

جلوگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار: تعارض اخلاقی عمده‌ی پرستاران در حیطه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی

دکتر حسین ابراهیمی*، دکتر منصوره نیکروش**، دکتر سیده فاطمه اسکویی***، دکتر فضل‌الله احمدی****

نویسنده مسئول: تبریز، گروه روان پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی Ebrahimih@tbzmed.ac.ir

پذیرش: ۸۵/۶/۶

دریافت: ۸۴/۲/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: تصمیم‌گیری اخلاقی، عنصر ضروری در امر پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش‌های پرستار می‌تواند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردد که نیازمند توانایی پرستاران برای بازشناسی مشکلات و تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب در مورد بیماران است. هدف این مطالعه، توصیف مفهوم آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار در حیطه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی می‌باشد. **روش بررسی:** این مطالعه با استفاده از نظریه‌ی پایه انجام گرفت. شرکت‌کننده‌ها ۱۷ پرستار بودند که گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته، بدون ساختار و عمیق انجام گرفت. داده‌ها ضبط و به طور کامل دست‌نویس شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش استراتوس و کوربین در کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت.

یافته‌ها: جلوگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار یکی از تعارض‌های اخلاقی عمده‌ی پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی می‌باشد. برای پرستاران مفهوم آسیب دارای فرآیند حس پیش‌بینی آسیب، پیشگیری از آسیب و پیامد آن می‌باشد که عواقب آسیب ممکن است بیمار، پرستار یا هر دو را دربرگیرد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد که، بافت تصمیم‌گیری اخلاقی جزء عوامل مؤثر در تعارض پرستاران در پیشگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار می‌باشد. ضروری است که پرستاران برای تصمیم‌گیری اخلاقی و حل تعارض‌های اخلاقی به بافت تصمیم‌گیری خود توجه کنند و عوامل درگیر در شرایط ساختاری و سیستم مدیریت درصدد اصلاح ساختار برآیند.

واژگان کلیدی: تصمیم‌گیری اخلاقی، تعارض اخلاقی، پیشگیری از آسیب، نظریه‌ی پایه، پرستاری

مقدمه

عمل پرستاری ضروری است (۱،۲). پرستاران نمی‌توانند مسئولیت جواب‌گویی به بیماران را انکار کنند، از این رو باید قادر باشند مراقبت سالم، شایسته، قانونی و اخلاقی از تمام

پرستاری حرفه‌ای است که نیازمند دانش اخلاقی برای هدایت عمل است. عمل اخلاقی، جنبه‌ی حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی برای حال و آینده‌ی

*دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**دکترای مدیریت خدمات بهداشتی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

***دکترای بهداشت عمومی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

****دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس

بیماران در تمام محیط‌های مراقبتی به عمل آورند (۲،۳). با این حال، حوزه‌ی اخلاق مراقبت‌های بهداشتی به نگرانی‌های پرستاری یا رشد آن توجه خوبی نشان نداده و در تئوری، تحقیق و عمل به انواع مسایل اخلاقی که پرستاران با آن مواجه هستند و مسایلی که آنان در نقش خود به عنوان عامل اخلاقی تجربه می‌کنند، تمایل کمی نشان داده است (۴): هم چنین الگوهایی که در سال‌های اخیر در امر اخلاق ارایه شده‌اند، اخلاق را در واژه‌های محدودی تعریف نموده و توجه کافی به بافتی که مشکلات اخلاقی در آن رخ می‌دهد، نداشته‌اند (۵-۹). تصمیم‌گیری اخلاقی به عنوان شکل سازمان یافته‌ی تأمل اخلاقی برای حل تعارض‌های اخلاقی استفاده می‌شود (۱۰). تصمیم‌گیری اخلاقی، از عناصر ضروری در حرفه‌ی پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش‌های پرستار می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند که پرستار در عمل روزانه با آن‌ها برخورد می‌کند (۱۱). پرستاران به عنوان افراد حرفه‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا باشند و حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطرانداختن وجدان اخلاقی خود محترم بشمارند (۱۲، ۴). اگرچه، مطالعات نشان می‌دهد که آگاهی پرستاران از مسئولیت‌های اخلاقی خود در ارایه‌ی مراقبت‌ها در حال افزایش است؛ اما آنان در شناسایی معضل اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضل اخلاقی دشواری‌هایی دارند (۱۳). هم‌چنین، علی‌رغم پیشرفت در علم اخلاق مراقبت بهداشتی، هنوز دانش کافی درباره نحوه‌ی رسیدن به تصمیم‌گیری اخلاقی و فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران وجود ندارد. هم‌چنین دانش کمی درباره‌ی تجربه‌ی عامل‌های اخلاقی در توانایی یا عدم توانایی دنبال نمودن تصمیم‌ها، عقاید و نظرات خود، درباره‌ی پیامدهای تصمیم‌ها و تأثیر محیط‌های عمل بر تصمیم‌گیری‌ها وجود دارد (۴). بنابراین، بررسی چگونگی برخورد پرستاران با مسایل

اخلاقی، واکنش آنان با مسایل و مشکلات اخلاقی، نحوه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی و عوامل مؤثر بر آن ضروری به نظر می‌رسد. در این مطالعه به مفهوم آسیب به بیمار یا به پرستار در حیطه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پرداخته شده‌است.

روش بررسی

برای هدایت این مطالعه، از روش نظریه‌ی پایه (Grounded Theory) استفاده گردید. روش نظریه‌ی پایه، ریشه در نظریه‌ی تعامل نمادی (Symbolic Interactionism) دارد که تأکید آن بر معانی حوادث برای افراد در محیط‌های طبیعی است و براین اساس، نظریه‌ی پایه امکان مطالعه‌ی رفتار و تعامل انسان را فراهم ساخته و دیدگاه نویی از رفتار ارایه می‌کند (۱۴). در نظریه‌ی پایه، کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و نظریه‌ی حاصل از داده‌ها رابطه‌ی نزدیکی با یکدیگر دارند و جنبه‌ی اصلی آن تحلیل و مقایسه‌ی مداوم است که در آن کار جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به طورهم‌زمان صورت می‌گیرد و هر یک از داده‌ها با دیگر داده‌ها به طور مداوم مقایسه می‌شوند (۱۵، ۱۶).

با توجه به این که محیط پژوهش در تحقیقات کیفی و از جمله در نظریه‌ی پایه یک محیط طبیعی و واقعی است؛ در این مطالعه از مراکز آموزشی و درمانی به عنوان محیط پژوهش و محیط طبیعی برای بررسی تجربه‌ی پرستاران استفاده گردید. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری هدفمند و نمونه‌گیری نظری (theoretical sampling) استفاده گردید و مطالعه بر روی پرستارانی که حداقل ۴ سال تجربه‌ی کار بالینی داشته و به عنوان پرستاران مجرب شناخته شده و قادر به تبادل آزاد تجربیات و احساسات خود بودند، انجام گرفت. با توجه به این که روش جمع‌آوری داده‌ها در بررسی نظریه‌ی پایه استفاده از روش‌های مصاحبه، مشاهده و اسناد و یا ترکیبی از آنان (۱۷) و نیز در مطالعات پرستاری بیشتر از روش مصاحبه استفاده می‌گردد (۱۸). در مطالعه‌ی

یافته‌ها

معرفی شرکت‌کنندگان: در این مطالعه ۱۷ نفر پرستار (۱۲ نفر زن و ۵ نفر مرد) شرکت نمودند. میانگین سنی آنان در حدود ۳۴ سال بود و همه تحصیلات کارشناسی داشتند. از میان این شرکت‌کنندگان ۱۲ نفر به عنوان پرستار، ۴ نفر به عنوان سرپرستار و ۱ نفر به عنوان سوپروایزر و پرستار چرخشی مشغول به کار بود. هم‌چنین دو نفر از سرپرستاران سابقه‌ی کار سوپروایزری داشتند.

مفهوم آسیب به بیمار یا آسیب به پرستار: برای پرستاران، آسیب به معنی هر نوع ضرر و زیان رسیدن به دیگران می‌باشد. آسیب می‌تواند دو بعد اساسی، جسمی و روانی داشته باشد. هم‌چنین آسیب می‌تواند متوجه بیمار یا پرستار باشد. برای آنان پدیده‌ی آسیب دارای فرآیند پیش‌بینی، پیشگیری و نتیجه می‌باشد. پیشگیری از آسیب به بیمار یا پرستار عمده‌ترین تعارض اخلاقی پرستاران می‌باشد. این موضوع در دو مبحث عمده بیان می‌شود: نخست جلوگیری از آسیب به بیمار یا جلوگیری از آسیب به پرستار، دوم از دست رفتن بیمار و آسیب به پرستار.

جلوگیری از آسیب به بیمار یا جلوگیری از آسیب به پرستار: به نظر می‌رسد که پرستاران در شرایط پیش‌بینی و احتمال آسیب به بیمار دست به روش‌های مختلف برای جلوگیری از آن می‌زنند. در شرایطی مثل وجود حقیقت تلخ همانند تشخیص بیماری بیمار و تعارض اخلاقی پرستار در گفتن یا نگفتن آن به بیمار یا خانواده‌ی وی، پیش‌بینی و احتمال آسیب به بیمار موجب روی آوردن پرستار به روش‌هایی مثل عدم بازگویی حقیقت، عدم راست‌گویی، دادن امید کاذب، ترغیب بیمار به توکل به خدا و به تأخیر انداختن ترخیص بیمار می‌شود. در این باره یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید:

"...همیشه می‌گیم که انشاء... مشکل حل می‌شه، مریض‌هایی مثل شما بودند که درست شدند و رفتند، یعنی ناامیدش نمی‌کنیم همیشه امیدوارش می‌کنیم... حالا خودش را بگذاریم

کنونی برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها از نوع نیمه ساختار یافته (Semi-Structured)، بدون ساختار (unstructured)، چهره به چهره (face to face) و عمیق (in-depth) بوده و با موافقت افراد شرکت‌کننده ضبط شده تا در مراحل بعدی برای تحلیل دست‌نویسی شوند. طول مدت مصاحبه‌ها از ۳۵ تا ۹۵ دقیقه متفاوت بود و جریان مصاحبه‌ها براساس نمونه‌گیری نظری انجام گرفت و برای تحلیل داده‌ها از روش کدگذاری و مقایسه‌ی مداوم استرئوس - کوربین استفاده گردید. به این صورت که محقق هم‌چنان که داده‌ها را از طریق مصاحبه به دست می‌آورد، شروع به دست‌نویسی و کدگذاری آنان می‌نمود. برای این کار، ابتدا از کدگذاری باز استفاده می‌شد. سپس محقق کدها را با یکدیگر و با سایر داده‌های حاصل از مصاحبه‌های قبلی مقایسه کرده و آنان را با توجه به جفت بودن آشکار، طبقه‌بندی می‌کرد. به دنبال شناسایی طبقات، محقق در کدگذاری محوری در صدد یافتن رابطه‌ی موجود میان طبقات، طبقات فرعی و طبقات اصلی برآمده و ابعاد و ویژگی‌های هریک از طبقات و طبقات فرعی را مرتب می‌نمود و در کدگذاری انتخابی درصدد یکپارچه سازی و خالص کردن تحلیل‌های خود بر می‌آمد. برای افزایش دقت مطالعه از سه نفر شرکت‌کننده خواسته شد که نتایج پژوهش را با تجربه‌ی خودشان مقایسه کنند و برای رسیدن به اطمینان از قابلیت پی‌گیری (Auditability)، داده‌ها و کدها در اختیار یکی از همکاران محقق گذاشته شد و از او خواسته شد که مراحل تحلیل را مرحله به مرحله انجام دهد، سپس میزان تفاوت در رسیدن به نتایج مقایسه گردید و اصلاحات لازم صورت گرفت. هم‌چنین برای رعایت حقوق شرکت‌کننده‌ها، رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی از ایشان اخذ شد. محرمانه بودن اطلاعات با مشخص نکردن هویت شرکت‌کنندگان و از بین بردن محتوای مصاحبه‌های ضبط شده، به دنبال رونویسی آنان رعایت گردید.

کنار. به همراهش هم ما هیچ وقت نمی‌تونیم بگیم که مثلاً این مریض شما رفتنی، می‌گیم که توکل‌تون به خدا باشه...".

به نظر برخی پرستاران، اگرچه در شرایطی مثل آماده کردن بیمار برای مداخله‌ی تهاجمی یا اجرای دستورات پزشک معالج، پیش‌بینی آسیب به بیمار می‌تواند موجب یادآوری آن برای پزشک شود اما یادآوری آن به پزشک ممکن است همراه با بی‌توجهی او به نظر پرستار باشد و موجب تعارض اخلاقی پرستار در اعتراض یا عدم اعتراض به پزشک شود. به نظر این گروه از پرستاران، مرز میان اعتراض و عدم اعتراض به پزشک، احساس خطر آنان می‌باشد؛ به طوری که آنان در عدم سکوت (اعتراض) به منفعت بیمار و احساس راحتی وجدان خویش و در سکوت (عدم اعتراض) به احساس خطر و منفعت خویش توجه دارند. مراتب اعتراض این گروه از پرستاران از یادآوری به پزشک تا گزارش عملکرد او به فرد مافوق تفاوت دارد که بستگی به میزان آسیب به بیمار و پاسخگو بودن پرستاران دارد. با این حال، به نظر برخی پرستاران، در شرایطی مثل وابستگی شغلی پرستار، ناتوانی اعتراض به پزشک و ساختار ضعیف پرستاری؛ پیش‌بینی آسیب به بیمار ممکن است همراه با همکاری آنان با پزشک و اجرای دستورات او و در نتیجه، آسیب به بیمار باشد. به نظر آنان در شرایطی مثل حس آسیب به بیمار و یادآوری آن به پزشک، پرسش از پزشک در اجرا یا عدم اجرای تجویز و تأکید پزشک بر اجرای تجویز می‌تواند موجب تبعیت آنان از پزشک و عدم پاسخگو بودن آنان شود. با این حال، در شرایط گوشزد کردن اشتباه پزشک، قبول یا عدم قبول پزشک می‌تواند موجب عدم آسیب یا آسیب به بیمار شود. درباره‌ی این موضوع شرکت‌کننده‌ی سوم می‌گوید:

"...موردی هست که ما قبل از برونکوسکوپی، بیمار را پالس‌اکسی‌متری می‌کنیم، من می‌بینم ساچوریشن مریض پایینه، اگه برونکوسکوپی بشه مشکلی برای مریض پیش می‌آید، به دکتر میگم، قبول نمی‌کنه، حالا این جا من بین دو راهی

می‌مونم، اعتراض بکنم یا نکنم، این جا بعضی مواقع این مشکل را داریم..."

هم‌چنین شرکت‌کننده‌ی چهاردهم در این باره می‌گوید:

"...اگه بیمار خونریزی فعال داشته باشه، حتماً مستقیماً با پزشکش مشورت می‌کنم که آقای دکتر مثلاً این مریض خونریزی داره، بزیم یا نزنیم، انجام بدهیم یا ندهیم...واقعیت اینه که مجبوراً قبول می‌کنیم، قبول نکنیم چکار کنیم، باید انجام بشه، چون نکنیم خودمون بعداً زیرسوال می‌رویم".

گروهی دیگر از پرستاران، در شرایطی مثل تعارض اخلاقی در پیشگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به خود، جلوگیری از آسیب به بیمار را به واسطه‌ی جبران ناپذیر دانستن آن، بر جلوگیری از آسیب به خود به واسطه‌ی جبران‌پذیر دانستن آن ترجیح می‌دهند. برای این گروه از پرستاران پیش‌بینی آسیب به بیمار در شرایطی مثل اشتباه پزشک در تجویز، نبود داروی تجویز شده و عدم قبول اشتباه پزشک ممکن است موجب روی آوردن آنان به روش‌هایی مثل عدم راست‌گویی به پزشک (مثل نیافتن یا عدم امکان تهیه‌ی دارو) شود. شرکت‌کننده‌ی هفتم در این زمینه می‌گوید:

"...معمولاً بیمار را درنظر می‌گیریم، البته خب خیلی پیش می‌آید که اون‌ها یه چیزهایی می‌گن بهمون. این‌جا، معمولاً دیگه عادت کردیم به حرف اون‌ها (پزشک‌ها)، هیچ وقت مثلاً موقعیت خودمونو بیشتر درنظر نمی‌گیریم. خب مال بیمار جبران ناپذیره اگه آسیب ببینه، ولی خب مال ما شاید با یک صحبتی، با یک گفتگویی حالا با یک عملی که بعداً انجام می‌شه قابل جبران باشه".

برخی پرستاران از اصرار به پزشک به عنوان یک روش برای جلوگیری از آسیب به بیمار استفاده می‌کنند. این گروه از پرستاران، در شرایطی مثل عدم حضور به موقع پزشک بر بالین بیمار یا مداخله‌ی نامناسب او، به روش‌هایی مثل گفتگو، اطلاع دادن مکرر، ارائه‌ی راه‌حل‌های مختلف برای پزشک و اصرار بر آن استفاده می‌کنند تا از آسیب جسمی احتمالی به بیمار

جلوگیری کنند. درباره‌ی قسمتی از این موضوع شرکت کننده‌ی اول می‌گوید:

"... مرتب به دکتر گفتم که از ساعت ۴ این هپارینش قطع شده، ساعت ۶ قرار بود تعبیه‌ی کمتر بشه یا بیاید خودتان این کار را بکنید یا بگویید مشاور باید ببیند یا بگویید یکی از جراح‌ها بیایند این کار را بکنند، آگه نمی‌خواهید این کار را بکنید دوباره هپارینش را شروع بکنیم ... فکر نکنم از دست من بتواند خلاص بشوند".

میان پاسخ دهی پرستار به بیمار و خانواده‌ی وی و جلوگیری از آسیب به بیمار نیز رابطه وجود دارد. به نظر پرستاران، عدم پاسخ‌دهی به نیاز بیمار در شرایطی مثل مداخله‌ی تهاجمی و حساس پزشکی، می‌تواند موجب عدم حواس‌پرتی و اشتباه پزشکی و در نتیجه عدم آسیب جسمی به بیمار شود. همچنین در شرایطی مثل پرکاری و شلوغی بخش و آسیب پذیر بودن بیمار، عدم پاسخ‌دهی به خواسته‌ی همراهان در مورد ملاقات بیمار می‌تواند با هدف جلوگیری از آسیب جسمی به بیمار صورت گیرد. به نظر می‌رسد که در شرایطی مثل خواسته‌ی ناهبه‌جا و مکرر بیمار و پاسخ دهی به طور معمول "بلی" پرستار به او، توجیه بیمار و خانواده‌ی او، عدم پاسخ دهی مکرر، پاسخ دهی مکرر ولی محدود، پاسخ دهی کاذب و حتی عدم پاسخ‌دهی به بیمار و خانواده‌ی او نیز می‌تواند با هدف جلوگیری از آسیب به بیمار صورت بگیرد. در این باره شرکت کننده‌ی هفتم می‌گوید:

"اینجا الان همین تخت یکمون هستش. پتدین می‌خواهد. از صبح تا حالا سه چهار بار از من خواسته، البته من تقریباً هر سه چهار بارش هم بهش منتهی با دوز کم سعی کردم تزریق بکنم، دایم هم بهش گفتم که اینو که تو مدام می‌خواهی ممکنه که تو را معتاد بکنه، واقعاً هم مریضی هم داشتیم این جا که ... معتاد شده بود، گاهی می‌بینم که نه این‌ها اصلاً توجیه‌پذیر نیستند، از پلاسبو استفاده می‌کنیم ... می‌خواهه مریض ... نه نمی‌گیرم بهشون مستقیماً، آگه قانع شد که هیچ، قانع نشد سعی

می‌کنیم از یک راه‌های فرعی استفاده کنیم که دیگه مریض هم احساس ناراحتی نکنه".

به نظر پرستاران میان مداخله‌ی خودجانبه‌ی آنان و جلوگیری از آسیب به بیمار نیز رابطه وجود دارد. به طوری‌که در شرایطی مثل در دسترس نبودن پزشک، مداخله‌ی خودجانبه‌ی پرستار با وضعیت حاد و جلوگیری از آسیب به بیمار و عدم مداخله‌ی خودجانبه‌ی او با وضعیت غیرحاد و عدم آسیب به بیمار و در نتیجه عدم اعتراض پزشک به پرستار رابطه دارد. در مقابل، در شرایطی مثل تعارض و دودلی پرستار در انجام یا عدم انجام مداخله‌ی خودجانبه و دردسترس بودن پزشک، احتمال رسیدن آسیب به بیمار موجب عدم ریسک‌پذیری او می‌شود به طوری که در شرایط احساس دودلی در انجام مداخله‌ی خودجانبه، وضعیت نسبتاً ثابت بیمار، کم‌خطر بودن و آگاهی از تجویز پزشک موجب مداخله‌ی خودجانبه می‌شود؛ اما عدم آگاهی از تجویز پزشک، پرخطر بودن بیمار و احتمال آسیب به او موجب اطلاع دادن حتمی به پزشک و اجرای دستورات او می‌شود. برخی پرستاران، در شرایطی مثل اصرار پزشک بر عدم انجام مداخله‌ی خودجانبه، مداخله‌ی خودجانبه را برای جلوگیری از بی‌قراری شدید و آسیب به بیمار انجام می‌دهند و برای جلوگیری از اعتراض پزشک ممکن است آن را ثبت نکنند. این موضوع را یکی از مشارکت‌کنندگان به این صورت توصیف می‌کند:

"آخه من می‌بینم مریض نصف شب سر و صدا راه انداخته و این بالاخره به ضرر مریض تمام می‌شه، من شخصاً تو دستوراتش نمی‌نویسم، چون آگه بیاید ببیند ناراحت خواهد شد که چرا برای مریض من این کار را انجام داده‌اید. به صورت نادر انجام می‌دهیم و نمی‌نویسیم ولی برای نجات جان بیمار".

آسیب به بیمار با شرایط فردی و شغلی و همین‌طور عملکرد شغلی پرستار نیز رابطه دارد. به نظر برخی پرستاران، علاقه و دانش عمیق شغلی، آنان را قادر می‌سازد که در شرایطی مثل

پیش‌بینی آسیب به بیمار حداقل گفتگوی دوستانه‌ای با پزشک برای جلوگیری از آسیب به بیمار داشته‌باشند. هم‌چنین داشتن دانش علمی بالا موجب افزایش توانایی پرستار برای کمک به حل مناسب مسایل بیمار و در نتیجه، عدم آسیب به بیمار می‌شود. نه تنها عدم آوردن مشکلات شخصی به محیط کار و عدم سهل‌انگاری پرستار می‌تواند مانع از آسیب به بیمار شود؛ بلکه عملکرد به موقع، مراقبت مداوم و شدید، عدم مراقبت تأخیری و ترک تأخیری بخش نیز در شرایطی مثل داشتن بیمار بدحال و پرکاری پرستار می‌تواند موجب عدم آسیب به بیمار شود.

آسیب به بیمار یا از دست رفتن او و آسیب به پرستار: به نظر برخی پرستاران، عوامل مربوط به پزشک می‌تواند با آسیب رابطه داشته باشد. عواملی مثل در دسترس نبودن پزشک، عدم حضور به موقع او بر بالین بیمار و ناموفق بودن مداخله‌ی وی ممکن است موجب آسیب جسمی به بیمار شود. در مقابل، دردسترس بودن پزشک، حضور مکرر و به موقع او بر بالین بیمار می‌تواند موجب عدم آسیب به بیمار شود. هم‌چنین در شرایطی مثل حس و پیش‌بینی آسیب به بیمار، یادآوری آن به پزشک ممکن است همراه با پذیرش او و حتی نظرخواهی او از پرستار و در نتیجه عدم آسیب به بیمار باشد. درباره‌ی قسمتی از این موضوع یکی از افراد مورد مطالعه می‌گوید:

"...ما سروقت احیا را شروع کردیم ولی پزشک در اون وقت گلدن تایم نرسیده است و بیمار فوت کرده است. ۲ تا ۳ باری هم چون مواردی رخ داده است".

هم‌چنین یکی از افراد در این باره می‌گوید:

"...واقعاً برای بیمار خیلی ارزش قایلند، نسبت به مریض شون خیلی حساسیت دارند... حتی کوچک‌ترین مشکل مریضشون را اطلاع بدهیم، چندین بارهم، اصلاً ناراحت نمی‌شوند، خیلی هم خوب مثلاً می‌آیند می‌رسند به مریض، اهمیت می‌دهند برای مریض، برای کارشون..."

به نظر برخی پرستاران، در شرایطی مثل پیش‌بینی آسیب به بیمار، بی‌توجهی پزشک به یادآوری پرستاران می‌تواند همراه با آسیب به بیمار باشد. هم‌چنین در شرایطی مثل میزان مرگ و میر بالا در بخش، نه تنها عدم کنترل و مراقبت خوب از بیمار می‌تواند با آسیب به بیمار رابطه داشته باشد؛ بلکه عدم حضور و مداخله‌ی به موقع، پزشک نیز می‌تواند با از دست رفتن بیمار رابطه داشته باشد. در شرایطی مثل بستری طولانی مدت بیمار، وضعیت رو به بهبود بیمار، حضور تأخیری پزشک بر بالین بیمار و مداخله‌ی تأخیری او می‌تواند با تشدید وضعیت بیمار و آسیب او رابطه داشته باشد که موجب آسیب روانی به پرستار نیز می‌شود. قسمتی از این موضوع را یکی از مشارکت‌کنندگان به این صورت شرح می‌دهد:

"...چون میزان مرگ و میر تو بخش واقعاً خیلی سرسام‌آور است و خیلی بالاست، علتش هم اولاً تروما خودش مهمه ولی یک مرگ و میر هم هستش که ما تحمیل می‌کنیم. اگه کنترل خوب باشه، مراقبت خوب باشه، اگه به اصطلاح پزشک سرموقع به مریض برسه، به اتاق عملش بره، شاید این مشکلات مرگ و میر را نداشته باشیم".

به نظر برخی پرستاران، آسیب جسمی و روانی به پرستاران با آسیب به بیمار، عدم آگاهی کافی بیمار و خانواده‌ی وی و رفتار نامناسب خانواده‌ی بیمار با آنان رابطه دارد. به نظر پرستاران، از دست رفتن بیمار در شرایطی مثل تجربه‌ی ذهنی منفی خانواده‌ی بیمار و نداشتن شناخت کافی از شغل پرستاری موجب توهین و حمله‌ی فیزیکی، انتساب قصور و سهل‌انگاری به پرستار و ناراحتی و آسیب جسمی او می‌شود. هم‌چنین، از دست رفتن بیمار به ویژه از دست رفتن آنی بیمار در شرایطی مثل عدم دادن آگاهی کافی و یا دادن اطمینان کاذب به خانواده می‌تواند موجب احساس ناراحتی خانواده و در نتیجه انتساب قصور به پرستار و آسیب روانی به او شود. اگرچه به نظر پرستاران، در شرایطی مثل امید کاذب دادن به خانواده و ازدست رفتن بیمار؛ اعتراض و خشم حق

"...مشکلی که ما چند روز پیش داشتیم یک مریضمون بود در اثر نبود دستگاه، مریض فوت شد، دستگاه ونتیلاتور نبود بالاسرش، مریض رفته بود به خستگی تنفسی و بالا رفتن فشار دی اکسید کربن PCO_2 . حتی خواستیم از شون که از بیمارستان برای مریض دستگاه بگیرند، ندادند صبح مریض دیگه ارست کرد، احیاء کردیم مریض دیگه برنگشت، ما که رفتیم اومدند گفتند که چون مریض کروت داشت دسه شد و من خودم دو روز باهاشون درگیر بودم تا بهشون ثابت کردم که نه تراکستومی مریض کاملاً تمیز بود...".

به نظر می‌رسد که کمبود پرستار و عملکرد پرستار نیز با ازدست رفتن بیمار و آسیب روانی به پرستار رابطه دارد. درشرایطی مثل کمبود پرستار وجود همکاران تازه کار و عدم امکان مراقبت خوب از بیمار می‌تواند موجب تشدید وضعیت بیمار و ازدست رفتن او و در نتیجه احساس تأسف و ناراحتی طولانی مدت پرستار شود. در مقابل، شرایطی مثل پرکاری و شیفت‌های زیاد پرستار، می‌تواند موجب آسیب جسمی و استرس پرستار شود. هم‌چنین شرایطی مثل وجود بیمار بدحال، مراقبت مداوم پرستار، هرچند ممکن است منجر به جلوگیری از آسیب به بیمار شود، اما ممکن است موجب آسیب به پرستار گردد. فداکاری مداوم در شرایطی مثل شیفت‌های طولانی، پرکاری و فشارکاری بالا و غفلت پرستار از نیازهای جسمی خود (مثل غذا نخوردن) می‌تواند موجب آسیب جسمی شدید او شود. در این باره فردی می‌گوید:

"...یعنی از خودمون مایه می‌گذاشتیم برای مریض که کارهای مریض انجام بشه، وقت نمی‌کردیم ناهار برویم، حالا مهم نیست ناهار هم نخوریم می‌رویم خونه مثلاً دوبرابر شام می‌خوریم، و خب این مسایل پشت سرهم، پشت سرهم باعث شد یک ماه بستری شوم بعد دیدیم که این آسیب را به خودمون می‌زنیم".

خانواده‌ی بیمار می‌باشد؛ اما ازدست رفتن در شرایطی مثل طبقه‌ی فرهنگی - اجتماعی پایین خانواده‌ی بیمار، جایگاه اجتماعی پایین شغل پرستاری، عدم دادن آگاهی کافی و یا دادن آگاهی ناقص به خانواده می‌تواند موجب خشم و اعتراض آنان شود که بیشتر متوجه پرستاران و در نتیجه آسیب روانی به آنان می‌باشد. این موضوع را یکی از افراد به این صورت توصیف می‌کند:

"...وقتی مریضی را پذیرش می‌کنیم...بعد از نیم ساعت ایست قلبی می‌کنه، وقتی مریض را که از آمبولانس دارم تحویل می‌گیرم، ایزو تحویل می‌گیرم. همراه مریض می‌زنه بیخ گوشم که تو کشتی، تهدید می‌کنند که بیایید بیرون، می‌کشیمتان و فلان. همه‌اش در اثر بی‌فرهنگیه، یعنی رشته‌ی پرستاری خوب جا نیفتاده. وقتی از بیمارستان بلند می‌کنند می‌آورند این جا و به همراه مریض می‌گویند که فقط ما می‌خواهیم یه دونه ریه‌اش را نگاه کنیم، برونکوسکپی بکنیم. مریض میاد اینجا می‌میره. حق دارند که از ما ایراد بگیرند، چون فکر می‌کنند که خوب بوده و دکتر می‌خواد یه نگاهی به ریه‌اش بکنه و مرخصش بکنه بره".

کمبود تخت و امکانات نیز با از دست رفتن بیمار و در نتیجه آسیب روانی به پرستار رابطه دارد. در شرایطی مثل نیاز بیمار به تخت خالی، نبود آن و عدم پذیرش به موقع بیمار می‌تواند موجب تشدید وضعیت بیمار و از دست رفتن او شود که نه تنها موجب آسیب روانی مثل احساس درماندگی، ناراحتی و احساس گناه پرستار می‌شود؛ بلکه گاهی اوقات می‌تواند پیامدی مثل شکایت خانواده‌ی بیمار و پی‌گیری قانونی را به دنبال داشته باشد. هم‌چنین در شرایطی مثل نبود وسیله، تشدید وضعیت بیمار می‌تواند همراه با از دست رفتن بیمار باشد که موجب انتساب قصور به پرستار و احساس ناراحتی او شود. یکی از مشارکت کنندگان این موضوع را به این صورت توصیف می‌کند:

"...ببینید دیگه ما نرس ویژه هستیم، کارمون اینه، اگه بخوایم با این قضیه همیشه خودمون را مشغول نکنیم، دیگه در مریض بعدی می‌مونیم، ما مجبوریم این قضیه را دیگه یک جوری فیصله‌اش بدهیم...دیگه این‌ها مقطعی‌اند، ما دیگه عادت کردیم".

بحث

یافته‌ها نشان می‌دهد که پرستاران دچار تعارض میان جلوگیری از آسیب به بیمار و جلوگیری از آسیب به خود هستند. آنان در شرایط پیش‌بینی آسیب به بیمار برای جلوگیری از آسیب و سود رساندن به بیمار راه‌های مختلفی را در پیش می‌گیرند که هرچند ممکن است این روش‌ها مؤثر واقع گردد اما گاهی اوقات ممکن است مؤثر نبوده و همراه با آسیب به خود پرستار باشد. از بررسی داده‌ها این طور استنباط می‌شود که بیشتر تلاش پرستاران برای جلوگیری از آسیب به بیمار می‌باشد. آسیب به بیمار به دلایل متعدد و مختلف به وجود می‌آید که پرستاران نقش پیشگیری یا کاهش آسیب را برعهده دارند. در این راستا ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران از جمله مسئولیت‌پذیری آنان نقش اساسی و بارزی دارد. پرستارانی که مسئولیت‌پذیری بیشتری احساس می‌کنند و درصدد انجام عملکرد اخلاقی هستند نه تنها در جهت جلوگیری از آسیب به بیمار بر می‌آیند، بلکه درصدد بهبود وضعیت بیمار و سود رساندن به او نیز تلاش می‌کنند اما پرستارانی که مسئولیت‌پذیری کمتری دارند یا صرفاً درصدد انجام وظیفه هستند تا جایی در جلوگیری از آسیب به بیمار پیش می‌روند که آسیبی متوجه خودشان نباشد؛ به دلیل این که اکثراً آسیب به پرستار معمولاً به دنبال جلوگیری از آسیب به بیمار پیش می‌آید، این گونه پرستاران در جلوگیری از آسیب به بیمار تا جایی پیش می‌روند که خودشان آسیب نبینند اما پرستارانی که احساس مسئولیت بیشتری دارند، در

با این حال، درشرایطی مثل مراقبت مداوم و عملکرد خوب پرستار، از دست رفتن بیمار می‌تواند موجب احساس ناراحتی، اشتغال ذهنی، انتساب آن به قضا و قدر یا به دیگران و در نتیجه احساس آرامش و فراموشی از دست رفتن بیمار شود. اگرچه حسن انجام وظیفه‌ی پرستار می‌تواند موجب ناراحتی گذرا، عدم احساس تقصیر و انتساب از دست رفتن بیمار به تقدیر الهی شود اما عدم عملکرد خوب وی می‌تواند موجب احساس گناه و احساس پشیمانی او گردد. درباره‌ی قسمتی از این موضوع یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

"...مثلاً شب تا صبح با یک مریضی کار می‌کنیم، می‌دویم، صبح که می‌خواهیم تحویل بدهیم، مثلاً مریض ارست می‌کنه دیگه برنمی‌گرده؛ آدم واقعاً خیلی ناراحت می‌شه، فکر می‌کنه شب تا صبح هیچ کاری نکرده، هر کاری کرده بوده هدر رفته".

به نظر پرستاران در شرایط از دست رفتن بیمار، تجربه‌ی شغلی و دانش علمی آنان با چگونگی و شدت آسیب روانی به آنان رابطه دارد. در شرایطی مثل تجربه‌ی شغلی و دانش علمی کم پرستار، از دست رفتن بیمار می‌تواند موجب ناراحتی شدید و طولانی شود. در این گروه از پرستاران، علی‌رغم این که از دست رفتن بیمار ممکن است مربوط به قصور و سهل‌انگاری آنان نباشد، اما می‌تواند موجب احساس ناراحتی، تقصیر، پشیمانی، اشتغال ذهنی و افسردگی دوره‌ای شود. درمقابل، در شرایطی مثل داشتن تجربه‌ی شغلی کافی و دانش علمی بالا، از دست رفتن بیمار تنها می‌تواند موجب ناراحتی کوتاه مدت و عادی شدن آن برای پرستار گردد. به نظر این گروه از پرستاران، واکنش عاطفی به از دست رفتن بیمار، فرآیند گذرا و سازگاری تدریجی است و با افزایش تجربه و دانش، برای آنان عادی می‌شود. با این حال، به نظر می‌رسد که عدم اشتغال ذهنی و احساس پشیمانی طولانی ایشان با عدم غفلت و قصور آنان نیز رابطه دارد. دراین باره یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گوید:

جلوگیری از آسیب به بیمار صرفاً منفعت بیمار را مدنظر قرار می‌دهند و توجهی به آسیب به خود ندارند و حاضرند در جلوگیری از آسیب به بیمار تا جایی که توان دارند عمل کنند و در این راستا حتی ممکن است خودشان نیز آسیب ببینند. از دست دادن موقعیت شغلی و آسیب جسمی می‌تواند نمونه‌هایی از این نوع آسیب باشد. در این میان پرستارانی نیز هستند که سعی می‌کنند تعادلی میان عدم آسیب به خود و منافع بیمار ایجاد کنند، این گونه پرستاران به شرایط محیط کار، شرایط شغلی خود و آسیب پذیری بیمار توجه دارند و در شرایطی که بیمار در معرض آسیب جدی باشد، از طریق یادآوری به پزشک، گفتگو با او و حتی مداخله‌ی خودجانبه درصدد جلوگیری از آسیب به بیمار برمی‌آیند اما در شرایطی که حس کنند که بیمار در معرض آسیب جدی نیست یا آنان نمی‌توانند از آسیب به بیمار جلوگیری کنند و یا خودشان در معرض تهدید شغلی قرار دارند، معمولاً ریسک نمی‌کنند. از یافته‌ها این طور استنباط می‌شود که عوامل متعددی در آسیب به بیمار و جلوگیری از آسیب به بیمار نقش دارند که از آن‌ها می‌توان به ویژگی‌های فردی بیمار و خانواده‌ی وی (مثل وضعیت بیمار، نیازها و خواسته‌های بیمار و خانواده‌اش)، ویژگی‌های پزشک (عدم حضور به موقع پزشک بر بالین بیمار، دردسترس نبودن او و مداخله‌ی نامناسب و تأخیری) و ساختار و سیستم مدیریت (کمبود امکانات و وسایل، کمبود دارو، عدم کارکرد صحیح وسایل تشخیصی و مراقبتی و کمبود پرسنل) اشاره کرد. آسیب به پرستار نیز می‌تواند به شکل‌ها و شدت‌های مختلف دیده شود. آسیب به پرستار می‌تواند جسمی و روانی باشد. آسیب جسمی معمولاً به صورت حمله‌ی فیزیکی از سوی خانواده‌ی بیمار، خستگی مفرط و بیماری پرستار دیده می‌شود. آسیب روانی معمولاً به صورت ناراحتی، احساس تنش، اضطراب، ترس و نگرانی، احساس گناه و پشیمانی، اشتغال ذهنی، بی‌خوابی و افسردگی

دیده می‌شود. پانتریپ اظهار می‌دارد که اگرچه پرستاران وظیفه‌ی اخلاقی برای کنترل مراقبتی که ارائه می‌کنند، دارند اما آنان اغلب در اعمال روزانه‌ی خود با تعارض‌های اخلاقی مواجه هستند و علل متعددی برای تعارض اخلاقی آنان وجود دارد. در امور روزانه، پرستاران برای نتایج اعمال و تصمیماتی که در رابطه با بیمار و پزشک می‌گیرند، پاسخگو هستند. آنان برای سازمان، استانداردهای حرفه‌ای و فردی مسئولیت دارند؛ اما اغلب به واسطه‌ی جایگاه خودشان در سلسله مراتب ارائه‌ی خدمات بهداشتی از توانایی کافی برای تصمیم‌گیری برخوردار نیستند. به نظر او، تعارض‌ها ممکن است حاصل التزام‌های فردی افراد و برداشت آنان از التزام نقش‌های شغلی خود باشد و تضاد اخلاق فردی و حرفه‌ای می‌تواند موجب تنش اخلاقی پرستاران شود. هم چنین وظیفه‌ی حرفه‌ای پرستاران در محافظت از آسیب به بیمار ممکن است با وظیفه‌ی فردی آنان در قبال علایق خود به ویژه نیاز به شغل و درآمد در تضاد باشد. هرچند پرستاران و سازمان‌ها هرکدام حقوق و مسئولیت‌های جداگانه‌ای را دارند، اما تعارض اخلاقی می‌تواند میان آنان نیز به وجود آید. تعارض اخلاقی ممکن است زمانی که پرستاران به خاطر وضعیت بیماران، تحت فشار شغلی خود قرار می‌گیرند، بروز کند (۱۹). گیسون از انتخاب گزینه از میان ارزش‌ها، مسایل یا اصول تعارض‌آمیز اخلاقی سخن می‌گوید که منجر به راه حل‌های مساوی ناخرسند می‌شود. به نظر او تعارض ممکن است میان توجه به استقلال عمل بیمار و وظیفه‌ی پرستار در جلوگیری از آسیب به بیمار (یا سود رساندن به بیمار) و همین‌طور میان اصول اخلاقی و ایفای وظایف پرستاری به وجود آید. او اظهار می‌دارد که تعارض اخلاقی از موضوع توجه پدری (Paternalism) به وجود می‌آید که مراقبت بهداشتی بر پایه‌ی آن بنیاد نهاده شده است. در موقعیت‌های تعارض میان اصول یا ارزش‌های اخلاقی، تنها یک راه حل می‌تواند انتخاب شود. انتخاب یک راه حل نه تنها

به معنی عدم انتخاب دیگری است، بلکه معادل حرکت در جهت مغایر با آن نیز می‌باشد. با این حال، به نظر او وظیفه برای آسیب نرساندن بر اعمالی مثل توجه پدری اولویت دارد (۲۰). ردمن و فرای تعارض‌های اخلاقی را قسمت اجتناب‌ناپذیر فعالیت بالینی می‌دانند. به نظر آنان تعارض‌ها از باورها، وظایف، اصول و نظریه‌ها حاصل می‌شود که در آن هر جنبه از تعارض اخلاقی وضعیت قابل دفاعی را دارد. اگرچه پرستاران مسئولیت مراقبت و حمایت مستقیم از بیماران را بر عهده دارند اما اغلب فاقد اختیار تصمیم‌گیری بوده و به ویژه به تجربه‌ی تعارض‌های اخلاقی آسیب‌پذیر هستند. آنان با مرور ۲۳ مطالعه درباره‌ی تعارض اخلاقی پرستاران، جنبه‌های مختلف تعارض را با توجه به تخصص حرفه‌ای نشان دادند و به طور کلی تعارض‌های اخلاقی را در محیط‌های مراقبت پیرامون دسترسی به منابع در موارد نیاز با آن منابع گزارش کردند. آنان براساس یک مطالعه اظهار داشتند که پرستاران معتقدند که اکثریت تعارض اخلاقی (۷۵ درصد پرستاران) مربوط به عدم موافقت با کیفیت خدمات پزشکی است که به بیمار ارایه می‌شود. اغلب در اصول اخلاقی، تعارض میان اصل سودرسانی و اصل عدم رساندن ضرر وجود دارد. هم چنین آنان در مطالعه‌ی خود که شناسایی انواع تعارض‌های اخلاقی پرستاران و رابطه‌ی میان تعارض‌ها و متغیرهای محیط عمل، آموزش و دموگرافیک بود، نشان دادند که عدم موافقت با مداخله‌ی پزشکی (۶۱ درصد) بارزترین نمونه‌ی بالینی برای تعارض پرستاران است (۲۱). در صورتی که تعارض‌های اخلاقی در مراقبت از بیمار شناسایی و حل نشوند می‌تواند بر توانایی مراقبت‌کننده، مقدار و نوع مراقبتی که بیمار دریافت می‌کند، اثر جدی بگذارد. تعارض اخلاقی حل‌نشده می‌تواند منجر به کاهش کیفیت مراقبت، فرسودگی و ترک شغلی پرستار شود. به دلیل این که تعارض اخلاقی در مراقبت ویژه اغلب به طور کافی کنترل نمی‌شود، می‌تواند منجر به احساس ناتوانی، خشم و ناکامی شود. بنابراین هر

حرفه‌ای وظیفه دارد که تعارض‌های اخلاقی معمول حوزه‌ی عمل خود را شناسایی و راه‌های مقابله با آن‌ها را قبل از جدی شدن پیامدهای منفی آن‌ها ارایه نماید. به دلیل این که آن چه اکثراً به عنوان تعارض اخلاقی شناخته می‌شود، با توجه به حوزه‌ی عمل و رشته شغلی متفاوت است، شناسایی تعارض‌ها و یافتن راه حل احتمالی با توجه به تخصص و رشته مفید است. همچنین این شناخت، پایه‌ای برای مباحث اخلاقی بین رشته‌ها و بین تخصص‌ها فراهم می‌سازد. به نظر پانتیرپ روش‌هایی مثل شیوه‌های مدیریت، آموزش اخلاق و مشاوره‌ی پرسنل تخصصی می‌توانند برای شناسایی، بحث و حل تعارض‌های اخلاقی مفید باشند. به نظر او مشارکت و همکاری فرآیند مفیدی برای حل تعارض اخلاقی می‌باشد زیرا مراقبت از بیمار پدیده‌ی پیچیده‌ای است که حاصل دانش و عمل افراد با مهارت‌های حرفه‌ای و تخصصی متفاوتی است (۱۹). همکاری و مشارکت، مباحثه و تشکیل کمیته‌های اخلاق توسط تیم مراقبت بهداشتی می‌تواند روش‌های مناسبی برای حل تعارض‌های اخلاقی در مراقبت بهداشتی باشد. دستیابی به همکاری و مشارکت سالم می‌تواند از طریق اصول همکاری، مشارکت و مهارت‌های ارتباطی امکان‌پذیر شود. به علاوه، آموزش اخلاق برای دانشجویان و برای متخصصان ضروری است تا در سیستم ارایه‌ی مراقبت بهداشتی از تعارض‌های اخلاقی جلوگیری شود.

نتیجه‌گیری

به طور کلی لازم است که پرستاران در برخورد با تعارض‌های اخلاقی به ویژه در تعارض جلوگیری از آسیب به بیمار یا آسیب به خود، به ویژگی‌های فردی و شغلی خود و ویژگی‌های فردی بیماران و خانواده‌ی آنان توجه کنند. هم چنین ضروری است که آنان نه تنها به ویژگی‌های پزشک همکار خود در شرایط تعارض‌آمیز در پاسخ‌دهی و مراقبت از

تنش اخلاقی آنان می‌شود با همکاری پرستاران طراحی، تدوین و به اجرا گذارند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان، از همه‌ی پرستاران و مدیران پرستاری که در این مطالعه شرکت کردند، سپاسگزاری نموده و برخورد لازم می‌دانند که از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران برای تأمین هزینه‌های مالی این تحقیق تشکر و قدردانی نمایند.

بیمار توجه کنند؛ بلکه لازم است که به قوانین و مقررات موجود، منابع انسانی و مادی نیز توجه نمایند تا بتوانند با توجه به این عوامل تصمیمی به دور از تعارض اخلاقی بگیرند. واضح است که سیستم مدیریتی به همراه گروه پزشکان همکار می‌توانند در جهت بهبود شرایط تصمیم‌گیری یاری‌گر مناسبی برای پرستاران باشند. سیستم مدیریتی باید در تدوین مقررات و راهکارهای واضح برای برخورد با شرایط تعارض‌آمیز در پرستاران پیشرو باشد و به پرستارانی که دچار تعارض اخلاقی و پیامدهای منفی آن می‌شوند، کمک کند. همچنین این سیستم و همکاران پزشک باید راهکارهای مناسبی برای جلوگیری از شرایطی که زمینه را برای آسیب به بیمار و آسیب به پرستار فراهم می‌کند و موجب تعارض و

منابع

- 1- Chinn PL, Kramer MK. Theory and nursing: integrated knowledge development. 5th ed. St Louis: Mosby, 1999.
- 2- Schroeter K. Ethics in properrative practice: principles and application. *AORN J*. 2002; 75(5): 941-4,949.
- 3- King Cecil A. Ethics in preoperative practice: values, integrity and social policy. *AORN J*. 2002; 76(6): 1047-53.
- 4- Rodney P, Varcoe C, et al. Navigating towards a moral horizon: a multisite qualitative study of ethical practice in nursing. *Can J Nurs*. 2002; 34(3): 75-102.
- 5- Chambliss D. *Beyond Caring*. Chicago: university of Chicago press. 1996, 43-44.
- 6- Kitchener KS. There is more to ethics than principles. *Counseling Psychologist*. 1996; 24(1): 92-97.
- 7- Prilleltensky I, Rossiter A, Walsh-Bowers R. Preventing harm and promoting ethical discourse in the helping professions: conceptual, research, analytical and action frameworks. *Ethics Behav*. 1996; 6: 287-306.
- 8- Trevino LK. Ethical decision making in organizations: a person- situation interactionist model. *Academy of Management Review*. 1987; (11): 601- 617.
- 9- Wegener ST. The rehabilitation ethic and ethics. *Rehabilitation Psychology*. 1996; 41(1): 5-17.
- 10- Newfield SA. Ethical decision making among family therapists and individual therapists. *Fam Process*. 2000; 39: 177-188.

- 11- Schroeter K. Ethical perception and resulting action in preoperative nurses. *AORN J.* 1999; Available from: <http://www.findarticles.com>.
- 12- Schroeter K. Ethics in preoperative practice: patient advocacy. *AORN J.* 2002; 75(5): 941-949.
- 13- Yung Hilary HP. Ethical Decision Making and the Perception of the Ward as a Learning Environment: a comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong. *Int J Nurs Stud.* 1997; 34(2): 128-136.
- 14- Sheldon L. Grounded theory: issues for research in nursing. *Nurs Standard.* 1998; (12)52: 47-50.
- 15- Cutcliffe JR. Methodological issues in grounded theory. *J Adv Nurs.* 2000; 31(6): 1476-1484.
- 16- Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing grounded theory.* Second ed. Thousand Oaks: Sage publications Inc; 1998.
- 17- Streubert Helen J, Carpenter Dona R. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative.* Second ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Walkins; 1999.
- 18- Backman K, Kyngas HA. Challenges of the grounded theory approach to a novice researcher. *Nurs Health Sci.* 1999; 1: 147-153.
- 19- Pantrip J. Moral conflict and collaborative mode as moral conflict resolution in health care. *Nurs Health Sci.* 2004; 6(3): 217-221
- 20- Gibson CH. Underpinnings of ethical reasoning in nursing. *J Adv Nurs.* 1993; 18, 2003-7.
- 21- Redman BK, Fry ST. Ethical conflicts reported by registered nurse certified diabetes educators. a replication. *J Adv Nurs.* 1996; 28(6), 1320-1325.