physical restraints) برای اطمینان از ایمنی بیمار یا انجام اقدامات مهم ضروری باشد ولی باز هم با ارزش‌های اخلاقی پرستار مقایرت داشته باشد که به طور معمول، پرستاران به دلیل احترام به فرد و ظرفیت‌های او، ممکن است تمایلی به اعمال این محدودیت‌ها نداشته باشند. پرستاران همچنین می‌توانند هنگام برخورد مکانیکی با بیماران احساس پشیمانی کنند و این احساس آسیب رساندن به بیمار را افزایش می‌دهد. به طور کلی، انجام اقداماتی که برای بیماران دردناک است یا مجبور به انحراف از استانداردهای مراقبتی مناسب آن‌ها هستند، به عنوان یک بار بزرگ توسط پرستاران تجربه می‌شوند.

معضل اخلاقی در پرستاران از راه دور

پرستاری تلفنی یا از راه دور بخش در حال گسترش مراقبت‌های بهداشتی است. پرستاران تلفنی نیازهای مراقبتی بیماران را ارزیابی می‌کنند، مشاوره، پشتیبانی و اطلاعات را بیماران و خانواده هایشان ارائه می‌دهند و مراقبت‌های بهداشتی‌ای را برای آنها توصیه و تدوین می‌کنند. اخیراً، تقاضاهای اخلاقی از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، به طور کلی افزایش یافته است که دلایل آن عبارت‌اند از: صلاحیت جدید زیست پزشکی، جمعیت پیر و منابع محدود که اولویت بندی را به دغدغه اصلی پزشکان و پرستاران تبدیل کرده است. وقتی مشکلات اخلاقی به وجود می‌آید، همکاران در کادر درمان نیاز به گفتگوی باز دارند اما پرستاران فاقد چنین گفتگویی هستند که این به‌نوبه‌ی خود معضل اخلاقی را برای پرستاران ایجاد می‌کند.

طبق مطالعات پنج موضوع مختلف را شناسایی شده است که در آن پرستاران مشکلات اخلاقی را در کار خود تجربه می‌کنند. این نشان می‌دهد که چگونه معضلات اخلاقی به اشکال مختلف در پرستاری از راه دور وجود دارد. این موضوعات شامل این موارد زیر است:

- ✓ صحبت از طریق شخص ثالث؛
- ✓ گفتگو درباره مشکلات شخصی و حساس تلفنی؛
- ✓ منابع ناکافی و سازماندهی مراقبت‌های بهداشتی؛
- ✓ متعادل کردن نیازهای اطلاعات تماس گیرندگان با مسئولیت حرفه‌ای؛
- ✓ و تفاوت در قضاوت در مورد اعتبار تماس گیرنده.

پرستاران تله‌نرس (از راه دور) به دلیل جامعه چند فرهنگی، خواسته‌های اخلاقی جدیدی را تجربه می‌کنند. اگرچه چندین معضل شناسایی شده در سایر زمینه‌های پرستاری نیز رخ می‌دهد، اما طبق مطالعات استدلال می‌شود که این موقعیت‌ها در پرستاری از راه دور به‌طور ویژه‌ای چالش برانگیز هستند.

تنگناهای اخلاقی و بیمار سکتة مغزی

در برخی از کشورها، افراد مبتلا به سکتة مغزی شدید در بخش‌های تخصصی سکتة تحت درمان قرار می‌گیرند. در این واحدها، بیماران توسط تیم‌های حرفه‌ای با تمرکز بر مراقبت در مرحله حاد سکتة مغزی، مرحله توان‌بخشی و فاز تسکین دهنده حضور دارند. مراقبت از بیمارانی با تنوع زیاد از نظر شرایط و علائم ممکن است چالشی اضافی برای تیم باشد.

امروزه متأسفانه آگاهی کافی از معضلات و پیامدهایی که ظاهر در تجربیات تیمی کادر درمانی ظاهر می‌شوند، وجود ندارد. این بخش همانند سایر بخش‌ها معضلات اخلاقی مشترکی را همچون بیکفایتی پرسنل، ناکافی بودن پرسنل، رفتار نادرست بستگان بیمار با پرستار، تصمیم‌گیری در ادامه‌ی زندگی و غیره را تجربه می‌کند. معضلات اخلاقی‌ای که در این بخش‌ها شایع‌تر است بیشتر در مورد "عدم تصمیم‌گیری" در مراقبت تسکینی یا قطع درمان است. عدم تصمیم‌گیری باعث می‌شود که اعضای تیم بر اساس مهارت‌های فردی خود عمل کنند، زیرا ابزارهای ارتباطی مشترکی وجود ندارد. هنگامی که تصمیمی گرفته می‌شود، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی مشکلاتی در حفظ تصمیم داشتند. گاهی برخی طرح‌های ابداع‌شده و اعمال‌شده می‌توانند به‌عنوان عقب‌نشینی برای عدم تصمیم‌گیری مجدد توصیف شوند. یکی دیگر از مشکل‌های اساسی موضوع "موانع ارتباطی" است که پیامدی مربوط به عدم وجود مهارت‌های مشترک و اجماع بین سیستم ارزشیست. این مطالعه اهمیت دانش و مهارت‌های مراقبت تسکینی را حتی برای بیمارانی که سکتة مغزی شدید را تجربه می‌کنند، برجسته می‌کند. تصمیم‌گیری و پایبندی به آن یک پیش‌فرض در ایجاد یک برنامه مراقبت معتبر است. با این حال، اجرای مجموعه‌ای از ارزش‌های مشترک مبتنی بر مراقبت تسکینی با کنترل علائم و کیفیت زندگی ممکن است خطر ممانعت ارتباطی را که ممکن است ایجاد شود به حداقل برساند و توانایی ایجاد مراقبت‌های بهداشتی معنادار را افزایش دهد.

بیماران دیالیزی و تنگناهای اخلاقی مربوط به آن‌ها

ارائه مراقبت‌های پرستاری برای بیماران مبتلا به بیماری کلیوی مستلزم پرداختن به مسائل وجودی ای است که گاهی ممکن است نه تنها منجر به مشکلات اخلاقی شود، بلکه به تعارضات درون تیم درمانی نیز منجر شود. مطالعات نشان می‌دهند که پزشکان و پرستاران در هنگام بروز مشکلات اخلاقی احساس بی‌قراری، عذاب و تایید نشدن می‌کنند. گاهی قرار گرفتن در موقعیت‌های دشوار اخلاقی باعث ایجاد هذاب وجدان حتی در پرستاران باتجربه می‌شود. از چالش‌های دیده شده در این بخش میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

- ✓ دوسوگرایی بیماران.
- ✓ بی میلی بیماران.
- ✓ عدم مشارکت بیماران و بستگان در روند درمان.
- ✓ اجبار به عمل بر خلاف میل بیماران.
- ✓ اجبار به عمل بر خلاف اعتقادات اخلاقی.
- ✓ گرفتار شدن در احساس گناه.

در دوراهی‌های اخلاقی، صداقت شخصی و حرفه ای در خطر است. عدم اعتماد به یکپارچگی اخلاقی خود ممکن است پزشکان و پرستاران را از بازیگران اخلاقی به قربانیان شرایط تبدیل کند. برای مقابله با چنین خطری، کادر درمان و بیماران باید به طور مستمر در مورد احساسات، دیدگاه‌ها و تجربیات خود در فضایی امن به یکدیگر اعتماد و مشورت کنند.

مشارکت بیمار به عنوان تنگنا در بخش‌های روانپزشکی

مشارکت بیمار مفهومی مبهم، پیچیده و همراه با تعریف ضعیف در جنبه‌های عملی، بالینی، سازمانی، قانونی و اخلاقی است که برخی از آنها در بخش‌های روانپزشکی ممکن است باعث مشکلات اخلاقی و استرس اخلاقی در پرستاران شود، به‌ویژه زمانی که اعمال مراقبت‌های اخلاقی با محدودیت‌هایی خنثی می‌شوند.

برخی از پرسنل درمانی معتقد اند که بیماران ممکن است در چارچوب محدودیت‌ها حرفی برای گفتن داشته باشند در حالی که دیگران مشارکت بیمار را سطحی می دانند. پرستاران و پرسنل درمانی، خود را به عنوان سخنگوی بیماران توصیف می کنند و مشارکت بیماران را در درمان خود مسئولیت بزرگی می دانند. آن‌ها احساس می کردند که بین ارزش‌های اخلاقی خود و "سیستم" فشرده شده اند. پرستاران خود را در نقش مذاکره کننده ای می‌بینند که تلاش می‌کند هم با پزشکان و هم با بیماران همکاری کند. خصوصی سازی این آرمان‌های سیاسی، پرستاران را در برابر فرسودگی و ناراحتی‌های اخلاقی آسیب پذیر می کند.

پرستاران مسئولیت اخلاقی خاصی در قبال بیماران آسیب‌پذیر دارند و ممکن است در شرایطی که ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی آن‌ها در معرض تهدید قرار می‌گیرد، آسیب‌پذیر باشند. مفاهیم نامشخص باعث تقسیم مسئولیت نامشخص می‌شود. مشارکت بیمار اغلب یک ارزش نادیده گرفته شده در فلسفه درمان روانپزشکی کنونی است. هنگامی که حساسیت‌های اخلاقی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به خطر بیفتد، ممکن است منجر به استرس اخلاقی شود.

کارکنان مراقبت‌های بهداشتی خود را بین فلسفه‌های درمانی مختلف پزشکان تحت فشار می‌بینند. آن‌ها نقش مذاکره‌کنندگانی را به عهده گرفتند که سعی می‌کنند خود را با هم‌بیماران و هم‌پزشکان که باعث ناراحتی اخلاقی‌شان می‌شوند، تطبیق دهند. هنگامی که حساسیت‌های اخلاقی کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به خطر بیفتد، ممکن است منجر به استرس اخلاقی شود.

تنگنای اخلاقی در ارتباط با درمان‌های تهاجمی در نوزادان نارس

امروزه با پیشرفت تکنولوژی، بهبود در تکنیک‌های زیستی و فناوری، حفظ زندگی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان منجر به افزایش احتمال بقا برای نوزادان نارس شده است که برخی از این تدابیر درمانی با درمان‌های تهاجمی و دردآور حاصل می‌شوند. این نوزادان به دلیل مشکلاتشان برای مراجعه به بخش ویژه، جزو آسیب‌پذیرترین انسان‌ها به‌شمار می‌آیند. از طرفی، محصول جانبی درمان‌های تهاجمی، درد ناخوشایند است و این ایجاد درد می‌تواند باعث رنج و ناراحتی هم برای نوزاد و هم برای پرستار شود.

خود موضوع "ایجاد درد" شامل سه زیرمضمون است: "وقتی مراقبت و شکنجه یک چیز هستند"، "چرا این کار را می‌کنیم!" و "آرامش برای نوزاد و پرستار".

مراقبت از نوزادی که درد دارد، احترام حرفه‌ای پرستاران را تهدید می‌کند و با هدف اساسی پرستاری که کاهش درد و جلوگیری از رنج است، در تضاد است. مطالعات نشان می‌دهند که پرستاران بسیار میل به تسکین درد در نوزادان نارس و بیمار را دارند. آن‌ها یاد گرفتند که تا حدودی با ایجاد درد در نوزادان کنار بیایند ولی با این تفاسیر با ایجاد درد در نوزادان نارس، پریشانی عمیقی را تجربه می‌کنند که به صورت رنج وجودی آشکار می‌شود. ایجاد درد به جای تسکین آن می‌تواند پرستاران را در نقش خود به عنوان متخصصان مراقبت‌های بهداشتی دلسوز زیر سوال ببرد. دانستن اینکه آن‌ها در تلاش برای نجات جان نوزاد به او آسیب می‌رسانند، معضلی دیسترس‌زا می‌باشد.

چالش‌های اخلاقی و مراقبت از سالمندان

چالش‌های اخلاقی بسیاری در مراقبت از سالمندان و خانه‌های سالمندان وجود دارند. این چالش‌ها شامل تصمیم‌گیری در مراقبت‌های پایان زندگی، استفاده از محدودیت‌ها، کمبود منابع، استقلال و ظرفیت تصمیم‌گیری، ارتباط و همکاری بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و نزدیکان بیماران و حریم خصوصی و رفتار خود سالمندان می‌باشد. اکثر کارکنان خانه سالمندان، مشکلات اخلاقی را به عنوان یک بار سنگین توصیف کردند که روزانه در طول خدمات خود تجربه می‌کنند.

بررسی چالش‌های اخلاقی در ارائه مراقبت‌های پایان زندگی در خانه‌های سالمندان نشان داد که کارکنان خانه سالمندان اغلب کمبود منابع و نقض استقلال بیماران را گزارش می‌کنند. پاسخ دهندگان مدیریت چالش‌های اخلاقی را از طریق آموزش اخلاق بیشتر و زمان برای تفکر پیشنهاد کردند.

چالش‌های اخلاقی در خانه‌های سالمندان را می‌توان به دو گروه عمده تقسیم کرد: «مسائل اخلاقی روزمره» مانند رضایت آگاهانه، استفاده از محدودیت‌ها، خودمختاری، امتناع از دارو یا غذا و رفتار توهین‌آمیز، و «مسائل اخلاقی بزرگتر» مسائلی که عمدتاً مربوط به مراقبت و تصمیم‌گیری پایان زندگی است، برای مثال خودداری یا لغو درمان‌های پایدار و سؤال از بستری شدن یا عدم بستری شدن در بیمارستان است.

چالش‌های اخلاقی اغلب مربوط به کمبود منابع، مسائل پایان زندگی و اجبار گزارش شده است. برای مثال کمبود وقت، کمبود وقت برای هر بیمار یک مشکل بزرگ به دلیل کمبود منابع است. برخی از بیماران خدمات بسیار کمی دریافت می‌کنند. تنها بودن بیشتر با آنها و بردن بیماران به برخی فعالیت‌ها می‌تواند کیفیت زندگی بهتری به آنها بدهد.

یا استفاده از داروهای مخفی. گاهی پرستاران برای مخلوط کردن دارو بدون اطلاع سالمندان از مربا یا مواد غذایی دیگر برای پوشاندن طمع استفاده می‌کنند که این فریب دادن برای خود پرستار نیز می‌تواند ناراحت کننده باشد.

یا در مورد مسائل پایان عمر نیز چالش‌هایی وجود دارد. این درست نیست که یک بیمار تنها بمیرد. گاهی بیمار در شرایطی است که نزدیکانش همراه او نیست. با اینکه مشغله‌ی پرستار بسیار زیاد است اما تا جای ممکن باید پیش بیمار بماند.

در برخی کشورها برای مراقبت بهتر از سالمندان در خانه‌های سالمندی، دوره‌ها، برنامه‌ها و مراقبت‌هایی تدوین شده است که شامل آموزش اخلاق، مشورت اخلاقی، عرصه‌های مختلف برای بحث‌های اخلاقی، مشاوران اخلاق و کمیته‌های اخلاقی می‌باشد. جلسات اخلاقی مقیم ممکن است به بحث در مورد چالش‌های اخلاقی کمک کند و ممکن است منجر به تصمیمات قابل قبول برای همه طرفین شود.

تصمیم‌گیری در استفاده از مهار کننده های فیزیکی در سالمندان

پرستاران در عملکرد روزانه‌ی خود تصمیماتی می‌گیرند که از نظر اخلاقی آگاهانه هستند. یک تصمیم اخلاقی نتیجه یک فرآیند استدلالی پیچیده مبتنی بر دانش و تجربه است که توسط ارزش های اخلاقی هدایت می‌شود. به ویژه در مراقبت از سالمندان حاد و به طور خاص تصمیم‌گیری در مورد استفاده از محدودیت فیزیکی مستلزم یک بررسی متفکرانه در مورد ارزش های مختلف در خطر است. شواهد کیفی در مورد تصمیم‌گیری پرستاران در موارد محدودیت فیزیکی، بینش های مهمی را در پیچیدگی تصمیم‌گیری به عنوان یک مسیر ارائه کرد. با این حال، هنوز درک دقیقی از فرآیند استدلال از نظر ارزش‌های اخلاقی وجود ندارد. تصمیم‌گیری پرستاران به عنوان یک فرآیند مشورت اخلاقی مشخص می‌شود که در آن ارزش‌های مختلف شناسایی می‌شوند و فرآیند متعادل کردن این ارزش‌ها جوهره بحث اخلاقی را تشکیل می‌دهد. تصمیم‌گیری اخلاقی در مورد مهار کننده‌های فیزیکی به این معناست که پرستاران باید انتخاب کنند که کدام ارزش‌ها در این فرآیند اولویت دارند. اما می‌دانیم که نمی‌توان همه ارزش‌ها را به یک میزان رعایت کرد. در نتیجه، تصمیم‌گیری می‌تواند به عنوان یک معضل (تنگنا) دشوار تجربه شود. پرستاران با هدف قاطع محافظت از یکپارچگی جسمانی، ارزش‌های حیثیت و عدالت را به طور ضمنی و کمتر غالب در نظر گرفتند.

تیم مراقبتی از سالمندان افسرده

اعضای تیم مراقبت های بهداشتی که مسئول سالمندان افسرده هستند، به دلیل درک خود از خود مدیریتی، می‌توانند یک معضل اخلاقی را تجربه کنند. هر یک از اعضای تیم می‌توانند دانش و تجربه مهمی را در رابطه با مدیریت افسردگی ارائه دهد که باید در برنامه مدیریت منعکس شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که عدم اعتماد به تعهد سیستم مراقبت بهداشتی جامعه برای ایجاد اثربخشی و تغییر، بر اساس سه موضوع "تلاش برای اطمینان از انتقال قابل اعتماد اطلاعات مربوط به سالمندان افسرده به متخصصان و اعضای خانواده"، "تعادل استقلال، مراقبت و کرامت" و "تفاوت در درک مسئولیت" ملموس است که منعکس کننده‌ی فقدان تعامل و اعتماد بین گروه‌های مختلف حرفه‌ای که در جامعه کار می‌کنند است.

این امر خود یک معضل اخلاقی مهم به شمار می‌آید و پیامدهای جدی برای کرامت بیمار و همچنین ایمنی دارد. در نتیجه، معضلات اخلاقی زمانی رخ می‌دهد که کارکنان نتوانند مطابق با موضع اخلاق حرفه‌ای خود عمل کنند و استاندارد مناسبی از مراقبت ارائه دهند.

تنگنا در بخش انکولوژی

اگرچه ارزش‌ها و اصول اخلاقی عملکرد پرستار را در بخش انکولوژی هدایت می‌کند، با این حال پرستاران اغلب موارد برای انجام هر وظیفه و مسئولیت اصلی حرفه‌ای روزمره خود به چالش کشیده می‌شوند؛ یعنی معمولاً با موقعیت‌های بالینی مواجه می‌شوند که دارای تعارضات اخلاقی هستند و اغلب در تشخیص و بیان آن‌ها مشکل دارند. این تعارضات حل نشده می‌تواند باعث ایجاد احساس سرخوردگی و ناتوانی‌ای شود که منجر به نارضایتی شغلی، اختلاف نظر در میان اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتی و فرسودگی شغلی شود. پرستاران، به ویژه پرستاران تازه‌کار و دانشجویان ممکن است به چنین موقعیت‌هایی با عدم اطمینان یا ناراحتی‌های اخلاقی واکنش نشان دهند. افزایش آگاهی و گفتگو در مورد مسائل اخلاقی اولین گام مهم در این فرآیند است. منابع اضافی در محیط بالینی ممکن است

دوره‌های اخلاقی‌ای در ارتباط با زمان تشخیص، تشویق بیمار در گفتن حقیقت و ارائه اطلاعات، درمان درد و تصمیم‌گیری در مورد درمان فعال رخ می‌دهد. معضلات درمان فعال مربوط به شیمی‌درمانی، انفوزیون داخل وریدی، انتقال خون و آنتی‌بیوتیک‌ها وجود دارد چراکه برخی از این بیماران در انتظار مرگ اند و افزایش در ادامه‌ی درمان مداخله‌ای در این افراد باعث عذاب بیشتر در آن‌ها شود. همچنین مشکلاتی در روابط بین پرستاران و خانواده‌ها و همچنین عدم همکاری بین پرستاران و پزشکان نیز وجود دارد.

برای مقابله با این شرایط، افزایش آگاهی و گفت‌وگو در مورد مسائل اخلاقی می‌تواند کارساز باشد. پرستاران باید تشویق شوند تا فعالانه در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی شرکت کنند و به‌عنوان عوامل اخلاقی اقداماتی انجام دهند.

تنگنای اخلاقی در اتاق زایمان

پرستاران گزارش کردند که در اتاق زایمان، اغلب با یک دوگانگی اخلاقی مواجه اند که با رفتار غیرهمکارانه پزشک و محدودیت‌های نقش آنها به عنوان پرستار در مواقع اضطراری با زایمان قریب الوقوع رخ می‌دهد. آنها به ویژه گفتند در برخی شرایط دشوار که در آن به دلیل سهل‌انگاری پزشک و رفتار بی‌ادبانه پزشک با مادر و پرستار در هنگام زایمان بود، مجبور به تاخیر مصنوعی زایمان می‌شدند که این آنها را دچار یک دوگانگی اخلاقی می‌کرد. پرستاران در این شرایط، به دلیل نگرانی از واقعیت به مادران و مراقبان دروغ می‌گفتند. گاهی ناراحتی از اختلاف پزشکان و مشکلات بیمارستان باعث شکایات آن‌ها می‌شد ولی برخی موارد چاره‌ای جز پذیرش نبود.

مسئله‌ی سقط جنین

کلیات سقط جنین:

سقط جنین احتمالاً از قدیمی‌ترین عمل‌های جراحی است. این عمل سقط جنین دارای جنبه‌های عاطفی، اخلاقی و قانونی است. در برخی از کشورها این عمل همانند گذشته از مشکلات اخلاقی حساب نمیشود ولی حتی اگر مواردی در به رسمیت شناختن آن وجود داشته باشد باز هم سوالاتی پیش خواهد آمد که آیا این عمل صحیح است یا خیر. سقط جنین تا حد زیادی در نظریه‌های مطرح شده در زمینه‌ی بارداری توجیه شده است اما از نظر دیدگاه مذهب‌یون جنین هدیه‌ای از جانب خداوند است و تقدس زندگی‌ای دارد که باید از لحظه‌ی بارداری حفظ شود مگر اینکه سلامت مادر و بچه در خطر جدی‌ای باشد. از طرفی مخالفین سقط جنین به حقوقو شخص برای زندگی کردن معتقد اند و حق جنین را نبت به حق حق مادر به اینکه چه اتفاقی برای جسم و روح او بعد از زایمان خواهد افتاد، بیشتر از خود مادر می‌دانند. از طرف دیگر گروه‌های موافق سقط جنین دیدگاهی فمینیستی دارند و فرضیاتشان بر اصول کلی در آزادی فردی و حقوق بشر، به‌ویژه حق زن بر بدن خود استوار است.

پرستاران در بخش بیماری‌های زنان بیشترین تماس را با بیمارانی که سقط جنین می‌کنند دارند. آن‌ها به غیر از کار بالین در کلینیک‌های تنظیم خانواده به عنوان مربی و یا همکار برای کمک کردن به زنان برای تصمیم‌گیری درمورد سقط جنین فراخوانده می‌شوند. اغلب زنانی که سقط می‌کنند جوان اند، در نتیجه سوالاتی در زمینه‌ی شخصی و اجتماعی آنان برای کادر درمان و حتی افراد غیر ایجاد می‌شود که می‌تواند آنان را به راحتی مورد قضاوت قرار دهد و روی آن‌ها برچسب بی‌کفایتی یا گناه کار بودن بزند. بنابراین رابطه‌های مراقبتی زودگذر بوده و برای پرستاران رضایت‌بخش نمی‌باشد. از مواردی که می‌تواند برای پرستار یک معضل باشد می‌توان به تلاش آن‌ها در قضاوت نکردن و پنهان کردن احساسات آن‌ها درمورد صحیح بودن یا نبودن سقط اشاره کرد که گاهی دچار شکست نیز می‌شوند. پنهان کردن احساسات، شامل ناتوانی در امتناع از بروز احساسات متناقض، ناراحتی ذهنی، احترام به زندگی افراد و محافظت از خود می‌باشد.

این پنهان کردن احساسات توسط پرستاران در هنگام انجام مراقبت‌های سقط باعث ناراحتی اخلاقی و ایجاد دوراهی‌های اخلاقی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که باورهای فرهنگی-اجتماعی به شدت بر افکار و ارزش‌های پرستاران تأثیر می‌گذارد.

پرستار به عنوان اولین مدافع بیمار است و باید با شرکت در بحث‌های گروهی‌ای که به شفاف‌سازی ارزش‌ها و مروج تفکر تأملی در پرستاران می‌پردازد شرکت کند. آموزش حرفه‌ای مستمر باعث کاهش استرس می‌شوند و به پرستاران امکان توسعه‌ی رفتارهای خود درمانی و خودمراقبتی را می‌دهد، که آنها را قادر می‌سازد بر ترس از مرگ (چه جنین از دست‌رفته و چه مادر) غلبه کنند و در عین حال مشاوره خاتمه بارداری را تقویت کنند و منجر به ارائه‌ی مراقبت حرفه‌ای با کیفیت بهتر شوند.

بیماران ایدزی

انواع برخورد های اخلاقی در مواجهه با بیماران ایدزی

با انتشار ایدز سه دسته برخورد در موارد اخلاقی مطرح شد.

نوع اول: طرد کردن، رها کردن و بی‌توجهی بود. مفسران اخلاقی معتقد به این برخورد استدلال می‌کردند که ایدز مجازاتی است برای کسانی که در دام اعتیاد افتادند و یا از نظر جنسی به بی‌بندوباری گرایش پیدا کردند. اشکال وارده به این دیدگاه این است که مردمان بی‌گناهی هم هستند که ناخواسته درگیر این بیماری می‌شوند. مثل کودکانی که از مادران بیمار متولد شدند و یا افرادی که خون آلوده دریافت کردند. به علاوه این دیدگاه تنبیهی دارای عوارض ناراحت کننده‌ای برای فرد و حتی کادر درمان می‌باشد و به عنوان یک تصمیمی دردآور باعث ایجاد دیسترس در آن‌ها می‌شود.

برخورد دوم: قرنطینه و جداسازی این افراد از جامعه است. این روش قرنطینه برای قربانیان سایر بیماری‌های وحشت‌آفرین نظیر تب مالت، حصه، وبا، سرخک و غیره نیز انجام می‌شد که هدف نجات جان دیگر افراد از ابتلا به این بیماری‌ها بود. اما با قرنطینه کردن بیماران ایدزی حق آزادی، حق رضایت شخصی و حتی حق رازداری در این افراد نادیده گرفته می‌شود. از طرفی نیز برخی افراد بیمار، بیماری خود را مخفی خواهند کرد در نتیجه آیا دلیلی وجود دارد که به حریم بیمار تعرض کرد و او را قرنطینه کرد؟

برخورد سوم: کنترل و درمان قربانیان و حاملان ایدز است. این دیدگاه نیز مشکلات خود را دارد و می‌تواند منجر به قرارگیری کارکنان به ویژه پرستاران در تنگنا خواهد شد چراکه ممکن است دخالت فعالانه به منظور کنترل بیماری، خطر آلودگی را افزایش دهد.

اما آموزش از طریق رسانه‌های آموزشی و مراکز مشاوره می‌تواند تا حدودی مفید عمل کند و جان‌نشین مداخلات تهاجمی و آزمایشات اجباری خون از افراد شود.

مزیت‌های این دیدگاه این است که بیمار به جای گریز از مسائل با آن کنار بیاید. از آنجایی که کنترل این بیماری نیازمند تعدادی زیاد پرستار ماهر، متعهد به اصول اخلاقی و بشر دوست است، بنابراین پرستار باید با بیمار در حال مرگ و خانواده‌اش دلسوزانه رفتار کند و به خوبی ارتباط برقرار بکند.

تنگنای اخلاقی موجود

مصاحبه‌های انجام‌شده با پرستاران درگیر با این بیماران نشان داد که اغلب معضلات اخلاقی گزارش شده مربوط به مرگ و مردن است. ادامه یا کنار گذاشتن درمان‌ها از جمله معضلاتی است که کارکنان با آن مواجه هستند. «آزار اخلاقی» و احساس فقدان ابراز شده توسط بسیاری از پرستاران شدیدتر و ماندگارتر از آنچه پیش بینی می‌شود، هست. تصمیمات مربوط به بیماران لاعلاج مثل بیماران ایدزی، از پیچیده‌ترین تصمیمات در اخلاق مراقبت‌های بهداشتی امروزی هستند.

موضوع مرگ در بیماران مبتلا به ایدز نیازمند تلاش های تصمیم‌گیری‌های فوری کارکنان است. دسته‌ی دیگر از معضلات، عدم توافق در مورد درمان بیمار است. پرستاران و دیگر کارکنان مواجه با این بیماران، استرس، ناامیدی و درگیری درمورد فرآیند تصمیم‌گیری با بیماران در حال مرگ را بیشتر بیان می‌کنند و نارضایتی خود را از تحت فشار دادن بیماران برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی ابراز کردند. بر این اساس، مدلی از مراقبت که بر نیازهای بیمار تمرکز دارد و رویکرد تیمی را برای تصمیم‌گیری تشویق می‌کند، توصیه می‌شود.

ملاحظات اخلاقی در تحقیقات شامل مسائل مربوط به خطر و فواید، رضایت آگاهانه، سودمندی، سوء نیت و درمانی در مقابل تحقیقات غیر درمانی است. دوراهی‌های مرتبط با حمایت از تلاش‌های تحقیقاتی در عین آگاهی از پیش‌آگهی جدی بیمار، عوامل تشدید کننده نگرانی پرستاران هستند.

نمونه‌هایی دیگر از معضلات اخلاقی در پرستاری

بیماری که اعتیاد به مواد مخدر دارد به دلیل ترومای شدید بستری می‌شود اما ارائه دهنده داروی مسکن کافی را تجویز نمی‌کند.

معضل اخلاقی: آیا پرستار باید برای برآوردن نیازهای بیمار از زنجیره فرماندهی بالا برود و به خاطر نافرمانی در معرض مجازات حرفه‌ای قرار گیرد، یا به دلیل اینکه بیمار معتاد است، وضعیت را نادیده بگیرد؟ همه‌ی این‌ها سوالاتی‌اند که در این شرایط برای فرد ایجاد می‌شود که این نشان دهنده‌ی یک تنگنا و موقیت دیسترس‌زا است.

اما کاری که یک پرستار بایستی در این موقعیت انجام دهد، این است که همیشه از نیازهای بیمار حمایت کند؛ به خصوص اگر هزینه‌ی این حمایت‌ها یک گفت‌وگوی ناراحت‌کننده با سرپرست یا سرپرستار باشد. با این حال، آن‌ها همیشه می‌دانند که پرستار در چه جایگاهی از حقوق هر بیمار برای مراقبت دلسوزانه، حمایت می‌کند.

منابع محدود مراقبت‌های بهداشتی برای بسیاری از بیماران بدحال.

معضل اخلاقی: به عنوان معضلات اخلاقی در برخی از شرایط سوالاتی برای پرستاران و کادر درمان پیش می‌آید و آن‌هم اینکه کدام بیماران در موقعیت‌های تهدیدکننده زندگی باید سطوح بالاتری از مراقبت را دریافت کنند که می‌تواند نرخ بقای آن‌ها را افزایش دهد و کدام بیماران باید مراقبت‌های پایین‌تری را دریافت کنند که می‌تواند میزان بقای آن‌ها را کاهش دهد که البته در این مورد اگر باعث آتانازی و کمک به مرگ بیمار شود ممکن است در برخی از کشورها به‌ویژه کشورهای اسلامی انجام نشود.

درواقع، این یک چالش تریاژ برای پرستاران است که نیاز به تجربه در تفکر انتقادی و قضاوت بالینی دارد. آگاهی از تخصص کارکنان، کارکنان پشتیبانی موجود و تجهیزات مناسب، همراه با درک جدی بودن وضعیت بیمار و سایر بیماری‌های هم‌پوشانی کننده، پرستار را در تجزیه و تحلیل اینکه کدام بیماران با دریافت بالاترین سطح مراقبت می‌توانند بهترین شانس را برای بقا داشته باشند، راهنمایی بکند.

ارائه‌ی اطلاعات به بیمارانی که سطح سواد پایینی دارند.

معضل اخلاقی: آیا پرستار باید برنامه شلوع جراحی را به تأخیر بیندازد و از جراح بخواهد اطلاعات بیشتری را برای افزایش آگاهی به بیمار به خصوص بیمار کم سوادی که دانشی از روند پزشکی و درمانی ندارد ارائه دهد یا اینکه پرستار باید به ادامه روند درمانی بپردازد و بیمار را برای جراحی آماده کند تا تیم جراحی پرمشغله کار خود را انجام دهند؟ این‌ها سوالات مربوطه در این موقعیت‌ها است.

می‌دانیم که زبان مراقبت‌های بهداشتی پیچیده است، اما هر بیمار حق دارد بداند چه اتفاقی قرار است برایش رخ دهد دارد. علی‌ایها الحال، این اطلاعات باید به گونه‌ای ارائه شوند که بیماران بتوانند درک کنند، سؤال بپرسند و اجازه درمان، روش‌ها، داروها، جراحی‌ها یا هر نوع مراقبت دیگری را به کادر درمان بدهند. این عملکرد ممکن است برنامه شلوع درمانی بیمار را پیچیده کند و وقت‌گیر باشد، اما این حق بیماران که از شرایط و روند درمانیشان آگاه باشند.

بیماران لاعلاجی که برای پایان دادن مایل به قطع درمان هستند، اما دستورالعمل‌های پیشرفته ندارند.

معضل اخلاقی: آیا پرستار باید بیماری را که تصمیم به قطع درمان دارد را نادیده بگیرد و به اعضای امیدوار خانواده که درخواست می‌کنند همه‌ی مراقبت‌های ممکن از جمله شیمی‌درمانی، تغذیه لوله ای، ونتیلاتور و CPR (احیای قلبی ریوی) ارائه شود، گوش دهد؟

پرستار باید چه کار کند؟ در این موارد پرستاران باید بیماران را تشویق کنند که دستورالعمل پیشرفته‌ای داشته باشد تا به تیم مراقبت‌های بهداشتی اطلاع دهد که اگر قلب یا ریه‌هایش متوقف شود یا دچار یک وضعیت غیرقابل برگشت شوند، چه خواسته‌هایی دارند.

خانواده‌ها ممکن است تحت تأثیر احساسات عمیق، عواطف یا مسائل دیگر قرار گیرند، اما خواسته‌های بیمار از اهمیت بالایی برخوردار است. اگر بیمار قادر به صحبت برای خود نباشد و هیچ دستورالعمل پیشرفته‌ای وجود نداشته باشد، قوانین ایالتی اجازه می‌دهد تا اختیاراتی را برای بیمار تعیین کند که شامل والدین یا قیم کودک، همسر، فرزندان بزرگسال، خواهر و برادر و سایر اعضای خانواده می‌شود. اگر بیمار خانواده‌ای نداشته باشد، برای این تصمیم‌گیری مهم، کمیته اخلاق بیمارستان که افراد جامعه را در بر می‌گیرد می‌تواند در رسیدن به نتیجه‌ای به نفع بیمار کمک کند. البته در کشور ما و کشورهای اسلامی به دلیل مخالفت با آتانازی، بیمار بایستی خدمات درمانی را دریافت کند و به مرگ طبیعی بمیرد.

احساس وظیفه و دلسوزی در برابر پروتکل های ایمنی بیمارستان؛ یک نمونه.

در یک نمونه‌ی مورد مثال، پرستاری بود که در یکی از واحدهای کووید-۱۹ کار می‌کرد و نسبت به تصمیمی که مجبور شده بود در لحظه بگیرد احساس گناه و شک داشت. این تصمیم در واقع انتخاب بین احساس وظیفه و دلسوزی برای بیمار در حال مرگ و خواسته‌های پروتکل‌های ایمنی بیمارستان بود. پرستار بر بالین بیماری بدحال با مرگ قریب‌الوقوع بود. پرستار به بیمار و خانواده قول داده بود که بیمار در هنگام مرگ تنها نگذارد اما روند مرگ بیمار بسیار طولانی شده بود و پرستار زمان بسیار بیشتری را نسبت به دستورالعمل بهداشتی‌ای که برای محافظت از پرستاران در برابر قرار گرفتن در معرض ویروس بیان شده بود، در کنار تخت بیمار ماند.

به همین دلیل، همکاران وی و سپس سرپرست، از پشت شیشه به او اشاره می‌کردند که از اتاق بیرون بیاید و محل را ترک کند. پرستار ابتدا سعی کرد به اشارات همکاران و مافوق خود بی‌توجه باشد، اما اشاره‌ی سرپرست به وضوح به یک فرمان تبدیل شد.

در نهایت، پرستار مجبور به ترک اتاق بیمار قبل از مرگ او شد. این امر سبب شد که او احساس کند در آسیب پذیرترین لحظه بیمار، به اعتماد او خیانت کرده است.

با اینکه هر پرستاری مداوم با این شرایط و یا شرایط مشابه آن روبه‌روست، ولی رها کردن احساس گناه و پشیمانی به درجاتی برای هر پرستاری دشوار است، حتی اگر بداند بودن در آن موقعیت غیر ممکن است.

پرستاران اغلب به دلیل نقششان به عنوان مراقبان کنار تخت و حامیان بیماران با معضلات اخلاقی منحصربه‌فردی مواجه هستند. این نقش منحصر به فرد است زیرا پرستاران مراقبت روزانه از بیمار را تجربه می‌کنند و اغلب بیماران و خانواده خود را به گونه‌ای می‌شناسند که پزشکان و متخصصان ممکن است نشناسند.

سوء ظن به سوء استفاده یا بدرفتاری

از بسیاری از انواع معضلاتی که پرستاران ممکن است با آن مواجه شوند، یکی که به خصوص دلهره آور و دردسرساز است در پرستاری کودکان پدید می‌آید. متأسفانه مراقبت از کودکی که پرستار گمان می‌کند قربانی آزار و اذیت یا بدرفتاری بوده است، امری رایج است.

در حالی که ساختارهای قانونی مختلف در کشورها وجود دارد، این موقعیت روبه‌رویی با کودکانی قربانی هنوز معضلات اخلاقی را برای پرستاران ایجاد می‌کند، چراکه اغلب درجه‌ای از عدم اطمینان در مورد اینکه آیا سوء استفاده از کودک صورت گرفته است یا نه وجود دارد. در چنین موقعیت‌هایی پرستاران باید به‌طور حرفه‌ای با والدین کودک درگیر شوند، والدینی که از طرف کودک تصمیم می‌گیرند و در عین حال نگرانی شدید برای رفاه و آینده‌ی کودک دارند.

در صورتی که پرستار تصمیم به گزارش سوء ظن به سوء استفاده از کودک را داشته باشد، باید توجه به امکان اشتباه و عدم اطمینان از سوء استفاده را داشته باشد تا بتواند پزشکی صحیح را ارائه دهد. چنین موقعیت‌هایی منشأ ناراحتی‌های اخلاقی بزرگ برای پرستاران هستند و قابل درک است.

۳- دیسترس یا آشفتگی اخلاقی

تعاریف:

دیسترس اخلاقی احساس منفی و عدم تعادل روانی است که در افراد علی‌رغم داشتن آگاهی و توانایی برای عملکرد اخلاقی به واسطه ناتوان بودن در به‌اجرا درآوردن تصمیم‌گیری اخلاقی‌شان به وجود می‌آید و هنگامی رخ میدهد که فرد احساس می‌کند نمی‌تواند بر طبق ارزش‌ها و تعهدات محوری عمل کند یا اقدامات وی برای دستیابی به نتیجه‌ی مورد نظر با شکست مواجه می‌شود. به‌طور کلی می‌توان دیسترس اخلاقی را درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی دانست که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیش‌رو، از نظر اخلاقی دچار خطا می‌شود. این پدیده یکی از موضوعات مهم اخلاقی بوده که برای اولین بار توسط جامپتون مطرح شده است. وی دیسترس اخلاقی را شرایطی می‌داند که افراد به دلیل محدودیت‌های موجود قدرت انجام آن را نداشته و بین تصمیم اخلاقی صحیح و عملی که برخلاف آن بایستی انجام دهند، دچار حالت تعارض می‌شوند.

بر پایه این تعریف در سال ۲۰۰۲ تئوری دیسترس اخلاقی مطرح شده که به‌طور وسیع این پدیده را مورد بررسی قرار داده و جنبه‌ها و تأثیرات آن را بیان کرده است. در این تئوری دیسترس اخلاقی به عنوان پدیده‌ای بیان شده که می‌تواند بر روی پرستار، بیمار و سیستم‌های بهداشتی تأثیرات متفاوتی را داشته و منجر به عواقب مهمی شود. دیسترس اخلاقی می‌تواند در پرستاران باعث نارضایتی و استرس و همچنین فرسودگی و ترک حرفه شده و بیماران نیز به دنبال این شرایط با افت کیفیت مراقبت مواجه شده و زمان بستری شدنشان در محیط‌های درمانی افزایش می‌یابد. نهایتاً سازمان‌ها نیز از تأثیرات دیسترس اخلاقی بی‌بهره نمانده و با هزینه‌های سنگینی به دنبال از دست‌دادن کارکنان و عدم رضایت بیماران مواجه میشوند.

دیسترس اخلاقی از مشکلات شایع در مراقبت بهداشتی می‌باشد و به‌عنوان یکی از عوامل آسیب‌زا برای پرستاران مطرح است و با توجه به فراخور شغلی، از بزرگ‌ترین مشکلات حرفه‌ی پرستاری می‌باشد. پرستاران هنگامی دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند که به عملکرد اخلاقی اشراف داشته باشند ولی تحت شرایط موجود امکان عملکرد درست برایشان میسر نباشد. دیسترس اخلاقی می‌تواند پیامدهای نامطلوبی را در زمینه‌های مختلف برای پرستار، بیمار و نظام سلامت ایجاد کند و فقط به تجربیات پرستاران محدود نمی‌شود.

رویکرد افراد در مواجهه با آشفتگی اخلاقی:

رویاری با این شرایط آشفته‌ساز باعث احساس محرومیت، غم و تضاد در پرستاران می‌شود. وقتی شرایط ایجاد دیسترس فراهم می‌شود، ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های سازگاری متفاوت افراد سبب می‌شود که به طرق متفاوت با دیسترس رفتار بکنند. این پریشانی در برخی افراد سبب افسردگی، ناامیدی و احساس گناه شده و افراد مکانیسم‌های غیر تطابقی را پیش می‌گیرند؛ تاحدی که دیده شده، گزارش خطا برای خود تنظیم می‌کنند. برخی از افراد سعی در تغییر شرایط کرده و با سازمان و تیم درمان به مقابله پرداخته و از درمان صرف نظر می‌کنند. رویکرد عده‌ی دیگر در مقابل این شرایط، سکوت می‌باشد؛ یعنی شرایط را پذیرفته‌اند و در طولانی مدت تحت اثرات پنهان آن قرار می‌گیرند و دچار فرسودگی و نارضایتی می‌شوند.

تبعات آشفتگی اخلاقی:

آشفتگی اخلاقی در پرستاران علاوه‌بر ایجاد علایمی همانند سردرد، اختلال گوارشی، عصبانیت، گناه، افسردگی و فرسودگی و کاهش اعتماد بنفس، باعث احساس ناتوانی و عدم کفایت در تغییر دادن شرایط کار در حیطه‌ی مراقبت از بیماران می‌شود. از طرفی، استرس، فرسودگی و ناراحتی پرسنل که ناشی از شرایط نابسامان است، تمایل به ترک این حرفه را در این افراد بالا می‌برد و عدم رضایت شغلی را ایجاد می‌کند. تبعات آشفتگی اخلاقی بر بیماران و سازمان‌ها نیز تاثیر دارد. این پدیده می‌تواند باعث بی‌توجهی و فاصله گرفتن پرستاران از بیمار شده و در رسیدن به اهداف درمانی اختلال ایجاد کند. کیفیت پایین مراقبت، مدت زمان بستری بیماران را در محیط‌های درمانی افزایش داده و باعث فرسودگی و ناخشنودی بیماران می‌شود. علاوه بر این، سازمان‌ها را نیز با افزایش شکایت‌ها و نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت مواجه می‌سازد. این خود باعث مواجهه‌ی سازمان‌ها با معضلات مالی فراوانی می‌شود و وجهه‌ی آنان را متزلزل می‌گرداند.

دلایل دیسترس اخلاقی:

دلایل مطرح شده در زمینه دیسترس اخلاقی متفاوت‌اند. فشار کار، کمبود نیروی کاری، جو نابسامان محیط کار، مراقبت بی‌هوده و آزمایشات و اقدامات غیرضروری صورت گرفته برای بیماران، حمایت ناکافی از بیماران، فقدان احترام و پذیرش از سوی پزشک، عدم صلاحیت پزشکان و همکاران در تیم بهداشتی، دادن اطلاعات غیر واقعی و ناکافی پیرامون درمان و پیش‌آگاهی به بیماران و خانواده‌ها و تصمیم‌گیری برای بیماران در مراحل انتهایی زندگی، همگی جزء عوامل شایع دیسترس اخلاقی به حساب می‌آیند. شرایط بیمار و خانواده او نیز در بروز آشفتگی‌ها موثر است. توهین، عدم اعتماد به تیم درمان و همچنین خواسته‌های متضاد آنها از تیم درمانی می‌تواند زمینه ساز بروز دیسترس شود.

دیسترس اخلاقی در اورژانس:

پرستاران شاغل در بخش اورژانس، به‌طور روزانه، با موقعیت‌های دشوار و ایجادکننده‌ی دیسترس، روبه‌رو می‌شوند که این به‌نوبه‌ی خود بر روی ارائه‌ی مراقبت از بیمار تاثیر منفی می‌گذارد. مراجعات فراوان به این بخش‌ها، وضعیت حاد بیماران و نیاز به ارائه‌ی مراقبت ویژه، مواجهه با بیماران و همراهان مضطرب آن‌ها، متخصصان و مراقبان پرسترس، لزوم رعایت جنبه‌های اخلاقی و قانونی، هزینه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر و احتمال وقوع خشونت علیه کارکنان، از مشکلات کار در بخش‌های اورژانس است. علاوه‌بر این موارد، کمبود متخصصان طب اورژانس، کمبود پرستار حرفه‌ای، آموزش ناکافی، تجهیزات نامناسب و فرهنگ متفاوت مراجعان، پرستاران بخش اورژانس را با چالش‌های اخلاقی متعددی مواجه می‌کند.

دیسترس اخلاقی در بخش‌های ویژه:

نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که از هر سه پرستار یک نفر دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کند. در بخش مراقبت‌های ویژه به‌علت نیاز گسترده به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران در وضعیت‌های بحرانی بروز دیسترس اخلاقی افزایش می‌یابد. نتایج سایر مطالعات نیز حاکی از آن است که ۶۷ درصد از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند. مطالعات انجام شده بیان کرده‌اند که به‌علت دیسترس اخلاقی ۸۱٪ از پرستاران بخش‌های ویژه جراحی خودشان را بی‌قدرت و غیرمؤثر توصیف کرده‌اند. پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در تصمیم‌گیری برای بیمارانشان به دلیل اختلاف در تعارضات اخلاقی احساس عجز و ناتوانی در عمل به عنوان مدافع بیمار را تجربه کردند.

دیسترس اخلاقی در بخش‌های NICU و ICU نسبت به سایر بخش‌های ویژه بیشتر گزارش شده که از این میان ICU بیشترین میزان دیسترس اخلاقی را در بین بخش‌های ویژه تحمل می‌کند. با این حال، طبق مطالعات، شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در سطح متوسط ارزیابی شده است.

پرستاران هنگام کار با پرسنل غیر ایمن و فاقد صلاحیت و ارائه‌ی مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمانگر کافی در بخش، بیشترین دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند. این درحالیست که در هنگام اجرای تجویزهای شفاهی (بدون حضور پزشک در بالین) مثلاً زمانی که در شرایط کد احیای قلبی و ریوی، دستورات دارویی را بدون ماساژ و لوله‌گذاری اجرا می‌کنند، دیسترس اخلاقی را با شدت کمتری تجربه می‌کنند. این مسئله می‌تواند ناشی از مواجهه‌ی کم پرستاران با این موقعیت باشد. معمولاً در مواردی که به نظر پرستاران حائز اهمیت باشد، پزشکان بر بالین بیمار حاضر می‌شوند. با تمام این تفاسیر، اجرای برنامه‌های آموزشی در مورد موضوعات، تصمیم‌گیری‌ها و مسائل غامض اخلاقی و ارائه‌ی راهکارهای پیشگیری از آن‌ها در بخش مراقبت‌های ویژه، برای کلیه‌ی پرسنل درمان در این بخش‌ها، توصیه می‌گردد؛ چراکه دیسترس اخلاقی برای بیماران، تامین‌کنندگان سلامت، سازمان‌های مرتبط و جامعه در ابعاد اقتصادی، روانی و اجتماعی می‌تواند اثرات زیانباری داشته باشد.

تأثیر آموزش اخلاقی بر آشفستگی اخلاقی:

پژوهشگران دریافته‌اند که بحث درباره‌ی معضلات اخلاقی پیش‌آمده به همراه تمرینات بالینی باعث می‌شود، پرستاران مشکلات اخلاقی را بهتر شناسایی کنند، با تفکر درباره‌ی این معضلات و با به‌کارگیری اصول اخلاقی، تصمیمات اخلاقی مناسبی بگیرند. آموزش اصول اخلاقی می‌تواند به عنوان عاملی جهت افزایش آگاهی اخلاقی در پرستاران محسوب گردد و تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش اصول اخلاقی باعث کاهش آشفستگی اخلاقی در پرستاران می‌شود. همچنین، آموزش اخلاقی نقش موثری بر ارتقای سطح قضاوت اخلاقی پرستاران دارد؛ ازطرفی ارتقای قضاوت اخلاقی می‌تواند آشفستگی اخلاقی را نیز کاهش دهد.

محیط کاری پرستاران و مواجهه روزانه‌ی آن‌ها با مرگ و تصمیم‌گیری، باعث ایجاد تنش و آشفستگی اخلاقی در آن‌ها می‌شود. بااین‌حال دانستن کدهای اخلاقی به تنهایی کافی نیست و اهمیت دادن به عمل اخلاقی مهم‌ترین ضامن انجام عمل اخلاقی است که به وسیله‌ی قضاوت در رفتار اخلاقی ایجاد می‌شود. بنابراین، اجرای برنامه‌های آموزش اخلاق در مراکز درمانی به عنوان راهکاری در کاهش آشفستگی اخلاقی در پرستاران می‌تواند مورد توجه قرار بگیرد.

فرسودگی شغلی و دیسترس اخلاقی:

تعاریف:

فرسودگی شغلی اولین بار برای توصیف حالات خستگی مشاهده شده در کارمندان مطرح شد و در اواسط سال ۱۹۹۵ مورد توجه محققان قرار گرفت. فرسودگی شغلی سندرمی روانی است که با علائم خستگی عاطفی، کاهش احساس موفقیت و مسخ شخصیت مشخص می‌شود. وقتی فردی در معرض فرسودگی قرار می‌گیرد اثرات طولانی مدت فشارهای وارده به فرد از سوی محیط کاری، او را دچار درماندگی می‌کند. این پدیده در مشاغل حمایتی همانند پرستاران، مددجویان اجتماعی و معلمان بیشتر دیده می‌شود.

پرستاری نمونه‌ای از مشاغلی است که به علت ماهیت و نوع خدمت ارائه شده در معرض فرسودگی بالایی قرار دارد. در این حرفه فرد ساعات متمادی را صرف تبادل با مددجویان کرده و این عمل منجر به تخلیه ذخایر عاطفی وی شده که یک علامت محوری در فرسودگی است. پژوهشگران شیوع بالای فرسودگی در پرستاران را ناشی از مواجهه مکرر با موقعیت‌های استرس‌زایی دانسته‌اند که پرستاران به طور روزانه با آن مواجه هستند. به‌طور کلی می‌توان گفت پرستاران به دلیل ماهیت شغلی و تقاضای هیجانی‌شان نسبت به این پدیده مستعد ترند.

علت های فرسودگی شغلی:

علل متفاوتی در بروز فرسودگی نقش دارند. علاوه بر عوامل فردی، عوامل بین فردی و سازمانی نیز در بروز آن مؤثرند. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که افراد در محیط‌های کاری یکسان به یک نسبت دچار فرسودگی نمی‌شوند. این خود حاکی از تعامل این عوامل با همدیگر در بروز فرسودگی است. به طور کلی می‌توان فشار کار بالا و شرایط استرس‌زای محیط کاری همانند ابهام نقش، تعارض نقش و محیط نامناسب را نیز در بروز فرسودگی مؤثر دانست. برخی از محققین توقعات بالای کاری را در طولانی مدت و همچنین کمبود درآمد را جز عوامل خطر فرسودگی معرفی می‌کنند.

پیامد ها:

فرسودگی خود با پیامدهایی همانند کاهش سطح سلامتی جسمی و روانی پرستاران، غیبت از محل کار، تغییر شغل، افت کیفیت مراقبت از بیمار و کاهش رضایت آنها همراه بوده و روشن است که این روند افت کیفی و کمی خدمات بهداشتی را به دنبال خواهد داشت.

فرسودگی و دیسترس اخلاقی:

پژوهش‌ها ضمن تأکید بر اهمیت دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی محیط کار را در بروز فرسودگی مؤثر دانسته‌اند. همچنین این مطالعات نشان می‌دهند که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیط‌های ویژه بوده و پرستاران در مواجهه با آن احساس فرسودگی، استرس شغلی و عدم رضایت شغلی را دارند. مطالعات صورت گرفته چه در ایران و چه در سایر کشورها در این زمینه، نشان دهنده وجود ارتباط معنی‌دار مثبتی بین فرسودگی و دیسترس اخلاقی است.

در این مطالعات به این نکته اشاره شده است که دیسترس اخلاقی یکی از مسائل در حال گسترش در محیط‌های بالینی بوده که می‌تواند عوارضی همانند فرسودگی را به دنبال داشته باشد. نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر حاکی از آن است که ارتباط بین تکرار دیسترس اخلاقی و فرسودگی از میزان بالاتری در مقایسه با شدت دیسترس برخوردار بوده است. یکی از مواردی که تأثیر مسائل اخلاقی را افزایش می‌دهد شاید تکرار آن باشد.

مواجهه مکرر پرستاران با مسائل اخلاقی خود عامل مهمی در تأثیر پذیری از آن است. یک حادثه اخلاقی هر چند شدید با یک بار وقوع، تأثیرات حادی را در فرد ایجاد خواهد کرد. حال آنکه وقوع مکرر این حوادث باعث ایجاد طیف مزمینی از تأثیرات در فرد خواهد شد. پرستار با مواجهه مکرر با این وقایع دچار کاهش قوای مقاومتی شده و به تدریج به سمت عوارضی همانند فرسودگی سوق داده خواهد شد. فرسودگی شغلی نیز خود پدیده‌ای نبوده که شرایط حاد اخلاقی آن را در فرد ایجاد کنند، بلکه تکرار حوادث به همراه ویژگی‌های فردی همانند بستری شرایط لازم برای بروز این پدیده را در فرد به وجود می‌آورد. به طور کلی می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکرار دیسترس‌ها و مسائل اخلاقی ارتباط بیشتری با بروز پدیده فرسودگی شغلی دارد.

خستگی از ارائه ی مراقبت به بیمار و دیسترس اخلاقی:

تعاریف:

خستگی از ارائه ی مراقبت به بیمار به شرایطی اطلاق می شود که احساس و تجربه ی کمک به دیگران در افراد مراقبت کننده به واسطه ی مشاهده و روبه‌رو شدن با چالش‌های موجود تغییر کرده و با نوعی سرخوردگی مواجه می‌شوند.

خستگی از کمک به بیماران، اثر یا نتیجه‌ی عاطفی از حوادث آسیب‌زای غیرمستقیمی است که به واسطه‌ی کمک به بیماران بوجود می‌آید. وی این پدیده را تاوان و هزینه ای می‌داند که فرد مراقبت کننده در ازای کمک به بیماران پرداخت می‌کند.

اگر این پدیده درمان نشود میتواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت کاهش کارایی پرستاران شود. به تدریج احساس سنگدلانه ای در فرد بوجود آمده و شخص نسبت به بیماران بی احساس و بی تفاوت شده و به سمت فرسودگی سوق داده می شود. این پدیده قابل پیشگیری بوده و افراد در مواجهه با این پدیده از مکانیزم‌های متفاوتی استفاده می‌کنند. در این میان عواملی چون سیستم حمایتی، توانایی فرد برای درمیان گذاشتن احساسات خود با دیگران و قدرت مدیریت شرایط ایجاد کننده می‌تواند بر پاسخ فرد در برابر شرایط موجود تاثیرگذار باشد.

علائم:

علائم این پدیده متفاوت بوده و میتواند به صورت عصبی بودن و اضطراب، کج خلقی، خلق متغییر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتماد به نفس، فاصله گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد، سرگیجه و غیره در پرستار ظاهر شود.

ارتباط با دیسترس اخلاقی:

دیسترس اخلاقی پدیده ی شایعی در پرستاران بوده و باعث فرسودگی شغلی، اضطراب و کاهش کیفیت مراقبت در بیماران می‌شود. تا جایی که مطالعات نشان می‌دهد بین دیسترس اخلاقی و رضایت شغلی رابطه ای وجود دارد و سطح بالای دیسترس اخلاقی در پرستاران در بروز نارضایتی حرفه ای آنها موثر می‌باشد.

در مطالعه ای که با هدف تعیین شرایط ایجاد کننده ی دیسترس اخلاقی صورت گرفت، عدم توافق بین پرستاران و خانواده‌های بیماران، در رابطه با دیدگاه آن‌ها نسبت به مراقبت از بیمار را به عنوان یک منبع مهم دیسترس اخلاقی معرفی می‌کند. شرایط دیسترس اخلاقی، به نوبه ی خود موجب اجتناب از برخورد و مواجهه با بیمار و افت کیفیت مراقبت می شود و ترس از مواجهه با بیماران در شرایط دیسترس اخلاقی به عنوان یک عارضه‌ی خطرناک یاد می‌شود.

در مطالعه‌ای که در یک گروه از پرستاران بخش انکولوژی در برزیل صورت گرفت مشخص شد که مشاهده‌ی درد و رنج دیگران توسط پرستاران می‌تواند باعث افزایش استرس، فشار کاری و خطاکاری آن‌ها شود.

در مطالعه‌ی دیگری که در سال ۲۰۱۰ بر روی پرستاران صورت گرفت، بیان کرد که پرستاران به واسطه‌ی کمک به بیماران در معرض خستگی بوده‌اند ولی از این وضعیت خود آگاهی ندارند. این مطالعه مهم ترین عامل در ایجاد این پدیده‌ی خستگی را مربوط به مراقبت از بیماران و همچنین شرایط بیماران دانسته است.

پژوهشگران ارتباط بین دیسترس اخلاقی و خستگی از کمک به بیمار را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه معنی‌دار و مثبت گزارش می‌کنند. به طور کلی، بین دیسترس اخلاقی و خستگی ناشی از ارائه‌ی کمک به بیماران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. و این پدیده می‌تواند با توجه به سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، و نوع بخش محل خدمت، میزان متغییری داشته باشد. باتوجه به اینکه یکی از نقش‌های مهم پرستاران نقش ارتباطی و مراقبتی است، در حقیقت نمی‌توان این نقش پرستاران را در مواجهه با افرادی که درخواست کمک دارند نادیده گرفت، پس شرایط ایجاد شده به دنبال دیسترس اخلاقی می‌تواند در ارتباط پرستار و بیمار و همچنین کیفیت ارائه‌ی مراقبت تاثیرگذار باشد. از آنجایی که احتمال بروز این پدیده در بخش مراقبت‌های ویژه بیشتر بوده است، این بخش‌ها از نظر کیفیت مراقبت در معرض خطر بیشتری قرار داشته و نیاز به حمایت بیشتری دارند.

راه کار:

باتوجه به این نتایج، نیازمند به‌کارگیری راه‌کارهایی در جهت کاهش دیسترس اخلاقی و خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران هستیم. ارائه‌ی آموزش به پرستاران در این زمینه و همچنین مشاوره‌های دوره‌ای برای پرستاران و ایجاد تمهیداتی مانند تغییر بخش خواهد توانست در مدیریت کردن شرایط دیسترس‌زا و خستگی پرستاران از ارائه‌ی مراقبت به بیمار نقش موثری ایفا نماید.

ارتباط بین رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و ترک خدمت پرستاران:

ترک خدمت:

پرستاران، به عنوان بزرگ ترین مجموعه کارکنان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، در خط مقدم مراقبت از بیماران قرار دارند؛ با این حال نگرانی‌هایی در حفظ این نیروی کار وجود دارد. وجود عواملی همچون: استراتژی‌های مدیریتی، کمبود نیرو، حقوق و مزایا، استرس و عوامل دیسترس‌زا در حرفه ی پرستاری، می‌تواند باعث شود پرستاران حرفه‌ی خود را ترک کنند و این به نوبه‌ی خود سبب کمبود نیرو و افزایش متوسط سن پرستاران باقی مانده می‌شود به طوری که در آمریکا بیشتر از ۴۰ درصد از نیروهای رسمی بالای ۵۰ سال سن دارند.

این نیروها طی مدت کوتاهی بازنشسته می‌شوند و با خروج خود به بحران کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بهداشتی دامن می‌زنند. قصد ترک خدمت، یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم ترک خدمت حقیقی است و آگاهی از این موضوع که چه عواملی باعث می‌شوند تا یک کارمند تصمیم به جدایی بگیرد، در توانایی سازمان برای حفظ کارمندان بسیار حیاتی است. یکی از مسائلی که می‌تواند بر قصد ترک خدمت پرستاران آثاری شایان توجه داشته باشد، دیسترس اخلاقی است. چراکه میدانیم حرفه ی پرستاری بنابر ماهیت خود با مسائل اخلاقی شایعی از جمله دیسترس اخلاقی روبه‌روست و امروزه بیشتر در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از طرفی دیسترس اخلاقی، طیفی پیوسته از نارضایتی پرسنل و تمایل به ترک حرفه را ایجاد کرده است.

قصد ترک خدمت و دیسترس اخلاقی:

مطالعات نشان دادند که بین دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت در پرستاران ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش دیسترس اخلاقی، قصد ترک خدمت نیز افزایش می‌یابد. یافته‌های سایر مطالعات نیز مبین این مطلب است که دیسترس اخلاقی از مواردی است که بر زندگی شخصی و حرفه‌ای پرستاران تاثیر منفی دارد و آن‌ها را از نظر جسمی و روانی تحت تاثیر قرار می‌دهد که در نهایت تمایل به ترک خدمت را در پرستاران تقویت می‌کند.

تمایل به ترک حرفه در ایران:

میزان تمایل به ترک حرفه در میان پرستاران ایرانی کمتر از مطالعات مشابه خارجی است؛ به نظر می‌رسد شرایط خاص سازمانی در ایران و پیچیدگی مراحل و سختی فرایندهای اداری و قانونی آن، تمایل ترک حرفه را در کارکنان سرکوب می‌کند. گفتنیست که در وضعیت استخدامی، رسمی بودن یا نبودن و سن افراد می‌تواند در تمایل به ترک خدمت موثر باشد.

رهبری اخلاقی:

رهبران پرستاری، از عوامل اثرگذار بر افکار و رفتارهای پرستاران، در محیط‌های سازمانی اند و آنچه مسلم است رهبری در پرستاری نقش مهمی را در مراقبت اخلاقی و ایجاد فرهنگ مراقبت ایفا می‌کند. یکی از رویکردهای رهبری، رویکرد رهبری اخلاقی است که در دهه‌ی پایانی قرن بیستم، به‌طور جدی در ادبیات رهبری و مدیریت وارد شده است.

رهبران اخلاقی در پرستاری، با داشتن بصیرت حرفه‌ای و نقش مانیتورینگ، از طریق تعاملات همدلانه، رفتار اخلاق‌مدار و منش‌های متعالی، منجر به رضایت همه‌جانبه و ارتقای بهره‌وری می‌شوند و با درخواست از پیروان برای ارائه‌ی رفتار اخلاقی و تسهیل آن، آن‌ها را به سمت رفتار درست اخلاقی هدایت می‌کنند. پژوهش‌ها نشان داده است رهبری اخلاقی می‌تواند به کاهش خطای پرستاری و افزایش گزارش‌دهی خطاها، ارائه‌ی خدمات مطلوب‌تر، رضایت درونی رهبر، رضایت‌مندی پرستاران و بیماران، تعهد سازمانی، بهبود سلامت و رفاه کارکنان و ایجاد رفتار اخلاقی در کارکنان منجر شود. با توجه به یافته‌های پژوهشگران، دیسترس اخلاقی باعث افزایش قصد ترک خدمت پرستاران می‌شود و رهبری اخلاقی در کاهش دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت نقشی بسیار مهم دارد.

رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی:

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که بین دیسترس اخلاقی و رهبری اخلاقی در پرستاران همبستگی‌ای منفی وجود دارد؛ به طوری که با افزایش رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی در پرستاران نیز کاهش می‌یابد. مطالعه‌ای بر روی پرستاران کره‌ی جنوبی نشان داد که جو اخلاقی و رهبری اخلاقی درک‌شده توسط پرستاران از عوامل اثرگذار قابل توجه، بر دیسترس اخلاقی است. رهبران متکی بر ارزش‌های اخلاقی، با ایجاد جوی اخلاقی و کاهش میزان و شدت دیسترس اخلاقی، اثراتی شایان توجه بر حفظ پرستاران و کاهش ترک خدمت و افزایش رضایت شغلی آنان دارند و بالعکس، رفتار غیراخلاقی رهبر ممکن است به ناامیدی، بی‌اعتمادی، بی‌علاقه‌شدن و نقض تعهد پیروان منجر شود و در نتیجه، روی بیمار و اثربخشی سازمانی اثر منفی داشته باشد. بنابراین مدیران پرستاری می‌توانند با اتخاذ این رویکرد رهبری و انجام دادن اقدامات مناسب، زمینه‌ی ابقای پرستاران را در حرفه‌ی پرستاری فراهم نمایند تا بدین وسیله از اتلاف هزینه برای استخدام کردن نیروهای جایگزین جلوگیری کنند. تدارک کارگاه‌هایی در این زمینه به منظور آگاه کردن مدیران پرستاری از مزایای این رویکرد، پیامدهای مثبتی از جمله ارتقای کیفیت مراقبت و رضایت کارکنان را افزایش می‌دهد.

رابطه‌ی رهبری اخلاقی و قصد ترک خدمت:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین رهبری اخلاقی و ابعاد آن با قصد ترک خدمت پرستاران ارتباط منفی وجود دارد؛ بدین معنا که با افزایش سطح رهبری اخلاقی مدیران پرستاری، قصد ترک خدمت پرستاران کاهش می‌یابد. رهبری اخلاقی با رفتارهای خود از قبیل الگوبودن، عمل‌گرایی و تقویت روابط بین‌فردی زمینه‌ی رشد و توسعه و اطمینان خاطر کارکنان را فراهم می‌آورد. در چنین شرایطی، کارکنان حاضر نیستند به راحتی هزینه‌های ناشی از ترک شغل را بپذیرند و به دنبال جایگزین‌های دیگر بگردند. رفتار اخلاقی مدیر میزان رضایت را افزایش و نیت ترک خدمت را کاهش می‌دهد که این دو عامل برای سازمان بسیار حائز اهمیت است.

دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری:

تعاریف:

تاب‌آوری به‌عنوان توانایی‌های اجتماعی و فردی برای بازیابی، سازگاری و پایداری در واکنش به شرایط ناگوار تعریف می‌شود. تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا معضلات اخلاقی را شناسایی و به‌صورت موثر آن را بیان نموده و اقدامات لازم را انجام دهند. افراد دارای سطح بالای تاب‌آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و اعتماد به نفس بالاتری دارند. با ارتقای تاب‌آوری فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب بوجود آمدن بسیاری از مشکلات روانشناختی می‌شود، از خود مراقبت نشان داده و بر آن‌ها غلبه نماید. تاب‌آوری برای پرستاران برای کاهش نتایج منفی و افزایش پیامد‌های مثبت استرس بسیار مهم است. همچنین درک مفهوم تاب‌آوری می‌تواند در ارائه‌ی پشتیبانی و توسعه برنامه‌هایی برای کمک به پرستاران در ارتقا و ماندگاری در پرستاری کمک بکند.

تاب‌آوری به‌عنوان عاملی مهم موجب ارتقای رضایت پرستاری، ماندگاری شغلی آنان در بخش‌ها و کاهش اضطراب شغلی و احساس فرسودگی می‌شود و تاثیر مستقیم بر سلامت جسمی و روحی دارد. تاب‌آوری در پرستاران از طریق دانش، مهارت و تجربیات بالینی حاصل می‌شود که منجر به اعتماد به نفس و انعطاف‌پذیری آنها در مقابله و سازگاری با محیط‌های کار پیچیده‌ی کاری می‌شود.

ارتباط با دیسترس اخلاقی:

تقویت عامل محافظتی‌ای چون تاب‌آوری می‌تواند به پرستاران در کاهش تعارضات اخلاقی کمک بکند. از بین ابعاد تاب‌آوری همچون، کنترل و پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن و دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد؛ به نحوی که با افزایش این دو بعد، دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد، لذا با به‌کارگیری مداخلاتی مثل آگاه نمودن پرستاران از این نتایج و همچنین با حمایت مدیران پرستاری و برگزاری کارگاه در این زمینه می‌توان دیسترس اخلاقی را تا حدی کاهش داد. فعالیت‌های آموزشی در این زمینه این پتانسیل را دارند که اثرات دیسترس اخلاقی را به حداقل برسانند و منجر به حفظ نیروی کار و درنهایت ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار شود.

توانمندی و دیسترس اخلاقی:

تعاریف:

یکی از عواملی که می‌تواند دیسترس اخلاقی و شرایط ایجادکننده آن را تحت تأثیر قرار دهد، توانمندی پرستاران در محیط‌های مراقبتی است.

توانمندی در معنای عام خود، عملکردی مداوم بوده که به قدرت بخشیدن و دادن آزادی عمل به افراد برای اداره خودشان اشاره داشته و می‌تواند عملکرد افراد را به حد نرمال آن نزدیک کند. توانمندی، ابزاری کاربردی است که باعث رشد و ارتقای دانش و مهارت افراد شده و بکارگیری آن آرمانی آشکار برای ارتقای سلامت جوامع محسوب میشود.

ابعاد توانمندی:

توانمندی شامل دو بعد روانی و محیطی است که هر کدام از این ابعاد به حیطه خاصی از توانمندی اشاره دارد. توانمندی محیطی از ۳ بعد تشکیل شده است. ابعادی چون: نگرش‌ها (به اشتراک‌گذاری اطلاعات با کارکنان در سازمان)، روابط (مسئولیت افراد در تیم درمانی و همکاری در سازمان) و ساختارهای سازمانی (استفاده از ساختارهای سنتی و غیر شفاف با ساختارهایی روشن و شفاف که بر اقتدار افراد مبتنی است). این ابعاد حاکی از آن هستند که از طریق به اشتراک‌گذاری اطلاعات مورد لزوم سازمانی با کارکنان، برقراری ارتباط مؤثر و ساختارهای سازمانی فردمحور و شفاف، می‌توان توانمندی محیطی پرستاران را افزایش داد. توانمندکردن محیط کار میتواند با ارتقای ایمنی و سلامت محیط کار موقعیت مناسبی را برای ارتقای شغلی کارکنان و کاهش فشارها و تنش‌های موجود در محیط کار فراهم آورد.

پیامدهای افزایش توانمندی:

افزایش توانمندی محیطی باعث ارتقای قدرت و تجزیه و تحلیل کارکنان شده و آن‌ها را قادر می‌سازد راه‌حل‌های مناسبی برای مشکلات خود پیدا کنند. همچنین افراد توانمند می‌توانند خود را با شرایط جدید محیطی و تغییرات آن هماهنگ کرده و دستیابی به اهداف و خواسته‌هایشان را امکان‌پذیر کنند. توانمندی همچنین روی افراد و محیط‌های کاری آن‌ها در جهت کاهش استرس و دیسترس اخلاقی مؤثر بوده و می‌تواند عامل مؤثری در عملکرد و کارایی پرستاران و خصوصاً امنیت بیماران باشد. توانمندی در سازمان‌ها می‌تواند چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم بر پیامدهای سازمانی تأثیرگذار باشد. از جمله پیامدهای مهم آن می‌توان به افزایش انگیزش و اشتیاق شغلی و بروز رفتارهای نوآورانه اشاره کرد که می‌تواند باعث اثربخشی کار شود. احساس توانمندی به افراد کمک می‌کند که تمایل آن‌ها برای مدیریت شرایط دیسترس‌زا افزایش یافته و از بسیاری از عواقب ناخوشایند آن خودداری شود.

ارتباط با دیسترس اخلاقی:

نتایج بدست آمده در زمینه ارتباط دیسترس اخلاقی در ابعاد شدت و تکرار با توانمندی محیطی، حاکی از وجود ارتباط منفی معنی‌دار بین آن‌ها است. به عبارت دیگر، میتوان گفت که وقتی که توانمندی پرستاران در بعد محیطی افزایش مییابد، شدت و تکرار دیسترس اخلاقی آنها کاهش می‌یابد. شاید وقتی افراد از سطح توانایی بالاتری برخوردار باشند حساسیت و پایداری بیشتری نسبت به مسائل اخلاقی سبب شود که سطح دیسترس اخلاقی آن‌ها افزایش یابد. پژوهشگران بیان نموده‌اند که سطوح پایین توانمندی محیطی می‌تواند با واکنش‌های نامناسب کارکنان، همانند فرسودگی و دیسترس اخلاقی رابطه داشته باشد. ضمن وجود ارتباط معنی‌دار بین توانمندی و فشار روانی، میتوان به تغییر ساختار سازمانی به عنوان مهم‌ترین عامل در توانمند نمودن پرستاران اشاره کرد؛ چراکه بهبود ساختار محیط کار پرستاران میتواند سبب کاهش استرس کاری و بهبود نتایج سازمانی شده و نتایجی همانند ارتقای مراقبت از بیماران را به همراه داشته باشد.

پس کلیه اقداماتی که به افزایش توانمندی پرستاران در محیط کارشان منتهی میشود، میتواند شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را کاهش دهد. در نتیجه شاید بتوان با برنامه ریزی مناسب در جهت توانمند نمودن محیط کاری پرستاران و همچنین آموزش آن‌ها گام مؤثری در جلوگیری از عواقب جبران ناپذیر دیسترس اخلاقی برداشت.

عملکرد شغلی در دیسترس اخلاقی:

تعاریف:

کارایی هر سازمانی به عملکرد کارکنان آن وابسته است. همچنین توجه به عملکرد شغلی از عوامل مهم بهره‌وری و موفقیت سازمانی است.

عملکرد شغلی شامل دانش، مهارت‌ها، وجدان و توانایی‌های ادراکی در محیط شغلی است و به‌عنوان فعالیت‌های قابل مشاهده‌ای تعریف می‌شود که کارکنان درباره‌ی اهداف سازمانی انجام می‌دهند؛ بنابراین بررسی عوامل مرتبط بر عملکرد آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است. از جمله‌ی این عوامل می‌توان به کنترل ضعیف منابع انسانی، شرایط ضعیف محیط کار، مبهم و ثابت نبودن اهداف و مقاصد سازمانی و نبودن سیستم ارزیابی عملکرد اشاره کرد.

پرستاران نیز یکی از ارکان سازمان‌های مراقبتی هستند که عملکرد شغلی مطلوب آن‌ها می‌تواند ارائه‌ی مراقبت‌های مطلوب را تضمین کند. در این راستا، کادر پرستاری باید از نظر شرایط جسمانی و روانی در هر لحظه آمادگی مقابله با شرایط پیش‌بینی نشده را داشته باشد و بتواند بهترین مراقبت را برای بیماران فراهم کند و مرگ‌های احتمالی را کاهش دهد.

ارتباط با دیسترس اخلاقی:

نتایج حاکی از آن است که عملکرد شغلی مطلوب پرستاران، به ویژه در بعد آموزشی می‌تواند سبب کاهش میزان دیسترس اخلاقی شود. همچنین بخشی که پرستاران مشغول به کار اند، میانگین ساعات اضافه کار ماهانه، نوع شیفت و نوع استخدام نیز می‌تواند به عنوان عامل پیشگویی کننده در بروز دیسترس اخلاقی عمل کند. به عنوان مثال، در بخش ICU میزان دیسترس اخلاقی کمتر از حد متوسط می‌باشد؛ در حالی که این میزان، در بخش های ویژه به علت اضطراب کاری بالاتر، بیشتر از حد متوسط می‌باشد. بنابراین اقداماتی از قبیل استفاده از پرستاران دارای سابقه‌ی آموزشی تخصصی در بخش ها (به خصوص بخش ویژه)، توجه خاص به آموزش مسائل اخلاقی در مراکز آموزشی درمانی و برگزاری دوره های باز آموزی برای پرستاران می‌تواند در کاهش دیسترس اخلاقی در محیط های بالینی موثر باشند. این مداخلات آموزشی می‌توانند با رویکرد فردی برای کاهش و خنثی سازی میزان فشار روانی ناشی از تصمیم گیری های اخلاقی یا رویکرد بین فردی برای بهبود همکاری بین تیمی ارائه شوند.

دیسترس اخلاقی و تعلق کاری:

تعاریف:

تعلق کاری رویکردیست جهت فهم بهتر تجربه کاری پرستاران و متضاد فرسودگی شغلی است. تعلق کاری وضعیت ذهنی مثبت در رابطه با انجام کار است که به سه حیطة قدرت، اختصاص و مجذوبیت تقسیم بندی می‌شود.

قدرت: اشاره به سطح بالایی از انرژی، انعطاف پذیری در زمان کار و کوشش، پافشاری و سماجت در انجام کار دارد، حتی در مواقعی که از نظر زمان فرد مشکل دارد.

اختصاص: حیطة عاطفی - شناختی است که فرد در رابطه با کار احساس اشتیاق، الهام بخشی، غرور و افتخار و چالش برانگیزی می‌کند. این سطح درگیر شدن محکم با کار است و به سمت شناسایی سطوح کار پیش می‌رود.

مجدوبیت: فرد عمیقاً مشغول کار بوده، تمرکز کامل روی کار دارد. در چنین وضعی زمان سریع می‌گذرد و جدا کردن فرد از کار مشکل است.

کارمندان دارای تعلق کاری بالا، کارشان را بامعنی، رغبت برانگیز و چالشی می‌دانند؛ به طوری که آن‌ها تمایل به بکاربردن دانش، مهارت و منابع جهت توسعه کاری دارند.

خصوصیات کارکنان دارای تعلق کاری بالا

یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که کارکنان متعلق، این خصوصیات را دارند:

- ۱- خوشبختی، شادی، و شور و شوق؛
- ۲- سلامت بهتر جسمی و روانی؛
- ۳- بهبود عملکرد شغلی؛
- ۴- افزایش توانایی خلاقیت در کار و منابع انسانی (مثل پشتیبانی از دیگران).
- ۵- توانایی انتقال تعهد خودشان به دیگران.

ارتباط تعلق کاری با دیسترس اخلاقی:

بین شدت دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران، ارتباط مثبت معنی‌دار وجود دارد. می‌توان چنین استنباط کرد که از آنجایی که افراد دارای تعلق کاری بالا ارتباط مؤثری با کار دارند و در انجام آن سماجت می‌ورزند، در چنین شرایطی می‌کوشند که وظایف خود را به طور کامل انجام داده و به اهداف کاری دست یابند. بنابراین با افزایش تعلق کاری و احساس مسئولیت از یک طرف و از طرف دیگر قادر نبودن به انجام کار درست اخلاقی، این پرستاران دیسترس اخلاقی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند. فشارهای ناشی از عملکرد غیر اخلاقی بر پرستاران منجر به دیسترس اخلاقی در آنها شده که به طبع آن تصمیماتی مانند ترک موقعیت و حرفه و کناره‌گیری از مراقبت می‌گیرند. طبق مطالعات، ۲۰-۱۲ درصد از پرستارانی که دیسترس اخلاقی را تجربه کردند تصمیم به ترک موقعیت گرفته، ۲۰-۱۰ درصد از آنها حرفه‌ی خود را ترک کرده و تعدادی نیز رفتار مشترکی مثل کناره‌گیری کردن از مراقبت بیمار را در پیش گرفتند که همه این موارد تعلق کاری را کاهش می‌دهند.

همچنین بسیاری از پرستارانی که نارضایتی شغلی را گزارش داده بودند، دلیل مشترک نارضایتی خود را دیسترس اخلاقی گزارش کرده بودند که این خود در کاهش تعلق شغلی دخیل می‌باشد. بنابراین، مدیران پرستاری با کمک‌گیری از برنامه‌های آموزشی به پرستاران، بایستی در پی راهکارهایی برای کاهش دیسترس اخلاقی در پرستاران باشند تا آن‌ها ضمن برخورداری از تعلق کاری بالا قادر باشند دیسترس اخلاقی را با شدت کمتری تجربه کنند.

سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی:

سلامت معنوی:

از ابعاد اثرگذار بر دیسترس اخلاقی، سلامت معنوی در پرستاران است. طبق بیانیه‌های سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی، یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و سایر ابعاد سلامت را هماهنگ می‌کند. این بعد از سلامتی، از بعد سلامت مذهبی و وجودی تشکیل می‌شود. سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت و سلامت وجودی بیانگر ارتباط ما با دیگران، محیط و خود است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه‌کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست. انسان‌های دارای سلامت معنوی مطلوب، رویکردی کل‌نگر در زندگی دارند و می‌توانند در رویارویی با مشکلات، با ذهنی باز و انعطاف‌پذیر عمل کنند.

سلامت معنوی در ایران:

به‌طور کلی، طبق تحقیقات، پرستاران در ایران از سطح متوسط و مطلوبی از سلامت معنوی برخوردار اند. علت این امر را می‌توان به مذهبی بودن جامعه‌ی ایران و تمایل افراد به رعایت ارزش‌های معنوی و به‌عبارتی، فرهنگ حاکم بر کشور نسبت داد. بنابراین، چنین نتایجی برای جامعه‌ی ما که متمایل به ارزش‌های مذهبی و معنوی است، دور از انتظار نیست؛ ولی با توجه به اهمیت سلامت معنوی، نیاز به ارتقای بیشتر سلامت معنوی در پرستاران احساس می‌شود.

ارتباط با دیسترس اخلاقی:

با توجه به ماهیت رشته‌ی پرستاری و تعاملات نزدیک پرستاران با بیماران، هرچه پرستاران سلامت معنوی و معنویت بیشتری داشته باشند، مراقبت و مداخلاتی بهتر برای بیمارانشان انجام می‌دهند. پژوهشگران بر این باورند که سلامت معنوی پرستاران، از جمله‌ی مهم‌ترین نظام‌های ارزشی و اعتقادی آنان است که می‌تواند تأثیری زیاد در نگرش و عملکرد آنان در مراقبت از بیماران و تعهد حرفه‌ای‌شان داشته باشد. سلامت معنوی، می‌تواند به‌عنوان منبعی آرامش‌بخش و امیدوارکننده، برای پرستاران که روزانه با عوامل استرس‌زای بسیاری مواجه می‌شوند و مسئولیت مراقبت از بیماران را بر عهده دارند، مفید باشد؛ همچنین، می‌تواند نقشی حیاتی در سازگاری با استرس ایفا کند، تأثیری مثبت در سلامت روانی و جسمی افراد داشته باشد و به‌عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات، به حساب آید. مطالعات نشان داده‌اند که بین سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی همبستگی معکوس وجود دارد و با افزایش سطح سلامت معنوی شدت دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد. با توجه به نقش سلامت معنوی بر دیسترس اخلاقی پرستاران، تقویت این بعد از سلامت افراد، توصیه می‌شود؛ به‌طوری‌که اتخاذ تصمیمات مدیریتی برای ارتقای شرایط سلامت معنوی و کاهش دیسترس اخلاقی در بیمارستان‌ها برای پرستاران، می‌تواند کمک‌کننده محسوب شود.

دیسترس اخلاقی و آتانازی:

دیسترس اخلاقی پدیده است که شرایطی مختلفی میتواند باعث بروز آن شود. یکی از مسائل قابل اهمیت در زمینه ایجاد دیسترس اخلاقی نیز مربوط به مراقبت های پایان زندگی و آتانازی است. آتانازی به معنای مرگ خوب است و از لحاظ اخلاقی موضوع مهمی تلقی می شود. در طی آتانازی پرستار به دستورات خود بیمار یا خانواده اش و به دنبال مشاهده درد و رنج بیمار، از ارائه مراقبت حیاتی خودداری می کند یا مراقبتی را که به مرگ بیمار منتهی می شود انجام می دهد. اگر آتانازی از نظر قانونی امری پذیرفته شده باشد و انجام آن در سیستم های بهداشتی بلامانع باشد، مطمئناً توسط پرستاران در سیستم های بهداشتی انجام شده و در چنین شرایطی است که این پدیده می تواند جزو علت های اصلی دیسترس اخلاقی مطرح شود. پدیده آتانازی پرستار را با حالتی متناقض روبرو می کند. از یک طرف پرستار بنا به درخواست بیمار و خانواده اش و یا برحسب تشخیص خودش با انجام این کار قصد دارد بیمار را از شرایط زجرآور نجات دهد و از طرف دیگر نیز این کار را متناقض با اصول اخلاقی دانسته و ممکن است با ارتکاب این عمل دیسترس و زجر اخلاقی را تجربه کند.

آتانازی برای بیماران (یا چالش های آتانازی):

آتانازی با چالش های زیادی همراه است. بیمارانی که آتانازی در مورد آنها صورت می گیرد، اکثراً دچار افت شدید عملکرد حیاتی بوده و امید چندانی برای بازگشتشان به حالت طبیعی وجود ندارد. این بیماران علاوه بر تحمل درد و رنج روش های درمانی غیر ضروری، به طور پیوسته مراحل انتهایی زندگی بی کیفیت خود را سپری می کنند. همچنین خانواده های آنها نیز در طی این دوره متحمل درد و رنج فراوانی می شوند و چه بسا به دلیل هزینه های درمان سنگین و نامشخص، این بیماران از نظر مالی نیز ناتوان می شوند. از طرفی مسئله ی اشغال تخت در سیستم بهداشتی مطرح است که گاهی واقعا می تواند باعث نجات جان بیمارانی شود که امید بازگشت به زندگی در آنان بالاتر است و استحقاق بیشتر برای دریافت خدمات بهداشتی دارند.

موانع در آتانازی:

در زمینه وقوع آتانازی چندین مانع وجود دارد. نخستین و مهم ترین عامل، نقش ادیان و استدلال های دینی در میان افراد است که با این پدیده مخالفت می کند. در کنار دین، مسائل قانونی مطرح می باشد. اگر نظام های قانونی و سیاسی کشورها بر اساس نظام دینی مبتنی باشند، این پدیده نه تنها با منع دینی همراه بوده، بلکه انجام آن پیگردهای قانونی را به دنبال خواهد داشت. از طرفی، تعهدات و وظیفه مداری افراد نیز باعث مخالفت با وقوع این پدیده می شود. به معنای دیگر، می توان گفت پیروی افراد از قوانین دینی و حقوقی و اینکه نبایستی به دیگران صدمه برسانند سبب شده که ارتکاب آن کاهش یابد. در نتیجه عمل به آن به نوبه ی خودش سبب ایجاد نوعی دیسترس می شود. در آتانازی دو مفهوم از نظر معنایی وجود دارد. عده ای آن را جدای از هدفش به معنای کشتن و قتل دانسته و چون قتل افراد عملی غیر دینی و غیر قانونیست، سبب می شود پرستاران از آن اجتناب کنند.

برداشت منفی سایر افراد جامعه از جمله خانواده بیماران و بیمار سبب شده که آن‌ها نیز تمایلی به این عمل نداشته و از بروز آن دوری کنند. معنای دیگر آن اجازه مردن دادن است. در این معنا پرستاران علی‌رغم آنکه توانایی لازم را برای انجام اقدامات ادامه دهنده زندگی را دارند، از آن اجتناب کرده که این کار بر خلاف وجدان کاری و تعهد حرفه‌ایشان بوده و خود عاملی است که می‌تواند از بروز آن خودداری کند.

آنانازی در ایران:

در ایران نظام مذهبی و قانونی اجازه آنانازی را به افراد نمی‌دهد. در دین اسلام هیچ فردی حق دخالت در پدیده مرگ را نداشته و حتی این حق تصمیم‌گیری برای خود افراد نیز قائل نشده است. لذا اکثر پرستاران در ایران اجرای این عمل را در هیچ صورتی حتی در مورد بیماران لاعلاج، عملی موجه نمی‌دانند. با توجه به این دیدگاه شاید بتوان ادعا کرد به دلیل نگرش منفی پرستاران نسبت به آنانازی این پدیده در ایران مشاهده نشده و در نتیجه نقش آن بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران در حد پایینی قرار داشته باشد. هرچند که ممکن است برخی نظر موافقی با این پدیده داشته باشند، ولی تحت شرایط موجود بدلیل عدم ارتکاب به این عمل اخلاقی نمی‌توان ادعا کرد که دیسترس اخلاقی موجود می‌تواند مربوط به آن باشد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که پدیده دیسترس اخلاقی از نظر تکرار و شدت از سطح متوسطی در میان پرستاران در ایران برخوردار بوده است و ارتباط معنی‌داری را با نگرش پرستاران نسبت به آنانازی نداشته است چرا که نگرش پرستاران در این زمینه پایین است. این رابطه می‌تواند حاکی از این باشد که شاید محیط فرهنگی، مذهبی و اخلاقی ایران سبب شده است که پدیده آنانازی نه تنها صورت نگرفته، بلکه توسط افراد جامعه و همچنین جامعه پرستاران مورد تایید و پذیرش نباشد.

آنانازی در کشورهای غیر اسلامی:

بررسی مطالعات حاکی از آن است که در کشورهای غیر اسلامی و غربی میزان نگرش پرستاران نسبت به این پدیده به طور کلی نسبت به کشورهای اسلامی متفاوت بوده است. برخی از آنها با این پدیده مخالف بوده و برخی موافق که درصد موافقت آنها با این پدیده متفاوت بوده است. حال آنکه در کشورهای اسلامی از جمله ایران مطالعات حاکی از نگرش پایین پرستاران در این مورد است و عوامل فردی و الگوهای قضاوت در نگرش نسبت به آنانازی مؤثر اند. تفاوت مشاهده شده در این رابطه امری کاملاً طبیعی است. از یک طرف این عمل مخالف نظام مذهبی و قانونی در ایران بوده و از طرف دیگر دیدگاه حاکم بر افراد جامعه از جمله پرستاران نیز این عمل را پسندیده ندانسته و چه بسا آن را از نظر اعتقادی گناه تلقی می‌کنند. لیکن در کشورهای غربی با توجه به نظام‌های متفاوت مذهبی و قانونی، آنانازی در طیفی از اقدام‌های مجاز تا غیر مجاز محسوب شده و به طور کل می‌توان گفت که اجزای این عمل در این کشورها با محدودیت‌های خاصی همراه نیست و در محیط‌های درمانی نیز قابل اجرا است. لذا نگرش پرستاران آن‌ها نیز در این باره مثبت‌تر است.

۴- شجاعت اخلاقی

تعریف حرفه پرستاری:

حرفه پرستاری از جمله علمی است که هم در گذشته، حال و آینده دارای جنبه های اخلاقی فراوان و مثال زدنی است. در ارائه مراقبت، احترام گذاشتن به شان و حقوق انسان ها و رعایت اخلاق، بخش جدایی ناپذیر سیستم مراقبت بهداشتی است. شجاعت اخلاقی یکی از ارزش های اساسی در حرفه پرستاری است. این ارزش با دو ارزش دیگر، یعنی عشق و احترام، توسط انجمن بین المللی افتخاری پرستاران (Sigma ThetaTauInternational) در سال ۱۲۲۹ معرفی شد. از آن زمان، عشق و احترام به بیمار به عنوان اصول اخلاقی در حرفه پرستاری و لازمه مراقبت با کیفیت در نظر گرفته شدند اما به شجاعت اخلاقی به اندازه آن دو پرداخته نشد.

تعریف شجاعت اخلاقی :

شجاعت اخلاقی به صورت ایستادگی در برابر آن چه درست است، تعریف شده و مستلزم یک تعهد ثابت در زمینه اصول اخلاقی علی رغم وجود خطرات بالقوه است. برای پرستارانی که دارای عملکرد اخلاقی شجاعانه هستند، تعهد به بیماران، مهمتر از نگرانی هایی است که آن ها ممکن است در رابطه با خطر مربوط به خودشان داشته باشند. هنگامی که فردی قادر به انجام عملکرد صحیح اخلاقی نیست، شجاعت اخلاقی به وی کمک میکند بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن برای دستیابی به هدف نهایی تلاش کند و با در نظر گرفتن اصول اخلاقی، اقدام به عمل صحیحی کند که انجام آن آسان نیست. با توجه به ماهیت بین رشته ای در عمل مراقبت های بهداشتی تعارضات اخلاقی ناگزیر می باشد. این درگیری ناشی از دیدگاه های مختلف در مورد یک وضعیت مشابه می باشد. Lachman می گوید شجاعت اخلاقی وسیله ای برای پیروزی بر ترس با عمل است. پرستارانی که به طور مداوم با شجاعت اخلاقی عمل می کنند، تصمیمات خود را بر اساس اصل اخلاقی خیرخواهی همراه با انگیزه های شخصی که بر اساس فضایل و ارزش ها و استانداردها استوار است، بدون در نظر گرفتن خطرات شخصی عملی می سازند. لاکمن در مطالعه خود به طراحی واژه ای پرداخته است تا شجاعت اخلاقی را به پرستاران یاد آوری کند. او با استفاده از واژه کد (CODE) پایه ای برای کلاس شجاعت اخلاقی طراحی کرده است. کلمه ی کد متشکل از کلمات شجاعت، تعهدات حرفه ای، مدیریت خطر و استفاده تجربی در عمل می باشد و بخش های کلیدی شجاعت اخلاقی را به یاد می آورد.

تصمیم‌گیری بالینی و تاثیر آن بر ناتوانی و مرگ :

تصمیم‌گیری بالینی که بخش اساسی حرفه پرستاری می‌باشد، عبارت است از وارد شدن پرستاران به حیطه تصمیم‌گیری بالینی، اتخاذ تصمیم و اجرای تصمیمات مناسب در عرصه بالین. نتایج مطالعه Thompson و همکاران حاکی از آن است که ۳۴٪ وقایعی که در بیمارستان‌های انگلستان رخ می‌دهد ناشی از تصمیم‌گیری نادرست پرستاران است که از این میان، ۶٪ بیماران به ناتوانی دائمی مبتلا شده و ۸٪ آنها دچار مرگ میشوند. در حالی که با تصمیم‌گیری مناسب و به موقع پرستاران، نیمی از این مرگ‌ها قابل پیشگیری است. براساس نتایج مطالعه‌های در سال ۲۰۱۰ در کشورهای انگلیس، استرالیا و آمریکا حدود ۴ تا ۶٪ بیماران به دنبال خطاهای پرستاری و کارکنان بهداشتی-درمانی که ناشی از عدم تصمیم‌گیری صحیح و مناسب است، دچار ناتوانی دائمی و مرگ شده‌اند. نتایج مطالعات در ایران، مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران را در حد ضعیف تا متوسط برآورد نموده است. پرستاران به شکاف بین نظریه و بالین و ناتوانی جهت ایفای نقش در حیطه بالین پی برده‌اند. دانش آموختگان پرستاری در رویارویی با موارد بحرانی قادر به تصمیم‌گیری مستقل نیستند که می‌تواند منجر به ارایه مراقبت‌های نامطلوب شود. در حالی که در بخش‌های ویژه به پرستارانی نیاز است که بتوانند مراقبت‌های تخصصی را فراهم نمایند.

ارتباط بین شجاعت اخلاقی پرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بالینی :

نتایج پژوهشی که برای بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی پرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران انجام شد، نشان داد که بین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. بین تمامی ابعاد شجاعت اخلاقی و مراحل تصمیم‌گیری بالینی پرستاران نیز همبستگی مثبت مشاهده شد که مؤید یک ارتباط آماری معنادار بود. شاید بتوان گفت: عملکرد بالینی پرستاران مجزا و بی‌تأثیر از عملکرد اخلاقی آن‌ها نیست و شجاعت اخلاقی فضیلتی است که تقویت آن، ارتقای خدمات سلامت را به دنبال خواهد داشت. در مطالعه حاضر میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران بالا بود. در مطالعه مهدویسرشت و همکاران، Edmonson و موسوی و همکاران نیز میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران بالا گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا است. اما در سایر مطالعات داخلی، محمدی و همکاران، امینی‌زاده و همکاران، حسینی و همکاران، و در مطالعه خارجی Hannah و همکاران میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران را متوسط گزارش نموده‌اند.

در این پژوهش بیشترین نمره شجاعت اخلاقی به صورت مشترک به ابعاد عامل اخلاقی و حرکتی بیش از توان و کمترین نمره شجاعت اخلاقی به بعد ارزش های چندگانه تعلق داشت. عامل اخلاقی به معنی داشتن عزم راسخ برای رفتار اخلاقی است که بسیار حایز اهمیت است، زیرا به معنی مسؤلیت پذیری فرد هنگام مواجهه با یک مسأله و در نهایت مدیریت حل مسأله می باشد. هنگامی که پرستار به عنوان عامل اخلاقی در سازمان فعالیت نماید، خود پرستار، بیمار و سازمان از آن سود می برند. نمره بعد حرکتی بیش از توان، همتراز با عامل اخلاقی بالاترین نمره هایی بود که در پرسشنامه خودارزیابی پرستاران به ثبت رسیده بود و بدان معناست که پرستار در جهت ارتقای ایده آلهای و رفتارهای اخلاقی در سازمان تلاش میکند و در واقع تسلیم شرایط حاکم نیست و فراتر از آن رفتار میکند. بالاتر بودن نسبی این بعد از شجاعت اخلاقی شایسته تمجید است و مبین این نکته است که پرستاران نه فقط در چارچوب قوانین اخلاقی موجود، بلکه در راستای حاکمیت اخلاق عمل میکنند و شاید بتوان دلیل آن را تدابیر اخلاقی اتخاذ شده در مرکز مورد پژوهش دانست که همواره بر رویکرد مبتنی بر اخلاق تأکید داشته است. در مطالعه کنونی شجاعت اخلاقی پرستارانی که سابقه مواخذه شدن به دلیل اخذ تصمیم گیری بالینی را قید نکرده بودند از لحاظ آماری به صورت معناداری بالاتر حاصل شد. شاید بتوان گفت اخذ یک تصمیم بالینی که به ناچار در یک شرایط بحرانی و حاد توسط پرستار صورت گرفته است، چنانچه به مواخذه ختم شود در ایجاد ذهنیت منفی و کاهش بروز رفتارهای شجاعانه اخلاقی بی تأثیر نخواهد بود.

بررسی تاثیر برنامه انگیزشی اخلاق بر میزان شجاعت اخلاقی پرستاران :

تعریف انگیزش:

انگیزش به معنای جنبش و حرکت، در واقع یک حالت درونی است که رفتار انسان را انرژی بخشیده و به سوی هدفی خاص هدایت می کند. طب تعریف Ciff انگیزش به حالت های درونی یک موجود زنده که موجب هدایت رفتار او به سوی نوعی هدف می شود اشاره می کند. انگیزش عامل فعالساز رفتار انسان است، از این رو می توان با برنامه های موثر بر انگیزش، رفتار مطلوب را در گروه هدف پدید آورد.

مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه انگیزشی اخلاق بر میزان شجاعت اخلاقی پرستاران انجام شد. با توجه به نتایج پژوهش می توان گفت این روش ترکیبی که شامل سخنرانی، بحث گروهی، نمایش فیلم بود بر میزان شجاعت اخلاقی پرستاران موثر بود. نمره کل شجاعت اخلاقی در این پژوهش قبل از مداخله متوسط می باشد. در مطالعه ی محمدی نیز میزان شجاعت اخلاقی پرستاران متوسط گزارش شده است که با نتایج پژوهش حاضر مشابه می باشد.

در گروه آزمون بیشترین نمره مربوط به بعد عامل اخلاقی و کم ترین نمره مربوط به بعد تحمل تهدیدی باشد. عامل اخلاقی، فردی است که توانایی توجه و آمادگی فوری برای پرداختن و حل مسایل اخلاقی دارد و بسیار در جهت انجام کار درست تلاش میکند. Corley پرستاران را عامل اخلاقی در سیستم بهداشت معرفی می کند و معتقد است زمانی که پرستار به عنوان عامل اخلاقی در سازمان فعالیت می کند، خود پرستار، بیمار و سازمان از عمل اخلاقی وی سود می برد. بیشترین نمره در گروه کنترل مربوط به هدف اخلاقی و کم ترین نمره مربوط به بعد تحمل تهدید می باشد. پایین بودن نمره بعد تحمل تهدید در هر دو گروه را شاید بتوان به دلایلی همچون اهمیت حفظ شغل برای عده ای و عدم حمایت سازمان ها نام برد.

ارتباط بین شجاعت اخلاقی و متغیر های جمعیت شناختی و شغلی پرستاران:

بر اساس تحلیل داده ها، بیشتر پرستاران شرکت کنندگان در این مطالعه از میانگین نمره شجاعت اخلاقی زیاد برخوردار بودند. نتایج مطالعه موسوی و همکاران، مهدوی سرشت و همکاران، موسوی و احمدی، نیز میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران را زیاد گزارش کردند. در حالیکه مطالعه محمدی و همکاران، و امینی زاده و همکاران میانگین شجاعت اخلاقی را متوسط گزارش کردند. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در ابزار مورد استفاده در دو مطالعه باشد. در مطالعات اشاره شده از ترجمه فارسی ابزار شجاعت اخلاقی حرفه ای سکرکا استفاده شده است در حالیکه ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر، پرسشنامه شجاعت اخلاقی پرستاران در جامعه ایران طراحی شده است. متغیرهای سن، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، شیفت کاری، سمت، و شرکت در دوره اخلاق حرفه ای با شجاعت اخلاقی و ابعاد خودشکوفایی اخلاقی و خطرپذیری پرستاران ارتباط داشت ولی بعد توانایی دفاع از حق با هیچ کدام از متغیرها ارتباط معناداری نداشت.

شیفت کاری و وضعیت استخدامی:

شیفت کاری و وضعیت استخدامی پرستاران با شجاعت اخلاقی آنان ارتباط معنادار داشت. پرستاران شاغل در شیفت صبح و وضعیت استخدامی پیمانی و رسمی در مقایسه با سایر همکاران شجاعت اخلاقی بیشتری داشتند. حاضر میانگین نمره خطرپذیری با افزایش سن و سابقه کاری افزایش معناداری داشت در حالیکه در مطالعه موسوی و همکاران میانگین بعد تحمل تهدید کمتر بود و ارتباط معناداری با سن و سابقه کاری نداشت. خطر بخش جدایی ناپذیر زندگی بشر است و بدون مواجهه با آن پیشرفتی حاصل نخواهد شد. همچنین تحلیل یافته ها نشان داد پرستاران متاهل در مقایسه با پرستاران مجرد خطرپذیری بیشتری دارند و این تفاوت معنادار است، در حالیکه شجاعت اخلاقی و سایر ابعاد آن تفاوتی در افراد مجرد و متاهل نشان نداد. در مطالعه مهدوی سرشت و موسوی، ابعاد شجاعت اخلاقی با وضعیت تاهل افراد ارتباط معنادار نداشت.

افراد متاهل تجربه رویارویی با استرس های زندگی را داشته اند و بهتر می توانند آنها را مدیریت کنند لذا به استقبال خطر می روند. در خطرپذیری افراد، دو عامل شامل درک شخصی افراد از موقعیت ها، و شرایط تحمیلی از سوی در خطرپذیری افراد، دو عامل شامل درک شخصی افراد از موقعیت ها، و شرایط تحمیلی از سوی اجتماع یا محیط کار نقش دارند، لذا تفسیر و تحلیل متفاوت افراد متاهل از وضعیت های مشابه نسبت به افراد مجرد می تواند در عملکردشان تاثیرگذار باشد. همچنین شرایطی که برای افراد متاهل در محیط کار در نظر گرفته می شود در پاسخ آنها به خطر درک شده متفاوت خواهد بود. یافته دیگر این مطالعه ارتباط معنادار بین سمت واحدهای مورد پژوهش و میانگین نمره شجاعت اخلاقی بود. در این مطالعه میانگین نمره شجاعت اخلاقی سرپرستاران در مقایسه با پرستاران بالاتر بود. این یافته با نتایج مطالعه نومینن و همکاران همسو بود. در مطالعه موسوی و ایزدی میانگین نمره شجاعت اخلاقی مدیران پرستاری کمی بیشتر از پرستاران بود ولی تفاوت معنادار نبود.

رابطه بین مولفه های سبک های رهبری و شجاعت اخلاقی :

تعریف سبک رهبری :

سبک رهبری عبارت از رفتارهای مورد استفاده جهت اعمال نفوذ و جهت دادن فعالیت دیگران است. رهبری پرستاری ترکیبی خلاق از دانش و مهارت مدیریت و رهبری به کار گرفته شده برای فعالیت پرستاری مطابق با اهداف و سازماندهی ارائه مراقبت های پرستاری، هماهنگی و اداره مراقبت مددجو و ایجاد جو مثبت کاری است. طبقه بندی های متفاوتی برای سبک رهبری وجود دارند که یکی آنها سبک های رهبری را به سه نوع رهبری تحول گرا، تبادلی، منفعل طبقه بندی نموده است. که در سبک رهبری تحول گرا رهبر به اهداف بلندمدت توجه داشته و بر تغییر و تحول تأکید دارد. در سبک رهبری تبادلی، رهبر با توجه به علائق شخصی کارکنان باعث ایجاد انگیزه در کارکنان میگردد و لذا از این طریق دست یابی به اهداف سازمان را تسهیل میکند، و پرداخت پاداش از سوی رهبر منوط به عملکرد کارکنان میباشد. که در اکثر مطالعات تأثیرات مثبتی از رهبری تحول گرا گزارش شده است در این سبک رهبر علاوه بر کاهش تمایل به ترک خدمت کارکنان، ویژگی هایی همچون انگیزه، تعهد سازمانی، اعتماد به نفس، مشارکت و کار تیمی را افزایش می دهد. عملکرد سیستم را بهبود بخشیده و به افراد امکان می دهد منافع سازمان را بر منافع شخصی خود ترجیح داده و فراتر از توانایی های خود در جهت رسیدن به آنها به فعالیت بپردازند.

برای آزمودن رابطه بین مؤلفه های سبک های رهبری و شجاعت اخلاقی کل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج آزمون پیرسون نشان می دهد که بین تمامی مؤلفه های سبک های رهبری و شجاعت اخلاقی رابطه معنی داری و مستقیم وجود دارد. مطابق با نتایج همبستگی پیرسون، نفوذ آرمانی اسنادی، نفوذ آرمانی رفتاری، مدیریت بر مبنای استثنا (فعال)، همبستگی مثبت و متوسط با شجاعت اخلاقی داشت و مؤلفه های انگیزش الهام بخش، ترغیب ذهنی، ملاحظات فردی، پاداش مشروط، مدیریت بر مبنای استثنا (منفعل) همبستگی ضعیف با شجاعت اخلاقی دارد.

ارتباط سبک های رهبری و شجاعت اخلاقی:

تنها مطالعه ای که رابطه سبک رهبری سرپرستاران و شجاعت اخلاقی پرستاران را تأیید میکند مطالعه نوحی به زنجانی و همکاران می باشد که به بررسی رابطه رهبری اصیل و هوش اخلاقی پرستاران پرداخته است و در این مطالعه شجاعت اخلاقی یکی از مؤلفه های هوش اخلاقی می باشد و تمام مؤلفه های هوش اخلاقی با رهبری اصیل رابطه مستقیم و معناداری داشتند و این نشان دهنده تأثیر مثبت رهبران اصیل بر تصمیم گیری اخلاقی پیروان خود می باشد. ورود ارزش های اخلاقی درونی شده به نظام ارزشی افراد، منجر به افزایش شجاعت آنها در تصمیم گیری اخلاقی شده و مستقیماً بر شجاعت اخلاقی آنها تأثیر می گذارد. در مطالعات انجام شده مطالعاتی درباره ارتباط سبک رهبری سرپرستاران با سایر متغیرها انجام شده است مانند مطالعاتی که در خصوص ارتباط سبک رهبری سرپرستاران با تنش شغلی پرستاران انجام گردیده است مثلاً در مطالعه آتش زاده شوریده و همکاران تنش شغلی در سبک رهبری تحول گرا و تبدیلی کمتر از منفعل بود. در مطالعه Cowden و همکاران نیز بیان شده است که تنش شغلی از جمله مسائلی است که از سبک رهبری مدیران پرستاری تأثیر می پذیرد. مطالعاتی نیز در بررسی ارتباط سبک رهبری سرپرستاران و رضایت شغلی پرستاران انجام شده است به عنوان نمونه در مطالعه صادقی و همکاران سبک رهبری تحول گرا رابطه مثبت و قوی با رضایت شغلی در پرستاران دارد. در نتایج مطالعه Bushra و Voon نیز سبک رهبری تحول گرا پیش بینی کننده رضایت شغلی بالای کارکنان بود. یا مطالعات دیگری مانند مطالعه مرادی و همکاران به بررسی رابطه سبک رهبری سرپرستاران و انگیزه شغلی پرستاران پرداخته است که نتایج آن نشان داده که رابطه مثبتی بین رهبری معنوی، انگیزه و توانمندسازی کارکنان وجود دارد یعنی با ایجاد انگیزه، ارائه اطلاعات و تفویض اختیارات، مشارکت داد آنان در تصمیم گیری میتوان موجبات توانمندسازی کارکنان را مهیا ساخت.

اخلاق و رهبری ماهیتاً با یکدیگر ارتباط دارند و رهبران موفق به میزان زیادی در اعمال و گفتار خود صادقند که این امر عنصر کلیدی در ایجاد اعتماد محسوب می شود. رهبران موفق به گونه ای عمل می کنند که پیروانشان برای ارزیابی صلاحیت و اخلاق اقدامات خود توانمند شوند.

۵- صلاحیت اخلاقی

اخلاق موضوعی عمومی و جهانی و مور نیاز تمام رشته ها به ویژه پرستاری است . پرستاری به عنوان شاخه‌ای از علوم پزشکی، رشته‌ای مستقل است که رسالت آن ارائه بالاترین سطح خدمات مورد نیاز مراقبتی، درمانی، توانبخشی و بهداشتی در جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه است . این رشته در زمان های گذشته، حال و حتی آینده دارای جنبه های اخلاقی فراوانی است و با گذشت زمان اخلاق پرستاری تحت تاثیر پیشرفت های رشته پرستاری قرار گرفته و در همه تعاملاتی که پرستار با افراد خانواده ها، دانشجویان، متخصصین مراقبت های بهداشتی و همچنین همکاران دارد، مسئولیت های اخلاقی تظاهر پیدا می کند. لذا عمل پرستاری مبتنی بر اخلاق و اخلاق عنصر پایه برای عمل پرستاری است با توجه به پیشرفت های بی‌شمار و افزایش آگاهی و انتظارات جامعه در دنیای امروز از پرستاران به عنوان افرادی که بیشترین تعداد را در تیم مراقبت های بهداشتی دارند، انتظار می رود که در تمام جنبه های حرفه خود صلاحیت داشته باشند.

یکی از ابعاد مهم صلاحیت حرفه‌ای، صلاحیت اخلاقی است . از طرفی سیستم پویا و رو به رشد رشته پرستاری نیازمند داشتن پرستاران با صلاحیت حرفه ای است که بتوانند مراقبت هایی مطلوب و اخلاقی ارائه دهند. بنابراین پرستاران باید علاوه بر دارا بودن توان مهارت عملکردی مناسب از صلاحیت اخلاقی به عنوان یک متا مهارت و ضرورتی برای هدایت بالین پرستاری برخوردار باشد؛ نتایج عمل پرستار در هر شرایط و موقعیت تحصیلی که باشد، به دانش و صلاحیت اخلاقی وی بستگی دارد. اگر پرستار بر اساس دارا بودن فضایل اخلاق حرفه‌ای این صلاحیت را به دست آورد و آن را در عمل هنگام مواجهه با شرایط شغلی به کار بگیرد؛ باعث توسعه فضایل در امر مراقبت از سلامت می شود. موضوع اخلاق و صلاحیت اخلاقی پرستاری در تمام ابعاد آموزشی، مدیریتی و پژوهشی حائز اهمیت بالایی است و از طرفی حیطة‌ی ارائه مراقبت های پرستاری سرشار از معضلاتی است که نیازمند اخذ تصمیمات اخلاقی می‌باشد و انجام اعمال غیر اخلاقی علاوه بر آثار فردی تاثیر نامطلوب برون فردی و حرفه ای دارد . لذا سرمایه گذاری در زمینه صلاحیت اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری باعث ارتقای حرفه ای و کیفیت خدمات پرستاری می‌شود به همین خاطر شناخت دقیق مفهوم صلاحیت اخلاقی و طراحی روش های توسعه آن یک اقدام ضروری می باشد. صلاحیت اخلاقی به عنوان بخش اساسی مسئولیت و مراقبت پرستاری ایمن می‌باشد. با بررسی متون پژوهشی در کشور ایران مشخص شد که مطالعات زیادی در زمینه اخلاق پرستاری انجام شده اما همه به یک یا چند جنبه از صلاحیت اخلاقی پرستاران پرداخته و مطالعات محدودی به تعریف صلاحیت اخلاقی پرستاری به صورت جامع همراه تمام جنبه های آن؛ پرداخته اند.

مفاهیم *ethical competence* و *moral competence* به جای یکدیگر و به معنای صلاحیت اخلاقی استفاده شده اند در حالی که این مفاهیم دارای معانی و کاربرد مختلفی می باشند. شناسایی ویژگی‌های این مفهوم از طریق فرایند تحلیل مفهوم به کاهش این فاصله کمک خواهد کرد؛ همچنین صلاحیت اخلاقی از اجزای متفاوتی از جمله حساسیت اخلاقی، دانش اخلاقی، بازخورد اخلاقی تصمیم‌گیری اخلاقی، عمل اخلاقی و رفتار اخلاقی تشکیل شده است که تاکنون ابعاد این مفهوم به خوبی در بین مطالعات تحلیل نشده است.

تعریف صلاحیت اخلاقی:

تسلط بر ویژگی‌های صلاحیت اخلاقی پرستاری، توانایی ترکیب و سازماندهی آن‌ها در موقعیت‌های پرستاری، همراه با مسئولیت‌پذیری در قبال آن. صلاحیت اخلاقی یک پتانسیل فردی و ترکیبی از شخصیت اخلاقی، قضاوت اخلاقی، آگاهی اخلاقی، انگیزه اخلاقی، حساسیت اخلاقی، شجاعت اخلاقی، مراقبت اخلاقی می باشد و دانشی است که پرستار از طریق تجربه و یادگیری و از طریق تعامل با دیگران بدست می آورد. همچنین حمایت محیطی که پرستار در آن مشغول به فعالیت است بر کسب صلاحیت اخلاقی تاثیر گذار می باشد. به این ترتیب؛ تعریف کنونی شامل تمام ویژگی‌های پرستاری و غیر پرستاری ممکن که می تواند بر صلاحیت اخلاقی پرستاری تاثیر داشته باشد می باشد. ویژگی‌های پرستاری می تواند شامل مراقبت اخلاقی و قضاوت اخلاقی باشد. در حقیقت ویژگی‌های غیر پرستاری تمام ویژگی‌های عمومی صلاحیت اخلاقی مانند شخصیت اخلاقی، آگاهی اخلاقی، انگیزه اخلاقی، حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی را پوشش می دهد. صلاحیت اخلاقی را می توان آموزش داد، تقویت نمود و اندازه‌گیری کرد. و از این مفهوم به عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت مراقبت در پرستاری استفاده نمود.

ویژگی‌های تعریف صلاحیت اخلاقی در هفت مورد زیر قرار می‌گیرند:

- ۱- شخصیت اخلاقی، مهربانی، شفقت، مراقبت، مسئولیت‌پذیری، نظم و انضباط؛ صداقت (راستگو بودن و اعتماد به احترام دیگران)، نوع دوستی، پیشگام بودن، خودکنترلی (صبر و شکیبایی)، کمال‌گرایی (تقاضا برای بهترین‌ها، بزرگواری و تفکر مثبت)، بخشش
- ۲- قضاوت اخلاقی، تفکر انتقادی، تصمیم‌گیری، حل مسئله
- ۳- آگاهی اخلاقی، آمادگی یا آزادی انتخاب
- ۴- انگیزه اخلاقی، ارتباط مؤثر؛ همبستگی
- ۵- حساسیت اخلاقی، پاسخگویی، احترام به ارزش‌ها، عزت، حقوق بشر، وجدان
- ۶- شجاعت اخلاقی، مقاومت در مقابل حق، تعهد مداوم
- ۷- مراقبت اخلاقی، ارائه مراقبت با تاکید بر حفظ حریم خصوصی بیمار، حفظ حقوق بیماران، داشتن همکاری و داشتن حسن نیت و احترام، ارائه مراقبت ایمن، ارائه مراقبت منصفانه، ارائه مراقبت جامع.

چهار حیطة‌ی اصلی کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای در دانشجويان:

محمدپور و همکاران در سال ۱۳۹۲ به بررسی صلاحیت‌های اخلاقی دانشجويان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه پرداختند. در این پژوهش ۳۵ دانشجو شرکت داشتند که ۱۵ نفر دانشجوی پسر و ۲۰ نفر آن‌ها را دانشجويان دختر تشکیل می‌دادند. دانشجويان از بین تمامی سال‌های تحصیلی به جزء ترم‌های اول و دوم انتخاب شده بودند. ۱۰ نفر سال دوم، ۱۵ نفر را دانشجويان سال سوم و ۱۰ نفر را دانشجويان سال چهارم تشکیل می‌دادند. رنج سنی دانشجويان بین ۲۰ تا ۲۵ سال بود. آنالیز داده‌ها ۴ حیطة‌ی اصلی را به عنوان راه‌های اصلی کسب صلاحیت اخلاق حرفه‌ای در دانشجويان نشان داد. این حیطة‌ها عبارتند از: محیط‌های بالینی، برنامه‌ی درسی، داشتن صلاحیت علمی اساتید در زمینه دانش اخلاق حرفه‌ای و انگیزه و علاقه‌مندی دانشجويان پرستاری به حرفه‌ی پرستاری.

۱- **محیط‌بالینی:** از جمله عواملی که همه دانشجويان شرکت کننده در این پژوهش اذعان داشتند اختلاف میان درس‌های تئوری و واحدهای عملی در محیط‌های آموزش بالینی بود. یکی از شرکت‌کنندگان در این خصوص بیان کرد: "از جمله مسائلی که همه اساتید طی آموزش‌های تئوری بر آن تاکید داشتند حفظ حریم خصوصی بیماران طی انجام پروسیجرهای درمانی بود در حالی که توی بیمارستان به دلیل کمبود امکانات به سختی می‌توان انجام اموری اخلاقی از این دست را رعایت کرد."

۲- **برنامه درسی:** برنامه درسی از جمله حیطة‌های دیگری که دانشجويان روی آن توافق نظر داشتند اهمیت برنامه درسی برای ارتقاء صلاحیت‌های اخلاقی دانشجويان بود. یکی از دانشجويان در این خصوص بیان کرد: در طی این هفت ترم که مشغول به تحصیل در رشته پرستاری بودم در واحدهای درسی مختلف تنها به مسایل تکراری پرداخته شد. در تمام واحدهای بالینی تنها مسایل تکراری از ما خواسته می‌شود. در زمینه اخلاق اطلاعات بسیار ناچیزی در اختیار ما قرار داده شده است.

۳- **داشتن صلاحیت علمی اساتید در حیطة دلنش اخلاق حرفه‌ای:** دانشجويان معتقدند اگرچه اساتید آنان در حین آموزش‌های تئوری و عملی از اخلاق حرفه‌ای پرستاری سخن به میان می‌آورند اما آنان نیز به علم اخلاق به طور کامل آشنایی ندارند و دانش آنان برای انتقال به دانشجويان به حد کفایت نیست. آنان دلیل این سخنان خود را به این نحوه بیان می‌کنند که اکثر اساتید آنان توانایی لازم جهت تجزیه و تحلیل مسایل اخلاقی پیش آمده را ندارند و آنان همین امر را دال بر تسلط ناکافی اساتید این حرفه در حیطة دانش اخلاق حرفه‌ای می‌دانند. یکی از دانشجويان در این خصوص گفت: بیشتر اساتید مابه خصوص مربی‌ها توجه کمی به موضوعات اخلاقی در کار بالینی دارند و متأسفانه فقط توجه‌شان به کارهای تکنیکی از جمله دارو دادن و گرفتن علائم حیاتی بیماران است.

۴- انگیزه و علاقه‌مندی به حرفه پرستاری: از جمله مواردی که اکثر شرکت کنندگان در گفته‌هایشان اذعان داشتند انگیزه و علاقه‌مندی آنان به حرفه پرستاری بود. از نظر آنان کمبود انگیزه سبب می‌شود که یادگیری دانشجویان تحت تأثیر قرار گیرد و یادگیری نامناسب می‌تواند منجر به اشتباهات در زمینه انجام اقدامات بر بالین بیماران گردد. یکی از شرکت کنندگان در این خصوص بیان می‌کند: اگر پرستاری به حرفه خود علاقه نداشته باشد این امر سبب آسیب به بیمار می‌شود زیرا اگر به حرفه خود علاقه نداشته باشیم به بیمار نیز بی توجه خواهیم بود و خلاف این مطلب هم وجود دارد اگر از حرفه خود رضایت داشته باشیم سعی می‌کنیم بهترین اقدامات را برای بیمار انجام دهیم. یکی دیگر از دانشجویان در این خصوص گفت: به نظر من بیش از نیمی از دانشجویان پرستاری به کارشان علاقه ندارند و مطمئناً عواقب آن را در آینده در حیطه کاری و مسایل اخلاق حرفه‌یشان خواهیم دید.

سه بعد اصلی صلاحیت‌های مورد نیاز یک پرستار:

غلام‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۷ صلاحیت‌های مورد نیاز یک پرستار را در سه بعد اصلی صلاحیت‌های تخصصی، فردی و اخلاقی دسته‌بندی کردند؛ صلاحیت‌های اخلاقی مشتمل بر مؤلفه‌های تعهد دینی، تعهد حرفه‌ای، رعایت حقوق بیمار و اصول اجتماعی. صلاحیت‌های تخصصی مشتمل بر عوامل علمی و فنی و صلاحیت‌های فردی مشتمل بر توانایی‌های ادراکی، انگیزش، ویژگی‌های شخصیتی و آراستگی ظاهری می‌باشد.

۱- رعایت حقوق بیماران:

از مهم‌ترین وظایف پرستاران رعایت و حمایت از حقوق بیماران به ویژه در بخش‌های درمانی می‌باشد.

۱-۱) رازداری: حفظ اسرار پرونده پزشکی بیماران یکی از مهم‌ترین هنجارهای اخلاق حرفه‌ای است. همچنین به بیان برخی از مشارکت کنندگان پرستارها نباید اطلاعات خصوصی بیمار را به کسی بگویند.

۲-۱) حمایت از بیماران: پرستاران باید از حقوق بیماران خود در هر شرایطی با توجه به وظایف شغلی خود حفاظت کنند به بیان یکی از مشارکت کنندگان یک پرستار باید به نیاز بیمارش توجه کند و در برطرف کردن آن تا جایی که می‌تونه تلاش کند. مثلاً بیمار ممکن است نیازی داشته باشد که وظیفه پرستار نبوده است ولی پرستار بدون هیچ انتظاری انجامش داده است. همچنین همدلی با بیماران یکی از مواردی بود که پرستاران به آن اشاره داشتند به بیان مشارکت کنندگان بیمار خود از مشکلی که به آن گرفتار شده است ناراحت است بنابراین پرستار باید تا جایی که می‌تواند کمک کند که از درد و رنج جسمی و روحیش کاسته شود.

۳-۱) احترام به شأن بیماران: احترام به بیمار از مهم‌ترین مواردی است که باید یک پرستار به آن توجه کند به بیان مشارکت‌کنندگان، یک پرستار خوب باید به رعایت حریم خصوصی بیمار توجه داشته باشد و در مورد زندگی شخصی بیمار که با درمان او رابطه ندارد تجسس نکند. پرستاران باید ارزش‌ها، هنجارها و باورهای بیماران را محترم شمرده و به آن‌ها بی‌حرمتی نکنند. پرستاران باید توجه داشته باشند که عقاید شخصی هر بیمار به خودش ربط دارد.

۴-۱) رعایت عدالت: پرستاران باید به اصل برابری و انصاف در رسیدگی به بیماران توجه داشته باشند یک پرستار نباید بین بیمارانش فرقی قائل بشود و به بعضی بیشتر توجه کند. باید همه بیماران رو به یک دید نگاه کند، نباید فرق داشته باشد که بیمار مربوط به چه طبقه اجتماعی هست.

۲- اصول اجتماعی:

این صلاحیت‌ها به ارتباطات پرستار در جامعه توجه دارد.

۱-۲) تعهد به حفظ حیثیت پرستاری: پرستار نباید کارهای غیر قانونی انجام دهد و باید حیثیت اجتماعی شغل خود را حفظ کند به بیان مشارکت‌کنندگان «یک پرستار باید طوری داخل اجتماع رفتار کند که حیثیت شغلش حفظ بشود، نباید رفتارهایی انجام دهند که در حرفه غیر قانونی شناخته شود، مثلاً نباید در کلینیک‌های غیر مجاز کار کند.»

۲-۲) ارتقای سلامت جامعه: پرستاران باید جهت ارتقای سلامت اجتماعی تلاش زیادی داشته باشند و آن را یکی از وظایف شغلی خود بدانند، به بیان مشارکت‌کنندگان یک پرستار باید در پیشگیری از بیماری‌ها در جامعه تلاش زیادی داشته باشد و بهبود سلامت اجتماعی جامعه رو از وظایفش بداند.

۳- تعهد دینی :

این صلاحیت به توجه به موازین دینی و هنجارهای اجتماعی توجه دارد.

۱-۳) حفظ شوون‌ات دینی: پرستار باید التزام عملی به رعایت ارزش‌های اسلامی داشته باشد و از رفتارهای خلاف موازین اسلامی دوری کند به بیان مشارکت‌کنندگان یک پرستار باید به احکام و موازین شرعی احترام قائل بشود و خودش رو ملزم به رعایت آن در محیط کار کند.

۴- تعهد حرفه‌ای :

این صلاحیت‌ها به مواردی اشاره دارد که سبب بهبود خدمات ارائه‌شده توسط پرستار می‌شود.

۱-۴) مسؤولیت‌پذیری: پرستار باید مسؤولیت کارهایی که انجام می‌دهد را بپذیرد و خود را در برابر آن پاسخگو بداند. در این باره مشارکت‌کنندگان بیان داشتند «یک پرستار باید مسؤولیت هر کاری رو که انجام می‌دهد رو بپذیرد و کار را با بهترین کیفیت ارائه بدهد.»

۲-۴) وظیفه‌شناسی: پرستار باید از ضوابط و مقررات حرفه خود آگاهی داشته باشد و خود را ملزم به انجام آن بداند. به بیان یکی از مشارکت‌کنندگان «یک پرستار باید به شرح شغلی خودش و بخشی که داخلش کار می‌کند توجه داشته باشد و با توجه به آن کارش رو انجام بدهد.»

۳-۴) تعهد سازمانی: پرستار باید به اهداف بیمارستان و بخشی که در آن مشغول کار هست توجه داشته باشد و برای پیشبرد اهداف آن تلاش کند. به بیان مشارکت‌کنندگان پرستار باید تلاش کند که کیفیت خدماتی که ارائه می‌دهد رو بهبود ببخشد. پرستار باید احساس تعلق و پایبندی به ارزش‌های حرفه‌ای و سازمانی خود داشته باشد و برای حفظ منافع آن تلاش کند.

۴-۴) وجدان کاری: داشتن وجدان کاری و دلبستگی و علاقه به حرفه پرستاری از عوامل مهمی است که سبب کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط پرستاران می‌شود. به گفته یکی از پرستاران پرستار باید وجدان داشته باشد و فکر کند مریضی که دارد درمان می‌کند از خانواده خودش هست. نباید به پرستاری به دید یک شغل نگاه کند. بلکه باید عاشق کارش باشد پرستار باید در محل کار خود با بیماران و همکاران خود رابطه سالم و انسانی داشته باشد.

۵- ویژگی‌های شخصیتی:

ویژگی‌های شخصیتی به خصوصیات فردی اطلاق می‌شود که در حرفه پرستاری سبب بهبود خدمات ارائه‌شده توسط فرد می‌شود.

۱-۵) سعه صدر: پرستار باید سختی‌های محیط کار چون ازدیاد بیمار، فضای نامناسب کاری و کمبود امکانات را تحمل کند و سعی کند این سختی باعث کاستی در خدمات ارائه‌شده توسط او نشود. بیان یکی از مشارکت‌کنندگان یک پرستار باید تحملش بالا باشد و بتواند ناملایماتی که از طرف بیماران و همراهانشان به او می‌رسد را ببخشد و شرایطشان را درک کند پرستاران باید آستانه تحمل بالایی در برابر هر مسائل و مشکلات داشته باشند.

۲-۵) صداقت: پرستار در برخورد با بیمار باید صادق باشد و مواردی که در درمان بیمار دچار خطا و اشتباه می‌شود را صادقانه به او بیان کند. به بیان مشارکت‌کنندگان پرستار نباید از بیان واقعیت‌ها و حقایق بترسد او باید در هر شرایطی صادق باشد البته باید ملاحظات شرایط بیمار را هم بکند.

۳-۵) انتقادپذیری: انتقادپذیری و پذیرش اشتباهات از جمله ویژگی‌های شخصیتی مهمی است که پرستاران باید در خود پرورش دهند. به بیان مصاحبه‌شوندگان پرستار در درمانش باید به نظرات همکارانش توجه کند و خیلی خود رای نباشد. احترام به دیدگاه و نظرات دیگران از دیگر عواملی است که پرستاران باید در درمان به آن توجه داشته باشند.

۴-۵) انعطاف‌پذیری: پرستار باید در تنظیم خود متناسب با تغییرات سریع و رویدادهای آنی مهارت داشته باشد. به گفته مشارکت‌کنندگان داخل حرفه پرستاری ممکن شرایط غیر قابل پیش‌بینی اتفاق بیفتد. مثلاً یک تصادف یا زلزله‌ای پیش بیاد که ازدحام بیماران و مصدومان در بخش‌هایی زیاد بشه که مجبور بشیم به بیمارای بیشتری سرویس بدیم یا جا به جا بشیم. در هر شرایطی باید خونسردی خودمون رو حفظ کنیم و هدفمون فقط کمک به بیماران باشد و پرستاران باید به موقعیت‌های تنش‌زا برخورد مثبت و سازنده‌ای رو داشته باشند.

۶-انگیزش کاری:

انگیزش کاری به تمایلات فرد در مورد حرفه‌ای که دارد اشاره می‌کند.

۱-۶) انگیزه کاری: پرستار باید به حرفه خود علاقمند باشد و از روی علاقه وارد این حرفه شده باشد. به گفته مصاحبه‌شوندگان پرستار باید در کارش انگیزه قوی داشته باشد او باید به پیشرفت علمی و شغلی در زمینه حرفه خودش متمایل باشد.

۲-۶) توانایی ادراکی: این توانایی‌ها امکان اتخاذ تصمیمات درست و انجام مناسب وظایف را به پرستاران می‌دهد. شایستگی ادراکی به درک سازمان به صورت یک واحد کلی با در نظر گرفتن تمامی شرایط و عواملی که در سازمان وجود دارد می‌پردازد.

۳-۶) تفکر سیستمی: پرستار باید عوامل و شرایط محیط کاری خود را بشناسد و به آن‌ها توجه داشته باشد. به گفته مشارکت‌کنندگان توجه به عوامل محیطی که به کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران اثرگذار است از موارد مهمی است که باید مورد نظر پرستاران باشد.

۴-۶) تفکر خلاق و انتقادی: با توجه به شرایط غیر قابل پیش‌بینی که در حرفه پرستاری اتفاق می‌افتد. یک پرستار باید توانایی آن را داشته باشد که در شرایط غیر معمول و اورژانسی تصمیم‌های درستی را اتخاذ کند به گفته مشارکت‌کنندگان یک پرستار باید بتونه در شرایط بدیع و نو تصمیمات درستی رو اتخاذ کند. پرستاران باید به دید منتقدانه مسائل و مشکلات بخش‌های کاری خود را نگاه کنند و برای حل مشکلات موجود کاری خود تلاش کنند.

۵-۶) تفکر راهبردی: یک پرستار باید بتواند متغیرهای محیط پیرامون خود را بشناسد و درک تغییرات آن را مد نظر قرار دهد. پرستاران باید توانایی تشخیص نقاط ضعف و قوت بخش کاری خود را داشته باشند.

۷- آراستگی ظاهری:

این ویژگی توجه به ظاهری آراسته در محل کار و پاکیزگی را مد نظر قرار می‌دهد.

۷-۱) پوشش مناسب و رعایت نظافت: پرستار باید به آراستگی ظاهری خود توجه داشته باشد. به بیان مشارکت‌کنندگان یه پرستار باید به وضعیت لباس پوشیدنش خیلی اهمیت بدهد، نباید طوری رفتار کند که در شأن حرفه پرستاری نیست. همیشه باید به تمیزبودن یونیفورمش توجه داشته باشد و نظافت را رعایت کند بداند بوی عرق با عطر از بین نمی‌رود.

۸- صلاحیت‌های علمی و فنی:

این صلاحیت‌ها به توانایی‌های تخصصی مورد نیاز هر پرستار برای انجام وظایف شغلی اشاره دارد. داشتن این توانایی‌ها و صلاحیت‌ها شرط اولیه ورود به حرفه پرستاری در بالین می‌باشد.

۸-۱) داشتن دلنش علمی: پرستاران باید از دانش کافی در زمینه حرفه خود برخوردار بوده و بتوانند این دانش تئوری را در میدان عمل مورد استفاده قرار دهند. به بیان مشارکت‌کنندگان با توجه به تغییرات سریع تکنولوژی و علمی پرستاران بایستی از سواد اطلاعاتی و مهارت‌های رایانه‌ای خوبی برخوردار باشند تا بتوانند مشکلات و نیاز علمی خود را رفع کنند. پرستاران باید برای ارتقای توانایی‌های علمی خود تلاش کنند.

۸-۲) داشتن مهارت فنی: پرستاران باید نحوه کاربرد مناسب ابزار و تجهیزات پزشکی را بدانند تا بتوانند در موقعیت‌های مورد نیاز از آن‌ها به نحو مطلوب استفاده کنند همچنین آن‌ها باید دانش علمی مورد نیاز را در مورد تجهیزات پزشکی داشته باشند.

میزان صلاحیت اخلاقی در پرستاران:

ارمی و همکاران در سال ۱۳۹۸ به بررسی صلاحیت اخلاقی در پرستاری با استفاده از رویکرد واکر و اوانت پرداخته‌اند که در ادامه به شرح آن می‌پردازیم.

معرفی یک نمونه الگو:

مدل یک مثال استفاده از مفهوم است که تمام ویژگی‌های تعریف مفهوم را نشان می‌دهد. مدل می‌تواند نمونه واقعی از زندگی واقعی باشد. در متون یافت شود یا توسط محقق ساخته شود و به درک مفهوم کمک کند.

خانم م.ر پرستار بخش چشم زنان است. وی شیفت کاری خود را با انرژی شروع نمود؛ بعد از تعویض لباس صمیمانه به همکارانش سلام و احوالپرسی کرد؛ در تحویل شیفت فعالانه شرکت نمود او مسئول مراقبت از بیماران اتاق ۱ (دارای ۵ بیمار بود) شد. بعد از تحویل شیفت به همراه همکارانش وارد اتاق ۱ شد؛ با سلام و احوال پرسی به تمام بیماران احترام گذاشت و خود را به آنها معرفی کرد و به آنها اطلاع داد که امروز پرستار آنها خواهد بود. نام خانوادگی خود را روی تابلو بالای سر آنها نوشت. بیماران را تشویق کرد که در صورت نیاز به چیزی با به صدا در آوردن زنگ اخبار به او اطلاع دهند. او تک تک بیماران خود را بررسی و مشکلات و نیازهای آنها را شناسایی کرد و مراقبت همه جانبه را برای هر بیمار ارائه می‌داد. در حین بررسی متوجه ضعف و بیحالی خانم د شد. حال او را جویا شد؛ بیمار ابراز نمود بد نیستم. او هنگام بررسی خانم الف متوجه خراب بودن آنژیوکت دست او شد. بلافاصله وسایل رگ گیری را آماده و با تکنیک آسپتیک محل آنژیوکت را تعویض نمود. او برای انحراف فکر بیمار از تمرکز بر روی درد با او صحبت نمود و روند کار را برای او توضیح داد. در همین حین متوجه خانم ب نیز بود که نسبت به روز قبل بسیار کم حوصله تر بود. بعد از اتمام کار خانم الف روی صندلی کنار تخت خانم ب نشست و بعد از اطمینان از حفظ حریم خصوصی او دلسوزانه دستان او را گرفت علت را از او جویا شد و فعالانه به او گوش کرد. بیمار نگران وضعیت بهبودی اش بود و در حین توضیحات به خانم م.ر اشک می ریخت. خانم م.ر پس از دادن زمان کافی به بیمار برای بیان احساسات، تصمیم گرفت امید واقعی و واقع بینانه به او بر اساس تاریخچه پزشکی اش ارائه دهد. حین چک کردن بیمار و پرونده هایشان متوجه شد که بیمار تخت ۱ خانم ج هنوز ویزیت نشده است. مسئله را پیگیری نمود و متوجه این موضوع شد که پزشک معالج بیمار کاری برایش پیش آمده و بیمارستان را ترک کرده. بعد از تماس تلفنی با پزشک معالج و بیان مسئله با ایشان مبنی بر اینکه بیمار باید امروز ویزیت شود مقرر گردید رزیدنت کشیک بیمار را ویزیت کند. هماهنگی‌های لازم به عمل آمد و بیمار ویزیت شد. در حین بررسی جواب آزمایشات از سیستم HIS متوجه سطح پایین پتاسیم خون بیمار شد این کاهش سطح را با بی حالی و داروی فورزمایدی که بیمار دریافت می نمود تطبیق داد و تصمیم گرفت داروی بیمار را متوقف کند و به پزشک اطلاع دهد. بعد از اطلاع به پزشک داروی بیمار قطع و داروی جدید فشار خون برایش شروع شد. در آخر شیفت تمام مراقبت های خود به بیمارانش را به صورت مرتب و خوانا و با صداقت مستند کرد. قبل از تحویل شیفت به همکاران عصر کار یکبار دیگر وظایف خود را چک کرد. در پایان شیفت. بیماران را از رفتن خود مطلع کرد و آرزوی سلامتی برای آنها نمود. بیماران از رفتار خوب او خوشحال و راضی بودند و از مراقبت عشق و مهربانی وی تشکر کردند و در بین خود به نیکی از او یاد می کردند. این مورد نشان دهنده یک نمونه ایده آل از مفهوم " صلاحیت اخلاقی " است و شامل بسیاری از ویژگی های تعریفی صلاحیت اخلاقی میباشد.

مورد مرزی :

مثال‌هایی هستند که حاوی بیشتر ویژگی‌های تعریف مفهوم مورد بررسی، اما نه همه آن‌ها هستند. مورد مرزی در واقع مثالی شبیه به موارد الگو است ولی به علت عدم وجود بعضی از ویژگی‌های مفهوم از آن قابل افتراق است. در مثال زیر یک مورد مرزی برای مفهوم صلاحیت اخلاقی ارائه شده است. خانم الف، پرستار بخش داخلی یک بیمارستان جنرال است. او در شیفت عصر مسئول مراقبت از بیماران اتاق ۲ که دارای ۶ بیمار است می‌باشد. وی شیفت کاری خود را با انرژی شروع کرد. صمیمانه با همکارانش ارتباط برقرار کرد. در تحویل شیفت فعالانه شرکت نمود. به تمام بیماران احترام گذاشت و خود را به آنها معرفی کرد و به آنها اطلاع داد که امروز پرستار آن‌ها خواهد بود.

نام خانوادگی خود را روی تابلو بالای سر آنها نوشت. بیماران را تشویق کرد که در صورت نیاز به چیزی با به صدا در آوردن زنگ اخبار؛ به او اطلاع دهند. بعد از تحویل بیماران از همکاران شیفت صبح با بررسی کارتکس و معاینه بالینی تک تک بیماران متوجه می‌شود که آنژیوکت بیمار الف خراب است و باید تعویض شود. بیمار ب نیز باید برای گرفتن عکس قفسه سینه به رادیولوژی فرستاده شود. او هماهنگی امور کاری‌اش را در ایستگاه پرستاری انجام می‌دهد. برای بیمار ب وقت رادیولوژی می‌گیرد ولی به بیمار و همراه زمان رفتن به رادیولوژی را اعلام نمی‌کند و تصمیم می‌گیرد که آنژیوکت بیمار را قبل از دادن داروها تعویض نماید. در پاسخ به سؤال همراه بیمار در مورد زمان تعویض آنژیوکت می‌گوید: باشه می‌آیم. قبل از دادن داروها با رعایت نکات آسپتیک آنژیوکت بیمار را تعویض نمود. بیمار ب را از خواب بیدار و به رادیولوژی فرستاد. در آخر شیفت تمام کارها را به درستی مستند نمود. مطمئن شد که کاری باقی نمانده شیفت را تحویل همکاران شب کار داد. همکاران از اینکه بخش به خوبی تحویل آن‌ها داده شده خشنود بودند. اما بیماران از رفتار و اخلاق پرستار راضی نبودند و از اینکه او با آن‌ها به خوبی ارتباط برقرار نکرده بود و مسائل را برای آن‌ها توضیح نمی‌داد ناراضی بودند. مورد معرفی شده یک "مدل مرزی از صلاحیت اخلاقی پرستاران" است زیرا تمام ویژگی‌های صلاحیت اخلاقی را نشان نمی‌دهد؛ من جمله ویژگی‌های مهم نظیر مراقبت اخلاقی، قضاوت اخلاقی و حساسیت اخلاقی در این بخش ذکر نشده است.

مورد متضاد:

مثالی است که در آن ویژگی تعریف وجود ندارد. مورد مخالف می‌تواند به عنوان چیزی که به عنوان مفهوم اصلی شناخته نمی‌شود بیان شود. بنابراین مورد زیر نمی‌تواند صلاحیت اخلاقی را نشان دهد زیرا فاقد ویژگی‌های تعریفی می‌باشد. خانم ق. ظ. پرستار بخش جراحی زنان یک بیمارستان عمومی است و مسئول مراقبت از ۵ بیمار اتاق ۳ می‌باشد. در شیفت صبح بیماران را از شبکار تحویل می‌گیرد.

۳ نفر از بیماران تعویض پانسمان دارند. با کمال آرامش پیام های خود در فضای مجازی را با گوشی همراه خود چک می کند. چای و صبحانه میل می کند. سپس وسایل پانسمان را آماده می کند و بالای سر بیمار می رود. بدون انجام هیچ احوال پرسی و توضیح برای بیمار لباس بیمار الف را که عمل کله سیستکتومی داشته بالا می زند، شروع به تعویض پانسمان می کند. در پاسخ به سؤال بیمار که می پرسد. لازم نیست دستکش بپوشید می گوید خیر در حین پانسمان ست آنستریل می شود پانسمان را تعویض نمی کند و به انجام پانسمان ادامه می دهد. هنگام تعویض پانسمان قفسه سینه ی دختری ۱۲ ساله بیمار ابراز می کند که خجالت می کشد اما پرستار در جواب وی می گوید: "من وقت ندارم و اگر نگذاری پانسمانت را همین الان عوض کنم دیگر آن را تعویض نمی کنم" و حاضر به حفظ حریم شخصی بیمار با کشیدن پاراوان نمی شود. بدون گرفتن علایم حیاتی بیماران آن ها را با توجه به وضعیت ظاهری بیماران ثبت نمود. در پایان شیفت هم به بهانه اینکه کاری برایش پیش آمده است. در ایستگاه پرستاری و نه بر بالین بیماران تحویل شیفت را انجام داد و بخش را ترک نمود. هیچ کدام از همکاران و بیماران از نحوه رفتار وی احساس خشنودی و رضایت نداشتند. مدل ارائه شده هیچ یک از ویژگی های ارائه شده را نداره و به راحتی می توان فهمید که مصداق صلاحیت اخلاقی پرستاری نمی باشد.

مورد مربوط:

مثال هایی از مفاهیم هستند که مربوط به مفهوم مورد مطالعه هستند. اما شامل تمام ویژگی های تعریف نمی شوند. آن ها شبیه به مورد مطالعه هستند و به نوعی با مفهوم اصلی ارتباط دارند. خانم م. گ پرستار آقای الف ۹۷ ساله که با تشخیص سکته مغزی در بخش داخلی بستری شده است می باشد. طرف چپ بدن بیمار دچار همی پلژی شده هوشیار اما دچار اختلال تکلم می باشد. پزشک قصد دارد که برای وی عمل جراحی انجام دهد. اما ریسک بهبودی بعد از عمل جراحی را ۵۰٪ اعلام می کند. هنگام اخذ رضایت آگاهانه از همراهان بیمار آن ها در مورد انجام عمل جراحی با خانم م. گ مشورت می کنند و به ایشان گوشزد می کنند بیمارشان تا به حال در بیمارستان بستری نشده است و هر بار که صحبت از بیماری و بستری در بیمارستان می شده است بیان می نموده که دوست ندارد در بیمارستان بستری شود. پرستار قوانین و مقررات را برای همراهان توضیح می دهد که اگر بخواهند بیمار تحت عمل جراحی قرار نگیرد باید رضایت شخصی بدهند و بیمار را مرخص نمایند. مورد معرفی شده هیچ یک از ویژگی های مفهوم صلاحیت اخلاقی پرستاری را ندارد اما به دلیل اینکه به بیان پیروی از قوانین معین اصول اخلاقی در یک سیستم می پردازد ممکن است با صلاحیت اخلاقی اشتباه شود.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

پرستاران تلاش زیادی می کنند تا بهترین خدمات را به بیماران ارائه دهند و این مهم با داشتن صلاحیت و بالخصوص صلاحیت اخلاقی ارتباط مستقیم دارد. این تحلیل مفهوم ما را قادر به تعریف روشن از صلاحیت اخلاقی پرستاری کرد. با توجه به نتایج می توان اقدامات مناسبی در جهت توسعه استراتژی برای بهبود صلاحیت اخلاقی انجام داد من جمله برای ارائه بهترین خدمت به بیماران و افزایش کیفیت مراقبت از بیمار می توان تعلیم صلاحیت اخلاقی را در برنامه درسی پرستاری گنجاند. فقط در صورت داشتن تعریف واضح و دقیق از صلاحیت اخلاقی توصیف جنبه های آن و سپس داشتن ابزارهای مناسب برای اندازه گیری آن می توان برای ارزیابی صلاحیت اخلاقی پرستاران در بالین استفاده نمود و از پیشرفت رفتار اخلاقی حمایت کرد. مدیران پرستاری می توانند از آن در استخدام پرستاران استفاده کنند.

نتیجه گیری:

سابقه پرستاری به عنوان یک حرفه ای مقدس که در شرایط سخت ناتوانی و بیماری خدمات ارزشمندی را به جامعه ارائه می کند، خودبه خود احساس خدمت و تعهد اخلاقی را در این حرفه القاء می کند. حقیقت هم این است که هزاران پرستار با انگیزه ای انجام خدمت به دیگران و پیشگیری از ناتوانی و درد و رنج وارد این رشته می شوند. انتظار این است که خدمات و فعالیتها در این رشته، انسانی و اخلاقی باشد. اما به ظاهر در این میان فقط انگیزه های خوب باعث توسعه ای خوبیها نمی شود. چون در عمل شرایط زیادی به وجود می آید که تمایز خوب و بد نیاز به توانایی استدلال منطقی، قضاوت و تصمیم گیری دارد. نبود این توانایی گاهی باعث می شود تا کسی که به قصد خیر و خدمت فعالیت می کند. به هدف خود نائل نشود. انجام اعمال غیر اخلاقی علاوه بر آثار فردی تأثیر نامطلوب برون فردی و حرفه ای نیز دارد. بنابراین مجموعه ای حرفه ای پرستاری به عنوان یک سیستم می بایست راهکاری را برای حل این مشکل بیابد که در این میان اولین نقطه ای تمرکز و جایگاه تأثیرگذاری مراکز آموزش پرستاری هستند. این مراکز با تدوین برنامه های جامع توسعه ای عملکردها و صلاحیت های اخلاقی می توانند و می بایست به سمت تربیت پرستارانی گام بردارند که ایده های ارزشمند اخلاقی را به عملکردهای سودمند اخلاقی تبدیل کنند. بنابراین در حال حاضر یکی از اولویت های برنامه ریزی آموزشی پرستاری کشور ما بررسی عمیق و تدوین راهکارهایی جهت افزایش صلاحیت اخلاق حرفه ای دانشجویان پرستاری و یافتن مشکلات ناپیدا است..

۶- تعهد اخلاقی

ارتباط تعهد حرفه ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار

مقدمه:

تعهد حرفه‌ای عبارت است از رضایت قلبی و التزام عملی نسبت به وظایف تعیین شده برای انسان با این شرط که فرد وظایف خود را بدون هر گونه سیستم نظارتی به نحو احسن انجام دهد. به عبارت دیگر تعهد حرفه‌ای یک حالت روانی است که بیانگر نوعی تمایل، نیاز و الزام جهت اشتغال در یک حرفه خاص بوده و شامل سه بعد تعهد عاطفی، مستمر و هنجاری می‌باشد. تعهد حرفه‌ای یک متغیر بسیار مهم در امر مدیریت منابع انسانی است که باید در مرکز توجه قرار بگیرد. افرادی که به حرفه خود تعهد زیادی دارند مدت زمان طولانی در حرفه انتخابی خود می‌مانند و آن را ادامه می‌دهند. در مورد حرفه پرستاری نیز تعهد حرفه‌ای پرستاران بر دیدگاه بیماران نسبت به پرستاری، احترام و نگرش سایر افراد جامعه نسبت به این حرفه تاثیر گذار است. در فرایند درمان، پرستاران نیروی بالقوه‌ای هستند که می‌توانند روی کیفیت مراقبت‌های در حال اجرا موثر باشند. در واقع رعایت اصول درمانی تعهد حرفه‌ای بالایی را می‌طلبد. پرستاران با تعهد حرفه‌ای بالا جهت رسیدن به ارزش‌های حرفه‌ای تلاش کرده و بازدهی بالاتری دارند. در حالی که سطوح پایین‌تر تعهد حرفه‌ای منجر به غیبت از کار می‌شود. بنابراین توجه به روحیه و کارآرایی پرستاران به طور معناداری موفقیت سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. با مستند کردن رابطه بین تعهد حرفه‌ای و بازده کیفیت مراقبت‌های درمانی می‌توان به مدیران بیمارستانی کمک کرد تا ایجاد و ارتقای این تعهد را برای پرسنل به عنوان یکی از اهداف خود برنامه‌ریزی کنند. بنابراین بررسی تعهد حرفه‌ای پرستاران و سعی در ارتقای آن امری مهم می‌باشد. در سال‌های اخیر با اجرای طرح تحول نظام سلامت و افزایش چشم‌گیر مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی و درمانی، ارزیابی ارتباط بین تعهد حرفه‌ای و فرهنگ ایمنی می‌تواند علاوه بر شناسایی مشکلات بخش‌ها به ارتقای ارائه خدمات درمانی و رضایت مددجویان از سیستم بهداشتی و درمانی کمک کند.

یافته‌ها:

رفیعی و همکاران در سال ۱۳۹۸ به بررسی ارتباط تعهد حرفه‌ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد پرداختند. در بررسی ابعاد تعهد حرفه‌ای که شامل درک از پرستاری، رضایت از شغل پرستاری، درگیر شدن با حرفه پرستاری و از خودگذشتگی برای حرفه پرستاری است، بیشترین نمره کسب شده متعلق به بعد از خودگذشتگی برای حرفه پرستاری و کمترین نمره کسب شده مربوط به بعد رضایت شغلی پرستاران بوده است.

(اولویت بندی نمرات کسب شده برای ابعاد تعهد حرفه ای عبارتند از: از خودگذشتگی برای حرفه پرستاری- درگیر شدن با حرفه پرستاری- درک از پرستاری- رضایت از شغل پرستاری). همچنین در بررسی ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بیشترین نمره کسب شده متعلق به بعد کار تیمی بین واحدها و کمترین نمره کسب شده متعلق به بعد باز بودن مجرای ارتباطی بوده است. (اولویت بندی نمرات کسب شده ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار عبارتند از: کار تیمی بین واحدها - کار تیمی درون واحدها- جابجایی اطلاعات مهم بیمار بین بخشها و از شیفتی به شیفت دیگر- درک کلی از ایمنی بیمار- انتظارات و اقدامات سوپروایزرها در جهت ارتقا ایمنی بیمار- مسائل مربوط به کارکنان- پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و اشتباهات- یادگیری سازمانی، بهبود مستمر- حمایت مدیریت از ایمنی بیمار- تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته -بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در برابر خطاها- باز بودن مجرای ارتباطی)

همچنین شالی نیز در مطالعه خود مشخص کرد که پایینترین بعد از تعهد حرفه‌ای پرستاران، رضایت شغلی آنها می‌باشد. در مطالعه نحریر و همکاران نیز تنها ۴۳ درصد از پرستاران از شغل خود راضی بودند. از مهمترین علل پایین بودن سطح رضایت شغلی در پرستاران می‌توان به ساعات کاری زیاد، شرایط محیطی نامطلوب کاری و کمبود تعداد پرسنل پرستاری اشاره کرد. گراهام در مطالعه خود در کانادا به این نتیجه رسید که کاهش رضایت شغلی پرستاران می‌تواند علت اصلی افزایش مرگ و میر بیماران باشد که مشخصاً افزایش مرگ و میر از مهمترین علل پایین بودن سطح فرهنگ ایمنی بیمار در مراکز درمانی می‌باشد. بعد از خودگذشتگی برای حرفه پرستاری دارای بالاترین میانگین در مطالعه حاضر بود. این نتیجه مشابه مطالعات شالی و همکاران و نحریر و همکاران بود. پرستاران با توجه به ماهیت رشته خود و آموزش‌های علوم انسانی و اخلاق حرفه‌ای که در طول مدت تحصیل و خدمت دریافت می‌کنند. همواره با سختی‌ها مبارزه کرده و جهت حفظ جان انسان‌ها تلاش می‌کنند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد بررسی در سطح متوسط گزارش شد و باز بودن مجرای ارتباطی بین پرسنل و بازخورد و اطلاع دادن به دیگران در برابر خطاها از کمترین میانگین برخوردار بودند.

در مطالعه عبادی‌فر و همکاران با عنوان بررسی فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های استان تهران، پاسخ غیرتنبیهی در خطاها دارای کمترین میانگین بوده و نمره بیمارستان‌ها در فرهنگ ایمنی بیمار همانند این مطالعه در سطح متوسط قرار داشت. در مطالعات مشابهی که در کشورهای ترکیه، تایوان بلژیک و هلند انجام شد کمترین میانگین به پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و مسائل مربوط به کارکنان تعلق گرفت. در مطالعه انجام شده در آمریکا پاسخ غیرتنبیهی به خطاها و همچنین انتقال اطلاعات محرمانه بیمار دارای کمترین میانگین نمره مربوط به ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار بودند.

تفاوت مشاهده شده در ابعاد مورد بررسی فرهنگ ایمنی بیمار می‌تواند به علت تفاوت‌های فرهنگی کشورهای اشاره شده با ایران در زمینه‌های مذهبی و اعتقادی و باورهای بومی باشد. به طور کلی این یافته‌ها بر این نکته دلالت می‌کند که نیاز به فرهنگ سازی در ابعاد مختلف فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های مورد مطالعه وجود دارد. هر جا که فرهنگ پاسخ غیرتنبیهی به خطا بیشتر باشد میزان گزارش خطا نیز افزایش می‌یابد. لذا ضروری است فرهنگ ایمنی در جمعیت کاهش پاسخ‌های غیر تنبیهی در بیمارستان‌ها ارتقا یابد. جولایی و همکاران نیز در مطالعه خود دلایل عدم گزارش خطا را ترس از واکنش مدیر و همکاران، ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن، خوردن برچسب بی‌کفایتی و ایجاد نگرش منفی در بیمار ذکر می‌کنند.

لذا به نظر می‌رسد یکی از بزرگترین موانع برای گزارش خطاهای بیمارستانی، فرهنگ آن بیمارستان می‌باشد و در صورتی که پرستاران خطاها را به واسطه ترس از سرزنش شدن گزارش نکنند. عواقب سوء آن به بیماران، بیمارستان و جامعه برمی‌گردد و سیستم درمانی متحمل هزینه‌های بالای انسانی و اقتصادی خواهد شد. به طور کلی مدیریت سیستم‌های درمانی می‌توانند حمایت خود را در جهت کاهش این خطاها و به تبع ارتقاء ایمنی بیمار با ایجاد ارتباط باز بین پرسنل درمانی، آموزش کافی و تفویض اختیار به کارکنان انجام دهند. ایمنی بیمار یک مسئولیت جمعی بوده و با فراهم کردن منابع کافی انسانی و مالی به پرسنل درمانی و حتی مددجویان استفاده کننده از خدمات درمانی می‌توان آن را بهبود داد. بر اساس یافته‌ها، داشتن کار تیمی بین واحدها از بالاترین میانگین در بین ابعاد فرهنگ ایمنی بیمار برخوردار بود. در مطالعه صلواتی و همکاران نقاط قوت فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های دانشگاهی، سه بعد یادگیری سازمانی و بهبود مداوم کار تیمی درون واحدهای بیمارستان، پاسخ غیرتنبیهی در مواقع رخ دادن خطا و در بیمارستان‌های خصوصی دو بعد یادگیری سازمانی و بهبود مداوم و پاسخ غیرتنبیهی در مواقع رخ دادن خطا بود. در مطالعه مصطفایی و همکاران نیز بعد کار تیمی درون واحدهای بیمارستان و بعد تناوب گزارش‌دهی حوادث ناخواسته دارای بالاترین میانگین‌ها گزارش شدند. این تشابه در بعد کار تیمی به علت ماهیت کارهای مشترک در واحدهای بالینی و نیاز به هماهنگی مداوم به نظر قابل توجیه می‌باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین فرهنگ ایمنی بیمار و تعهد حرفه‌ای پرسنل پرستاری ارتباط معنی‌داری وجود داشت. به طوری که هرچه پرسنل پرستاری از تعهد حرفه‌ای بالاتری برخوردار بودند سطح ایمنی بیمار مطلوب‌تر می‌شد. لذا به نظر می‌رسد استفاده از رویکردها و مداخلات ارتقا دهنده سطح تعهد حرفه‌ای می‌تواند منجر به افزایش سطح فرهنگ ایمنی بیمارستان‌ها و محیط‌های بالینی شود. بر اساس نتایج نحیر و همکاران افراد با سطح بالای تعهد حرفه‌ای، اخلاق حرفه‌ای مطلوب‌تری داشته و عملکرد پرسنلی آنها در مراقبت از بیمار نسبت به سایرین افزایش می‌یابد. مطالعه تنگ و همکاران با عنوان بررسی ارتباط بروز خطاهای دارویی و تعهد حرفه‌ای پرسنل پرستاری در تایوان نیز نشان داد که افراد با سطح تعهد حرفه‌ای پایین‌تر، درصد بروز خطای بالاتری در طول مدت مطالعه داشتند و ایمنی بیمار نیز در وضعیت مناسبی قرار نداشت.

ارتباط تعهد اخلاقی با خطاهای دارویی گزارش شده پرستاران

مقدمه

امروزه یکی از چالش‌های مهم در سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی، حفظ ایمنی بیمار می‌باشد که به‌عنوان یک مفهوم جهانی مطرح بوده و شامل بهره‌وری، امنیت مراقبت، واکنش مراقبان رضایت بیماران و بستگان آن‌ها می‌باشد. خطاهای پزشکی از موضوعات مهم و تهدیدکننده ایمنی بیمار در تمامی کشورها محسوب می‌شود که بر اثر خطای انسانی، خطای مدیریتی و خطای سیستمی رخ می‌دهند خطای دارویی به‌عنوان یک اشتباه رایج از خطاهای پزشکی شناخته می‌شوند که میزان قابل توجهی از این خطاها توسط پرستاران انجام می‌شود. دلایل بروز این خطاها می‌تواند ناشی از تأثیر چند عامل باشد که عبارت‌اند از: محیط نظارتی، رهبری سازمانی و تعهد، سیاست‌ها و راهکارهای مدیریتی، پیچیدگی وظایف محوله، فرهنگ کار و محیط فیزیکی. این در حالی است که بسیاری از خطاهای دارویی قابل پیشگیری بوده و در هنگام عدم موفقیت در روند درمان بیماران رخ داده و می‌تواند صدمات احتمالی به آنان وارد کند انواع خطاهای دارویی عبارت‌اند از: دادن داروی اشتباه، دادن دارو در زمان اشتباه، دادن دارو با دوز و غلظت اشتباه، دادن دارو به بیمار اشتباه و دادن دارو از روش اشتباه. بنابراین با توجه به اجرای دستورات فراوان دارویی در بیمارستان‌ها می‌توان نتیجه گرفت که خطای دارویی رایج‌ترین خطای پزشکی است که می‌تواند ایمنی بیمار را تهدید نموده و عوارض جانبی خطرناکی را به دنبال داشته باشد که بر اساس مطالعات در اثر ترکیب دو عامل انسانی و عامل سیستمی ایجاد می‌شود و می‌تواند در هر مرحله از مراقبت بیمار رخ دهد از جمله در تشخیص، درمان و پیشگیری.

آمار دقیقی از خطاهای پزشکی در کشور ایران در دسترس نیست زیرا تنها بخش کوچکی از اشتباهات توسط پرستاران گزارش شده است و همین خطاهای پزشکی اظهار نشده منجر به بروز اختلال و مرگ قابل پیشگیری در بیمار می‌شود که آمار آن به‌صورت غیرقابل قبولی بالا است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) در سراسر جهان در بیمارستان‌ها به‌طور متوسط ۵ تا ۱۵ درصد خطای پزشکی رخ داده که این میزان حتی در برخی از کشورها مانند ترکیه در یک بازه زمانی ده ساله بین ۲۰ تا ۶۹ درصد گزارش شده است. همچنین خطاهای پزشکی سومین عامل مرگ‌ومیر در ایالات متحده آمریکا شناخته می‌شود و آمارهای سال ۲۰۱۳ حاکی از آن است که شیوع آن حدود ۲۰۰۰۰ تا ۴۰۰۰۰۰ مورد در بیماران بستری بوده است. این در حالی است که حدوداً یک نفر از هر ۱۰ نفر توسط یک خطای پزشکی در طول زمان بستری آسیب دیده‌اند و ۷٪ از این موارد منجر به فوت شده است.

طبق قوانین اخلاق پزشکی خطاهای رخ داده باید به‌طور صادقانه، درست و آشکار بیان شود. طبق قانون اخلاق پزشکی انجمن پزشکی آمریکا بیش از ۲۰ سال است که این انجمن متعهد شده است تا تمام بیماران را از تصمیمات اشتباهی که وضعیت سلامت آن‌ها را به خطر می‌اندازد در امان دارد و در صورت بروز خطا آن‌ها را آگاه سازد. با این وجود متأسفانه هنوز بسیاری از خطاهای صورت گرفته گزارش نمی‌شود. همان‌طور که اشاره شد پرستاران جهت گزارش دهی خطاها نیازمند برخورداری از تعهد حرفه‌ای بالا هستند که به‌صورت اعتقاد به اهداف و ارزش‌های حرفه‌ای و تلاش برای رسیدن به این اهداف بوده و به‌عنوان رضایت قلبی و التزام عملی نسبت به وظائف تعیین‌شده برای پرستاران تعریف می‌شود. با این شرط که بدون نیاز به هرگونه سیستم نظارتی شخص خود را مکلف به انجام وظائف به بهترین نحو ممکن می‌سازد. مک کی تعهد حرفه‌ای را احساس هویت و وابستگی نسبت به یک شغل و حرفه خاص تعریف می‌کند و بر تمایل و علاقه به یک کار در یک حرفه به‌عنوان یک تعهد حرفه‌ای تأکید دارد. رفتارهای اخلاقی به‌عنوان نتیجه تعهد حرفه‌ای نقش مؤثری در پیشرفت و توفیق سازمان در رسیدن به اهدافش داراست و در مقابل بی‌توجهی به آن نیز ممکن است پیامدهای ناخوشایندی از جمله، اثرات فردی مانند کم‌کاری‌های پنهان و آشکار شغلی، اثرات گروهی مانند تقویت روابط غیررسمی منفی در گروه‌های کاری، اثرات سازمانی مانند: کاهش اثربخشی، فرهنگ‌سازمانی و متغیرهای ساختاری را به دنبال داشته باشد. از دید تنگ و همکاران تعهد حرفه‌ای صداقت و وظیفه‌شناسی پرستار در حرفه پرستاری می‌باشد که رعایت اصول مهم پرستاری نیازمند داشتن تعهد حرفه‌ای بالایی می‌باشد. بدون شک پرستاران دارای تعهد اخلاقی و حرفه‌ای بالا در جهت رسیدن به ارزش‌های حرفه‌ای که یکی از مهم‌ترین مصادیق آن کاهش خطاهای دارویی (به‌عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ایمنی بیمار) است، تلاش خواهند کرد.

از آنجایی که در محیط کار تعهد سازمانی کارکنان از متغیرهای مهم رفتار سازمانی بوده و بر عملکرد شغلی و رفتار آنان اثرگذار می‌باشد به نظر می‌رسد دارا بودن تعهد اخلاقی پرسنل پرستاری نیز بر عملکرد شغلی و رفتار آنان در بروز خطاهای پزشکی اثرگذار خواهد بود.

یافته‌ها:

یوسفی اصل و همکاران در سال ۱۳۹۷ به بررسی ارتباط تعهد اخلاقی با خطاهای دارویی اظهار شده در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه پرداختند. یافته‌های مطالعه نشان می‌دهد که اکثر خطاها در پرستاران با سابقه کم (زیر ۱۰ سال) اتفاق افتاده است. بطوری که ۹ درصد پرستاران دارای سابقه زیر ۱۰ سال، ۲۶ درصد با سابقه ۱ تا ۲۰ سال و افراد دارای سابقه بیش از ۲۰ سال، ۴/۲ درصد خطاها را مرتکب شده‌اند. در بررسی آمار تحلیلی همبستگی ارتباط معنی‌دار بین سابقه کار و میزان خطا مشاهده می‌شود. میزان کل خطاهای رخ داده ۵۲/۸ درصد در تمام شیفت‌های کاری بوده است.

بیشترین خطاها بر اساس شیفت کاری نمونه‌ها بترتیب در پرستاران شیفت شب ثابت (۸۷/۵ درصد)، در پرستاران شیفت عصر ثابت (۸۱/۵ درصد) و سپس در پرستاران شیفت در گردش (۳۵ درصد) مشاهده شد. آنالیز داده‌ها حاکی است که بین کار به صورت شیفت در گردش و میزان خطاهای رخ داده ارتباط معنی‌دار وجود دارد همچنین بین سطح تحصیلات و خطاهای دارویی هم ارتباط معنی‌دار بود بطوریکه کارشناسان پرستاری بیشترین خطا را به نسبت افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد و دکترا داشتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد: ۲۹/۵ درصد خطاهای اتفاق افتاده توسط پرستاران از نظر «اهمیت خطا در ایمنی بیماران» بر اساس امتیاز اختصاص یافته به خطا در سطح متوسط و بالا بوده است. با توجه به اینکه بیشترین خطاها در روش تجویز داروها مربوط به روش تجویز داروهای خوراکی و وریدی رخ داده است؛ نتیجه آسیب این خطا نشان می‌دهد که در ۲۶/۷ درصد موارد این خطاها منجر به آسیب در بیماران، ۳/۴ درصد سبب آسیب به پرسنل و ۲/۸ درصد آسیب به وسایل و تجهیزات بخش گردیده است که بر اساس اظهار پرستاران، احتمال بروز مجدد خطاها در محدوده متوسط و بالا ۳۳/۴ درصد می‌باشد. در بررسی آماری تعهد اخلاقی پرستاران و نمرات کسب شده مشاهده شد که اکثر آنان (۶۲/۳ درصد) نمره تعهد اخلاقی پایین را کسب کرده‌اند. تحلیل ضریب همبستگی پیرسون، عدم وجود ارتباط معنادار بین تعهد اخلاقی در پرستاران و نمره خطای دارویی (فراوانی وقوع خطاها) و همچنین بین رخداد خطا را نشان می‌دهد.

نتیجه گیری:

اساس نتایج حاصله بیشترین خطا در پرسنل پرستاری با سابقه زیر ۱۰ سال رخ داده و ارتباط معنی‌دار آن با بروز خطا تأیید گردید. این یافته در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است. در حالی که در مطالعه حاجی بابایی و همکاران این ارتباط وجود نداشته است. نتیجه دیگری که در این پژوهش بدست آمد عدم وجود ارتباط بین جنس پرستاران اعم از زن یا مرد بودن و بروز خطا بود. این یافته با مطالعه بزرگزاد و همتی همسو می‌باشد. ولی با مطالعه پنجوینی که به طور معنی‌دار در پرستاران زن میزان اشتباه بیشتری نسبت به پرستاران مرد در تزریق وریدی داشتند و نیز مطالعه رحیمی و همکاران که ارتباط بین جنس و سن را با بروز خطا تأیید کردند مغایر می‌باشد. احتمالاً این ارتباط در این مطالعات به دلیل بالا بودن تعداد پرستاران زن و با سن کمتر در جامعه مورد پژوهش باشد.

یکی از یافته‌های قابل توجه مطالعه حاضر ارتکاب به خطای دارویی در طی شیفت شب بیش از سایر شیفت‌های کاری می‌باشد و ارتباط معنی‌داری بین کار به صورت شیفت در گردش و میزان خطای رخ داده مشاهده گردید. شاید این یافته بدین معنی است که خطای دارویی در هر شیفت کاری می‌تواند رخ دهد ولی بدلایلی چون خستگی و خواب آلودگی (که تا ۹۷/۸ درصد خطا را افزایش می‌دهد) رخداد خطاها در شیفت شب افزایش می‌یابد. بزرگزاد و همتی نیز نتیجه مشابهی را بدست آوردند (۴۴ درصد خطا در شیفت شب) در مطالعات دیگر این ارتباط تأیید نشد. هر چند که همودی و همکاران در این راستا نقش چرخشی بودن کارکنان پرستاری و تغییر شیفت کاری آنان را از دلایل بروز خطاهای دارویی می‌دانند.

یافته دیگر مطالعه حاضر ارتباط معنا دار کاهش بروز خطای دارویی در پرستاران دارای تحصیلات تکمیلی (ارشد و بالاتر) می‌باشد که افزایش آگاهی در ارتباط با تجویز دارو و دانش فارماکولوژیک افراد از دلایل آن می‌تواند باشد. سایر مطالعات نظیر آنچه در بوتسوانا انجام شد نیز بر افزایش دانش داروشناسی پرستاران و اهتمام بیشتر به درس فارماکولوژی دانشجویان پرستاری در کاهش بروز خطای دارویی تأکید کرده‌اند.

نهایتاً بر اساس یافته‌های پژوهش پرستاران شاغل در ۵ مرکز آموزشی درمانی شهر ارومیه؛ نمره پایینی را در بررسی تعهد اخلاقی کسب نمودند ولی بررسی‌ها نشان داد که ارتباط معنی‌داری با بروز خطاهای دارویی در آنان ندارد میانگین تعهد اخلاقی در مطالعه ما نسبت به مطالعات دیگر همچون مطالعه تنگ و همکاران در تایوان کمتر بود و این اختلاف می‌تواند ناشی از فراوانی بیشتر ترکیب نیروهای شرکتی و طرحی و قراردادی در مراکز آموزشی و درمانی مورد مطالعه باشد. در مطالعه پنجوینی و سانتل و همکاران نیز ارتباطی بین تعهد اخلاقی و خطاهای دارویی یافت نشد.

در مطالعه جولایی و همکاران نیز علیرغم کسب نمره بالای تعهد حرفه‌ای در پرستاران (نمره ۸۶) ولی ارتباط معنی‌دار آماری بین تعهد حرفه‌ای و وقوع خطای دارویی مشاهده نشد. ولی مطالعه رضایی امین و همکاران نشان داد که تعهد بالای کار در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه باعث کاهش تعداد اشتباهات دارویی از جمله تجویز داخل وریدی و غیر تزریقی شده است. مطالعات زیادی در ارتباط با اخلاق حرفه‌ای و تعهد اخلاقی در پرستاران حاکی است عوامل فردی و سازمانی عوامل اصلی تعیین کننده در بروز خطاهای دارویی هستند زیرا اخلاق حرفه‌ای به‌عنوان یک عامل فردی به طور مستقیم باعث افزایش سطح مسئولیت اجتماعی و پاسخگویی فردی می‌شود همچنین باعث تقویت فرهنگ خدمتگزاری شده و همین فرهنگ خدمتگزاری زمینه تقویت و بهبود پاسخگویی افراد در قبال وظایف شان رافراهم می‌کند. در مطالعه‌ای که توسط نیاز آذری و همکاران انجام شد تأکید گردیده که اخلاق حرفه‌ای رابطه مستقیم با تعهد سازمانی افراد دارد. از طرفی با وجود کاهش بروز خطاهای دارویی نسبت به سال‌های گذشته ولی بر اساس نتایج این مطالعه همچنان شاهد رخداد آن در پرستاران هستیم در نتیجه به دلیل نقش پررنگ پرستاران در حفظ و ارتقاء ایمنی بیماران که یکی از موارد مهم آن دادن ایمن و بدون خطای داروهاست به نظر می‌رسد ضمن ادامه و اهتمام بیشتر به تشویق آموزش و رفع عوامل فردی بررسی ارتقاء و بهبود عوامل تأثیر گذار سازمانی در فرآیند ایجاد خطاهای دارویی توسط مدیران و مسولین خدمات بهداشتی و تسهیل خوداظهاری خطاها توسط پرستاران می‌تواند در ارائه خدمات با کیفیت بهتر و محافظت از ایمنی بیمار نقش مهمی داشته باشد.

ارتباط تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت گیری اجتماعی با رفتار اخلاقی پرستاران

پرستاری یکی از مشاغلی است که به دلیل فشار زیاد شغلی، نوبت‌های کاری شبانه، سختی کار و... با استرس و فشار روانی همراه بوده و وظایف آن همواره با مسائل اخلاقی آمیخته است. غیور باغبانی و همکاران در سال ۱۳۹۴ به بررسی ارتباط تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت‌گیری اجتماعی با رفتارهای اخلاقی پرستاران پرداخته‌اند. جامعه آماری این پژوهش توصیفی - تحلیلی شامل همه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهید مفتح و پانزده خرداد شهر ورامین می‌باشد که از میان آنان ۱۳۰ پرستار بر اساس معیارهای ورود به مطالعه به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. آزمودنی‌ها علاوه بر پاسخگویی به سوال‌های مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی، پرسشنامه‌های استاندارد شده تعهد سازمانی، رضایت شغلی، جهت‌گیری اجتماعی و رفتار اخلاقی را تکمیل کردند. نتایج نشان داد که تعهد سازمانی، رضایت شغلی، جهت‌گیری اجتماعی با رفتار اخلاقی پرستاران ارتباط مثبت و معنی‌دار داشتند. همچنین تعهد سازمانی با رضایت شغلی پرستاران و رضایت شغلی با جهت‌گیری اجتماعی پرستاران ارتباط مثبت و معنادار داشت.

متغیرهای تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت‌گیری اجتماعی توانستند ۵۲/۷ درصد از تغییرات رفتار اخلاقی پرستاران را پیش‌بینی کنند. در این مطالعه مشخص شد، در مدلی که تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت‌گیری اجتماعی به طور همزمان برای پیش‌بینی رفتار اخلاقی پرستاران رقابت نمایند، به ترتیب تعهد سازمانی، جهت‌گیری اجتماعی و رضایت شغلی مؤثرترین متغیرها می‌باشند. پس آنچه که در رفتار اخلاقی پرستاران نقش عمده‌ای ایفا می‌کند در درجه نخست این است که افراد چه مقدار از درون به اشتغال در سازمان خود نیاز، تمایل و یا الزام دارند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برنامه ریزان به منظور ارتقای رفتار اخلاقی پرستاران، میزان تعهد سازمانی، جهت‌گیری اجتماعی و رضایت شغلی آنان را از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی مناسب ارتقا دهند. همچنین توصیه می‌شود که مسؤولان ضمن افزایش دانش روانشناسی خود به آثار و نشانه‌های متغیرهای مؤثر بر رفتار اخلاقی توجه نموده و بر اساس آن‌ها تدابیری را برای بهبود رفتار اخلاقی پرستاران اتخاذ نمایند.

تجارب پرستاران در مورد موانع و تسهیل‌کننده‌های تعهد به حرفه پرستاری

مقدمه

تعهد حرفه‌ای احساس هویت و یا وابستگی به یک حرفه خاص و نحوه تفکر فرد نسبت به حرفه خویش و انگیزه برای فعالیت در آن حرفه است. تعهد حرفه‌ای وفاداری فرد نسبت به آن حرفه را نشان می‌دهد. مفهوم تعهد حرفه‌ای را برای توصیف رفتارهای ویژه اعضای یک حرفه از قبیل عضویت در سازمان‌های حرفه‌ای، باور به خودکنترلی و خودتنظیمی، احساس مسئولیت در قبال حرفه درک اختیار و استقلال در حرفه، مطالعه متون حرفه‌ای، شرکت در کارهای گروهی حرفه‌ای، انجام سخنرانی‌ها و مشارکت در تحقیقات ذکر می‌کنند.

پرستاری حرفه‌ای انسانی و نیازمند افرادی است که نه تنها با تمایل قلبی در حرفه وارد شوند بلکه بتوانند تعهد خود را به حرفه حفظ نموده و در جهت اعتلای آن بکوشند. زیرا افرادی که از مراتب بالاتر تعهد برخوردارند در جهت گسترش ارزش‌های حرفه‌ای تلاش کرده و مسؤلیت‌پذیری بیشتری دارند. افراد متعهد به اهداف و ارزش‌های حرفه‌ای معتقد بوده و به حرفه خود افتخار می‌کنند، حرفه را بخشی جدایی‌ناپذیر از زندگی خود می‌دانند و آن را به عنوان قسمتی از هویت خویش می‌پذیرند. مطالعه تعهد حرفه‌ای در پرستاری نشان می‌دهد که پرستاران با تحصیلات بالاتر تعهد حرفه‌ای بیشتری دارند. هرچه پرستاران بیشتر به حرفه متعهد باشند بیشتر در جهت اعتلای حرفه تلاش کرده و تمایل بیشتری به حضور در حرفه و مشارکت با سازمان‌های حرفه‌ای مربوطه خواهند داشت. مروری بر مطالعات موجود در زمینه تعهد حرفه‌ای بیانگر وجود ارتباط بین تعهد حرفه‌ای و شاخص‌های مختلف عملکردی از جمله ارتباط تعهد حرفه‌ای و رضایت شغلی، ثبات فرد و ماندن در حرضه و کارایی در شغل است. علاوه بر این مطالعه‌ای نشان داد که تعهد حرفه‌ای تأثیر فرسودگی کاری بر رضایت پرستاران را تعدیل می‌کند.

پرستارانی که از تعهد حرفه‌ای بیشتر برخوردار بودند کمتر تحت تأثیر جنبه‌های فرسوده‌کننده کار واقع می‌شدند مطالعات موجود در مورد حرفه پرستاری در ایران نشان می‌دهد که آنچه بیشتر برای پرستاری در کشور ما مطرح است نارضایتی و فرسودگی روانی است. مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۷ توسط سازمان نظام پرستاری انجام شد نشان داد که اغلب پرستاران از شغل خود ناراضی هستند. محققین در یک مطالعه پدیدارشناسی نشان دادند برای اکثریت پرستاران تجربه پرستاری مترادف با تجربه مشکلات است. در مطالعه دیگری نشان داده شد که پرستاران ایرانی حرفه را تحمل کار سخت با پاداش اندک می‌دانستند. بدیهی است وقتی فردی از بودن در حرفه‌ای ناراضی باشد نمی‌تواند نسبت به ایجاد تغییر و ارتقاء آن حرفه احساس تعهد داشته باشد. ترک حرفه و عدم تمایل به ادامه فعالیت در حرفه پرستاری امروزه یکی از مباحث و مشکلات مطرح شده برای حرفه پرستاری است. زیرا کار پرستاری با پیچیدگی بیشتر کار گروهی بیشتر ارایه مراقبت با استفاده از فن‌آوری‌های نوین پزشکی، افزایش رقابت و کاهش بودجه همراه شده است. این تغییرات سبب شده که میزان ترک حرفه در بین پرستاران رو به افزایش نهاده و نشانه‌های عدم تمایل پرستاران برای ادامه فعالیت در این حرفه و در پی آن ترک حرفه مطرح شود. آنچه اهمیت تعهد حرفه‌ای را دو چندان می‌سازد ارتباط تعهد حرفه‌ای و تمایل به ترک حرفه است. مطالعات تعهد حرفه‌ای را به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی در جلوگیری از ترک حرفه ذکر می‌نمایند. پرستارانی که از تعهد حرفه‌ای بالاتر برخوردارند تمایل بیشتری به حضور در حرفه داشته و به خروج از حرفه نمی‌اندیشند. ایجاد و حفظ تعهد حرفه‌ای در پرستاران سبب می‌گردد که نه تنها از خروج پرستاران از حرفه جلوگیری شود بلکه نیروی عظیم این قشر در مسیر نیل به اهداف حرفه‌ای قرار گیرد.

بررسی متون نشان می‌دهد که عوامل تسهیل کننده و موانع تعهد حرفه‌ای در پرستاران بالینی چندان مورد مطالعه قرار نگرفته است. مطالعات موجود مبتنی بر تحلیل مفهوم بوده و در سایر مطالعات بیشتر به مفهوم کلی تعهد پرستاران پرداخته شده است. شناسایی عوامل تسهیل کننده و موانع ایجاد تعهد حرفه‌ای می‌تواند راهکارهایی را برای دستیابی به تعهد حرفه‌ای در بین پرستاران ارائه دهد و انجام برنامه‌ریزی‌های آینده در جهت رفع موانع را تسهیل نماید.

یافته‌ها:

جعفرآقایی و همکاران در سال ۱۳۸۷ به بررسی تجارب پرستاران در مورد موانع و تسهیل کننده‌های تعهد به حرفه پرستاری پرداخته‌اند. این مطالعه با رویکرد تحلیل محتوای کیفی انجام شد. شرکت‌کنندگان این مطالعه ۲۱ نفر از پرستاران بالینی با سوابق کاری و سمت‌های بالینی متفاوت بودند. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختاری بود. مدت گردآوری داده‌ها ۱۴ ماه و تعداد مصاحبه‌ها ۲۸ مصاحبه بود. داده‌های حاصل از مصاحبه‌های غنی مورد تحلیل محتوای کیفی قرار گرفت، از ۲۱ نفر شرکت‌کننده در مطالعه ۴ نفر مرد و بقیه زن و سن آن‌ها بین ۲۹ تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۳۹ سال و میانگین سابقه کاری ۱۳ سال بود. شرکت‌کنندگان در مطالعه در بخش‌های مختلف بیمارستان‌های آموزشی و غیرآموزشی دولتی و خصوصی مشغول به کار بودند. در بین شرکت‌کنندگان یک نفر مترون، دو نفر سرپرستار، یک نفر سوپروایزر بالینی و بقیه پرستار بالینی بودند. در روند تجزیه و تحلیل داده‌ها ۲۰۸ کد اولیه به دست آمد که این کدها به ۱۸ زیرطبقه و سپس به ۷ طبقه اصلی انجامید و در نهایت سه مضمون اصلی حاصل شد. سه مضمون اصلی شامل معنی تعهد حرفه‌ای، تسهیل کننده‌های تعهد حرفه‌ای و موانع ایجاد تعهد حرفه‌ای در پرستاران می‌باشد.

نتیجه‌گیری:

نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران ایرانی، تعهد به حرفه را نیرویی درونی می‌دانند که سبب می‌شود در مراقبت از بیمار و رفع نیازهای بیماران از خودگذشتگی داشته باشند و با هدف نیکوکاری و دیدن جنبه‌های معنوی در حرفه پرستاری فعالیت نمایند. تعهد حرفه‌ای نه تنها به ارتقاء حرفه در جامعه می‌انجامد بلکه مانع ترک حرفه و کاهش کارایی‌ها می‌گردد. پرستاران ایرانی در شرایطی قرار دارند که آموخته‌های مذهبی و معنوی آن‌ها با حس انسان دوستی و کمک به دیگران که از جمله اصول حرفه پرستاری است مطابقت دارد بنابراین خود به سوی این حرفه گرایش دارند و انتظار می‌رود از تعهد حرفه‌ای بالایی برخوردار باشند. اما برخی نقایص و مشکلات موجود در محیط اجتماعی و حرفه‌ای سبب شده که تمایل به ترک حرفه بیشتر شده و افراد مستعد و پر تلاش کمتر در حرفه بمانند..

نتایج مطالعه نشان داد که احساس ارزشمند بودن می‌تواند تأثیر مهمی در ایجاد حس تعهد به حرفه داشته باشد لذا تأکید بر جنبه‌های معنوی حرفه پرستاری به خصوص در سال‌های ابتدایی حضور دانشجویان می‌تواند هم به جذب افراد با گرایش‌های مناسب این حرفه کمک نماید و هم در ارتقای تعهد به حرفه در بین پرستاران کیک کننده باشند. همچنین مشارکت پرستاران در تصمیم‌گیری‌های مربوط به عملکرد پرستاری می‌تواند بسیار مهم باشد. یک راهکار برای ایجاد استقلال اینست که پرستاران بتوانند تجارب یادگیری خود را در داخل و خارج محیط‌های کاری به نمایش بگذارند و از تجارب یادگیری خود در عمل استفاده نمایند. همچنین وارد کردن پرستاران در نشست‌های ماهانه و استفاده از تجارب آنان؛ تشویق به بیان دانسته‌ها و تأکید بر به کارگیری نظرات آن‌ها در کمیته‌های تخصصی و به خصوص حضور پرستاران در کمیته‌هایی که به طور مستقیم درباره مراقبت از بیماران تصمیم گرفته می‌شود می‌تواند در احساس استقلال و کنترل بر شرایط حرفه خود مور باشد. پرستاران شرکت کننده در این مطالعه موانعی را برای ایجاد تعهد به حرفه بیان کرده‌اند که تاحد زیادی به نوع حرفه و شرایط خاص عملکردی در پرستاری ایران بر می‌گردد.

شرکت کنندگان در این مطالعه بی‌توجهی مدیران و بی‌ارزش شدن تلاش‌هایشان توسط مدیران پرستاری را از مهم‌ترین موانع می‌دانستند شرایط کاری سخت و شیفت‌های مختلف کاری چنانچه با قدردانی و درک صحیح جامعه و به خصوص توجه ویژه مسؤلین و مدیران پرستاری همراه باشد می‌تواند قابل تحمل تر گردد. به نظر می‌رسد نتایج این مطالعه و نظرات پرستاران ایرانی در مورد تسهیل کننده‌ها و موانع تمهد به حرفه پرستاری می‌تواند راهگشایی برای ایجاد تعهد به حرفه باشد.

۷- جو اخلاقی

تعریف :

جو به روش هایی اشاره می کند که سازمان ها، رفتارهای عادی، اقدامات و اعمال مورد انتظار خود را عملیاتی می سازند، از آنها حمایت می کنند و به آنها پاداش می دهند. سازمان ها، واحدها و گروه های کاری انواع مختلفی از جوها از جمله جو اخلاقی را در بر می گیرد و به علت تفاوت های موقعیتی افراد، گروه های کاری و سوابق کاری، ادراک کارکنان از جو سازمانی و جو اخلاقی در سازمان های مختلف متفاوت است. در حالی که سازمان ها دربرگیرنده جوهای زیادی می باشند، جو اخلاقی سازمان برای سازمان ها مهم بوده و بر رفتار اخلاقی کارکنان موثر است.

جو اخلاقی سازمان دربرگیرنده ادراک از درست و اشتباه در محیط کاری سازمان بوده و هنجارهایی را برای پذیرش و عدم پذیرش رفتارهای سازمانی ارائه می کند. جو اخلاقی چارچوب رایجی برای ارزیابی ویژگی های اخلاقی سازمان های بشری است که از مفهوم عمومی تر جو سازمانی پدیدار گشته است.

تعریف و سنجش جو در سازمان ها کار دشواری است. ریچر و اشنایدر جو سازمانی را به عنوان « ادراکات مشترکی » تعریف می کنند که همه چیزها حول آن قرار می گیرد. جو اخلاقی به عنوان بخشی از فرهنگ سازمانی با جو سازمانی در نظر گرفته می شود.

جو اخلاقی برای اولین بار در سال ۱۹۸۷ معرفی گردید. ویکتور و کالن به عنوان پدران جو اخلاقی شناخته شده اند، آنها مفهوم اخلاق سازمانی را با توجه به دیدگاه جامعه شناسی و فلسفی توسعه داده و جو اخلاقی را ادراک متداول از انواع فعالیت ها و رویه های اخلاقی که محتوای اخلاقی دارد تعریف کرده اند. طبق نظر ویکتور و کالن، جو اخلاقی در سازمان به ادراکات مشترک از رفتارهای صحیح اخلاقی و اینکه موضوع اخلاقی چگونه باید اداره شود، اشاره می کند.

جو اخلاقی به عنوان چارچوبی برای ایجاد و تقویت هنجارهای قابل قبول، ارزش ها و عقایدی است که ممکن است با این دیدگاه نهادی که «کارها چطور باید انجام شود»، مرتبط شود. ویکتور و کالن اعتقاد دارند جو اخلاقی همانند ذره بینی برای بررسی، تشخیص و حل موقعیت های مساله ساز بکار می رود. زمانی که سازمان ها دارای جو اخلاقی باشند، کارمندان قادر می شوند تا انواع معضلات اخلاقی را تشخیص داده و حل کنند. به زعم این تعریف جو اخلاقی سازمانی با ابعاد اخلاقی سازمانی بر مبنای ضوابط رایج، رفتارها، ارزش ها، اعتقادات، و عاداتی که رفتارهای کلی افراد را در سازمان شکل می دهد، مورد سنجش قرار می گیرند.

جو اخلاقی سازمان به ادراکات مشترک افراد یک سازمان از آنچه از نظر اخلاقی صحیح است، اشاره کرده و نشان می‌دهد که چگونه باید نسبت به مسائل اخلاقی و ارزشی در درون سازمان واکنش نشان داد. جو اخلاقی نشانگر درک افراد از سازمانشان است و بر نگرش و رفتار آنها تأثیر می‌گذارد و به عنوان چارچوبی برای مراجعه کارکنان سازمان بکار می‌رود. این نوع جو زمینه‌ای برای بروز رفتارها و تصمیم‌گیری‌ها فراهم می‌کند. به عبارت دیگر جو اخلاقی خصوصیت یک سازمان را ارائه می‌دهد و در واقع متغیری سازمانی است که می‌تواند اوضاع کاری را تغییر دهد یا بهبود بخشد.

جو اخلاقی سازمان نشان دهنده ارزش‌های اخلاقی و انتظارات رفتاری و نشانگر تأثیر اخلاقیات بر تصمیمات اعضای سازمان بوده و به معنی وجود گزینه‌های اخلاقی جهت انتخاب و عمل کارکنان است. پژوهش‌ها بیانگر وجود رابطه میان نظارت مستقیم سرپرست و تمایل به رفتارهای غیر اخلاقی در سازمان‌ها است. امروزه پیچیده‌تر شدن روزافزون سازمان‌ها و افزایش میزان کارهای غیر اخلاقی و غیر قانونی در محیط‌های کاری توجه مدیران و رهبران را به ایجاد و حفظ جو کاری اخلاقی در همه سازمان‌ها ضروری کرده است.

ابعاد جو اخلاقی:

پژوهش‌ها نشان دادند که پنج نوع جو واقعی در سازمان‌ها وجود دارد که عبارتند از جو نوع دوست، جو قانونی، جو حقوقی و اصولی، جو مستقل و جو ابزاری.

۱- جو نوع دوست: جو اخلاقی نوع دوست بر معیار سودمندی اخلاق تمرکز دارد و بر اساس توجه به دیگران پایه‌گذاری شده است. در این جو از کارکنان انتظار می‌رود به روشی عمل کنند که به ذینفعان به بهترین وجه خدمت کنند. کارکنان سازمان به رفاه دیگران علاقه‌مند بوده و در هنگام اتخاذ تصمیم، همه کسانی را که تحت تأثیر تصمیمات آنان قرار می‌گیرند در نظر می‌گیرند. هنگامی که سازمان جو اخلاقی نوع دوست دارد، تاکید بر رفاه دیگران، با سیاست‌ها، رویه‌ها و استراتژی سازمان حمایت می‌شود. در این محیط نه فقط رویه‌ها و سیاست‌های سازمان جو را ارتقاء می‌دهد، بلکه بیشتر اعضای گروه نیز با این روش رفتار می‌کنند. در این جو افراد علاقه‌خالصانه‌ای به خوب بودن اعضای داخل سازمان و حتی اعضای خارج سازمان که ممکن است تحت تأثیر تصمیمات آنها قرار بگیرند، دارند.

۲- جو قانونی: این نوع جو اخلاقی نیز بر اساس معیار قانونی اخلاق است. در این جو کارکنان باید از قوانین و رویه‌هایی که توسط سازمان تعیین می‌شوند، پیروی کنند. تصمیمات سازمانی نیز بر اساس مجموعه‌ای از مقررات منطقه‌ای یا استانداردهایی مانند کدهای رفتاری هدایت می‌شود. در این بعد اخلاقی، قوانین و رویه‌های سازمانی به کار گرفته شده‌اند و با توجه خاصی در تصمیم‌گیری قرار می‌دهند.

در این جو، ضوابط و سیاست های سازمانی مبنایی برای رفتار هستند و تصمیم گیری های اخلاقی را هدایت می کنند. جنبه های منفی این بعد، نقش های ناآشکار و سیاست های درونی است که با قوانین و استانداردهای کارکنان در تضاد است و توجه کمی به دیگران در فرآیند تصمیم گیری دارد.

۳- جو حقوقی و اصولی: جو حقوقی و اصولی که در آن از کارکنان انتظار می رود از اصول اخلاقی بیرونی مانند حقوق، کتاب مقدس یا اصول حرفه ای اقدامات پیروی کنند. این نوع جو اخلاقی با معیار قانونی اخلاق مرتبط است. این بعد مستلزم این است که افراد به قوانین و مقررات حرفه خود پایبند باشند. در هنگام موقعیت های تصمیم گیری، کارکنان باید تصمیمات خود را بر اساس حکم بعضی از سیستم های بیرونی مانند قانون، منابع دینی و کدهای رفتاری حرفه ای اخذ نمایند. بر این اساس که افراد به اصول و موازین خارجی همچون قانون، کتاب انجیل و استانداردهای حرفه ای وفادارند. جنبه منفی این بعد این است که افراد ممکن است به آثار اعمال خود بر دیگران بی توجه باشند، همانگونه که آثار یک انتخاب را بر خود و دیگران نادیده می گیرند.

۴- جو مستقل: از کارکنان انتظار می رود از باورهای اخلاقی خودشان در تصمیم گیری شان پیروی کنند. تصمیم گیری در این جو اشخاص را به استفاده عمیق عقاید اخلاقی شخصی برای تصمیمات اخلاقی، بدون در نظر گرفتن تأثیر بیرونی این تصمیمات تشویق می کند. اعضای سازمان در این بعد با توجه به ادراک خود از صحیح و اشتباه بودن اقدام به اتخاذ تصمیم می نمایند. این جو اخلاقی شامل معیار قانونی اخلاق است. در این بعد از جو اخلاقی افراد بر طبق اعتقادات و خلیقات خود که بر اساس مجموعه ای از اصول خوب شکل گرفته است عمل می نماید.

۵- جو ابزاری: در بعد ابزاری اعضای سازمان بیش از آنکه نگران سود دیگران باشند به دنبال کسب منافع شخصی خود هستند و تمرکز بر ارضای منافع شخصی است. این بعد به ابزار گرایی اشاره دارد یعنی جایی که تئوری خودخواهی با مکان های قابل بررسی شخصی، محلی و جهانی که در کارکنان و سود سازمان متمرکز است در ارتباط است. این جو به شکل محدود از رفتار با رویکرد خودمحوری حمایت می کند. در این جو، منافع شخصی رفتار را هدایت می کند. جو ابزاری معیار اخلاقی خودبینی را شامل می شود و به طور اولیه به دنبال فراهم آوردن حداکثر منافع شخصی است. این افراد اعتقاد دارند تصمیمات اخذ شده باید در خدمت منافع سازمان ها با ارائه دهنده نفع شخصی باشد. مطالعات مختلف نشان می دهد که جو ابزاری نسبت به سایر جوها کمترین میزان کاربرد در سازمان ها را داراست به دلیل این خود محوری جو ابزاری با فقدان توجه به ارزش های اخلاقی، حداقل احساس پاسخگویی درون فردی، تأکید بر کارایی با کنترل هزینه و فقدان توجه به رفاه کارکنان یک سیستم محرک نتیجه محور را به وجود می آورد. افراد در این جو به تأثیر بیرونی قوانین، استانداردهای حرفه ای یا انتظارات مشتریان توجه نمی کنند.

در علائق شخصی موارد روشنی از کلاه برداری و فریبکاری در یک محیط ابزارگرایی اتفاق می افتد. اشخاصی که در محیطی صمیمی، همراه با جو غالب عاطفی کار می کنند، دوستی، مسئولیت اجتماعی، کارایی، و علاقه تیمی را بالاتر از سود شخصی و سودسازمانی در نظر می گیرند. این مراکز ابعادی را نمایش می دهد که در تصمیم گیری های محلی، شخصی و جهانی استفاده شده است. مراکز فردی، جهت گیری لذت جویانه را منعکس می کند. مراکز محلی، کار گروهی، تعهد فردی و سازمانی را نمایش می دهد و مراکز جهانی ارجاع وسیعی از گروه یا سازمان ها را ارائه می دهد.

پیامدهای جو اخلاقی:

مارتین و کالن تعهد سازمانی و رضایت شغلی را به عنوان دو نتیجه عاطفی از این نوع جو بیان می کنند. در مطالعات دیگر نیز جو اخلاقی به عنوان عامل تاثیرگذار بر کار گروهی و عملکرد سازمانی بیان شده است. انواع جوهای اخلاقی با پیامدهای مهم سازمانی شامل خشنودی شغلی، تعهد سازمانی و قصد ترک شغل مرتبط می شوند که این امر اهمیت توجه به مفهوم اخلاق در سازمان ها و محیط های کاری را مشخص می سازد.

بررسی جو اخلاقی و رفتارهای انحرافی و مدنی سازمانی:

رویکردی انگیزشی به نقش عدالت سازمانی و جبران عدالت. وقتی جبران عدالت فعال بالاست، خدمت و گرایش های ابزاری باعث افزایش رفتارهای انحرافی معطوف به سازمان می شود. وقتی جبران عدالت فعال بالاست، خدمت و گرایش های ابزاری باعث افزایش رفتارهای انحرافی معطوف به همکاران می شود. وقتی عدالت سازمانی بالاست، گرایش های ابزاری باعث کاهش رفتارهای مدنی - سازمانی می شود. جو اخلاقی سازمانی و ابعاد آن به صورت مثبت و معناداری بر هویت سازمانی تأثیر گذار بوده و از آن طریق به صورت منفی بر تمایل به ترک خدمت کارکنان موثر هستند.

بررسی تاثیر جو اخلاقی سازمانی بر مشارکت کارکنان در فرآیندهای مدیریت دانش:

نتایج نشان داد بین جو اخلاقی مبتنی بر مسئولیت و جو اخلاقی مبتنی بر اصول اخلاقی و حرفه ای و مشارکت کارکنان در فرایندهای مدیریت دانش ارتباط مثبتی وجود دارد و در مقابل بین جو اخلاقی خودخواه و مشارکت کارکنان در فرایندهای مدیریت دانش ارتباط منفی وجود دارد. ارتباط مثبتی بین ابعاد رضایت شغلی و تعهد عاطفی و تعهد اثربخش و تعهد مداوم وجود دارد. تأثیر میانجی جو اخلاقی در این پژوهش سهم قابل توجهی دارد.

۸- حساسیت اخلاقی

پرستاران به عنوان یکی از بزرگترین گروه های ارائه دهنده ی خدمات بهداشتی و درمانی اغلب در ارائه ی مراقبت بیماران با شرایطی روبه رو می شوند که نیازمند توجه به مسائل اخلاقی است. توانایی پرستاران در تشخیص و شناسایی مسائل اخلاقی در مراقبت های پرستاری به عنوان حساسیت اخلاق حرفه ای تعریف می شود. حساسیت اخلاقی باعث می شود پرستار نسبت به انجام اقداماتی که برای بیمار انجام می دهد، مدیریت بهتری در محیط بالینی داشته باشد. وجود حساسیت اخلاقی سبب ارتقا کیفیت مراقبت و توسعه ی عملکرد حرفه ای پرستاری می شود. افزایش اعتماد و رضایت مندی بیماران نسبت به فعالیت های پرستاری و ارتقای ارتباط بین پرستار و بیماران از دیگر مزایای آن است.

میزان توانایی اشخاص در تشخیص موقعیت های حساس اخلاقی و واکنش در برابر آن متفاوت است. وجود حساسیت اخلاقی تا حد زیادی به دانش قبلی، ویژگی های فرهنگی و اجتماعی جامعه ای که فرد در آن زندگی می کند بستگی دارد. بر این اساس، پرستارانی که از حساسیت اخلاقی بالاتری برخوردار هستند مراقبت های بالینی خود را با کیفیت بهتری ارائه می دهند و با همکاران خود با احترام بیش تری رفتار می کنند.

شواهد نشان می دهد حساسیت اخلاقی پرستاران در مسئولیت پذیری و ارائه ی درست نقش های پرستاری اهمیت بسزایی دارد اما وجود موانع مختلف باعث شده است پرستاران در برخی موارد این حساسیت لازم را در اقدامات و رفتارهای خود نداشته باشند. به دنبال کاهش حساسیت اخلاقی فرد با چالش ها و استرس های مختلف اخلاقی روبه رو می شود که نتیجه ی آن کاهش تمرکز بر فعالیت ها و حتی ترک شغل است.

مطالعه ی Filipova در آمریکا نشان داد، پرستاران در تصمیم گیری اخلاقی از حساسیت کافی برخوردار نبودند. در ایران نیز مطالعاتی به بررسی میزان حساسیت اخلاقی پرستاران پرداخته اند و نتایج متفاوتی را گزارش کرده اند. برخی پژوهش ها بیان کردند پرستاران در به کارگیری اصول اخلاقی در تصمیم گیری هایشان ضعیف بودند و از حساسیت کافی در این زمینه برخوردار نبودند و در مراقبت های پرستاری از بیماران معیارهای اخلاقی را رعایت نمی کنند؛ اما برخی مطالعات دیگر حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد درمان و مراقبت از بیماران را در سطح متوسط نشان دادند. برآیند این تفاوت ها گویای این نکته است که عوامل متنوعی در ایجاد وضعیت حساسیت اخلاق حرفه ای پرستاران دخیل است و در فرهنگ ها و نواحی مختلف متفاوت است. به طوریکه در تعدادی از مطالعات به سطح تحصیلات پرستاران، شناخت وضعیت بیماری مراجعہ کنندگان، آموزش اخلاق در چارچوب کارگاه های آموزشی، سطح آموزش اخلاق در طی دوره ی تحصیل، حجم مراقبت های پرستاری و تعداد بیماران اشاره شده است.

تعدادی از مطالعات دیگر مواردی از قبیل نداشتن چارچوب اخلاقی تعریف شده در پرستاری، تفاوت بین آموزش تئوری و بالینی مسائل اخلاقی، مشارکت بین پرستاران و رضایت شغلی پرستاران را مؤثر در میزان حساسیت اخلاق حرفه ای پرستاران نشان دادند.

مراقبت پرستاری سرشار از معضلاتی است که نیازمند اخذ تصمیمات اخلاقی است و حساسیت اخلاقی نقش زیادی در آگاهی به نتایج اخلاقی تصمیم گیری و عملکرد مناسب دارد. با توجه به اهمیت شناسایی عوامل دخیل در میزان حساسیت اخلاقی پرستاران و یکسان نبودن سطح حساسیت اخلاق حرفه ای پرستاران و عوامل مرتبط با آن در نتایج به دست آمده از مطالعات مختلف و اینکه در همه ی موارد، محققان بر ضرورت مطالعه ی بیش تر به خصوص بر انجام مطالعه در نقاط مختلف تأکید کردند، به نظر می رسد مطالعات انجام شده در زمینه ی حساسیت اخلاقی پرستاران هنوز نتوانسته ابعاد مختلف این موضوع و عوامل مرتبط با آن را به خوبی نشان دهد. علاوه بر این، ضروری است تا میزان حساسیت اخلاقی در گروه های مختلف پرستاران باهم مقایسه شود تا تأثیر شرایط مختلف بر این موضوع مورد بررسی قرار گیرد.

مسائلی از قبیل افزایش استفاده از مداخلت فناورانه و دارویی در مراقبت از بیمار، افزایش هزینه های درمانی و تعداد مددجویان، تغییر در مفاهیم پرستاری و نیازهای بهداشتی، افزایش تعداد سالمندان و مراقبت های پایان عمر، خودداری مددجو از ادامه درمان و محدود شدن استقلال مددجو در درمان تنها چند نمونه از موقعیت هایی هستند که به طور مداوم در حرفه پزشکی و پرستاری رخ می دهند و لازم است پرستاران در مورد اولویت های کاریشان در این شرایط تصمیم گیری نمایند. بدین منظور داشتن توانمندی و شایستگی کافی برای برخورد با کشمکش های اخلاقی و حل آن در شرایط فوق و در نتیجه ارائه مراقبت های پرستاری با کیفیت از نظر اخلاقی لازم و ضروری است.

مطالعات نشان می دهد پرستارانی که در حل معضلات اخلاقی توانایی کمتری دارند، دچار دیسترس اخلاقی بیشتری می شوند که این دیسترس اخلاقی به نوبه خود می تواند بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و باعث افت کیفیت مراقبت و مشکلات فراوان همانند افزایش تعداد روزهای بستری بیماران در بیمارستان و ارایه مراقبت های ناکافی و نامناسب شود.

متأسفانه مطالعات نشان می دهد که پرستاران آمادگی کافی برای این نوع تصمیم گیری ها و حل معضلات اخلاقی ندارند. برای تصمیم گیری و حل این معضلات اخلاقی، داشتن حساسیت اخلاقی در پرستاران خیلی مهم است. حساسیت اخلاقی، با حساس کردن پرستاران در مواجهه با موضوعات اخلاقی در محیط حرفه ای باعث بالا رفتن قدرت تشخیص مشکلات اخلاقی، بهبود توانایی در تصمیم گیری اخلاقی و منجر به کسب مهارت حل مسأله در دو راهی های اخلاقی می شود.

حساسیت اخلاقی می تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد، از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار و سطح تحصیلات. در خصوص عوامل مرتبط با حساسیت اخلاقی، نتایج ضد و نقیضی وجود دارد. به طوری که نتایج مطالعه Lutzen و همکاران نشان داد که جنس، سن، سابقه کاری و محل خدمت پرستاران بر حساسیت اخلاقی تأثیر می گذارد و حساسیت اخلاقی زنان بیشتر از مردان بوده است، و مردان کشمکش و مشکلات اخلاقی کمتری در کارهای روزانه خود داشته اند.

فهرست منابع:

منابع فارسی:

- ۱- چودین، ورنبا. (۱۹۴۲). اخلاقیات در پرستاری: از تباط مراقبتی همراه با کدهای عملکرد حرفه‌ای. ترجمه جولایی، سودابه، دهقان نیری، ناهید. (۱۳۸۸). تهران: نشر مهرراوش.
- ۲- باندمن، السی. ال. باندمن، برتام. اخلاق پرستاری در طول زندگی. ترجمه عزیزاده، مهتاب. (۱۳۷۵). تهران: نشر و تبلیغ بشری.
- ۳- حیدری، ع، مشکین یزد، ع. چالش های اخلاقی در پرستاری. مجله بالینی پرستاری و مامایی. ۱۳۹۷؛ ۷ (۱): ۸۴-۹۵.
- ۴- آرمی، ادیب حاج باقری م، دیانتی م. بررسی صلاحیت اخلاقی در پرستاری. مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه. پاییز ۱۳۹۸؛ ۷(۳): ۷۷-۹۰.
- ۵- محمدپوری، کاظمی ن، عباسی م، شمس ا. بررسی صلاحیت های اخلاقی دانشجویان پرستاری دانشکده مامایی ارومیه. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۳۹۲؛ ۱۱(۵): ۳۹۸-۴۰۳.
- ۶- غلامپور م، پورشافعی ه، قاسمیان ع، غلامرضایی ه. تبیین تجارب پرستاران از صلاحیت های اخلاقی و بالینی. مجله اخلاق زیستی. پاییز ۱۳۹۷؛ ۲۹(۸): ۴۱-۳۱.
- ۷- برهانی ف، الحانی ف، محمدی ع، عباس زاده ع. توسعه صلاحیت اخلاق حرفه ای پرستاران، ضرورت ها و چالش ها در آموزش اخلاق. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. تابستان ۸۸؛ ۳(۳): ۲۷-۳۸.
- ۸- یوسفی اصل م، نادری ر، بقایی ر، خلخالی ح، چراغی ر. ارتباط تعهد اخلاقی با خطاهای دارویی اظهار شده در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. مجله پرستاری و مامایی. بهمن ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱۱): ۸۸۹-۸۷۸.
- ۹- رفیعی وردنجانی ل. ارتباط تعهد حرفه‌ای پرستاران و فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد. مجله سلامت و مراقبت. زمستان ۱۳۹۸؛ ۴(۴): ۳۵۲-۳۴۴.
- ۱۰- ابراهیمی ه، نیکروش م، اسکویی ف، احمدی ف. جلوگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار و تعارض اخلاقی عمده پرستاران در حیطة های تصمیم گیری اخلاقی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان. ۱۳۸۵؛ ۱: ۴۵ تا ۵۶.
- ۱۱- واحدیان عظیمی آ، الحانی ف. چالش های آموزشی در تصمیم گیری اخلاقی در پرستاری. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۱: ۲۱ تا ۳۰.
- ۱۲- عباس زاده آ، برهانی ف، شریف ف، طغریایی ف. ارتباط دیسترس اخلاقی پرستاران با تصمیم گیری های پایان عمر در بخش ویژه. مجله (فصلنامه) اخلاق پزشکی. ۱۳۹۱؛ ۱: ۱۱۷ تا ۱۳۳.
- ۱۳- حسن پور م، حسینی م، فلاحی خشکناز م، عباس زاده آ. بررسی تاثیر آموزش اصول اخلاقی پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری پرستاران بیمارستان های تامین اجتماعی استان کرمان سال ۱۳۸۹. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۰؛ ۱: ۵۸ تا ۶۴.

- ۱۴- شهباز آ، نمدی ف، باقری ر، اخگر م، رابطه بین سبک رهبری و شجاعت اخلاقی پرستاران در مراکز درمانی و آموزشی ارومیه در سال ۱۳۹۹-۱۴۹۹. مجله پرستاری و مامایی. ۱۴۰۰؛ ۱: ۳۹۸-۴۰۷.
- ۱۵- حسینی م، عبادی م، فارسی ز. تأثیر برنامه انگیزشی اخلاقی بر شجاعت اخلاقی پرستاران در بیمارستان‌های نظامی مشهد. مجله پزشکی نظامی. ۱۳۹۸؛ ۱: ۴۱۰-۴۱۷.
- ۱۶- شریفیه س، خالق درست ش، قانی دهکردی ف، مظلوم زاده س. بررسی رابطه شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۴۰۰؛ ۱: ۲۳۳-۲۴۴.
- ۱۷- عبادی آ، صدوق اصل آ، پرویزی س. شجاعت اخلاقی پرستاران و عوامل مرتبط با آن. مجله تحقیقات پرستاری. ۱۳۹۹؛ ۱۲: ۲۴-۳۴.
- ۱۸- نمدی ف، شهباز آ، خال خالی ه. شجاعت اخلاقی پرستاران مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه. ۱۳۹۸؛ ۱: ۵۷۴-۵۸۲.
- ۱۹- غیور باغبانی م، شجاعی کلاته بالی ن، چنارانی ح، عاشوری ج. ارتباط تعهد سازمانی، رضایت شغلی و جهت‌گیری اجتماعی با رفتار اخلاقی پرستاران. مجله اخلاق پزشکی. پاییز ۹۵؛ (۳۷): ۳۶-۲۷.
- ۲۰- جعفر آقایی ف، مهرداد ن، پرویزی س. تجارب پرستاران در مورد موانع و تسهیل‌کننده‌های تعهد به حرفه پرستاری. مجله پژوهش پرستاری. ۱۳۹۳؛ (۴): ۹-۱۰۰-۸۷.
- ۲۱- برهانی، ف. و اسماعیلی آبدر، م. و رزبان، ف. و روشن زاده، م. (۱۳۹۲). دیسترس اخلاقی در پرستاران و ارتباط آن با فرسودگی شغلی. اخلاق پزشکی، ۷(۲۵)، ۱۴۴-۱۲۳.
- ۲۲- زارع نودئی، ی. و شیخی، م. و حسین خانی، ز. و سلیمانی، م. (۱۳۹۹). نقش پیشگویی‌کننده عملکرد شغلی در دیسترس اخلاقی پرستاران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان)، ۲۹(۱)، ۶۱-۷۱.
- ۲۳- زارع نودئی، ی. و شیخی، م. و حسین خانی، ز. و سلیمانی، م. (۱۳۹۹). نقش پیشگویی‌کننده عملکرد شغلی در دیسترس اخلاقی پرستاران. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا (مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان)، ۲۹(۱)، ۶۱-۷۱.
- ۲۴- محمدی، ج. و غضنفری، ف. و عزیزی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش اصول اخلاقی بر دیسترس اخلاقی در پرستاران. توسعه آموزش در علوم پزشکی، ۸(۲۰)، ۹۸-۱۰۴.
- ۲۵- برخوردار شریف آباد، م. و حکایتی، م. و نصیریانی، خ. (۱۳۹۹). ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران. اخلاق پزشکی، ۱۴(۴۵)، ۱-۱۳.
- ۲۶- محمدی، س. و برهانی، ف. و روشن زاده، ل. و روشن زاده، م. (۱۳۹۳). دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه مراقبت به بیمار: یک مطالعه ارتباطی در پرستاران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۷(۲)، ۴۷-۵۷.
- ۲۷- محمدی، س. و برهانی، ف. و روشن زاده، م. و طالبی، ف. (۱۳۹۳). دیسترس اخلاقی و نگرش نسبت به آتانازی: یک مطالعه ارتباطی در پرستاران. اخلاق پزشکی، ۸(۲۸)، ۱۴۲-۱۲۱.

- ۲۸- هاشمی، ع.، و برخورداری شریف آباد، م.، و سالاری، م. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت از دیدگاه پرستاران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۳(۱)، ۵۵۲-۵۶۳.
- ۲۹- شمسایی، ف.، و جهانی صیاد نویری، م.، و محمدقلی مزرجی، ن.، و رنجبر، ش.، و خزائی، م.، و مقصودی، ز. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی همدان. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۱۳(۱)، ۲۵۳-۲۶۲.
- ۳۰- محمدی نافچی، س.، و برهانی، ف.، و روشن زاده، م. (۱۳۹۲). ارتباط دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران بیمارستان های آموزشی شهر کرمان. اخلاق پزشکی، ۷(۲۶)، ۹۱-۱۱۳.
- ۳۱- بیک مرادی، ع.، و ربیعی، س.، و خطیبیان، م.، و چراغی، م. (۱۳۹۱). دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت های ویژه: مطالعه ای پیمایشی در مراکز آموزشی و درمانی شهر همدان. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، ۵(۲)، ۵۳-۶۳.
- ۳۲- عباس زاده، ع.، و برهانی، ف.، و فروغ عامری، گ.، و نجمی دولت آبادی، س. (۱۳۹۲). ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران: یک مطالعه توصیفی ارتباطی. اخلاق پزشکی، ۷(۲۴)، ۳۳-۵۳.

- ١- Anita Haahr, Annelise Norlyk, Bente Martinsen, Pia Dreyer. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review ,Nursing ethics ,٢٠٢٠, 27 (1), 258-٢٧٢
- ٢- Cheng-Fang Yang RN, MSN, Hui-Lian Che RN, MSN, Hsin-Wan Hsieh RN, MSN, Shu-Mei Wu RN, MSN. Concealing emotions: nurses' experiences with induced abortion care, journal of nursing ethics, 18 Mach 2016, Volume25, Issue9-10, Pages 1444-1454 ,<https://doi.org/10.1111/jocn.13157>
- ٣- Choe K, Kang Y and Park Y. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. J Adv Nurse 2015; 71(7): 1684–1693.
- ٤- Bollig G, Schmidt G, Rosland JH, et al. Ethical challenges in nursing homes—staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. Scand J Caring Sci 2015; 29(4): 810–823.
- ٥- Eriksson H, Andersson G, Olsson L, et al. Ethical dilemmas around the dying patient with stroke: a qualitative interview study with team members on stroke units in Sweden. J Neurosci Nurse 2014; 46(3): 162–170.
- ٦- Fischer Gronlund CEC, Soderberg AI, Zingmark KM, et al. Ethically difficult situations in hemodialysis care— nurses' narratives. Nurse Ethics 2015; 22(6): 711–722.
- ٧- Jansen TL and Hanssen I. Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? Scand J Caring Sci 2016; 31(2): 388–394.
- ٨- Green J, Darbyshire P, Adams A, et al. It's agony for us as well: neonatal nurses reflect on iatrogenic pain. Nurse Ethics 2016; 23(2): 176–190.
- ٩- Goethals S, Dierckx de Casterle B and Gastmans C. Nurses' ethical reasoning in cases of physical restraint in acute elderly care: a qualitative study. Med Health Care Philos 2013; 16(4): 983–991.
- ١٠- Winters R and Neville S. Registered Nurse Perspectives on Delayed or Missed Nursing Care in a New Zealand Hospital. Nurse Prax N Z 2012; 28(1): 19–28.
- ١١- Holm AL and Severinsson E. Reflections on the ethical dilemmas involved in promoting self-management. Nurse Ethics 2014; 21(4): 402–413.
- ١٢- Inger Holmström RN, PhD, Anna T Höglund Dtheol. Nurse Ethics, October 2007, Volume16, Issue10, Pages 1865-1871.
- ١٣- Cohen, Jeryl S.; Erickson, Jeanne M. Ethical Dilemmas and Moral Distress in Oncology Nursing Practice. Clinical Journal of Oncology Nursing . Dec2006, Vol. 10 Issue 6, p775-782. 8p.
- ١٤- HJ Park. Ethical Dilemma of Nurses, Journal of Korean Academy of Nursing Administration, March 2009, Vol.15 No.1, 128-135, koreascience.or.kr
- ١٥- Lydia Bennett ,Jan Duke .Research note: Decision-making processes, ethical dilemmas and models of care in HIV/AIDS health care provision, Sociology of Health & Illness, January ١٩٩٥, Vol. 17 No. ١٠١٩-١١٩, <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10934498>
- ١٦- Merja Kuuppelomäki, Sirkka Lauri. Ethical Dilemmas in the Care of Patients with Incurable Cancer. Nurse Ethics, July 1, 1998 ,Volume 5 Issue 4, 283-293, <https://doi.org/10.1177%2F096973309800500402>

سایت‌ها:

- ۱- <https://www.nursingprocess.org/ethical-dilemma-in-nursing-examples.html>
- ۲- <https://upjourney.com/examples-of-ethical-dilemmas-in-nursing>