

تبیین معنای متغیرهای روان‌شناختی در حساسیت اخلاقی

از دیدگاه کادر درمان اتاق عمل

الیزه نژدحسین دانش^۱، هاید صابری^{۲*}، شادی جزایری^۳

تاریخ دریافت: 99/8/2

تاریخ پذیرش: 99/11/17

تاریخ انتشار: 99/12/27

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حساسیت اخلاقی یکی از معیارهای مهم در اصول اخلاق حرفه‌ای است که درون‌مایه‌ی تعدادی از ابعاد آن روان‌شناسی است؛ لذا این تحقیق با هدف تبیین معنای حساسیت اخلاقی با تأکید بر ابعاد روان‌شناختی آن از دیدگاه کادر درمان اتاق عمل صورت گرفت. در این پژوهش کیفی، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته و عمیق با یازده تن از کادر درمان اتاق عمل بیمارستان امام‌خمينی (ره) انجام شد؛ همچنین، تجزیه و تحلیل محتوا به روش استراوس و کوربین انجام گرفت. نتایج مطالعه‌ی اخیر، سه درون‌مایه‌ی متغیرهای محیطی، مشکلات فردی و بین‌فردی و حقوق متقابل بیمار و کادر درمان را شامل می‌شود. ابعاد حساسیت اخلاقی عبارت بودند از: میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی. مشاهدات ما اختلاف دیدگاه کادر درمان را از ابعاد مختلف موضوع «حساسیت اخلاقی» با آنچه به‌واقع در متون ذکر شده است، نشان می‌دهد؛ تاآنجا که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان حساسیت اخلاقی را، آنچه موجب رنجش شخص آن‌ها می‌شود، برداشت کردند.

واژگان کلیدی: حساسیت اخلاقی، حقوق متقابل، عوامل محیطی، مشکلات فردی و بین‌فردی

1. کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

2. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

3. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، میدان ونک، خیابان برزیل شرقی، خیابان شمس لاهیجان، کوچه منش، پلاک ۷، تلفن: ۰۲۱۸۸۷۸۰۲۲۴.

Email: elizeh_danesh@yahoo.com

مقدمه

حساسیت اخلاقی یکی از معیارهای اساسی در صلاحیت حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شود و بر عملکرد اخلاقی و ارتقاء ارتباط بین آن‌ها و بیماران مؤثر است (۱). حساسیت واژه‌ای است که در متون مرتبط با کادر درمانی زیاد به کار می‌رود؛ اما ترکیب «حساسیت اخلاقی» با اینکه در متون کادر درمانی به کار رفته (۲)، کمتر به لحاظ محتوا و درون‌مایه مورد مطالعه قرار گرفته است. حساسیت اخلاقی، ویژگی‌ای است که شخص را به تشخیص کشمکش اخلاقی و برداشت حسی و فکری از موقعیت‌های آسیب‌پذیر و آگاهی به نتایج اخلاقی در تصمیم‌گیری درباره‌ی دیگران قادر می‌سازد. تصمیم‌گیری اخلاقی به‌نوبه‌ی خود، به‌عنوان شکل سازمان‌یافته‌ی تعامل اخلاقی برای حل تعارض‌های اخلاقی، استفاده می‌شود (۳)؛ لذا حساسیت اخلاقی، کادر درمان را به سمت ارائه‌ی خدمات باکیفیت مطلوب یا نامطلوب سوق می‌دهد. از آنجاکه در بحث درمان، بیماران با سطحی از دردهای جسمانی و رنج‌های روان‌شناختی مواجه هستند، برقراری ارتباطی مؤثر می‌تواند بخشی از درد و رنج جسمانی و شناختی آن‌ها را کاهش دهد؛ بنابراین، شناخت ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی می‌تواند جنبه‌هایی از درمان و تسکین را به مخاطبان معرفی کند که شاید همیشه در متون فضیلت‌گرا و پزشکی از آن غفلت شده است (۴). مراجعه‌کنندگان به محیط‌های خدمات درمانی همواره سطحی از رنج جسمانی و روان‌شناختی را تجربه می‌کنند که از یکدیگر نیز بسیار تأثیر می‌پذیرند؛ لذا توجه به هر یک از این دو بُعد سهمی بسزا در ارائه‌ی خدمات درمانی دارد. مؤلفه‌های حساسیت اخلاقی مانند روابط بین‌فردی، دانش حرفه‌ای، همبستگی اخلاقی و معنای اخلاقی، خود می‌توانند منجر به شناسایی طیفی وسیع از دیگر متغیرها در

محیط‌های خدمات و درمان شوند (۵). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی ارتباط برخی متغیرهای فردی با متغیر حساسیت اخلاقی است که این مهم خود حاکی از اهمیت افراد بدون در نظر گرفتن عوامل محیطی در حساسیت اخلاقی است؛ لذا مهم است که با بررسی مفهوم کلام، به مقایسه‌ی مؤلفه‌های اخلاقی به‌صورت آنچه در ذهن افراد وجود دارد و آنچه محتوای ساختارمند و آموزش‌دانی است، پرداخته شود (۶).

یکی از محیط‌های نیازمند به بررسی حساسیت اخلاقی، اتاق عمل است. اتاق عمل^۳، بخشی از محیط‌های درمانی است که اغلب برای بیماران، حتی بدون در نظر گرفتن علت مراجعه‌ی آن‌ها، محیطی اضطراب‌زا و نگران‌کننده تلقی می‌شود و با توجه به اقدامات حساس درمانی و حجم بالای کار در محیط اتاق عمل، اغلب کادر درمان نیز سطحی از تنش و نگرانی را تجربه می‌کنند که تمام این موارد به‌نوبه‌ی خود عملکرد اخلاقی را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند (۷). با وجود تأکید فراوان بر لزوم توجه به اخلاق در تمامی جنبه‌های درمان، آنچه به دفعات دیده می‌شود، به‌نحوی تردید درباره‌ی صلاحیت حرفه‌ای کادر درمان برای اخذ تصمیم است که بارها از سوی سیستم سلامت و خارج از آن در کانون انتقاد قرار گرفته است (۸). به‌طور کلی، ارائه‌ی خدمات در زمینه‌ی درمان و پزشکی حساسیت چشمگیری دارد؛ لذا شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت ارائه‌ی این خدمات حائز اهمیت است و شناسایی این عوامل لزوماً امری عینی نیست؛ گاهی ناشی از شکل‌گیری تجربیات در درون افراد ارائه‌دهنده‌ی خدمات است و چنین شناختی تنها از طریق کاوش در دیدگاه افراد و تفحص در افکار آن‌ها محقق می‌شود (۹). کادر درمان، به‌ویژه پرستاران، بزرگ‌ترین گروه ارائه‌کننده‌ی خدمت در سیستم درمانی هستند و تأثیری بسزا بر کیفیت مراقبت‌های

بهداشتی درمانی دارند؛ بنابراین رعایت موازین اخلاقی، عاملی مؤثر برای بهبود عملکرد کادر درمان در ارائه‌ی مراقبت باکیفیت خواهد بود (۶). متأسفانه کادر درمان تنها صنفی است که در موضوع آسیب‌شناسی عملکرد، خودشان بر خودشان نظارت دارند؛ لذا دانستن آنچه در ذهن آن‌ها می‌گذرد، می‌تواند مقدمه‌ای بر سنجش عملکرد اخلاقی آنان و مقایسه‌ی آن با معیارهای عملکرد اخلاقی کادر درمان در جامعه‌ی جهانی باشد.

در مقایسه‌ی پژوهش‌های کیفی با موضوع دیدگاه پرستاران درباره‌ی حساسیت اخلاقی، در داخل و خارج، اختلافاتی چشمگیر وجود دارد. آنچه در پژوهش‌های حاصل از بررسی دیدگاه پرستاران درباره‌ی حساسیت اخلاقی در متون خارج از کشور دیده می‌شود، نشان‌دهنده‌ی فاصله‌ی شایان توجه آن با ابعاد حساسیت اخلاقی در متون داخل است (۱۰). چنین اختلاف‌نظری پژوهشگران را بر آن داشت تا با بررسی مجدد دیدگاه کادر درمان و مقایسه با آنچه در پژوهش‌های خارجی ذکر شده است، تبیین عمیق و علت جوی از این فاصله به دست آورد. با توجه به آنچه گفته شد، این پژوهش با هدف بررسی دیدگاه کادر درمان اتاق عمل درباره‌ی متغیر حساسیت اخلاقی و بررسی ابعاد روان‌شناختی متغیر مذکور انجام شد. همچنین، با مقایسه‌ی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های مشابه خارجی و تطبیق آن با ابعاد واقعی حساسیت اخلاقی، به آسیب‌شناسی همه‌جانبه‌ی حساسیت اخلاقی پرداخته شد.

روش کار

در این مطالعه‌ی کیفی، مشارکت‌کنندگان شامل یازده نفر از کارکنان اتاق عمل بیمارستان امام‌خمینی (ره) بودند که به‌صورت هدفمند طی سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انتخاب شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول

شماره‌ی یک آورده شده است. معیارهای ورود به پژوهش حاضر، داشتن بالاترین شیفت کاری در عرصه‌ی درمان در اتاق عمل بود که به بالاترین تنوع افراد شرکت‌کننده در پژوهش منجر شد. از دیگر معیارهای ورود به پژوهش حاضر، تمایل شرکت‌کنندگان به شرکت در پژوهش بود که در نهایت با شیوع ویروس کرونا با محدودیت‌هایی نیز مواجه شد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق و نیمه‌ساختاریافته و با مطرح‌کردن پرسش‌های هادی صورت گرفت. سؤالات اولیه در اولین ورود به میدان مصاحبه، سؤالات بازپاسخ در مدت‌زمان سی دقیقه بود که مبنای طرح پرسش‌های بعدی در مصاحبه‌های آتی قرار گرفت. در ابتدا از مصاحبه‌شوندگان پرسیده شد به نظر شما حساسیت اخلاقی چیست و چه ابعادی را در بر دارد؟ به نظر شما ضرورت وجود حساسیت اخلاقی در اتاق عمل چیست و آن را چگونه ارزیابی می‌کنید؟ پس از مصاحبه‌ی اولیه مشخص شد که اولین درکی که مصاحبه‌شوندگان از «حساسیت اخلاقی» دارند، مصادیقی از نحوه‌ی تعامل افراد (همکاران) و اثربخشی این تعامل بر خلیات آن‌هاست؛ لذا در مرحله‌ی دوم طرح سؤالات مصاحبه، سؤال «به نظر شما چه مشکلاتی در محیط کار بر حساسیت اخلاقی اثرگذار است؟» به بدنه‌ی سؤالات قبلی افزوده شد. در نحوه‌ی اداره‌ی جلسات مصاحبه سعی بر آن بود کمترین جهت‌دهی در محتوا رخ دهد؛ یعنی داده‌ها با منطق متکی به خود استخراج و پردازش شدند.

جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی در پژوهش مذکور، همزمان با جمع‌آوری داده‌ها صورت گرفت و این مرحله تا زمان اشباع‌پذیری داده‌ها ادامه یافت و تا رسیدن به اشباع نظری مجموعاً یازده مصاحبه‌ی عمیق صورت گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش استراوس و کوربین صورت گرفت (۱۱)؛ یعنی ابتدا مصاحبه‌ها به روش سطر به سطر کدگذاری شد.

جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

کد	سمت	سن	تحصیلات	سابقه‌ی کار
۱	تکنولوژیست بیهوشی	۳۳	کارشناس ارشد پرپیژن	۵ سال
۲	تکنولوژیست اتاق عمل	۳۵	کارشناسی اتاق عمل	۱۰ سال
۳	مترون اتاق عمل	۴۱	کارشناسی اتاق عمل	۲۳ سال
۴	رزیدنت بیهوشی	۳۵	تخصص بیهوشی	۳ سال
۵	رزیدنت جراحی	۳۸	تخصص جراحی	۴ سال
۶	تکنولوژیست بیهوشی	۲۸	کارشناسی بیهوشی	۵ سال
۷	تکنولوژیست اتاق عمل	۵۴	کاردانی اتاق عمل	۲۷ سال
۸	تکنولوژیست بیهوشی	۳۱	کارشناسی بیهوشی	۱۰ سال
۹	متخصص بیهوشی	۵۳	فلوشیپ درد	۲۰ سال
۱۰	تکنولوژیست بیهوشی	۳۹	کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی	۱۲ سال
۱۱	تکنولوژیست بیهوشی	۴۵	کارشناسی هوشبری	۷ سال

فرعی و ۳۷ کد باز بود که درون‌مایه‌ی مصاحبه‌ها به شرح زیر آمده است.

الف. فشارهای محیطی

اولین درون‌مایه که دربردارنده‌ی بیشترین تعداد کد محوری و باز بود نشان می‌دهد که برداشت کادر درمان از موضوع حساسیت اخلاقی بسیار گسترده و پیچیده است (نک: جدول شماره ۲). تجارب زیسته‌ی کادر درمان گویای مفاهیم عمیق، تأمل‌برانگیز و ناخوشایندی است که بیانگر محدودیت‌ها و زیرساخت‌های نادرست در امر آموزش پزشکی کشور است که می‌تواند پایه‌های آسیب‌زای زیادی را در امر درمان بنا نهد.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی یک چنین بیان کرد: «خُب کارمون زیاده. درگیری‌های شیفی زیاد به وجود میارن. می‌گن بودجه نداریم، نیرو تعدیل می‌کنند، فشار کار میفته روی ما. قبلاً برای هر کسی یه ایلوی استفاده می‌کردیم الان همونا رو می‌شوریم می‌ذاریم برای یه مریض دیگه. خب این بی‌اخلاقیه

سپس کدها بهبود یافته و تلخیص گردید و کدهای فرعی انتزاعی‌تری نوشته شد؛ سپس، با بازنگری دوباره‌ی کدها، کدهای انتزاعی‌تر و با کلمات بهتری نوشته شدند. پس از آن، بر اساس آن کدها، کدهای محوری استخراج و کدهای فرعی هر یک از کدهای محوری مشخص شدند. کدهای محوری بر اساس داده‌های اولیه، بازنگری شده، بهبود یافته و دوباره بازنویسی شدند؛ سپس، کدگذاری انتخابی انجام شد و کدهای محوری در ذیل کدهای انتزاعی‌تری قرار گرفت و روابط بین کدهای انتزاعی‌تر (کدهای پارادایمی) پیش‌بینی شد. در نهایت، بر اساس کدهای محوری و انتخابی و روابط بین آن‌ها، متن نظریه نوشته شد. از نظر رعایت ملاحظات اخلاقی، با معرفی منابع استفاده‌شده، آگاهی مشارکت‌کنندگان از هدف تحقیق و همکاری آن‌ها در تکمیل پرسش‌نامه، اصول اخلاق امانت‌داری علمی رعایت و حق معنوی مؤلفان آثار محترم ادا شده است.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر شامل سه کد انتخابی، سیزده کد

از آنجاکه هدف نظریه پردازی داده بنیاد، عمق کاوی پدیده‌ها و دنبال کردن رد پدیده‌ها و اجتناب از حرکت سطحی است، محقق بر اساس نظریه پردازی داده بنیاد موظف است از داده‌ها تبعیت کند؛ همچنین، از آنجاکه داده‌ها به سمت مصادیقی از نحوه‌ی تعامل افراد (همکاران) و اثربخشی این تعامل بر خلقیات آن‌ها و شرایط محیطی حاکم بر اتاق عمل را به عنوان برجسته‌ترین مسأله از تداعی حساسیت اخلاقی نشان می‌دهد، محقق موظف است به لایه‌های زیرین این بیانات دست یابد؛ بنابراین تلاش پژوهشگر بر آن بود تا بدون هرگونه سوگیری صرفاً به تعمیق آنچه در میدان مصاحبه اتفاق می‌افتد بپردازد.

دیگه. یا قبلاً اگر کاف لوله‌ها سوراخ بود می‌نداختم می‌رفت؛ الان خطر می‌کنیم و مریض رو با کاف سوراخ می‌خوابونیم.» مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی ۴ نیز اذعان کرد: «از طرفی کارانه بستگی به تعداد عمل داره که متأسفانه عمل‌ها خیلی کم شده؛ از طرفی حقوق پایه‌ی ما رو هم به موقع پرداخت نمی‌کنند. من وقتی قراره هفت صبح سر عمل باشم اصلاً انگیزه‌ای ندارم. وقتی چندماهه بدون حقوق و دریافتی کار کردم، هرچند پولش کم هست اما این مسیر طرح هست. وقتی حقوق نمی‌دن من از جیب دارم پول اسنپ می‌دم. یکی از همکارای رزیدنت اون ماه سر همین قضیه دادوبیداد کرد. طفلی را حراستی کردن کارش به دانشگاه کشید.»

جدول شماره‌ی ۲- کد انتخابی اول

فشارهای محیطی	
کدهای فرعی	کدهای باز
امکانات ناکافی، حتی قبل از کرونا	استفاده‌ی چندباره از وسایل یک‌بارمصرف به دلیل کمبود امکانات استفاده از وسایل معیوب به دلیل کمبود امکانات کمبود امکانات دارویی
کمبود بودجه برای تأمین حقوق	پرداخت نکردن به موقع حقوق پرسنل کاهش پورسانت‌ها به دلیل کاهش تعداد عمل‌های جراحی مکفی نبودن حقوق دریافتی متناسب با سختی کار
فشار کاری بالا و تعدیل نیرو	کم کردن نیروها به دلیل کاهش بودجه‌های درمانی توزیع نامتوازن کارها بی توجهی به پتانسیل یک نفر
کمبود وقت برای انجام دادن برخی کارهای ضروری	تعدیل نیرو و افزایش حجم کاری پرسنل انتظارات زیاده از حد توسط مافوق
بی توجهی به نیازها و خواسته‌های کادر درمان	بی توجهی به هشدار کمبود وسایل بی توجهی به هشدار خرابی‌ها
بی توجهی انتخابی به مشکلات موجود	پیگیری نکردن خرابی‌ها به دلیل عدم رسیدگی بی توجهی به مسائل حیاتی بیماران به دلیل رسیدگی نکردن

ب. رخدادهای و مشکلات فردی و بین فردی
 علی‌رغم آنچه از پیشینه انتظار می‌رفت رخدادها و مشکلات فردی و بین فردی با درون‌مایه‌ی غنی، بعد از کد

جدول شماره‌ی ۳- کد انتخابی دوم

رخدادها و مشکلات فردی و بین فردی	
کدهای فرعی	کدهای باز
تحمیل دستورات غیرسودمند توسط افراد با سابقه	استفاده از روتین‌های غیرسودمند
	پافشاری بر انجام‌دادن دستورات غیرضروری
	بی‌توجهی به موقعیت بیماران در لحظه
قضاوت‌های بی‌جا و ایجاد قطبیت	بی‌توجهی به تصمیمات اتخاذشده در وضعیت اورژانس
	جانب‌داری‌های بی‌جا و حمایت‌نکردن هنگام سختی‌ها
	ایجاد قطبیت و متشنج‌کردن فضای روانی اتاق عمل
نبود درک متقابل از شرایط و رخدادهای کاری	انتظار انجام‌دادن روتین‌های مشخص
	همدلی‌نکردن در موقعیت‌های دشوار
ورود مسایل شخصی افراد به حیطه‌ی کار تخصصی	رفتارهای پرخاشگرانه ناشی از وجود مشکل در زندگی شخصی
	اثربخشی خلق افراد بر نحوه‌ی برقراری ارتباط با بیمار
	نداشتن تمایل به برقراری رابطه‌ی مؤثر با بیمار به دلیل رخدادها و محیطی
برقرارنشدن ارتباط مؤثر بین کادر درمان	شکایت مداوم از نحوه‌ی انجام‌دادن کار بدون ارائه‌ی راهکار
	نبود شفافیت در انتقال پیام
	گفت‌وگوهای غیرمستقیم

خستگی آن‌ها، محفلی برای بیان آنچه موجب فشارهای روانی بر آن‌ها شده، ایجاد کرده که این مسأله بر نیاز به بررسی عمیق آنچه در محیط روان‌شناختی اتاق عمل موجب رنجش است، تأکید دارد.

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی یک اذعان کرد: «یه جورایی این چیزا ایده‌آل هست؛ ولی خب یه روزهایی هم نمی‌تونم خیلی خوب باشم. به‌هرحال تنش توی اتاق عمل خیلی زیاده. خودم از بیرون فشارهای زیادی احساس می‌کنم؛ به‌هرحال بی‌تأثیر

محتوایی شایان توجه از داده‌ها به سمت مصادیقی از نحوه‌ی تعامل افراد (همکاران) و اثربخشی این تعامل بر خلیات آن‌ها و شرایط روان‌شناختی حاکم بر اتاق عمل اشاره دارد که این امر می‌تواند دلایلی مختلف داشته باشد؛ اول اینکه محیط روان‌شناختی اتاق عمل ایجادکننده‌ی فشارهایی برای کادر درمان است و افراد در اولین گزارش‌های خود به آنچه موجب رنجش آن‌ها شده است، اشاره کرده‌اند؛ دوم اینکه انجام‌دادن مصاحبه‌ها در پایان شیفت کاری کادر درمان و

ج. حقوق متقابل بیمار و کادر درمان

در مواقعی که کمترین تعداد کد باز و محوری را تشکیل می‌داد مصاحبه‌شوندگان به حقوق متقابل بیمار و کادر درمان اشاره کرده‌اند که نزدیک‌ترین مفهوم به «حساسیت اخلاقی» است. مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی دو در تعریف حساسیت اخلاقی این‌گونه گفت: «من حس می‌کنم حساسیت اخلاقی همون بازه‌ی عملکرد کادر درمانه که شامل احساس مسئولیتش، عذاب وجدانش و کار مفیدی که انجام می‌ده هست. اینکه کلمه‌ی حساسیت در کنار اخلاق اومده به نظر من، یعنی حواس‌جمعی و اون کار مفید و با کمترین خطاهای انسانی که هر کادر درمانی با توجه به یک سری اصول اخلاقی برای خودش تعیین می‌کنه و سعی بر انجام اون‌ها تو بهترین حالت رو داره.»

کمترین درون‌مایه، مربوط به کد انتخابی «حقوق متقابل بیمار و کادر درمان» نشان می‌دهد تعداد اندکی از آموزش‌دیدگان سیستم آموزش پزشکی کشور، از آموزش‌های غیرپزشکی دریافت کارآمدی داشته‌اند.

جدول شماره‌ی ۴- کد انتخابی سوم

حقوق متقابل بیمار و کادر درمان	
کدهای فرعی	کدهای باز
شناخت صحیح جایگاه خودم (کادر درمان)	
شناخت صحیح جایگاه بیمار	شناخت صحیح جایگاه بیمار
جایگاه متقابل طرفین	شناخت صحیح حقوق بیمار
	نحوه‌ای که باید ارتباط بگیرم
وجدان کاری	عملکرد کادر درمان
	احساس مسئولیت کادر درمان
	میزان خطای مرتکب
	اخلاق‌مداری و دقت در انجام‌دادن کارها

بحث

در پژوهش‌های پیشین، ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی، اغلب میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه‌ی

نیست. یا فشارها از بالا گاهی اونقدر زیاده که اصلاً این حرفا بچه‌بازی می‌شه.»

مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی دو نیز گفت: «ولی همه چیزم اینا نیست؛ خیلی اوقات ما خودمون تو اتاق عمل یه سری مشکلاتی با همکارا برامون به وجود میاد؛ مثلاً بعضی محیط‌ها واقعاً تنش توش زیاده. اصلاً با هم خوب نیستن، مدام زیراب می‌زنند، بی‌دلیل داستان درست می‌کنن؛ اینا هم هست همیشه.»

همچنین مصاحبه‌شونده‌ی شماره‌ی یازده گفت: «در ارتباط با مسئولین خب اون‌جوری که با ما رفتار می‌کنن به نظر من فکر کن یه شیفتی را از اول صبح شروع کردی بعد یه مسئولی میاد یه رفتار درستی را در پیش می‌گیره؛ خب باعث می‌شه یه انرژی خوب بگیری یا اصلاً هر چی، اصلاً یه سلام احوالپرسی گرم یا یه صحبت شخصی می‌کنی اون آدم یه چیزی بهت می‌گه یا گفتم یه سلام خوب با یه روی خوب. همین باعث می‌شه تو تا آخر شیفت حتی بیماری که باهات بدرفتاری می‌کنه، چه می‌دونم از جراح عصبانیه سر تو خالی می‌کنه؛ ولی تو اون‌قدر اون حال روحیت خوبه که تو اونا رو تحمل می‌کنی چون از اطرافیانت انرژی خوب می‌گیری؛ ولی مثلاً یه موقع هست تو از اطرافیانت چه می‌دونم بالادستیت یه سری مسئولینی که فکر می‌کنن می‌تونن بهت دستور بدن و شاید یه سری رفتارهای درست نداشته باشن و خواه‌ناخواه روی ما تأثیر می‌ذاره و جرقه‌ای باشه برای اینکه یهو بیمار میاد و چهار تا سؤال اضافه می‌پرسه یا رفتار بد می‌کنه چون ما از یه جای دیگه درگیریم و ناراحتیم بخوایم واکنش بد به اون بدیم.»

داده‌های بالا نشان می‌دهد توجه تک‌بعدی به موضوع سلامت جسمانی و آموزش‌های مرتبط، بدون در نظر گرفتن مؤلفه‌های سلامت روان، فرسایش زیادی در امر خدمات درمان و آموزش پزشکی کشور ایجاد می‌کند.

ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی ذکر شده و از متغیرهای محیطی، به‌عنوان عامل اثرگذار بر حساسیت اخلاقی، کمتر سخن به میان آمده بود (۹). در این مطالعه، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه، نشان‌دهنده‌ی فاصله زیاد دیدگاه کادر درمان از ابعاد مختلف موضوع «حساسیت اخلاقی» با آنچه به‌واقع در متون ذکر می‌شود، است. تاآنجا که بسیاری از مصاحبه‌شوندگان، از حساسیت اخلاقی آنچه را موجب رنجش شخص آن‌ها می‌شود برداشت کرده‌اند و بیشترین محتوای مصاحبه به تعمیق آنچه سوق پیدا کرد که موجب رنجش آن‌ها می‌شود.

کد انتخابی فشارهای محیطی با شش کد محوری و پانزده کد باز، بیشترین درون‌مایه‌ی مصاحبه‌ها را به وجود آورد که با پیشینه و نتایج پژوهش‌های قبلی نیز مغایرت بسیار داشت؛ به‌طوری‌که در پژوهش‌های پیشین، از متغیرهای محیطی، به‌عنوان عامل اثرگذار بر حساسیت اخلاقی، کمتر سخن به میان آمده است (۱۱). ازآنجا که بیشترین درون‌مایه‌ی این کد انتخابی، نشان‌دهنده‌ی امکانات ناکافی و عدم تأمین‌سازی کادر درمان است، این مسأله می‌تواند نشان‌دهنده‌ی زیرساخت‌های ضعیف در سازمان‌های مرتبط با درمان و آموزش خدمات پزشکی کشور باشد؛ به‌طوری‌که وقتی از یک موضوع ذهنی و حرفه‌ای در محیط کار پرسش به میان آمد، گویی مصاحبه‌شوندگان مجالی یافتند تا از ابتدایی‌ترین نیازهای خود، یعنی وجود امکانات نسبی برای خدمات‌رسانی و دریافت حقوق مکفی سخن به میان آورند. به اعتقاد مزلو، نیازهای آدمی سلسله‌مراتبی دارند و رفتار افراد در لحظات خاص تحت تأثیر شدیدترین نیاز قرار می‌گیرد. هنگامی که ارضای نیازها آغاز می‌شود، تغییری که در انگیزش فرد رخ خواهد داد بدین‌گونه است که به جای نیازهای قبل، سطح دیگری از نیاز، اهمیت یافته و محرک رفتار خواهد شد (۱۲).

شاید اگر در پایین هرم مازلو نیازهای معیشتی و ساختاری افراد را در نظر بگیریم، هنوز تا رسیدن به بالای هرم و توجه به موضوع حساسیت اخلاقی مسیر پریچ‌وخمی در میان است. از لحاظ درون‌مایه‌ی فشارهای محیطی، در بررسی محتوای درونی بسیاری از مصاحبه‌ها، به فقدان تجهیزات لازم برای داشتن عملکردی مطلوب در حین کار و خستگی ناشی از پیگیری‌های مکرر اشاره شده بود. حتی برخی افراد به خطرآفرین‌بودن این فقدان اشاره کردند؛ یعنی دانسته عملی خلاف اخلاق از آن‌ها سر می‌زند، اما نمی‌توانند اقدام مؤثری انجام دهند. پیگیری این مهم نیازمند پژوهش‌های بیشتر و فراهم‌کردن زیرساخت‌های لازم برای ارتقاء آن بخش از حساسیت اخلاقی در کادر درمان است که چندان حول محور روان‌شناسی بحث نمی‌شود (۱۳)؛ همچنین، نبود تناسب بین فشارهای روانی و کاری ناشی از موقعیت کار در اتاق عمل و حقوق دریافتی یکی از معضلات اصلی در کاهش حساسیت اخلاقی کادر درمان است؛ همان‌گونه که پژوهش‌های لوتز (۲۰۰۷) نشان می‌دهد تجربه‌ی حرفه‌ای پرستاران و رضایت شغلی آن‌ها با حساسیت اخلاقی ارتباط دارد و رضایت شغلی بیشتر، ترغیب‌کننده‌ی حساسیت اخلاقی بیشتر است (۱). کمبود وقت برای انجام‌دادن کارهای ضروری، ازجمله فشارهای محیطی مطرح‌شده، خود حکایت از نبود زیرساخت‌های لازم و تعدیل نیرو، در نتیجه‌ی فشار کاری مضاعف بر کادر درمان را دارد. کیم و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی کیفی به بررسی موانع ارتباطی بین پرستار و بیمار پرداخته‌اند و دریافته‌اند درون‌مایه‌ی «ماهیت پویا و پیچیده‌ی برقراری ارتباط» که خود ناشی از ماهیت کار پرستار اتاق عمل است، مانعی بر سر ارتباط است (۳). تناقض بین ضرورت کثرت کادر درمان در ارائه‌ی خدمات روان‌درمانی و از طرفی تعدیل نیرو به دلیل نبود زیرساخت‌های حمایتی و در نتیجه

فشار کار مضاعف بر نیروهای باقی مانده، به نوبه‌ی خود بر حساسیت اخلاقی اثرگذار خواهد بود.

اشاره به مشکلات فردی و بین فردی با پنج کد محوری و چهارده کد باز، بعد از فشارهای محیطی، بیشترین درون مایه از مصاحبه‌های پژوهش حاضر بودند که این مسأله نشان دهنده‌ی لزوم بررسی موانعی عام قبل از رسیدن به اصول حرفه‌ای‌گری در عرصه‌ی درمان است. آنچه در یک نگاه از درون مایه‌ی این کد انتخابی به چشم می‌خورد، روابط مخدوش و تشنج‌های ارتباطی در محیط کار است که فضای روان‌شناختی را برای اجرای اصول حرفه‌ای و اخلاقی با دشواری‌هایی مواجه می‌کند (۱۴). این مهم نشان دهنده‌ی لزوم توجه به رشد شخصی کارکنان قبل از رشد سازمان و سپس انتظار کارآمدی اخلاقی و حرفه‌ای است؛ لذا ضرورت آموزش مهارت‌های زندگی، به ویژه مهارت‌های ارتباط مؤثر، مدیریت خشم، کنار آمدن با استرس، حل مسأله و تصمیم‌گیری و مدیریت خلق منفی به‌وفور به چشم می‌خورد (۷).

از لحاظ درون مایه‌ی مشکلات فردی و بین فردی، یافته‌های زیادی از درون مایه‌ی مصاحبه‌ها، از استفاده از برخوردهای غیرسودمند، پافشاری بر انجام دادن دستورات غیرضروری و کم‌توجهی به موقعیت لحظه‌ای بیماران در اتاق عمل حکایت دارد. این مسأله نشان دهنده‌ی اهمیت و ضرورت دانستن مهارت‌های زندگی، از جمله مهارت تفکر نقاد برای کادر درمان اتاق عمل است؛ یعنی افراد بتوانند به بررسی اعتبار روتینی از پیش تعیین شده بپردازند، ضرورت آن را با دانش نظری خود بررسی کنند و با دقت در نتیجه‌گیری نسبت به آن به پذیرش برسند (۲). این همان چیزی است که در متون، با عنوان روش‌های افزایش تفکر انتقادی نام برده می‌شود و به نظر می‌رسد در محیط درمانی مذکور آموزش این مهارت به‌جد نیاز کادر درمان است (۱۵). خواسته‌های کادر درمان اتاق عمل و غفلت از توجه به این خواسته‌ها را می‌توان به دو دسته‌ی خواسته‌های فردی و حرفه‌ای تقسیم کرد؛ اما

آنچه از درون مایه‌ی محتوای مصاحبه‌ها مشهود است، بی‌توجهی به خواسته‌های فردی، خود زمینه‌ساز کاهش حساسیت‌های اخلاقی شده است؛ تا آنجا که پژوهش نورتورت^۲ (۲۰۰۱) نشان می‌دهد، حساسیت‌های پایین اخلاقی می‌تواند به کیفیت پایین مراقبت‌های بهداشتی اولیه منجر شود (۱۱). درون مایه‌ی برخی مصاحبه‌ها نشان می‌داد برخی از افراد کادر درمان، برای ادامه‌ی کار با حداقل تنش روانی ناشی از فشارهای محیطی از گزینه‌ی بی‌توجهی انتخابی استفاده می‌کنند؛ هرچند که این کار می‌تواند مخاطرات زیادی داشته باشد. این همان چیزی است که در روان‌شناسی تحت عنوان «درماندگی آموخته‌شده» بررسی می‌شود؛ یعنی در حالتی که افراد کنترل کمی بر وضعیت دارند، سازگاری روان‌شناختی آن‌ها نیز کاهش می‌یابد (۱۴). بخشی چشمگیر از مصاحبه‌ها به لحاظ کیفی و کمی، از مشوش بودن وضعیت درون‌ساختاری و روانی اتاق عمل حکایت دارد که می‌تواند بر کیفیت عملکرد کارکنان اثربخش باشد. بی‌توجهی به تصمیمات افراد در موقعیت‌های اورژانس و حمایت نکردن از آن‌ها، همچنین ایجاد قطبیت در فضای روان‌شناختی حاکم در چنین شرایطی می‌تواند فشار روانی زیادی را به افراد تحمیل کند و موجب ناتوانی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در شرایط اورژانس شود. این در حالی است که افراد باتجربه و توانمند در عرصه‌ی کار ممکن است در شرایط سخت، از پس مدیریت بحران برآیند؛ اما تجربه‌ی فشار روانی حاکم بر کار می‌تواند موجب عدم استفاده‌ی حداکثری آن‌ها از توانایی‌شان باشد (۷) و این باز هم نشان دهنده‌ی ضرورت آموزش‌های روان‌شناختی مهارت‌های زندگی، از جمله مدیریت استرس، حل مسأله و تصمیم‌گیری است. بنا بر یافته‌های اودی^۳ (۱۹۹۵)، دریافت انسان‌ها از نظر اخلاقی تقلیل‌پذیر است؛ یعنی در نمونه‌های روزمره در محیط کار و فراتر از آن، افرادی وجود دارند که

2. Nortvedt
3. Oddi

ناخواسته ارزش‌های اخلاقی شخصی خود را نقض می‌کنند و راه‌های بی‌شماری برای منطقی کردن و توجیه رفتارهای اعتراض‌ناپذیر اخلاقی پیدا می‌کنند. علی‌رغم تمام توصیفات برخاسته از تجربه‌های درون‌روانی کادر درمان باید قابلیت تقلیل انسان‌ها در موضوعات اخلاقی را نیز مد نظر قرار داد (۹).

کد انتخابی حقوق متقابل بیمار و کادر درمان با دو کد محوری و هشت کد باز، علی‌رغم انتظار، کمترین درون‌مایه از مصاحبه‌ها را به خود اختصاص داد که نزدیک‌ترین مفهوم به ابعاد حساسیت اخلاقی یعنی روابط بین‌فردی، دانش حرفه‌ای، همبستگی اخلاقی و معنای اخلاقی نیز است. تا زمانی که در یک حرفه نیازهای سطوح پایین، یعنی نیازهای معیشتی و دغدغه‌های ناشی از مشکلات درون‌روانی مطرح است، پرواضح است اخلاق و حرفه‌ای‌گری در کار در مرتبه‌ی پایین‌تر قرار می‌گیرد. آنچه در پژوهش حاضر بسیار تأمل‌برانگیز است، وزنه‌ی محتوای درک متقابل بیمار و کادر درمان و اثربخشی آن در فرایند درمان است؛ تا آنجا که اسمیلاناسکای^۴ (۱۹۹۶) به بررسی متغیرهای فردی سلامت روان، از جمله تواضع و اثربخشی آن بر موضوع حساسیت اخلاقی پرداخته و معتقد است که به‌طور خاص، ما تواضع اخلاقی را به‌عنوان فضیلتی اساسی تعریف می‌کنیم که می‌تواند به افراد کمک کند از رفتار غیراخلاقی بپرهیزند و رفتاری بافضیلت داشته باشند (۱۳). اگر تواضع را پذیرش دیگران، به معنای به‌رسمیت‌شناختن استعدادها و توانایی‌ها و ارزشمندی دیگران بدانیم، در مقابل، نپذیرفتن دیگران، نوعی خودبرتری‌طلبی شناختی و رفتاری است که تعامل مثبت و کارآمد با دیگران را با خطر مواجه می‌کند. این همان ضرورت داشتن درک متقابل از یکدیگر است که در کد محوری بالا به آن اشاره شد و از یک مسأله‌ی درون‌روانی حکایت دارد که به‌جد بر فضای روانی محیط کار اثرگذار

است. داشتن شناخت و درک صحیح از حساسیت اخلاقی در تعداد کمی از مصاحبه‌ها به چشم خورد که می‌توان برای آن علت‌های مختلفی بیان کرد. بنا بر یافته‌های ویور (۲۰۰۷) آموزش اخلاق، استدلال اخلاقی و حساسیت اخلاقی در برنامه‌های درسی پرستاری برای بهبود حساسیت و استدلال اخلاقی دانشجویان ضروری است؛ لذا علی‌رغم برگزاری دوره‌های ضمن خدمت، آموزش کارآمد مهارت‌های مرتبط با افزایش حساسیت اخلاقی را می‌توان حلقه‌ی مفقوده‌ی آموزش‌های ضروری دانست که ارائه‌ی محتوای جامع در این زمینه نیازمند استفاده از نیروهای متخصص در دیگر رشته‌ها از جمله روان‌شناسی است (۱۴).

نتیجه‌گیری

حساسیت اخلاقی در قالب پدیده‌ای علمی، گویای ابعاد گوناگون همچون: متغیرهای محیطی، رخدادها و مشکلات فردی و بین‌فردی و حقوق متقابل بیمار و کادر درمان است؛ بنابراین برای دستیابی به سطح رضایت‌بخشی از این ویژگی‌ها، تأمین مالی و ارائه‌ی آموزش لازم است. هرچند این پژوهش در جامعه‌ای محدود و فقط از دیدگاه کادر اتاق عمل صورت پذیرفت، یافته‌های آن می‌تواند زمینه‌ای را برای تحقیقات دیگر در خصوص حساسیت اخلاقی فراهم نماید. برای نیل به وضوح هرچه‌بیشتر مفهوم حساسیت اخلاقی، مطالعات بیشتری از دیدگاه کادر اتاق عمل در بیمارستان‌های مختلف کشور پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران مراتب تقدیر و تشکر خود را از تمام افرادی که در تکمیل پرسش‌نامه همکاری کردند، اعلام می‌دارند.

- 1- Lützén K, Johansson A, Nordström G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*. 2007; 7: 521-30.
- 2- Bischko D. The art of nursing: the client–nurse relationship as a therapeutic tool. *Nurse Case Management*. 1998; 3: 148-50.
- 3- Kim YS, Park JW, You MA, Sea YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*. 2005; 12: 595-605.
- 4- Lützén K. Moral sensitivity: a study of subjective aspects of the process of moral decision making in psychiatric nursing [*Dissertation*]. Stockholm (Sweden). Karolinska Institute; 1993.
- 5- Lützén K, Dahlquist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nursing Ethics*. 2006; 12: 187-96.
- 6- Lützén K, Nordin C. The influence of gender, education and experience on moral sensitivity in psychiatric nursing: a pilot study. *Nursing Ethics*. 1995; 2: 41-50.
- 7- Sabatino CJ. Reflections on the meaning of care. *Nursing Ethics*. 1999; 6: 374-82.
- 8- Norvdet P. Subjectivity and vulnerability: reflections on the foundation of ethical sensibility. *Nursing philosophy*. 2003; 4: 222-30.
- 9- Oddi LF, Cassidy VR, Fisher C. Nurses sensitivity to ethical aspect of clinical practice. *Nursing Ethics*. 1995; 2: 197-202.
- 10- Streubert H, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the humanistic imperative*. 4th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 11- Nortvedt P. Clinical sensitivity: the inseparability of ethical perceptiveness and clinical knowledge. *Scholarly inquiry for nursing practice. Research and Theory for Nursing Practice*. 2001; 15(1): 25-43.
- 12- Sayers LS, De Vries KA. Concept development of being sensitive in nursing. *Nursing Ethics*. 2008; 15 (3): 289-303.
- 13- Smilansky S. The ethical dangers of ethical sensitivity. *Journal of Applied Philosophy*. 1996; 13(1): 13-20.
- 14- Weaver K. Ethical sensitivity: State of knowledge and need for future research. *Nursing Eethics*. 2007; 14(21): 141-55.
- 15- Akhavan P, Yazdi-Moghadam J. The role of ethics principles and knowledge management on organizational performance. *Ethics in Science and Technology*. 2013; 8(2): 13-19.

Original Article

Explanation of Psychological Variables' Meaning in Moral Sensitivity from the Perspective of Operating Room Treatment Staff

ELizeh Najd-Hosseini Danesh¹, Haeideh Saberi^{*2}, Shadi Jazayeri²

¹MSc of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.

^{*} **Corresponding Author:** elizeh_danesh@yahoo.com

Abstract

Moral sensitivity is one of the important criteria in the principles of professional ethics and psychology is the theme of some of its dimensions, thus the aim of this study was to explain meaning of moral sensitivity by emphasizing on its psychological dimensions from the perspective of operating room treatment staff. In this quantitative research, a semi-structured and in-depth interview was conducted with a total of 11 operating room treatment staff. Content analysis was carried out by Strauss and Corbin method. Output of the recent study includes three themes of environmental variables, individual and interpersonal events and problems, and the reciprocal rights of the patient and medical staff. Dimensions of moral sensitivity included degree of respect for the client's independence, level of awareness about how to communicate with the patient, level of professional knowledge, experience of moral problems and conflicts, use of ethical concepts in moral decisions, and honesty and benevolence. Our observations revealed difference between views of the staff from various dimensions of "moral sensitivity" with what is actually mentioned in the texts. To the extent that many of the interviewees perceived moral sensitivity as something that offends them personally.

Keywords: Moral sensitivity, Reciprocal rights, Environmental factors, Individual and interpersonal problems

