

## مضامین اخلاقی در سبک زندگی حرفه‌ای پرستاران:

### یک مطالعه‌ی کیفی به شیوه‌ی تحلیل محتوای استقرایی

غلامرضا محمودی شن<sup>۱</sup>، فاطمه الحان<sup>۲\*</sup>، فضل‌اله احمدی<sup>۲</sup>، انوشیروان کاظم نژاد<sup>۳</sup>

#### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

اخلاق بخش تفکیک‌ناپذیر زندگی حرفه‌ای پرستاران است و به سبک زندگی آن‌ها معنی و جهت می‌دهد. پرستاران در تماس مداوم با مددجویان، همکاران و سیستم کار می‌باشند. پس، باید سایه‌ی اخلاق به‌طور مستمر بر رفتارهای آن‌ها گسترده باشد. بنابراین، مورد توجه قرار دادن ابعاد اخلاقی در این حرفه ضرورت دارد، زیرا عدم ساختارمندی و بی‌توجهی به این بعد از سبک زندگی آن‌ها، آسیب‌های جبران‌ناپذیری را برخودشان، بیماران و سایر افراد مرتبط وارد می‌نماید. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف انتزاع ابعاد مختلف اخلاق در قلمرو سبک زندگی کاری پرستاران و براساس تجربه‌ی خود آنان طراحی گردید.

این مطالعه‌ی کیفی، از نوع تحلیل محتوا و با مشارکت ۲۰ پرستار بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و با تنوع سن، سابقه‌ی کار، نوع بخش، سمت و جنسیت انتخاب شدند و با مصاحبه‌ی عمیق و بدون ساختار جمع‌آوری اطلاعات گردید. شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی بود. مقبولیت و عینیت داده‌ها با تلفیق در جمع‌آوری داده‌ها، تنوع مشارکت‌کنندگان تحقیق، مرور و بازنگری مکرر داده‌ها، بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق و دو نفر همکاران تحقیق به‌طور مکرر انجام شد. مشارکت‌کنندگان تحقیق ۲۰ نفر بودند که ۱۵ نفر زن، ۵ نفر مرد، اکثریت (۹ نفر) در محدوده‌ی سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، دارای سه تا ۲۹ سال سابقه‌ی کار و در مجموع اکثریت در بخش‌های متنوع بالینی کار کرده بودند. داده‌های تحقیق شامل، متن مصاحبه‌ها که به‌صورت واحدهای معنی تقسیم، و سپس با فشرده‌سازی، خلاصه شدند؛ و با شیوه‌ی استقرایی طبقات فرعی استخراج، و نهایتاً طبقات اصلی یا تم‌های نهایی انتزاع شد. یافته‌های نهایی تحقیق شامل پنج تم (درونمایه) یعنی مسؤلیت‌پذیری، روابط عاطفی-روانی، معیارهای ارزشی - اخلاقی، تقابل کار-زندگی - تصمیم‌گیری و عدالت و انصاف بود، که هرکدام حاوی طبقات فرعی متعددی بودند.

اخلاق در سبک زندگی پرستاران منشأ بروز رفتارهایی می‌گردد که بیماران آسیب‌نبینند و سایه‌ی اخلاق بر تمام ابعاد کاری پرستاران گسترده است. اصول اخلاقی باید به‌گونه‌ای اعمال گردد که خود پرستاران نیز آسیب‌نبینند. و از آن‌جایی که تحقیقات کیفی قادر به استخراج مضامین پنهان اخلاقی می‌باشند؛ پیشنهاد می‌گردد تحقیقات با این رویکرد مبتنی بر نیازها و شرایط خاص، در حوزه‌های مختلف این حرفه، تداوم یابد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق پرستاری، سبک زندگی حرفه‌ای، مطالعه‌ی کیفی، تحلیل محتوای استقرایی

<sup>۱</sup> دانشجوی دوره‌ی دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

<sup>۲</sup> دانشیار گروه پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس

<sup>۳</sup> استاد گروه آمار، دانشگاه تربیت مدرس

\* نشانی: تهران، پل گیشا، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری، تلفن: ۸۲۸۸۲۸۹۸

## مقدمه

اخلاق بخش تفکیک‌ناپذیر زندگی انسان‌ها، و زیر مجموعه‌ای از فلسفه‌ی عملی است که در جست‌وجوی درست‌ها و نادرست‌ها؛ و تبیین خوب و بد در مجموعه‌ای از رفتارها، در شرایطی معین می‌باشد (۱). به بیانی دیگر، اخلاق شامل اصول و ارزش‌هایی است که بر رفتارهای فردی و جمعی، تحت عنوان درست یا غلط، حاکمیت دارد (۲).

فهم اخلاق از اقدامات مقدماتی پرستاران است، زیرا یک فرایند عمیق و پیچیده است که افراد در آن زندگی می‌کنند. یافتن راه و توسعه‌ی دانشی است که از طریق آن می‌تواند پیچیدگی‌ها و ابهام‌ها را برطرف کند (۳).

Benner و همکاران اخلاق را در سطح تخصص در کار<sup>۱</sup> مورد توجه قرار دادند، و آن را پاسخ‌دهی به بیماران، حفظ آن‌ها از آسیب‌پذیری و آسایش خانواده‌ها توصیف کردند. درنگاه اولیه، عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری، ممکن است فعالیت‌های بالینی محسوب و از اخلاق مجزا پنداشته شوند؛ درحالی که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند؛ پرستاران هنگام تصمیم‌گیری و عمل، نیازمند فضیلت‌ها، اصول اخلاقی و دستورالعمل‌های بنیادینی هستند که براساس آن‌ها تصمیم بگیرند. زیرا آنان پیوسته با مشکلات اخلاقی مواجه می‌باشند (۴، ۵).

اگرچه صاحب‌نظران اخلاق، چهار اصل خود مختاری فرد، سودمند بودن، عدم زیانباری و ارزش نهادن به عدالت را مبنای تعاملات در امور دانسته‌اند (۶، ۷)؛ لیکن موقعیت‌ها و وضعیت‌های اخلاقی در مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد که تجارب پرستاران قادر به حل آن‌ها نمی‌باشد (۸). Holm معتقد است که اخلاق پرستاری قانوناً مجزا از سایر حوزه‌های اخلاقی است. بنابراین، به‌طور مجزا باید مورد مطالعه قرار گیرد، زیرا پرستاری ویژگی‌های حرفه‌ای و عملکردی خاصی دارد (۹).

Silén و همکاران می‌گویند سازماندهی اخلاق پرستاری باید متناسب با شرایط زمانی و مکانی مورد بازنگری قرارگیرد (۱۱، ۱۰).

نتایج مطالعه‌ی مقایسه‌ای روی ادراکات پرستاران از مشکلات اخلاقی در چین و سوئیس نشان می‌دهد که در بعضی حوزه‌های اخلاقی، مبتنی بر فرهنگ و اعتقادات، تفاوت‌هایی وجود دارد؛ ضمن این که پرستاران چینی در حین و بعد از کار بیش‌تر عصبی، ناراضی و غمگین بودند. اما هر دو گروه مشکلات اخلاقی عدم ارتباط مناسب با بیماران، ناشی از بار کاری سنگین<sup>۲</sup>، را تجربه کرده بودند (۱۲، ۱۱) و احساس ناراحتی اخلاقی<sup>۳</sup> به دلیل سرپرستی نامناسب مسؤلیت‌های مراقبتی، بعد دیگری است که دلیل آن را موانع سازمانی ذکر کرده‌اند (۱۳).

بنابراین، پرستاران به‌عنوان یک گروه بزرگ حرفه‌ای، در قلمرو علوم پزشکی، در تعامل با دیگران و سازمان کاری، دچار مشکلات اخلاق کاری هستند که از نظر اخلاقی برای رفع آن نیازمند مسیری مشخص و روشن می‌باشند تا با اطمینان و آرامش خاطر به ارائه‌ی خدمت پردازند. پس این حقیقت که اخلاق در قلمرو زندگی حرفه‌ای پرستاران باید مورد توجه و تحقیق قرار گیرد، انکارناپذیر می‌باشد.

از طرفی پیشرفت، تنوع و پیچیدگی ابعاد زندگی فردی، اجتماعی و حرفه‌ای پرستاران، در بسترهای فرهنگی مختلف، ضرورت نواندیشی و کندوکاو در زوایای پنهان و آشکار مقوله‌ی اخلاق را بیش‌تر می‌کند. یکی از شیوه‌های مناسب این کار، تحقیق به شیوه‌ی مطالعه‌ی کیفی می‌باشد که منجر به کشف ابعاد پنهان مفاهیم و پدیده‌ها می‌شود.

مطالعاتی از نوع کیفی که متمرکز بر زمینه‌ی وقوع رفتارها و پدیده‌هاست، و آن‌ها را در زمینه‌ی وقوعشان مورد بررسی قرار می‌دهد؛ شاید بتوان گفت بهترین نوع تحقیق در این

<sup>2</sup> heavy workload

<sup>3</sup> moral distress

<sup>1</sup> expert

هدفمند<sup>۵</sup> که شیوه‌ی مناسبی جهت پژوهش‌های کیفی می‌باشد انتخاب شدند.

در این روش محقق در پی افرادی است که دارای تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق می‌باشند و توان بیان و تمایل به مشارکت در تحقیق را دارند (۱۶، ۱۵). مشارکت‌کنندگان تحقیق ابتدا با رضایت شفاهی و سپس کتبی وارد تحقیق شدند. موازین اخلاقی گمنام بودن، محرمانه بودن اطلاعات، حق کناره‌گیری در زمان دلخواه، اخذ مجوز از دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی گرگان مواردی بودند که رعایت شدند.

#### شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها

شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه، از نوع بدون ساختار<sup>۶</sup> بود. این روش به دلیل عمیق بودن و انعطاف‌پذیری، مناسب‌ترین شیوه جهت تحقیقات کیفی می‌باشد. پرسش اولیه بسیار کلی مطرح می‌گردد، و پاسخ تفسیری و توضیحی مشارکت‌کننده، هدایتگر مسیر سؤالات بعدی خواهد بود (۱۵). این پژوهش با سؤالات اطلاعات عمومی فردی و سابقه‌ی کار و تنوع بخشی شروع و سپس به سؤال اصلی تحقیق که تجربه‌ی خود را از اخلاق درسبک زندگی‌تان به‌عنوان پرستار در ابعاد مختلف توضیح دهید پیوند داده می‌شد. روند پاسخ‌دهی مشارکت‌کننده در ابعاد مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای، روابط، اخلاق حرفه‌ای و امثال آن، سؤالات بعدی را هدایت می‌کرد. مصاحبه به‌وسیله‌ی mp3 player ضبط می‌گردید و سپس دست‌نویس و به‌وسیله‌ی نرم‌افزارهای کامپیوتری تایپ می‌گردید. کدهای اولیه در محیط word و لیست کدها<sup>۷</sup> و طبقه‌بندی در محیط one note انجام می‌شد. شرایط ورود به مطالعه، فارغ‌التحصیل در رشته‌ی پرستاری و داشتن حداقل یک‌سال سابقه‌ی کار بود. معیار توقف نمونه‌گیری، تکراری شدن داده‌ها، یعنی اشباع اطلاعاتی<sup>۸</sup> بود

مقوله است. زیرا پدیده‌ها و مفاهیم را در بستر ظهورشان مورد بررسی قرار می‌دهد (۱۴).

توجه به این‌که پرستاران در سبک زندگی حرفه‌ای خود پیوسته با مفاهیم اخلاقی درگیر می‌باشند و پایه‌های سبک زندگی آنان بر اخلاق استوار است و اخلاق به سبک زندگی آنان معنی و جهت می‌دهد و نظر به این‌که مقوله‌ی اخلاق درسبک زندگی پرستاران به شیوه‌ی مطالعه‌ی کیفی مورد تحقیق قرار نگرفته است؛ و از طرفی پرستاران ساعات زیاد، و حتی ایام طولانی را با مددجویان و حرف پزشکی سپری می‌نمایند که سایه‌ی اخلاق باید در تمام ایام بر رفتارهای آن‌ها گسترده باشد؛ مورد توجه قرار دادن ابعاد اخلاق در این حرفه بیش‌تر ضرورت پیدا می‌کند. زیرا عدم ساختارمندی و بی‌توجهی به این بعد از سبک زندگی آن‌ها آسیب‌های جبران‌ناپذیری را بر خودشان، بیماران و سایر افراد مرتبط وارد می‌نماید. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف انتزاع مضامین مختلف اخلاق در قلمرو سبک زندگی کاری پرستاران و براساس تجربه‌ی خود آنان طراحی گردید.

#### روش کار

این مطالعه، در زمینه‌ی سبک زندگی اخلاقی پرستاران براساس تجربه‌ی آنان و از نوع تحلیل محتوای متعارف<sup>۱</sup> می‌باشد. تحلیل محتوای کیفی شیوه‌ای مناسب برای به‌دست آوردن نتایج معتبر و پایا، از داده‌های متنی به منظور ایجاد دانش، ایده‌ی جدید<sup>۲</sup>، ارائه‌ی حقایق و راهنمای عملی، برای عملکرد<sup>۳</sup> است. هدف از این شیوه، فشرده کردن، توصیف وسیع یک پدیده؛ و دستاورد این تحلیل، مفاهیم یا طبقات توصیفی پدیده می‌باشد. معمولاً هدف این مفاهیم یا طبقات ساخت یک مدل، سیستم مفهومی، نقشه‌ی مفهومی یا طبقات است (۱۴).

مشارکت‌کنندگان تحقیق<sup>۴</sup> (نمونه‌ها) با روش نمونه‌گیری

<sup>5</sup> purposeful

<sup>6</sup> unstructured

<sup>7</sup> code sheets

<sup>8</sup> data saturation

<sup>1</sup> conventional content analysis

<sup>2</sup> new insight

<sup>3</sup> action

<sup>4</sup> participants

محدوده‌ی سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، از نظر سابقه‌ی کار از سه سال تا ۲۹ سال سابقه و یک‌نفر هم بازنشسته بود. یک‌نفر مدیرکل پرستاری، دو نفر سوپروایزر، یک‌نفر مترون، یک‌نفر سرپرستار، بقیه پرسنل بخش بودند. در مجموع، اکثریت در بخش‌های متعدد و متنوع کار کرده بودند. یافته‌های نهایی تحقیق شامل پنج تم (درونمایه) یا طبقه‌ی اصلی بود که هرکدام حاوی طبقات فرعی متعددی<sup>۹</sup> بودند.

طبقات اصلی تحقیق شامل: «مسئولیت‌پذیری»، «روابط عاطفی - روانی»، «معیارهای ارزشی - اخلاقی»، «تقابل کار - زندگی - تصمیم‌گیری» و «عدالت و انصاف» بود که هرکدام دارای زیرطبقاتی به شرح ذیل بود:

۱. مسئولیت‌پذیری:

الف - احساس مسئولیت

ب - غفلت و سهل‌انگاری

ج - وجدان کاری

د - تشویق و تنبیه

۲. روابط عاطفی - روانی:

الف - ملاحظت و تعامل عاطفی

ب - ارتباط مؤثر / غیر مؤثر

ج - روابط با همکاران

د - روابط با مسئولان

هـ - روابط با بیمار و همراه

و - همدلی و همدردی

۳. معیارهای ارزشی - اخلاقی:

الف - صداقت در کار

ب - احترام متقابل

ج - حدود شرعی

د - رازداری

۴. تعادل کار - زندگی - تصمیم‌گیری:

الف - خستگی - کار

ب - درماندگی حرفه‌ای

که اطلاعات تازه و طبقه‌ی جدیدی ایجاد نمی‌گردید. مدت مصاحبه از ۳۰ تا ۶۰ دقیقه متغیر بود که در یک یا دو جلسه انجام می‌شد. بنابراین، بعضی مشارکت‌کنندگان بیش از یک‌بار مصاحبه شدند. مصاحبه با اخذ وقت قبلی و در محیط بیمارستان در فضایی آرام و مناسب انجام می‌شد.

### شیوه‌ی تجزیه و تحلیل

شیوه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا با رویکرد استقرایی بود. واحد تحلیل<sup>۱</sup> در این مطالعه، کل مصاحبه‌ها بود که بعد از تایپ دست‌نویس‌ها، بارها مورد بررسی قرار داده می‌شد و به این ترتیب واحدهای معنی<sup>۲</sup> به صورت جملات یا پاراگراف از بیانات و متون مصاحبه مشخص، و کدهای اولیه یا کدهای باز از آنها استخراج می‌گردید. سپس طبقات اصلی، تم‌ها<sup>۳</sup> (درونمایه) انتزاع می‌شد. جریان تجزیه و تحلیل با اضافه شدن هر مصاحبه تکرار و کدها و طبقات اصلاح می‌گردید.

معیار مقبولیت<sup>۴</sup> که معادل اعتبار محتوایی<sup>۵</sup> می‌باشد، با به‌کارگیری استراتژی‌های مختلف ارتقاء داده شد. مانند تنوع در مشارکت‌کنندگان تحقیق، از نظر سن، جنس، سابقه‌ی کار، تنوع بخش و رده‌های مختلف کاری و مدیریتی و اعضای از خانواده، استفاده از تلفیق در جمع‌آوری داده‌ها (مشاهده، دست‌نوشته‌ها و موارد ضبط شده) و مرور و بازنگری مکرر داده‌ها انجام شد. به‌منظور کنترل عینیت<sup>۶</sup> (پایایی یافته‌ها) از شیوه‌ی بازبینی مشارکت‌کنندگان تحقیق<sup>۷</sup>، و دو نفر همکاران تحقیق<sup>۸</sup> و بازنگری‌های مکرر استفاده شد.

### نتایج

مشارکت‌کنندگان تحقیق ۲۰ پرستار بودند. از نظر جنسیت ۱۵ نفر زن و ۵ نفر مرد، از نظر توزیع سنی اکثریت (۹ نفر) در

<sup>۱</sup> unit of analysis

<sup>۲</sup> unit of meaning

<sup>۳</sup> theme

<sup>۴</sup> credibility

<sup>۵</sup> content validity

<sup>۶</sup> transferability

<sup>۷</sup> member check

<sup>۸</sup> peer check

<sup>۹</sup> subcategory

احساس مسئولیت بکنند، این افراد از دیدگاه من بیش‌تر اذیت می‌شند تا اون‌هایی که به مقدار بی‌خیال‌تر باشند». [پرستار ۱۰]

ب - غفلت و سهل‌انگاری: غفلت و سهل‌انگاری سبب آسیب به بیمار و موجب اختلال در کار سایر پرستاران می‌شود. پرستاری می‌گوید:

«شما پرونده چک می‌کنید تیک می‌زنید، فقط تیک زدن که نیست، که من تیک بزنم و بگذارم این‌جا، خب این تیک زدن باید پی‌گیری بشه. خیلی‌ها را باید یادداشت کنی، این نیست که تیک تیک تیک بزنی بعد هم بگذاری کنار، موقع گزارش می‌بینی مریض پکسل داشته اصلاً درخواستش را ندادند. این چیزها منو اذیت می‌کنه، که سهل‌انگار و بی‌مسئولیت‌اند». [پرستار ۹]

ج - وجدان کاری: خصیصه‌ی وجدان، به‌عنوان عامل کنترل‌کننده‌ی درونی، رضایت و آرامش و یا برعکس، حالت عذاب درون را به‌دنبال دارد. وجدان کاری طبقه‌ی دیگری بود که به‌وسیله‌ی پرستاران مورد توجه بود. در همین مقوله پرستاری می‌گوید:

«وقتی که حتی تو شیفتی، می‌بینی یه کاری برای مریض انجام میدی واقعاً کار مفیدی بوده، خب خیلی بهت می‌چسبه... حالا شاید پدر مادر این‌جا متوجه نشند، اصلاً ندانند که پرستار، دارند چکار انجام می‌دند براشون. اما اون برامون اصلاً مهم نیست، لاقلاً خودت پیش وجدانت راحت و آسوده زندگی می‌کنی، خودت خیلی راضی‌تری». [پرستار ۱۵]

«من دارم کاری انجام می‌دم، بیش‌تر به‌خاطر وجدان خودم، به‌خاطر این‌که خودم دوست دارم این‌کار را انجام می‌دم، به‌خاطر دل خودت یک کاری را داری انجام می‌دی». [پرستار ۱۵]

د - تشویق و تنبیه: تشویق و تنبیه هدایتگر و تقویت‌کننده‌ی مسئولیت‌پذیری می‌باشند. تشویق و تنبیه از جنبه‌هایی است که از نظر اخلاقی باید به آن‌ها توجه داشت. در غیر این صورت بی‌انگیزشی و بی‌تفاوتی را به‌دنبال خواهد داشت و آسیب و ضرر آن به بیمار، جامعه و همکاران وارد خواهد شد.

ج - چالش‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری

د - استعلاجی - کار

ه - مرخصی - کار

و - تقابل کار و زندگی

۵. عدالت و انصاف:

الف - اولویت‌بندی منصفانه

ب - صلاحیت

ج - تناسب کار - درآمد - مزایا

۱- مسئولیت‌پذیری

یکی از مضامین اخلاقی انتزاع شده، «مسئولیت‌پذیری» بود که از مفاهیم اساسی و بنیادی کار پرستاران است. عدم وجود یا نقصان در این ملکه‌ی انسانی؛ بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و نهایتاً آسیب به انسان‌ها را به‌دنبال دارد. مسئولیت‌پذیری شامل طبقات زیر بود:

الف - احساس مسئولیت: یکی از طبقات استخراج شده احساس مسئولیت بود، که بنا به تجربه‌ی پرستاران، در واقع، یک احساس الزام و تعهد درونی است که پرستاران بدان مقید و معتقد هستند. ضمن این‌که ماهیت پرستاری با مسئولیت‌پذیری عجین می‌باشد. فقدان آن سهل‌انگاری و بی‌خیالی را به‌دنبال دارد، که نباید در حیطه‌ی سبک زندگی اخلاقی پرستار نادیده گرفته شود؛ زیرا آسیب آن به بیماران و همکاران وارد خواهد شد. یکی از مشارکت‌کنندگان تحقیق می‌گوید:

«شما اگر قراره از بیماری مراقبت کنید، باید احساس مسئولیت بکنید. و اگر نکنی، شاید هیچ‌کس هم متوجه نشه، ولی طبعاً ضرر را بیمار می‌کنه، اینه که اصلاً هویت این رشته مسئولیت‌پذیری است. ماهیت این رشته مسئولیت‌پذیری است». [پرستار ۱۸]

از طرفی مسئولیت‌پذیری همراه با تحمل مشکلات است. چنان‌که مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«خوب قشر پرستار توقع خیلی زیادی هم ازشون دارند... و از طرفی هم کسانی که خیلی زیاد هم به‌عنوان پرستار

یکی از پرستاران می‌گوید:

«وقتی پرسنل زیر دست من به‌عنوان سوپروایزر که هستم، وقتی که خوب کار می‌کنه، سعی می‌کنم تشویقش کنم. سعی می‌کنم تشکر کنم ازش، دلگرمش کنم. که کار شما درسته... شاید این پرسنل کاری که انجام می‌ده، دوست داره مورد توجه قرار بگیره... ازش تشکر بشه یا اگر جابه‌جایی برنامه است ازش خواهش بشه». [پرستار ۳]

یا پرستاری دیگر می‌گوید:

«اگر کار خوب، تشویقش و دلگرمی‌اش، از سوی مافوقات باشه، چه بسا بهتره، باعث ایجاد انگیزه در بین سایر کارکنان می‌شه». [پرستار ۱۲]

## ۲- روابط عاطفی- روانی

روابط و تعامل عاطفی پرستار با بیماران، همکاران و دیگران، درونمایه‌ی دیگری بود که سایه‌ی اخلاق بر آن گسترده بود. یکی از جذابیت‌های کار پرستار، تعامل عاطفی و روانی وی است، که او را از سایر حرفه‌ها متمایز می‌کند. زیر طبقات آن عبارتند از:

الف - ملاحظت و تعامل عاطفی: تعامل عاطفی پرستار با بیمار، سبب اعتماد، اطمینان و پذیرش بیمار می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

«سعی می‌کنم باشون یک رفتار مناسب داشته باشم، جدی باشم ولی مهربون باشم؛ با مریض، یعنی اعتمادش به من جلب بشه. وقتی بتونی اعتماد مریض را جلب کنی، بنابراین هر اقدامات درمانی بخوای برایش انجام بدی پذیراست». [پرستار ۷]

ب - ارتباط مؤثر/ غیرمؤثر: ارتباط مؤثر پرستاران تأثیر مثبتی بر همکاران و بیماران دارد. عوامل متعددی مانند شیفت کاری و عوامل موقعیتی می‌توانند آن را تحت تأثیر قرار دهند، و آن را غیر مؤثر و غیراخلاقی گردانند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«شاید یک گوش شنوایی نداشته باشی، خسته باشی، کسل، آدم دیگه، در هر صورت از نظر ارتباط با دیگران، دچار

مشکل می‌شه. شخصاً هم خودم از زمانی که آمدم تو آی سی یو، روابطم بدتر شده». [پرستار ۱]

ج - روابط با همکاران: عدول از روابط دوستانه و اخلاقی، محیط کار را برای پرسنل غیر قابل تحمل خواهد کرد و به بیمار آسیب وارد می‌کند. یکی از پرستاران می‌گوید:

«خیلی دوست دارم همه از من راضی باشند، تو پرستاری... پشت سرگویی زیاده این برای این میزنه، اون برای اون میزنه. ولی من سعی کردم که واقعاً رابطه‌ام با همه‌ی بچه‌ها خوب باشه. هیچ وقت بد کسی را نمی‌خوام اصلاً». [پرستار ۱۴]

پرستاری دیگر در مورد روابط با همکاران می‌گوید:

«سعی کردیم بیش‌تر محیط دوستانه داشته باشیم در بخش، که با همکارا داریم کار می‌کنیم، به هر حال تو بخش که کار می‌کنیم، اگر اون رابطه دوستی نباشه بین افراد، بیش‌تر بیمار صدمه می‌بینه». [پرستار ۱۸]

د - روابط با مسؤولان: ارتباط نامناسب مسؤولان ممکن است برای پرستار ایجاد مشکل نموده، و برعکس رابطه‌ی دوستانه می‌تواند سبب استحکام روابط و بهبود کیفیت کار شود. پرستاری می‌گوید:

«سرپرستار ما، خیلی عالی یه؛ بیسته اصلاً، فکر می‌کنم تکه، حاضر است به خودش فشار بباره، به خودش فشار می‌باره، تا ناراحت نشند. این تیبی یه». [پرستار ۱۴]

ه - روابط با بیمار و همراه: رابطه‌ی بیمار با پرستار و بالعکس، عرصه‌ی دیگری است که باید برخوردار از مایه‌های اخلاقی باشد و چه بسا دستخوش عدول از مرز اخلاق گردد. پرستاری می‌گوید:

«بنده و همکارای دیگه‌ام شاید مریض مولتی ترومایی آورده‌اند، آخرین تلاش‌ها را کردیم شاید رفتنی بوده خودمان را به آب و آتش می‌زنیم، عمل جراحی و تحت نظر و مراقبت‌های پرستاری، تمام این کارها را بکنی مریض به هوش می‌یاد شاید دو تا بد و بیراه، هم ازش بشنوی». [پرستار ۱۱]

نباید توهین کنیم». [پرستار ۳]

ج - حدود شرعی: یکی دیگر از جنبه‌های اخلاقی، که در تجارب پرستاران مورد توجه بود، رعایت حدود شرعی در کار بود.

«بخش‌های دیگه ادغامه پرسنل مرد داره نمی‌رم و گرنه مایلم بخش قلب برم..، یا بخش‌های دیگه.. ولی چون دیگه بخش ادغام است نمی‌رم». [پرستار ۱۴]

د - رازداری: یکی از مسائل مهم اخلاقی در پرستاران رازداری می‌باشد. اما مرز و حدود مشخصی برای این اطلاعات وجود ندارد، که دقیقاً چه چیزهایی نباید گفته شود. لذا بعضی افراد کاملاً مقید و بعضی افراد برخی اطلاعات را اسرار نمی‌دانند. به هر حال پرستاری می‌گوید:

«خیلی مسائلی که اتفاق می‌افتاد همین الانش هم اتفاق می‌افته تو مراکز مثل بیمارستان اصلاً خانواده‌ام هیچ مطلع نمی‌شدند که بیایم مثل بگیم، در خانواده‌مون تعریف کنیم چون بالاخره اسرار مریض است». [پرستار ۱۸]

#### ۴- تقابل کار- زندگی- تصمیم‌گیری

بنا به اظهارات پرستاران، آن‌ها به‌طور کلی در دامنه‌های مختلفی دچار تقابل کار و زندگی، و نتیجتاً رنجش درونی می‌شوند. مانند زمانی که به‌علت کار زیاد، با بیمار نمی‌توانند ارتباط برقرار کنند؛ عدم موافقت با مرخصی آن‌ها، وقتی که نمی‌شود برای بیمار کاری کرد؛ یا زمانی که خانواده نیازمند فرد است و اجباراً باید در شیفت‌های غیردلخواه خود کار کند. تمام این موارد وضعیت‌هایی هستند که پرستار در انتخاب بین خود و دیگران دچار تضاد درونی می‌شود. به هر حال طبقات این درونمایه عبارتند از:

الف - خستگی کار: پرستاران به‌دلیل کارسخت و شیفت‌های مختلف، دچار خستگی جسمی و روانی می‌گردند. بالطبع، خستگی با کار مطلوب، در تضاد می‌باشد. و این‌جاست که پرستار دچار تناقض اخلاقی می‌شود؛ از طرفی خسته است، نمی‌تواند خوب کار کند، و از طرف دیگر بیمار را مستحق کمک مطلوب می‌داند و این دو جمع‌پذیر

و - همدلی و همدردی: یکی از عواملی که در رعایت موازین اخلاقی تأثیر گذار است، داشتن این صفت است که خودت را جای دیگران بگذاری و آن وقت است که می‌توانی با همدلی و همدردی به‌گونه‌ای کار کنی که به فرد آسیبی نرسد. پرستاری در این زمینه می‌گوید:

«مریضی که نیاز به کمک داره من به‌خودی خود این مطلب تو ذهنم می‌یاد که پس اینم فرض کنیم که یکی از بستگان خودمون باشه، پدر ما باشه، برادر ما باشه، نزدیک‌ترین کس ما باشه، پس بیایم کم نگذاریم». [پرستار ۱۲]

#### ۳- معیارهای ارزشی- اخلاقی

یکی دیگر از مضامین انتزاع شده از تجارب پرستاران، معیارهای ارزشی- اخلاقی بود. داشتن ویژگی‌هایی مانند صداقت در کار، رازداری یا احترام گذاردن، مواردی است که رعایت آن‌ها ظرافت ادراکی و توجه و مراقبت پیوسته‌ای را از جانب پرستاران می‌طلبد. حتی گاهی تعیین مرز این‌که کدام موارد راز بیمار است، و نباید گفته شود؛ یا انجام کاری با صداقت است یا خیر؟ قدری مشکل به‌نظر می‌رسد. با وجود این، آگاهی و رعایت این موارد از ضرورت‌های اخلاقی سبک زندگی یک پرستار است.

الف - صداقت در کار: کار صادقانه و بدون ریا از جنبه‌هایی بود که پرستاران بیان کردند:

«ظاهرسازی، گزارش‌های نادرست، چیزی می‌گه که خودش قبول نداره، اما ادا در می‌آره، چرا ظاهرم را به اون شکل دربیارم، قطعاً صداقت و اعتقادات قلبی، در رسیدن به بیمار بی‌تأثیر نیست». [پرستار ۱۲]

ب - احترام متقابل: رعایت احترام در کار پرستاران جایگاه ویژه‌ای دارد. چنان‌که یکی از مشارکت‌کنندگان تحقیق می‌گوید:

«تو محیط کار، سعی می‌کنم با همکارا رابطه‌ی خوبی داشته باشم. خیلی به احترام متقابل اهمیت می‌دم». [پرستار ۱۵]

«حتی اگر دلت هم خواست، شغل ما اینه، رشته‌ی ما اینه..»

در صورت عدم موفقیت او را دچار چالش اخلاقی می‌کند؛ چنان‌که پرستاری می‌گوید:

«در شیفت‌های شب پیش می‌آمد به هر حال مواردی که دچار استرس زیادی می‌شدیم. و گفتم بعضی موقع‌ها این جووری بود که حالا، در اون زمان به هر حال تصمیم رو بگیریم، الان با توجه به کد CPR اومده تو مراکز، خب؛ کد را اطلاع می‌دند ولی بعضی مواقع هست که شما در همان زمان تشخیص را بدی و اقدام را انجام بدی. مثلاً مریمی که VF می‌کنه». [پرستار ۱۸]

د - مرخصی - کار: مرخصی رفتن پرستاران نیز از چالش‌هایی بود که اظهار می‌داشتند. هم در موافقت مدیران، و نیز فشاری که به دلیل کمبود نیرو، بر دیگران تحمیل می‌کند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«بیمارستان به عنوان کمبود، بالاخره به سختی به این‌ها مرخصی می‌دند، نمی‌تونند برنامه‌هاشون را هماهنگ کنند به علت کمبود. به مشکلات برخورد می‌کنند». [پرستار ۱۳]

ه - تقابل کار و زندگی: تقابل کار و خواسته‌های خانواده از مسائلی بود که پرستاران بازگو می‌کردند. چنان‌که مواردی اظهار داشتند:

«ولی واقعاً بعد از ازدواج این مشکلات وجود داره برای یک پرستار برای تعیین شیفتش، برای زندگی‌اش». [پرستار ۱۳]

«همیشه به مامان می‌گم، مامان یادته تو همیشه از شغلت ناراضی بودی، منم الان هستم. یعنی دوست ندارم این محیط را. محیط کسل‌کننده‌ای است. صبر می‌خواد یعنی به کسی را می‌خواد دغدغه فکری نداشته باشه». [پرستار ۱۹]

#### ۵- عدالت و انصاف

پرستاری از حرفه‌هایی است که شاغلان آن به‌طور مداوم با بیماران، خانواده‌ها، همکاران، پزشکان و مسؤولان در تعامل هستند. رعایت انصاف و عدالت یا ادای حق و حقوق دیگران، شالوده‌ی این تعامل حرفه‌ای می‌باشد. بنابراین زیر شاخه‌های متعدد مانند: اولویت‌بندی منصفانه، صلاحیت‌ها، تناسب کار -

نمی‌باشند. شواهد تجربی آن در سخنان پرستاران کاملاً آشکار بود و به وفور وجود داشت. به‌عنوان نمونه پرستاری می‌گوید:

«شغلیه که از نظر جسمی و روحی برای ما فرسایش داره،

خستگی داره». [پرستار ۱]

خستگی زیاد و کار زیاد ممکن است منجر به اعمالی شود که به لحاظ اخلاقی مورد پسند نباشد، مانند روی آوردن به مرخصی استعلاجی که به‌صورت یک سیکل معیوب فشار را بر دیگران تحمیل خواهد کرد. چنان‌که مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«به علت کمبود نیرو در اثر فشارهای کاری که ایجاد می‌شه، شاید خیلی پرسنل دیگه واقعاً کم بیارند، نکشند دیگه، جواب‌گو نیست بدنشون، رو همین حساب شاید آخر سر روی می‌آرنند به استعلاجی و خیلی موارد دیگه». [پرستار ۱۱]

ب - استعلاجی - کار: بنا به اظهارات مشارکت‌کنندگان تحقیق، اکثریت پرستاران دچار مشکلات کم‌درد؛ پا درد و واریس هستند و در استعلاجی هم با مشکلاتی روبه‌رو می‌باشند، که آنان را دچار تناقض می‌کند. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«یه موقع حال ندارند، مثل خود من هم حال امروز فوق‌العاده بد بود، ولی با همین حال بد دو تا مسکن خوردم ولی کار کردم، یعنی نمی‌تونستم بگم من نمی‌تونم بیام، ولی کارمند دیگه راحت زنگ می‌زنه می‌گه که من امروز حالم خوش نیست، و استعلاجی می‌آورد». [پرستار ۶]

«کسی اگه بیمار هم باشه، شاید بگند که یه استعلاجی آورده، که باطله، مورد قبول نیست. الان اگر یکی از پرسنل هم بیمار می‌شه، استعلاجی هم اگر داشته باشه حتی، حق خونه رفتن نداره باید باشه این‌جا». [پرستار ۱۱]

ج - چالش‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری: بعضی مواقع، در شرایط بحرانی، پرستار به تنهایی باید تصمیم بگیرد و اقداماتی را انجام بدهد؛ درست یا احتمالاً نادرست. زیرا مسأله جان بیمار است. تأخیر در این کار، جبران‌ناپذیر می‌باشد؛ مانند زمانی که بیمار ایست قلبی می‌دهد، یا در شرایط بحرانی که

عدالت و انصاف، صلاحیت‌ها بود که در رده‌های مختلف پرستاری باید به آن توجه شود. واگذاری سمت‌ها به افراد و انتخاب بخش، باید تابع توانمندی‌های افراد باشد تا بیماران و همکاران آسیب نبینند. مشارکت‌کنندگان تحقیق در این مورد می‌گویند:

«تو سانتر اطفال (بیمارستان اطفال) رگ‌گیری بچه‌ها یکی از مسائلی است که خانواده را آزرته می‌کنه، ... خانواده‌ها توقع دارند که مثلاً پرستار با اولین حرکت رگشو بگیره، یه نوزاد به‌خصوص، خوب نمی‌شه دیگه. واقعیت اینه که همه این تبهر را ندارند». [پرستار ۸]

«باید یه مقداری تو انتخاب مدیرها حالا هر رده‌ای که هست، سرپرستار باشه، مترون باشه نمی‌دانم مدیر بیمارستان، من احساس می‌کنم یه مقدار دقت بیش‌تری کنند، صلاحیت‌هاشون را چک کنند». [پرستار ۵]

ج - تناسب کار - درآمد - مزایا: توجه به حقوق کاری نیز یکی دیگر از طبقات بود. یکی از مشارکت‌کنندگان تحقیق می‌گوید:

«یعنی می‌خوام بگم که اون کسی هم که برای ما تصمیم می‌گیره باید یک فردی باشه که واقعاً... بدانه که من با این حقوق کم با این همه، با این حجم کار زیاد... این‌ها به چشمش بیاد». [پرستار ۱۲]

«ما تعطیلات که اصلاً نداریم، ما را سایپورت نمی‌کنند، جمعه ندارم، امکانات رشته‌ام اینه، غصه‌ی همه را باید بخورم، غصه‌ی بی‌پولی، بدبختی، که خونه ندارم. ماشین ندارم». [پرستار ۴]

خلاصه‌ای از نتایج مطرح شده در جدول شماره ۱ آمده است.

#### بحث

این تحقیق که با رویکرد کیفی انجام شده است، با این نگاه، که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع، و با نگاه کسانی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن‌ها آشکار می‌گردد و در نتیجه، منجر به دانش و

درآمد از مواردی بود که استخراج شد.

الف - اولویت‌بندی منصفانه: یکی از کارهایی که در پرستاری معمول است، اولویت‌بندی است که منصفانه به نظر می‌رسد. یکی از پرستاران می‌گوید:

«من خودم به شخصه سعی می‌کنم اولویت‌بندی کنم، ببینم که خوب کدام مریض در اولویت است. کدام مریض حالش بدتره، بیش‌تر تحت نظر قرار بگیره. چون می‌دونیم که از نظر استاندارد، با توجه به تعداد مریض‌ها و تعداد پرستار، نمی‌تونیم که این‌ها را به اون استاندارد کنترل کنیم». [پرستار ۱۱]

توزیع متناسب پرسنل، جنبه‌ی دیگری از اولویت‌بندی می‌باشد. توزیع افراد از نظر تعداد، جنس، تجربه و مهارت در تمام شیفت‌ها، از موارد قابل ذکر است که در صورت عدم رعایت، موجب تجمع غیرمنصفانه‌ی نیروها در یک شیفت می‌شود و طبعاً بر کیفیت مراقبت تأثیر خواهد گذاشت. مشارکت‌کننده‌ای می‌گوید:

«باید کاری بکنم که مشکلی پیش نیاید. همراهی شان بکنم، پوشش بدم که با توجه به پرسنلی که کم تجربه هستند، طرحی هستند، مشکلی پیش نیاید». [پرستار ۳]

اما مشارکت‌کننده‌ی دیگری در مورد مراقبت از همه‌ی بیماران به‌طور منصفانه (نه بر اساس اولویت‌بندی، زیرا منجر به عدم مراقبت کامل از بیماران دیگر می‌شود، که منصفانه نیست) می‌گوید:

«من خودم پدرم را بستری کردم... انتظارات زیادی از یک پرستار داشتیم که بر بالین پدرم بیاد، کاراشو انجام بده. و این انتظارات را به نظر من هر همراه مریض داره». [پرستار ۱۰]

یا پرستار دیگری در مورد همراه مریض می‌گوید:

«این‌ها فقط به بیماری مریض شون فکر می‌کنند، اگه می‌گه این اینجوری یه فلان، بهمانه، ما می‌گیم خب عیب نداره همراه مریضه، مادره حالا، دیگه حالا پدره، حق داره». [پرستار ۹]

ب - صلاحیت: یکی دیگر از زیر شاخه‌ها در مقوله‌ی

بصیرت جدید شده و از طرفی شرایط را برای تحقیقات بعدی

جدول شماره ۱- خلاصه‌ی روند استقرایی انتزاع تم‌ها، طبقات از واحدهای معنی

تم اصلی	طبقات اصلی	طبقات فرعی	واحدهای فشرده شده مثال:	واحدهای معنی مثال:
سبک زندگی اخلاقی	مسئولیت‌پذیری	- غفلت و سهل‌انگاری - وجدان	اگر غفلتی در مورد بچه‌ای شود همیشه دچار عذاب وجدان می‌شویم. [پرستار ۱۵]	شاید مثلاً حالا به بچه آسیفکسی بیاد سهل‌انگاری باشه بچه مثلاً موردی براش پیش آمده شاید فرداش... از لحاظ وجدانی و اخلاقی عاطفی، فرداش هم خراب، نه که فردا، فرداهای بعدش هم، همیشه آدم عذاب وجدان داره. [پرستار ۱۵]
	روابط عاطفی-روانی	- ملاحظت و تعامل عاطفی	یک پرستار خیلی با محبت است. گوشه‌ی قلب یک پرستار زمینه محبت بوده که خداوند به او این شغل را داده. [پرستار ۶]	یک پرستار خیلی هم با محبت است. چون من فکر می‌کنم یک پرستار که اومده پرستار شده... به گوشه‌ی قلبش به محبت خاصی داره. حتماً به رئوفی خاصی داشته که خداوند این‌کارو بهش داده که اگه نداشته باشه نمی‌تونه انجام بده. [پرستار ۶]
	معیارهای ارزشی	- صداقت در کار	برای پرستار محور مریض و همراه است. کار صادقانه و غرق در کار شدن تا حد فراموشی مشکلات جسمی و خانوادگی. [پرستار ۱۲]	به‌عنوان محور اصلاً مریض هست، همراه‌ها هست. و وقتی که غرق در کار هستی، خودت خودتو نمی‌بینی، خودت غرق در کار هستی، خدمات ارائه می‌دی، از خستگی‌ات خبر نداری از مشکلات جسمی و روحی‌ات بی‌خبر می‌شی، از خانواده‌ات بی‌خبر می‌شی. [پرستار ۱۲]
	تقابل کار - زندگی - تصمیم‌گیری	- خستگی - کار	فرسودگی و کاهش صبر و حوصله به مرور زمان در کار. [پرستار ۴]	شما واقعاً فرسوده می‌شید به مرور زمان... قبلاً خوب کار پرستاری انجام می‌دادم. ولی واقعاً اون حوصله‌ای که اول داشتم الان ندارم. [پرستار ۴]
	عدالت و انصاف	- صلاحیت	ضرورت داشتن صلاحیت علمی و پختگی اجتماعی مسؤلان [پرستار ۱۳]	یعنی می‌خوام بگم که اون کسی هم که برای ما تصمیم می‌گیره باید یک فردی باشه که واقعاً هم علمشو داشته باشه، واقعاً در تمام ابعاد انسانی به رشد متوسطی داشته باشه [پرستار ۱۳]

پرستاران انجام شد، پنج تم اصلی با زیر شاخه‌های متعدد انتزاع گردید. اما نکته‌ای که باید بدان توجه داشت، این است که، مفاهیم انتزاع شده معمولاً در هم تنیده‌اند و مرز کاملاً روشن و مشخص شده‌ای ندارند، و گاهی مفاهیم مقداری همپوشانی دارند.

یکی از تم‌هایی که استخراج گردید «مسئولیت‌پذیری»

و عملیاتی کردن مفاهیم انتزاع شده، آسان‌تر می‌کند. حسن بزرگ مطالعات زمینه‌محور<sup>۱</sup> این است که هر موقعیت، یک موقعیت منحصر درک می‌شود تا تصمیمات بر پایه‌ی تجارب و ظرفیت‌ها گرفته شود.

در مطالعه‌ی حاضر که در خصوص سبک زندگی اخلاقی

<sup>1</sup> context base

مسئولیت‌پذیری را از مصاحبه با پرستاران مفهوم سازی کرد و آن را «مسئول خود به‌کارگیری<sup>۲</sup>» تعریف کرد (۱۹). به علاوه گاهی تضاد بین مسئولیت‌های پرستاران و وظیفه‌شناسی منجر به بروز مشکلاتی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی می‌شود (۲۰).

تم اخلاقی دیگری که انتزاع شد «روابط عاطفی - روانی» بود. ماهیت پرستاری به‌گونه‌ای است که باید فرد سرشار از عطوفت و مهربانی باشد؛ با بیمار و خانواده‌اش به ملاحظت برخورد کند؛ همدلی و همدردی کند؛ و روابط مؤثری با بیمار، همکاران و مسئولان داشته باشد. این ویژگی‌ها، عناوینی بودند که زیرشاخه‌های طبقه‌ی اصلی را تشکیل می‌دادند. اظهارات پرستاران مبین ویژگی‌های رابطه‌ی عاطفی بود. اگر چه منکر بعضی بد خلقی‌های پرستاران نبودند اما آن را ناشی از خستگی کاری می‌دانستند. پرستارانی هم بودند که علی‌رغم خستگی احساس رضایت می‌کردند.

مسلماً، روابط عاطفی پرستار با بیمار، و همکارانش تحت تأثیر توجه مسئولان به او می‌باشد. ارتباط مؤثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران زمینه‌ی اطمینان و اعتماد بیمار و سایرین را فراهم می‌آورد.

MacDonald دریافت که ارتباط پرستاران با بیماران و همکاران عمدتاً تحت تأثیر شرایط فرهنگ کار می‌باشد. ارتباط کاری مثبت، و حمایتی، پایه‌ای از اطمینان را خلق می‌کند. پرستاران نیاز دارند درک خوبی از اخلاق اجتماعی گروهی که با آن‌ها کار می‌کنند و سیستمی که در آن کار می‌کنند داشته باشند (۲۱). Tarlier پذیرش و صادقانه بودن را مایه‌ی اعتماد و اطمینان به پرستار می‌داند (۱۹).

فرهنگ کار ناشی از روابطی است که بین پرستار، همکاران، مسئولان، بیماران و سازمان شکل می‌گیرد. این فرهنگ خارج از باورهای اخلاقی و تقید به آن‌ها نمی‌باشد.

برقراری و تداوم ارتباط محبت‌آمیز و حمایت‌گرایانه‌ی پرستار با بیمار، مستلزم رعایت انصاف و توجه به پرستار، از جانب اداره‌کنندگان سیستم است؛ و این اخلاقی نخواهد بود

بود. مسئولیت‌پذیری پایه و بنیان کار پرستاران است که ریشه‌ی اخلاقی دارد و در صورت نقصان این ملکه‌ی انسانی، بی‌اعتمادی، نگرانی، تشویش و در نهایت آسیب به انسان‌ها فوق‌العاده زیاد خواهد شد. آنچه از گفتار پرستاران استنباط می‌شود این است که مسئولیت‌پذیری قبل از آن که به صورت رفتار و کردار بروز کند، یک تمایل و احساس درونی است که به همراه وجدان‌گرایی تقویت می‌گردد. مسئولیت‌پذیری از زیرشاخه‌هایی بود که تقریباً محوریت<sup>۱</sup> داشت.

مسئولیت‌پذیری در سبک زندگی حرفه‌ای پرستار، جوهره‌ای است بنیادین که گریز از آن آشفتگی، بی‌نظمی، و آسیب ایجاد می‌کند. Svensson و Clancy در تعریف و توصیف آن می‌نویسند: مسئولیت به‌عنوان یک وظیفه برای اقدام کردن یا مراقبت کردن است؛ به‌طوری‌که اگر چیزی اشتباه شود شما مقصر دانسته می‌شوید. آن‌ها مسئولیت را در زیر مجموعه‌ی اصطلاحات اخلاقی مورد توصیف قرار داده‌اند (۱۷).

به‌طور کلی، احساس مسئولیت سبب رضایت و آرامش وجدان؛ و غفلت از آن، احساس گناه و عذاب وجدان را به‌دنبال دارد. زیرا این خصیصه، تنظیم‌کننده‌ی درون و تعدیل‌کننده‌ی زندگی تعاملی انسان‌ها می‌باشد همان‌طور که فقدان یا فرار از این خصیصه برای زندگی انسانی مخرب و آسیب‌آور است. بی‌تردید برخی عوامل درون حرفه‌ای و تعاملات درون‌سازمانی مانند تشویق و تنبیه نامتناسب، بر احساس مسئولیت پرستار تأثیرگذار است و سیستم و مدیریت‌ها باید به آن توجه داشته باشند. Silén و همکاران می‌گویند مشکلات اخلاقی که پرستاران تجربه می‌کنند انعکاسی از مسائل سازمانی است که در آن کار می‌کنند (۱۲). کما این‌که درک متفاوت پرستاران از مسئولیت‌پذیری نیز منشأ فردی و سازمانی دارد. تعریف غیرشفاف مسئولیت‌ها و ابهام در اجزا آن، منشأ فشارکاری و اخلاقی برای برخی پرستاران می‌گردد. دلایل ابهام در مسئولیت، عدم وجود روتین‌های مشخص و نگرش‌های متفاوت پرستاران است (۱۸). Tarlier

<sup>2</sup> responsive use of self

<sup>1</sup> core

در بررسی خود می‌گوید پرستار حتی در بیان خطای خود نسبت به بیمار صداقت دارد و با احترام پوزش می‌خواهد (۲۲). گفتن حقیقت در پرستاران اهمیت ویژه‌ای دارد (۲۳).

اما نکته‌ای که در این تحقیق متمایز از یافته‌های تحقیقات دیگران است، رعایت حدود شرعی است که پرستار راضی نمی‌شود تزییق او را، فرد غیر هم‌جنس انجام دهد یا در بخشی کار کند که از نظر جنسی غیرهمگن است؛ علی‌رغم این‌که کار در این‌گونه بخش‌ها را دوست دارد. این‌جاست که به بعد باورها و اعتقادات بیمار و پرستار در سبک زندگی‌شان باید توجه داشت.

رعایت موازین شرعی به‌عنوان کد اخلاقی، بار معنایی و محتوایی پربراری دارد، که هم در سبک زندگی پرستاران و هم بیماران جایگاه ویژه‌ای دارد و از حوصله‌ی این مقاله خارج است. مرادی در تحقیق خود مواردی را تحت این عنوان آورده است؛ اما در قدم اول آگاهی پرستاران از حدود و موازین شرعی اهمیت دارد که وی آگاهی متوسطی را به‌دست آورده است (۲۴).

رازداری یکی دیگر از زیرشاخه‌ها بود که مشارکت‌کنندگان بدان توجه داشتند، اما چون در عمل مرز و حدود مشخصی برای این اطلاعات وجود ندارد تشخیص این‌که چه اطلاعاتی اسرار بیمار است یا حتی اسرار یک پرستار است دقیقاً مشخص نیست.

توصیه‌های مؤکدی از پیامبر (ص) و معصومین (ع) وجود دارد که اصرار بر حفظ اسرار و پوشیدن راز مردم دارند. چنان‌که حضرت علی (ع) در نامه‌اش به مالک اشتر می‌نویسد: «شهروندی که عیوب و اشکالات دیگران را پیش تو بازگو می‌کند از خود دورکن، در میان مردم لغزش‌هایی وجود دارد که والی سزاوارترین مردم به حفظ آن اسرار است» (۲۵).

مرادی نیز در تحقیق خود نشان داد که ۸۴ درصد پرستاران نسبت به رعایت رازداری آگاهی داشتند (۲۴).

تم دیگری که قابل بحث است، تقابل کار - زندگی - تصمیم‌گیری در کار پرستاران می‌باشد. به هر حال پرستاران

که از پرستار انتظار رعایت اخلاق داشته باشیم ولی در مشکلات مقید به رعایت اصول اخلاقی نسبت به او نباشیم.

Bergum در مورد روابط اخلاقی پرستاران چهار تم را شناسایی کرد، که دو مورد از آن‌ها محیط و احترام متقابل بود. وی محیط را شامل عناصر و ویژگی‌های سیستم مراقبت بهداشتی می‌داند که پرستاران در داخل آن کار می‌کنند و بر روابط آنان تأثیر می‌گذارد (۲۱).

معیارهای ارزشی - اخلاقی و زیرشاخه‌های آن در سبک زندگی یک پرستار جایگاه ویژه‌ای دارند. صداقت در کار، احترام متقابل و رازداری از مفاهیم اخلاقی هستند که در سرتاسر دنیا به‌عنوان ارزش پذیرفته شده‌اند. اما رعایت حدود شرعی از زیرشاخه‌هایی بود که در جوامع و فرهنگ اسلامی معنی واقعی خود را دارد. احترام به بیمار، همکاران، مسئولان و حتی احترام به خود، از مفاهیم ارزشی است که در سبک زندگی یک پرستار باید جلوه‌گر باشد. زیرا به‌عنوان یک معیار اخلاقی، احترام حقی است که در بسیاری از متون پرستاری قابل مشاهده است. مشارکت‌کنندگان این تحقیق در مقوله‌ی احترام، دوجانبه‌نگر بودند، یک بعد احترامی است که پرستار باید برای دیگران قائل باشد. جنبه‌ی دیگر احترامی است که دیگران به پرستار می‌گذارند.

Tarlier در مورد احترام متقابل می‌نویسد: احترام به خود و دیگران از بنیادی‌ترین ارزش‌های اخلاقی قابل بحث است. احترام یک ارزش اخلاقی مشترک بین پرستاران است که کدهای آن در تمام سطوح سازمان پرستاری، یعنی در سطح محلی، ملی، و بین‌المللی مستند شده است. احترام مساوی برای خود و دیگران به‌عنوان جوهره‌ی اخلاق عمومی شناسایی شده است. کیفیت احترام، توجهات اخلاقی را منعکس می‌کند. احترام نگرش اصلی اخلاقی است که تمام اصول اخلاقی دیگر را توسعه می‌دهد (۱۹) و حتی می‌توان گفت احترام به بیمار منجر به صداقت نسبت به او می‌شود. وی صداقت و درستکاری را هم، از ارزش‌های پایه‌ای می‌داند که در روابط اخلاقی با دیگران منظور می‌شود (۱۹). هاشمی

احساس گناه و پشیمانی (۲۶).

تم عدالت و انصاف از مضامینی اخلاقی است که حتی در بحث‌های فلسفی هم قدری چالش برانگیز است؛ زیرا افراد مسائل را مطابق تعابیر خود تحلیل می‌کنند. چه بسا آنچه از نظر پرستار عین عدالت و انصاف است، از نظر همراه بیمار چنین نباشد. یا آنچه از نظر یک پرستار منصفانه است، از دید پرستار دیگر غیرعادلانه باشد. لاریجانی در تحقیق خود آورده است که: «عدالت یک تعهد اخلاقی است مبتنی بر یک قضاوت منصفانه بین طرفین. مفهوم عدالت مورد مناقشه می‌باشد. در برخی متون به معنی رفتار یکسان برای همه‌ی افراد در تمام موارد ممکن، اما گاه نیز به معنای رفتار متفاوت اما متناسب با تفاوت‌های موجود به کار می‌رود (۷)».

بنابراین حتی اولویت‌بندی کردن بیماران ممکن است از نظر یک بیمار غیرمنصفانه باشد، چون حق سایر بیماران صرف دسته‌ای دیگر می‌شود. حال آن‌که از نظر او باید پرستار به تمام بیماران یکسان برسد. چنان‌که پرستار به‌عنوان یک همراه انتظار دارد که پرستاران بخش، مرتباً بر بالین بیمارانش باشند. مراقبت بیش‌تر از بیمار بدحال یا پرکار، به‌دلیل کمبود تعداد پرستار، نادیده گرفتن حق بیمار دیگر است.

بر طبق کدهای اخلاقی انجمن بین‌المللی پرستاری<sup>۱</sup>، پرستاران باید هر بیمار را به‌طور مساوی خوب، درمان کنند، صرف‌نظر از ناخوشی بیمار، جنس، سن، کیش<sup>۲</sup>، زبان، سنت، اخلاق، وضعیت عقاید سیاسی و اجتماعی. حال این‌که موانع متعددی برای اجرای کدهای اخلاقی وجود دارد (۲۷). بنابراین اگرچه کدهای اخلاقی تعیین‌کننده‌ی ارزش‌های محوری هستند (۲۸)، لیکن تدوین کدهای اخلاقی به تنهایی کافی نیست، بلکه بستر اجرایی و سایر جنبه‌ها نیز باید در نظر گرفته شود.

صلاحیت‌ها زیر شاخه‌ی دیگری بود که استخراج شد. واگذاری کارها به افراد توانمند، بی‌تردید از آسیب‌ها و زیان‌ها

به‌عنوان افراد انسانی خستگی‌پذیر هستند و تأثیرات روانی کار را متحمل می‌گردند. از طرفی دارای خانواده هستند که از آن‌ها انتظاراتی دارند و از همه مهم‌تر بیمارستان و مسئولان نیز بنا به وظیفه‌ی خود مطالباتی دارند که پرستاران در تنظیم این انتظارات دچار مشکل و در نتیجه دچار تناقض می‌گردند. از آن‌جایی که این‌گونه تضادها فشار روانی را بر پرستار تحمیل می‌نماید؛ لذا به قول خودشان «فرسایش و خستگی» را به‌دنبال دارد. کار زیاد به‌صورت اضافه کاری ناخواسته، و تعداد پرسنل کم با تعداد بیمار زیاد در بخش به مرور فرد را دچار این تناقض خواهد کرد که به ندای درونی و خستگی خود جواب بدهد یا به نیازها و درخواست‌های بیمار و سازمان. این‌جاست که به قول خودشان «کم بیارند» چون «جوابگو نیست بدنشون»، یا به شیوه‌ی دیگری متوسل شوند «استعلاجی و موارد دیگر». درحقیقت، سخت بودن ماهیت کار پرستاری و کار خارج از حد استاندارد، زمینه‌ساز تناقضاتی می‌شود که از نظر اخلاقی فرد را دچار رنجش درونی می‌کند و چه بسا منجر به خطاهای اخلاقی می‌گردد که شاید به‌صورت عمد هم نباشد.

هاشمی دلایل بروز خطا را کمبود پرستار، فشار کار زیاد، حقوق کم، استفاده از پرستاران ناکارآمد و خستگی پرستاران نام می‌برد (۲۲) و بی‌تردید به‌دنبال خطا رنجش‌های اخلاقی پیش می‌آید.

تصمیم‌گیری و چالش‌های اخلاقی یکی دیگر از طبقات بود که در موارد بحرانی مانند ایست قلبی پیش می‌آید و پرستار در شرایط نامطمئن مجبور به تصمیم‌گیری است.

ابراهیمی و همکاران در این زمینه می‌نویسند: پرستاران دچار تعارض میان جلوگیری از آسیب به بیمار و جلوگیری از آسیب به خود هستند. آنان برای جلوگیری از آسیب و سود رساندن به بیمار راه‌های مختلفی در پیش می‌گیرند؛ هر چند ممکن است این روش‌ها مؤثر واقع گردد، اما گاهی اوقات ممکن است این روش مؤثر نبوده و همراه با آسیب به خود پرستار باشد مانند احساس تنش، اضطراب، ترس و نگرانی،

<sup>1</sup> International Council of Nurses (ICN)

<sup>2</sup> creed

### نتیجه‌گیری

اخلاق در سبک زندگی پرستاران محوریت داشته و تعدیل‌کننده‌ی بروز رفتارهایی است که بیماران آسیب‌نبینند. به‌طور کلی، سایه‌ی اخلاق بر تمام ابعاد کاری پرستاران گسترده است، اگرچه در عمل با چالش‌هایی در زمینه‌ی تعادل بین عوامل مختلف روبه‌رو هستند؛ و تعابیر متفاوت در مورد بعضی تم‌های اخلاقی وجود دارد. اما به‌طور کلی سبک زندگی پرستاران در بستر اصول اخلاقی با مضامینی چون مسئولیت‌پذیری، روابط عاطفی- روانی، معیارهای ارزشی- اخلاقی، تقابل کار- زندگی - تصمیم‌گیری و عدالت و انصاف جاری است و جوهره‌ی آن اعتقاد به خداوند می‌باشد. مضامین اخلاقی سبک زندگی پرستاران باید فراتر از اخلاق بیومدیکال مورد بررسی قرار گیرد تا مددجو، پرستاران، و سایرین آسیب‌نبینند و برای اخلاقی‌تر شدن زندگی پرستاران عوامل درون‌سازمانی و برون‌سازمانی مورد توجه قرار گیرند. نکته‌ی دیگر این‌که مضامین اخلاقی پرستاری مبتنی بر نیازها و شرایط خاص این حرفه با تحقیقات کیفی، و متکی بر زمینه‌ی کاری، اعتقادی و اجتماعی آنان استخراج گردد.

### تشکر و قدردانی

در پایان از تمام کسانی که در این تحقیق همکاری کردند به‌ویژه مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی گرگان و پرستاران گران‌قدری که در مصاحبه به‌عنوان مشارکت‌کنندگان تحقیق وقت خود را صرف کردند و دانشگاه تربیت مدرس به‌عنوان حمایت‌کننده‌ی تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌کاهد؛ به‌خصوص زمانی که صلاحیت‌ها در میدان وسیعی در نظرگرفته شود اعم از برخورداری یا توزیع صلاحیت‌ها در پرستاران. طبیعی است که یک پرستار تازه‌کار با یک پرستار باتجربه در این زمینه باهم تفاوت دارند. بنابراین، عدم در نظر گرفتن شرایط در توزیع این صلاحیت‌ها، بر کیفیت کار تأثیر خواهد گذاشت و می‌تواند کار غیراخلاقی محسوب شود.

Silén و همکاران می‌گویند عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری فضیلت‌های اخلاقی محسوب می‌شوند (۱۲). نکته‌ای که قابل تعمق است رعایت صلاحیت‌ها در واگذاری سمت‌هاست که در صورت عدم رعایت، عدول از انصاف و نتیجه‌اش آسیب به کل سیستم می‌باشد. و نیز رعایت حق و حقوق پرستاران و در مواردی احساس تبعیض در محیط‌های کاری نکاتی بود که مشارکت‌کنندگان تحقیق تجاربی را بیان می‌کردند که در قلمرو اخلاق باید توجه شود.

در نهایت این‌که علم اخلاق در قلمرو پرستاری، اگرچه قدمت تاریخی دارد؛ اما با تحولات وسیع علمی، تکنولوژیکی، و توسعه‌ی دامنه‌های کاری، نیاز به نگاه و انطباق جدیدی دارد که بتواند پاسخگوی نیازها باشد. بنابراین، با این دیدگاه، علم اخلاق، علم جوان و در حال توسعه‌ای می‌باشد که با تحقیق و بازننگری مکرر در قلمرو فرهنگ‌ها و ایدئولوژی‌های متنوع قابلیت انطباق و سازگاری پیدا می‌کند.

## منابع

- LL. Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *J Adv Nurs* 2004; 47(4): 356-64.
- 14- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1): 107-15.
- 15- Streubert SHJ, Carpentre DR. *Qualitative Research in Nursing Advancing the Humanistic Imperative*, 4<sup>th</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 16- Holloway I, Freshwater D. *Narrative Research in Nursing*. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.
- 17- Clancy A, Svensson T. 'Faced' with responsibility: Levinasian ethics and the challenges of responsibility in Norwegian public health nursing. *Nurs Philos* 2007; 8(3): 158-66.
- 18- Bjuresäter K, Larsson M, Nordström G, Athlin E. Cooperation in the care for patients with home enteral tube feeding throughout the care trajectory: nurses' perspectives. *J Clin Nurs* 2008; 17(22): 3021-9.
- 19- Tarlier DS. Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nurs Philos* 2004; 5(3): 230-41.
- ۲۰- واحدیان ا، الحانی ف. چالش‌های آموزشی در تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۳۰-۲۱.
- 21- MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: literature review. *J Adv Nurs* 2007; 57(2): 119-26.
- ۲۲- هاشمی ف. پاسخ اخلاقی به خطای پرستاری. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۳۱-۴۵.
- 23- Hodkinson K. How should a nurse approach truth-telling? A virtue ethics perspective. *Nurs Philos* 2008; 9(4): 248-56.
- ۲۴- مرادی آ. بررسی اطلاعات پرستاران در مورد چگونگی برقراری ارتباط و مراقبت از بیماران بر اساس موازین شرعی. *دانشور* ۱۳۸۶؛ دوره ۱۵ (شماره ۷۲): ۶۵-۷۰.
- ۱- قدیانی م ح، صدرش، فریود منش ح. قواعد اسلامی در اخلاق پزشکی. *مجله علمی پزشکی* ۱۳۸۴؛ دوره ۱۱ (شماره ۳۷): ۴۵-۴۱.
- ۲- میرکمالی م. اخلاق و مسئولیت اجتماعی در مدیریت آموزشی. *مجله روانشناسی و علوم تربیتی* ۱۳۸۲؛ دوره ۳۳ (شماره ۱): ۲۰۱-۲۲۱.
- 3- Doane GH. Issues and innovations in nursing in the spirit of creativity: the learning and teaching of ethics in nursing. *J Adv Nurs* 2002; 39(6): 521-8.
- 4- Liaschenko J, Peter E. Nursing ethics and conceptualizations of nursing: profession, practice and work. *J Adv Nurs* 2004; 46(5): 488-95.
- 5- Varcoe C, Doane G, Pauly B, et al. Ethical practice in nursing: working the in-betweens. *J Adv Nurs* 2004; 45(3): 316-25.
- ۶- قاری سید فاطمی س م. بیوتکنولوژی در آینه فلسفه‌ی اخلاق. *فصلنامه باروری و ناباروری* ۱۳۸۱؛ دوره ۳ (شماره ۴): ۷۲-۵۶.
- ۷- لاریجانی ب، زاهدی ف. تأثیر فلسفه‌ی اخلاق در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طب. *ویژه‌نامه مجله لیبید ایران* ۱۳۸۴؛ دوره ۴: ۳۸-۲۵.
- 8- Kopala B, Burkhart L. Ethical dilemma and moral distress: proposed new NANDA Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif* 2005; 16(1): 3-13.
- 9- Holm S. What should other healthcare professions learn from nursing ethics. *Nurs Philos* 2006; 7(3): 165-74.
- 10- Silén M, Tang PF, Wadensten B, Ahlström G. Workplace distress and ethical dilemmas in neuroscience nursing. *J Neurosci Nurs* 2008; 40(4): 222-31.
- 11- Price R. An Ethical Reflection. *Whitireia Nurs J* 2008; 15: 50-53.
- 12- Silén M, Tang PF, Ahlström G. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. *J Clin Nurs* 2008; 18(10): 1470-9.
- 13- Peter EH, Macfarlane AV, O'Brien-Pallas

علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۵؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۷):  
۴۵-۵۶

- 27- Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, et al. Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *J Adv Nurs* 2006; 55(3): 310-9.
- 28- Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H. Nurses' codes of ethics in practice and education: a review of the literature. *Scand J Caring Sci* 2009; 23(2): 380-94.

۲۵- مهدوی نژاد غ ح. رازداری و حدود آن در حرفه‌ی پزشکی. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۴): ۱۹-۱۳.

۲۶- ابراهیمی ح، نیکروش م، اسکویی ف، احمدی ف. جلوگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار: تعارض اخلاقی عمده‌ی پرستاران در حیطه تصمیم‌گیری اخلاقی. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه