

## بررسی عوامل موثر بر پریشانی اخلاقی در پرستاران: مروری بر مطالعات پیشین

نویسندگان:

میترا حکمت افشار<sup>۱</sup>، لیلا جویباری<sup>۱</sup>، اکرم ثناگوا<sup>۱</sup>، سهیلا کلانتری<sup>۲\*</sup>

۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

۲- دفتر پرستاری، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

Journal of Education and Ethic in Nursing, Volume 1, Number 1, Winter 2013

### چکیده:

**مقدمه:** پرستاران کسانی هستند که در نتیجه مواجهه مکرر با تعداد زیادی از افراد بیمار و مرگ و میر آنان، با خطر درگیری عاطفی زیادی روبرو هستند. پریشانی اخلاقی هنگامی بوجود می‌آید که فرد می‌داند عمل درستی که باید انجام دهد چیست، اما مجموعه‌ای از عوامل و موانع او را متقاعد می‌سازند که انجام عمل درست، غیر ممکن است. پس می‌توان گفت پریشانی اخلاقی با بی‌میلی در کار، عدم رضایت شغلی، کاهش تعامل با بیماران و خانواده‌هایشان و در نهایت فرسودگی شغلی در ارتباط است. این مطالعه با هدف تعیین تاریخچه مفهوم پریشانی اخلاقی و عوامل تاثیر گذار بر آن در جامعه پرستاران با مرور دیگر مطالعات انجام شده است.

**روش کار:** برای گردآوری اطلاعات در زمینه پریشانی اخلاقی در پرستاری علاوه بر مطالعات کتابخانه‌ای از پایگاه‌های اطلاعاتی مدلاین، ovid proquest، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و ایران مدکس استفاده شد، مقالات از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۱۰ مورد بررسی قرار گرفتند از کلید واژه‌های Moral distress و پریشانی اخلاقی جهت جستجوی مقالات استفاده شد. در نهایت ۲۳ مقاله مرتبط با پریشانی اخلاقی به مطالعه حاضر وارد شدند و مورد بررسی قرار گرفته‌اند.

**یافته‌ها:** مطالعات مختلف نشان دادند که، عوامل موثر و ایجاد کننده پریشانی اخلاقی در پرستاران با توجه بر مرور متون شامل: "ارتباط مستقیم با بیمار"، "منابع ناکافی"، "فراهم کردن مراقبت‌های پزشکی بیهوده"، "بی‌حرمتی به استقلال بیماران"، "روابط بین پزشکان و پرستاران" و "ناتوانی در جلوگیری از مرگ" می‌باشد که همه‌ی آنها به نوعی می‌توانند بر عملکرد بالینی پرستاران و کیفیت مراقبت از بیمار تاثیر بگذارند.

**نتیجه گیری:** با توجه به تاثیر و پیامدهای پریشانی اخلاقی بر پرستاران، مدیران پرستاری باید برای مقابله با پریشانی اخلاقی پرستاران، بروی منابع تمرکز کنند. همچنین به کار گماشتن پرستاران در کمیته اخلاق بیمارستان یکی از راه حل‌های موجود می‌تواند باشد.

**واژگان کلیدی:** پریشانی اخلاقی، مروری بر متون، پرستاران، موقعیت‌های بالینی

### مقدمه:

پرسنل بهداشتی، پرستاران نیز نیاز دارند که نسبت به مباحث اخلاقی مرتبط با مسئولیت‌های خود حساس باشند و مدافع حقوق مددجوی خود در زمان اخذ تصمیم‌گیری‌ها بوده و به تصمیمات آنها احترام بگذارند و معضلات اخلاقی را بطور موثری در عملکرد بالینی مدیریت کنند [۲]. زیرا پرستاران بیشترین ارتباط انسانی را با بیماران از نظر مدت زمان و عمق ارتباط برقرار می‌کنند و به همین دلیل اهمیت مراقبت اخلاقی به حدی است که گاهی بر جنبه‌های فنی کار پرستاری برتری می‌یابد [۱]. لیکن موقعیت‌ها و وضعیت‌های اخلاقی در

در دنیای امروز بار دیگر موضوع اخلاق در کانون توجه حرفه‌های مرتبط با سلامت قرار گرفته‌است. شاید این توجه به اخلاقیات به دلیل مسائل و تحولاتی از جمله استفاده از فناوری‌های پیشرفته، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش متوسط عمر، افزایش اطلاعات عموم و تفاوت در نوع و حجم خواسته‌های مرتبط با خدمات سلامت و نظایر آن باشد که در زمینه سلامت اتفاق افتاده است [۱]. تقریباً همه رشته‌های مرتبط با سلامت به نوعی با مسائلی در بالین روبرو می‌شوند؛ همانند دیگر

\* نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان

تلفن تماس: ۰۹۳۵۴۴۶۶۸۴۰ پست الکترونیک: sa.kalantary@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۹/۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۰۲/۰۱

پریشانی اخلاقی به ۲ شکل طبقه بندی می گردد: تنش اولیه و تنش واکنشی. تنش اولیه بوسیله احساس سرخوردگی، خشم، و اضطراب مشخص می شود. این تنش هنگامی بوجود می آید که فرد با موانع یا افرادی که ارزش های اخلاقی متفاوتی دارند، روبرو شود. تنش واکنشی هنگامی رخ می دهد که فرد نتواند احساسات ناشی از تنش اولیه را حل و فصل کند. در نهایت مفهوم پریشانی اخلاقی با دو اصطلاح ethics & morality همراه است: Ethics یک لغت نظری و رسمی است و به مطالعه نظام مند اصول و ارزش هایی اشاره دارد که در یک حرفه مهم به حساب می آیند. اخلاق معمولاً در قالب اجتماع ظهور می یابد، از این قبیل می توان به ارائه منشور اخلاقی اشاره کرد. منشور اخلاقی شامل قوانین و ارزش های اخلاقی یک حرفه است که در حرفه های مختلف محترم شمرده می شود.

اصول منشور اخلاقی برای پرستار شامل موارد زیر می باشد:

۱) احترام به کرامت انسانی، حفاظت از حق بیمار نسبت به حریم خصوصی، حفظ شایستگی، اجتناب از اطلاعات نادرست، همکاری با دیگر اعضای حرفه بهداشت برای ارتقای سلامت، شرکت در فعالیت هایی برای توسعه مداوم بدنه دانش حرفه ای، حفظ شرایط به کارگیری سودمند زیرا باعث افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری می گردد، حفاظت از بیماران، تسکین رنج آن ها، مسئولیت پذیر بودن در قبال قضاوت پرستاری و عملکرد خود و انجام قضاوت آگاهانه به دنبال مشورت با دیگران.

۲) انجام عمل خوب (عمل همراه با سودمندی)، استقلال در انجام فعالیت، اجتناب از اغفال مردم و جلوگیری از مرگ و میر.

۳) انجام عملی به عنوان حامی برای بیمار به عنوان مثال: حمایت از مفهوم بیماری برای بیمار و خانواده وی.

در مقابل آن morals مجموعه ای از ارزش ها و اصول است که هر فردی متعهد به انجام آن است، این ها ارزش هایی هستند که افراد منحصر به فرد از آن ها دفاع می کنند. به عبارت دیگر این اصول عملکرد افراد را معنی دار می سازد و از فرسودگی شغلی جلوگیری می کند. پرستاران منحصر به فرد نیاز دارند که در کارشان، اصول را رعایت کنند تا حرفه آن ها معنی دار گردد. پریشانی اخلاقی هنگامی اتفاق می افتد که خود پرستاران نسبت به انجام صحیح عمل، آگاه و متعهد باشند ولی نتوانند آن عمل را از نظر اخلاقی صحیح انجام دهند [۷].

منابع ایجاد پریشانی اخلاقی می تواند شامل فاکتورهای خارجی از قبیل: امکانات محدود، فشارهای امنیتی، مشاهده تجارب درد، رنج و عدم کرامت بیماران باشد. عدم توانایی پرستاران در حل

مراقبت های بهداشتی وجود دارد که تجارب پرستاران قادر به حل آن ها نمی باشد. آنان هر روز در محیط کاری خود با انواع گوناگونی از تنش های روحی روبرو هستند. تنش هایی که روز به روز بر میزان آن ها افزوده می شود. استمرار فعالیت پرستاران آنان را بیش از دیگر گروه های خانواده ای سلامت با معضلات اخلاقی (The moral dilemma) محیط مواجه می کند که در بسیاری از موارد راه حل روشن و مشخصی برای آن وجود ندارد. این موضوع موجب می شود که پرستاران در طی کار روزانه ای خود به طور مداوم در معرض انواع تنش های روحی و جسمی قرار گیرند. سطح شدید تنش های شغلی سبب شده است تا امروزه پدیده فرسودگی شغلی پرستاران و ترک شغل ناشی از آن به عنوان یکی از معضلات جامعه ای پرستاری و سیستم سلامت در بسیاری از کشورها محسوب گردد. عوامل تنش زایی متعددی در محیط های ارائه خدمات سلامت شناخته شده است [۳]. این میزان استرس باعث می شود که جنبه هایی از شخصیت و سلامتی پرستار مختل گردد. یکی از معمول ترین روش هایی که افراد در موقعیت های استرس آورجهت کاهش اضطرابشان از آن کمک می گیرند، اجتناب از مواجهه با آن موقعیت است [۴]. آنها که در نتیجه مواجهه مکرر با تعداد زیادی از افراد بیمار و مرگ و میر آنان، با خطر درگیری عاطفی زیادی روبرو هستند [۵] و اغلب نمی توانند از موقعیت های استرس آور از نظر فیزیکی اجتناب کنند. لذا کناره گیری ناخودآگاه آنها باعث می شود که بیمار به عنوان یک شخص به فراموشی سپرده شود [۴].

از جمله این پدیده های اخلاقی، پریشانی اخلاقی است. وبستر (Webster)، که اخلاق را اصول فعالیت های صحیح یا تمایز قائل شدن بین اعمال صحیح و غلط می داند، پریشانی را عامل درد، رنج، اضطراب، غم؛ آسیب روحی یا نگرانی می داند. [۶].

پریشانی اخلاقی هنگامی بوجود می آید که فرد می داند عمل درستی که باید انجام دهد چیست، اما فشارهای سازمانی او را متقاعد می سازد که انجام عمل درست، غیر ممکن است [۷]. همچنین عدم تعادل روانی و چگونگی تجربه یک احساس منفی زمانی تجربه می شود که فرد تصمیمی اخلاقی می گیرد اما به دنبال آن عملکردی اخلاقی را از خود نشان نمی دهد [۸]. به علاوه در پریشانی اخلاقی پرستار می داند انجام یک کار از نظر اخلاقی صحیح است اما فشارهای سازمانی و درگیری با دیگر همکاران موانعی را ایجاد می کند. پرستاری که در مواجهه با این موانع عملکردش شکست می خورد، ممکن است علاوه بر تنش اولیه، تنش واکنشی را نیز تجربه کند [۹].

زیادی روبرو هستند. او همچنین نشان داده است که خطر درگیری عاطفی به ۳ گونه می تواند بروز می کند: (۱) کناره گیری (۲) عصبانیت (۳) بی قدرتی.

هنگامیکه فیلسوف Jameton بعد از وی اولین بار مفهوم پریشانی اخلاقی را در سال ۱۹۸۴ معرفی کرد، به وسیله آن تجربه توانست معضلات اخلاقی را در پرستاران کشف کند. Wilkinson تعریف ابتدایی Jameton را گسترش داد و پریشانی اخلاقی را اینگونه تعریف کرد: "عدم تعادل روانی و چگونگی تجربه یک احساس منفی، که هنگامی تجربه می شود که فرد تصمیم اخلاقی می گیرد اما به دنبال آن عملکردش خلاف رفتار اخلاقی مشخص شده به آن تصمیم است." او این تجربه را بعنوان نتیجه مواجه شدن با موقعیتی که شخص نمی تواند بر طبق وجدان شخصی خودش عمل کند، توصیف کرده است [۱۲].

Jameton بار دیگر در سال ۱۹۹۳ تعریف خود را اینگونه اصلاح کرد: "در پریشانی اخلاقی پرستار می داند انجام کاری از نظر اخلاقی صحیح است اما فشارهای سازمانی و درگیری با دیگر همکاران موانعی را ایجاد می کند. پرستاری که در مواجهه با این موانع عملکردش شکست می خورد [۱۳]."

### علت های به وجود آورنده پریشانی اخلاقی در پرستاری:

همانطور که در مقدمه ذکر شده است منابع ایجاد پریشانی و تنش عوامل مختلفی هستند که باعث درگیری های بیشتر اخلاقی پرستاران می شود.

### علت های به وجود آورنده پریشانی اخلاقی در پرستاری: ارتباط مستقیم با بیمار

مطالعات نشان دادند از آنجا که پرستاران از نزدیک با بیماران کار می کنند و دستورات را انجام می دهند، این باعث می شود که آنها نسبت به دیگر ارائه دهندگان مراقبتی بیشتر مستعد گسترش پریشانی اخلاقی می باشند در حالیکه دیگر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در فاصله بیشتری از بیماران یک "حمایت اخلاقی" را تجربه می کنند و دستور دادن ممکن است نسبت به انجام دستور و مشاهده کردن اولین تجارب بیمار تنش کمتری داشته باشد [۱۴].

از دستور "لطفا احیا نشود" تا درمانها و آزمایشات غیر ضروری، همه اینها این سوال را در ذهن پرستار ایجاد می کند که آیا انجام این کار من درست است؟ [۱۵] و یا در موقعیتی که پزشک یک دستور می دهد و بیماران نظر مخالفی با آن دارند، در این شرایط پرستار بین انجام دستور پزشک از یک سو و

کردن این منابع تنش و عدم کنترل آن ها بر محیط می تواند باعث درگیری های بیشتر اخلاقی در آن ها شود [۱۰ و ۱۱].

حال با توجه به این که پریشانی اخلاقی همراه با درگیری های روانی و جسمی فراوان، فرسودگی شغلی و استعفا از کار برای پرستاران همراه است، این مقاله سعی دارد با توجه به مطالعات دیگر تاریخچه مفاهیم پریشانی اخلاقی و عوامل موثر در بوجود آمدن پریشانی اخلاقی در جامعه پرستاری و در بالین پرستاری شناسایی کند.

### روش کار:

برای گرد آوری اطلاعات در زمینه پریشانی اخلاقی در پرستاری علاوه بر مطالعات کتابخانه ای از پایگاه های اطلاعاتی مدلاین، ovid, proquest, پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی و ایران مدکس استفاده شد. مقالات از سال ۱۹۹۶ تا سال ۲۰۰۹ مورد بررسی قرار گرفتند از کلید واژه های Moral distress، یا پریشانی اخلاقی، آشفتگی اخلاقی و معضل اخلاقی جهت جستجوی مقالات استفاده شد. در نهایت ۳۳ مقاله مرتبط با پریشانی اخلاقی به مطالعه ما وارد شدند و مورد بررسی قرار گرفته اند. داده های مرتبط با اهداف مطالعه نخست از یافته های مقالات استخراج و با استفاده از روش تحلیل محتوی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته ها:

از یافته های این مطالعه، استخراج "تاریخچه مفهوم پریشانی اخلاقی (moral distress)" و "علت های به وجود آورنده پریشانی اخلاقی در پرستاری" بوده است.

عوامل موثر ایجاد کننده پریشانی اخلاقی در پرستاران با توجه به مرور متون شامل: "ارتباط مستقیم با بیمار"، "منابع ناکافی"، "فراهم کردن مراقبت های پزشکی بیهوده"، "بی حرمتی به استقلال بیماران"، "روابط بین پزشکان و پرستاران" و "ناتوانی در جلوگیری از مرگ" می باشد که همه ی آنها به نوعی می توانند بر عملکرد بالینی پرستاران و کیفیت مراقبت از بیمار تاثیر بگذارند.

### مفهوم پریشانی اخلاقی:

Holsclaw در سال ۱۹۶۵ اولین محقق بود که مفهوم پریشانی اخلاقی را مورد بررسی قرار داد، اگرچه در آن زمان هنوز مفهوم پریشانی اخلاقی به طور کامل تفسیر نشده بود. او میگوید پرستاران کسانی هستند که در نتیجه برخورد های مکرر با شیوع و میزان بالای مرگ و میر بیماران، با خطر درگیری عاطفی

فشارهای امنیتی، تجربه کردن درد، رنج و عدم کرامت بیماران ذکر شده است [۱۳]. که در زیر به شرح مختصری از آنان پرداخته شده است.

### بحث:

اغلب پرستاران کمبود امکانات انسانی و فیزیکی را از منابع خارجی بوجود آورنده پریشانی اخلاقی در بالین می دانند [۱۸]. درجایی دیگر بیان شده است که موانع سازمانی با جلوگیری از ایجاد تصمیم گیری اخلاقی در عملکرد پرستار باعث ایجاد پریشانی اخلاقی می شود. این موانع شامل کمبود وقت، بی میلی نظارتی، مهار ساختار قدرت پزشکی، سیاست نهاد، و یا محدودیت های قانونی می باشد. در اینجا یک محدودیت نهادی تعداد کارکنان ناکافی پرستاران است [۱۹].

پرستاران اظهار می دارند که کمبود وقت و کمبود کارکنان، آنها را مجبور می سازد تا بین وظایفی که به نظر می رسد از اهمیت برابری برخوردار هستند، الویت بندی کنند. آنها تشخیص می دهند که صرف وقت بیش از حد برای یک بیمار به علت کمبود نیرو بدین معنی است که دیگر بیماران باید صبر کنند و یا مراقبت کمتری دریافت کنند [۱۰، ۱۱ و ۲۲].

در مطالعه‌ی کیفی که توسط bergum و همکاران انجام شد، نشان داد که همچنین پرستاران تصور می کنند که هنگامی که به درد و فریاد های بیماران رسیدگی نمی شود، آنها نمی توانند در کل مراقبت های مطلوبی برای دیگر بیماران ارائه دهند. برای پرستاران کمبود وقت هنگامی بیشتر تنش آور می شود که مرگی بعلت عدم دسترسی بواسطه محدودیت زمانی اتفاق بیافتد [۱۹].

Rager Zuzelo در مطالعه توصیفی و کیفی از مقیاس اندازه گیری پریشانی اخلاقی (MDS) بر روی ۹۷ نفر از پرستاران شاغل در بخش های مراقبت های ویژه استفاده کرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت در ارتباط با پریشانی اخلاقی مرتبط با حوادث عملکرد بالینی و تکرار این اتفاقات در طی مراقبت های بالینی درجه بندی شده بود. نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران تصور می کنند که محیط نامطمئن از نظر پریشانی اخلاقی به ندرت اتفاق می افتد. اما هنگامی که چنین شرایطی بوجود می آید، بسیار برایشان تنش آور است. در بخش کیفی پژوهش نیز اظهار داشتند که کار کردن با نیروی کم انسانی برایشان از نظر اخلاقی تنش آور است. آنها تصریح کرده اند که وظایف سنگین به علت نیروی ناکافی یا عدم درخواست نیاز پرسنل کمکی باعث ایجاد مشکل در برطرف کردن نیاز های مراقبتی بیماران می شود [۱۵].

درخواست بیمار از سوی دیگر از نظر اخلاقی دچار نوعی گسیختگی احساسی می شود [۱۶]. در همه ی این موقعیت ها انجام یک عمل صحیح از لحاظ اخلاقی برای پرستار شناخته شده است، اما پرستار به علت دستور داده شده عملی را برخلاف شیوه های رفتاری ارزشهای شخصی و حرفه ای خود انجام می دهد در اینگونه موارد پرستار قربانی اعتقاداتش می شود و یا حداکثر اعتقادات مخالف را از سوی پزشک، بیمار و خانواده وی یا دیگر همکاران متحمل می شود [۱۷].

corely در مطالعه اش که بر روی ۲۱۴ نفر از پرستاران انجام شد، نشان داد که پریشانی اخلاقی پرستاران در سطح متوسط و بالایی قرار دارد، اما مشخصات دموگرافیکی آنها از قبیل سطح تحصیلات، سن و سالهای تجربه ی کاری روی شدت پریشانی اخلاقی تاثیر نخواهد داشت [۱۶]. همچنین corely و همکاران در یک مطالعه دیگر همبستگی ای بین مشخصات دموگرافیکی مانند سن، سطح آموزش و میزان تجربیات با سطح پریشانی اخلاقی نیافتند [۱۹]. در مطالعه ای که توسط Kalvemark و همکارانش انجام گرفت، نتایج نشان داد که ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی جوانتر، میزان پریشانی اخلاقی بیشتری دارند اگرچه نمونه های این مطالعه شامل داروسازان، دستیاران داروساز، پزشکان و پرستاران بودند [۲۰]. Hamric نیز ارتباط بین پریشانی اخلاقی و جوان بودن و بی تجربگی در پرستاران را اینگونه توضیح داده است که صلاحیت اخلاقی پرستاران جوان هنوز گسترش نیافته و آنها توانایی تفسیر موقعیت های اخلاقی، استفاده از قضاوت خوب اخلاقی و بکار بردن رفتار مناسب اخلاقی را ندارند. وی اظهار می دارد که یک مانع داخلی همراه با ناتوانی در شناسایی مسائل اخلاقی و یا فقدان جایگزین نیز می تواند پرستاران را مستعد پریشانی اخلاقی کند [۲۱].

Wilkinson در مطالعه کیفی که برای تبیین تجربه پریشانی اخلاقی پرستاران در عملکرد بالینی انجام داد، علت های اصلی پریشانی اخلاقی را موارد زیر شناسایی کرد: درمان بیماران به عنوان یک شی به منظور برآورده کردن نیاز های سازمانی، صدمه به بیماران به صورت ایجاد درد و رنج، صرف نظر از درمان بدون مشارکت پرستار در تصمیم گیری، مدیریت ضعیف درد، و نادیده گرفتن انتخاب بیماران در مورد پذیرش یا رد درمان یا شکست در اطلاع رسانی به بیمار و خانواده وی در گزینه های درمان که همه ی این موارد در پرستاران ایجاد احساس ناتوانی می کند [۸].

در مطالعه‌ی abbaszadeh و همکاران نیز منابع ایجاد کننده پریشانی اخلاقی شامل عوامل خارجی از قبیل: امکانات محدود،

می یابد، فراوانی و شدت در معرض قرارگیری مراقبت های بیهوده پزشکی نیز افزایش می یابد، که منجر به آشکار شدن پریشانی اخلاقی به صورت خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی می شود [۲۵ و ۲۶]. همچنین مطالعه ای در ایران نیز نشان داده است که انجام دستور پزشک برای درمان ها و آزمایشات غیر ضروری و یا انجام مراقبت برای بیماران در حال احتضار میزان بالایی از پریشانی اخلاقی را برای پرستاران با میانگین ۵/۳۳ از ۷ ایجاد می کند [۱۳].

### بی حرمتی به استقلال بیماران:

درک بی حرمتی به استقلال بیماران نیز به عنوان یکی از علت های پریشانی اخلاقی دیده می شود. موانع استقلال بیمار شامل شکست برای گفتن حقیقت مثل زمانی که بیمار از وضعیت خود به طور کامل آگاه نیست و یا عدم اخذ رضایت آگاهانه می باشد. موقعیت هایی که پزشکان خواسته های بیماران را رعایت نمی کنند، برای پرستاران تنش زا است. زیرا پرستاران یا این پروسیجرها را انجام می دهند یا در انجام آن ها به پزشکان کمک می کنند در نتیجه آنها پریشانی اخلاقی را تجربه می کنند. برخی از این موقعیت های تنش زا شامل لوله گذاری داخل تراشه یا ونتیلیسیون بیمار علی رغم دستور "do not intubate order" می باشد [۱۵ و ۱۸ و ۱۹].

### روابط بین پزشکان و پرستاران:

رابطه بین پزشک و پرستار نمونه ای از علت بوجود آورنده ی پریشانی اخلاقی می باشد. برخی از روابط حرفه ای بین پزشکان و پرستاران به صورت احترام متقابل می باشد، این درحالی ست که در برخی موارد پزشکان به نگرانی های پرستاران در مورد بیماران و مشکلاتشان توجهی ندارند و این باعث عدم رعایت این احترام متقابل می شود. پرستاران اظهار می دارند می دانند چه چیزی را باید برای بیماران انجام دهند، اما توانایی متقاعد ساختن پزشکان را ندارند. در این موقعیت ها که پرستاران می خواهند عملی را به بهترین وجه برای بیمار انجام دهند اما نمی توانند و احساس می کنند که نادیده گرفته شده اند. در نتیجه پریشانی اخلاقی و بی قدرتی را تجربه می کنند [۱۱ و ۱۳].

در مطالعات مورد بررسی، برخی از پرستاران خاطر نشان کرده اند که هنگامی که در نتیجه پیگیری مراقبتهای پرستاری رنج های احتمالی بیمار را پیش بینی می کنند، روابط بین آنها و پزشکان تیره و تار می شود. اغلب آنها از موقعیت هایی که ایجاد درگیری با پزشک می کند، اجتناب می کنند: این در حالی ست که این

منابع مالی اختصاصی شده برای ارائه مراقبت از بیماران و چگونگی استفاده از این منابع نیز به نوبه خود می تواند یکی از علت های ایجاد کننده پریشانی اخلاقی باشد. برخی از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی تصور می کنند که حجم کاری اداری از قبیل ثبت کردن، هماهنگی قرار ملاقات و وارد کردن اطلاعات سنگین بوده و اینکه آنها باید فکر خود را بر مراقبت مستقیم از بیماران متمرکز کنند. در این صورت پرستاران نمی توانند مراقبت هایی را که به اعتقاد خود، حق بیماران هست را ارائه دهند. در موقعیت هایی که تعداد بیماران بیشتر از تخت های موجود و در دسترس می باشد، پرسنل مجبور می شوند افرادی را که نیاز به مراقبت کامل دارد را انتخاب کنند، در نتیجه این عملکرد باعث پریشانی اخلاقی می شود. علاوه بر کمبود تخت مورد نیاز بیماران، کمبود تجهیزات پزشکی و لوازم مورد نیاز بیماران نیز از منابع ایجاد کننده پریشانی اخلاقی برای پرستاران می باشد [۲۳].

### فراهم کردن مراقبت های پزشکی بیهوده:

پروسیجرها ی بیهوده ی پزشکی از جمله علت های بوجود آورنده ی پریشانی اخلاقی است، این بدان معنی است که می شود این منابع را در جای دیگر با تاثیر بیشتر استفاده کرد [۲۴].

مراقبت های بیهود پزشکی به عنوان "درمان ها و مداخلات طولانی کننده عمر است که، هیچ نفع پزشکی برای بیمار ندارد و این درمان ها و مداخلات هیچ گاه نمی توانند وابستگی بیماران را به مراقبت ها ی پزشکی پایان دهند"، تعریف شده است [۲۵].

سوء استفاده از منابع بوسیله انجام مراقبت ها و درمان های غیر ضروری بیماران به عنوان تجاوز به کرامت بیماران و یک عمل اهانت آمیز تلقی می شود. استفاده نادرست از منابع از قبیل دستورات آزمایشگاهی غیر ضروری، یا استفاده از امکانات وسیع برای بیماران تحت درمان های پزشکی بیهوده، و یا پیامد کیفیت زندگی پائین، ناراحت کننده و تنش آور است [۱۸-۱۹ و ۲۶]. پرستاران با توجه به این شرایط با اعتقادات معنوی، ارزش ها و تجارب خود بیهودگی مراقبت ها را به طور متفاوتی تفسیر می کنند.

در مطالعات مختلف نشان داده شده است که ارتباط معنی داری بین سن، مجموع سال های تجارب پرستاران و شدت و تکرار با موقعیت های درگیر با مراقبت ها ی پزشکی بیهوده شناسایی شد. همانطور که سن و سالهای عملکرد بالینی پرستاران افزایش

خشم، غم و اندوه، سرگیجه و حالت تهوع، و یا عدم انجام درست وظیفه خویش را تجربه می‌کند. در نهایت دچار عدم تعادل روانی در برخورد با موقعیت‌های حساس از نظر اخلاقی می‌شود. گاهی این فشارهای روانی بوجود آمده به قدری شدید هستند که مجال انجام رفتار درست را به آن‌ها نمی‌دهند. تنها مواردی که در اینگونه شرایط سخت برای پرستار باقی می‌ماند نوعی فرسودگی و نارضایتی شغلی است. با توجه به تاثیر و پیامدهای پریشانی اخلاقی بروی پرستاران، عملکرد مراقبتی آنان و در نهایت کیفیت مراقبت ارائه شده در سیستم سلامت، تحت شعاع این پیامد قرار می‌گیرد. از جمله راهکارهای پیشنهادی برگزاری کارگاه‌های مختلف اخلاق در سطح مراکز درمانی جهت آشنایی پرسنل پرستاری با مفاهیم اخلاق در پرستاری و مفاهیمی چون: معضل اخلاقی، تصمیم‌گیری اخلاقی و ارائه راهکارهایی برای حل معضلات اخلاقی در عملکرد بالینی می‌باشد. مدیران پرستاری نیز باید برای پیشگیری و مقابله با پریشانی اخلاقی پرستاران، بروی منابع موجود تمرکز کنند. همچنین پرستاران ممکن است پریشانی اخلاقی کمتری را تجربه کنند هنگامی که محیط‌های عملکرد بالینی توانمندی پرستاران را با تشویق آنها برای به اشتراک گذاشتن تجربه پریشانی اخلاقی‌شان، ارتقاء دهند. همچنین راهکارهایی مقابله‌ای نظیر آموزش و ارتقاء سطح دانش روانشناختی افراد درگیر در پریشانی اخلاقی، ارتقاء مهارت‌های ارتباط موثر، کمک گرفتن از آموزه‌های عمیق و پر محتوی دین اسلام در رابطه با برخورد با دیگران، تغییر دید و نگاه تیم سلامت با یکدیگر به عنوان پیشنهاد برای مقابله با این موضوع بکار روند.

اجتناب اغلب از ایجاد مشکل بیشتر جلوگیری می‌کند ولی به پریشانی اخلاقی آنان کمک می‌کند. برخی از آنها در این شرایط احساس ترس می‌کنند که منجر به سکوت آنها می‌شود. این سکوت نیز به نوبه خود پریشانی اخلاقی شان را گسترش می‌دهد [۳۰].

### ناتوانی در جلوگیری از مرگ:

مرگ ناگهانی و غیرمنتظره علیرغم تلاش پرستار می‌تواند به نوعی باعث گسترش و توسعه پریشانی اخلاقی در آنها شود. بخصوص هنگامی که پرستار احساس ناتوانی در پیشگیری از مرگ بیمار داشته باشد. اتفاقاتی که پرستار آنها را به عنوان وقایع "فاجعه بار" توصیف می‌کنند شامل موقعیت‌هایی است که پرستار در درگیری با آن آمادگی ندارد و آنها تعجب می‌کنند که چرا چنین مرگ غیر منتظره‌ای برای بیمار اتفاق افتاده است و یا چه اقدامی را برای تغییر نتیجه می‌توانستند انجام دهند. حتی اگر پرستاران در این شرایط هیچ عملی را برای جلوگیری از مرگ نمی‌توانستند انجام دهند اما باز هم پریشانی اخلاقی در آنها توسعه می‌یافت [۱۱].

### نتیجه‌گیری:

مرور تحقیقات مختلف در خارج و داخل نشان داده است، که پریشانی اخلاقی به نوعی در بالین پرستاری وجود دارد و پرستاران به صورت روزانه به آن مواجهه می‌شوند. این مواجهه هنگامی اتفاق می‌افتد فرد نتواند بین موقعیت اخلاقی بوجود آمده و ارزش‌های اعتقادی حرفه‌ای خود ارتباطی درست برقرار کند. در این موارد پرستار واکنش عاطفی از قبیل گریه، احساس

## References:

1. Borhani F, Abbas Zadeh A, Kohan M, Fazayel MA. Comparison of ethical reasoning abilities in dealing with ethical dilemmas in nurses and nursing students of Kerman University of Medical Sciences. *Med Ethics Hist* 2010; 3(4): 71-81. (Persian)
2. Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics J* 2005; 12(6): 595-605.
3. Habibzadeh H, Ahmadi F, and Vanaki Z. Ethics in professional performance of Iranian nurses. *Med Ethics Hist* 2010; 3(5): 26-36. (Persian)
4. Ebrahimi H, Nikravesh M, Scopy F, Ahmadi F. Prevention of damage to the patient or nurse: nurses' major ethical conflicts in the area of ethical decision making. *J Zanjan Univ Med Sci* 2006; 14(57): 45-56. (Persian)
5. Mojinyinola JK. Effects of job stress on health, personal and work behavior of nurses in public hospitals in Ibadan metropolis, Nigeria. *Ethno Med* 2008; 2(2): 143-8.
6. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1984.
7. Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs Forum* 1987; 23(1): 16-29.
8. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-51.

9. Green AE, Jeffers BR. Exploring moral distress in the long-term care setting. *Perspectives* 2006; 30(4): 5-9.
10. Gunther M, Thomas SP. Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *J Nurs Scholarsh* 2006; 38(4): 370-6.
11. Holsclaw P, Holsclaw RN. Nursing in high emotional risk areas. *Nurs Forum* 1965; 4(4): 36-45.
12. Peter E, Liaschenko J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nurs Inq* 2004; 11(4): 218-25.
13. Rager Zuzelo P. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics* 2007; 14(3): 344-59.
14. Beumer CM. Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. *Dimens Crit Care Nurs* 2008; 27(6): 263-7.
15. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6): 523-30.
16. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
17. Corley M. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
18. Sporrang SK, Hoglund AT, Arnetz B. Measuring moral distress in pharmacy and clinical practice. *Nurs Ethics* 2006; 13(4): 416-27.
19. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48(5): 199-201.
20. Silen M, Tang PF, Wadensten B, Ahlstrom G. Work place distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(4): 222-31.
21. Kalvemmark Sporrang S, Arnetz B, Hansson MG, Westerholm P, Hoglund AT. Developing ethical competence in health care organizations. *Nurs Ethics* 2007; 14(6): 825-37.
22. Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-30.
23. Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effects on burnout. *Am J Crit Care* 2004; 13(3): 202-8.
24. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26(5): 199-206.
25. Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256-63.
26. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 360-73.
27. Holly CM. The ethical quandaries of acute care nursing practice. *J Prof Nurs* 1993; 9(2): 110-5.
28. Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(1): 8-13.
29. Kalantari S, Abbaszadeh A, and Borhani F. The relationship between moral distress and job satisfaction of nurses in health centers in Bam, 2012. [MA dissertation]. Bam: Kerman Univ Med Sci, Bam Int Unit; 2012. (Persian)

## Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies

Hekmat Afshar M<sup>1</sup>, Jooybari L<sup>1</sup>, Sanagou A<sup>1</sup>, Kalantari S<sup>\*2</sup>

Received: 04/20/2012

Accepted: 10/24/2012

1. Dept. of Nursing, School of Nursing, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran
2. Nursing Office, Deputy of Health, Gorgan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

Journal of Education and Ethic in Nursing, Volume 1, Number 1, Winter 2013

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Nurses are disposed to emotional conflicts as they frequently face large numbers of patients and witness their subsequent deaths. Moral distress appears when the person knows what they ought to do but a set of factors and obstructions convince them that doing the proper action is not possible. Moral distress is thus related to professional reluctance, lack of job satisfaction, reduction of interaction with patients and their families, and ultimately professional exhaustion. This study aimed to determine the history of the concept of 'moral distress' and the factors affecting it in nurses' society by reviewing other studies.

#### **Materials and Methods:**

Researchers used Medline, Proquest, Ovid, SID and IranMedex databases in addition to library research. Articles published in 1996 to 2010 were studied. 'Moral distress' was used as a keyword to find relevant articles. 23 articles related to moral distress were eventually included in the present study.

#### **Results:**

Various studies revealed that the factors affecting moral distress include: 'direct contact with patient', 'inadequate resources' 'provision of vain medical care', 'lack of respect toward the patients' independence', 'relationships among physicians and nurses' and 'inability to prevent death' which all can affect the nurses' clinical performance and the quality of healthcare.

#### **Conclusion:**

Regarding the effects of moral distress on nurses, nurse managers should focus on resources to confront moral distress. Employing nurses in ethics committees can be used as another solution for this problem.

**Keywords:** Moral Distress, Research Review, Nurses, Clinical Situations

\* Corresponding author, Email: sa.kalantary@gmail.com