

Intensive Care Nurses' Experiences of Moral Distress in the COVID-19 Pandemic

Fereshteh Araghian Mojarad¹,
Vida Shafipour²

¹ Assistant Professor, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Associate Professor, Department of Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 4, 2023 ; Accepted June 10, 2023)

Abstract

Background and purpose: As direct and continuous care providers to patients, nurses face various types of psychological stress in the work environment more than other groups. Meanwhile, moral distress in special care units is much more impressive. This study aimed to explain the moral distress experienced by nurses that provided care to patients with COVID-19 patients in special care units.

Materials and methods: We performed a conventional qualitative content analysis in 2020-2021. The study population included nurses caring for COVID-19 patients in special care units selected by purposive sampling in educational hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. In-depth, semi-structured interviews were carried out for data collection. Graneheim and Lundman qualitative approach was used to analyze the data. The trustworthiness of the study was assessed by Guba and Lincoln's stringent criteria.

Results: In this study, 14 nurses (25-48 years of age) were interviewed. We found three main layers and eight sub-layers, including multiple annoyances (mental and physical stress, negative effects on family and friends relationships, negative effects on professional work), work pressure (hard conditions of the patient and companion, difficulty and work stress, weak management), and persistence and adaptation (self-protection, coping with difficult conditions).

Conclusion: Based on this study, nurses should be encouraged to express their feelings so that they can establish a balance between the difficulty of ethical decisions and meeting the patient's needs and managing their emotions.

Keywords: nurse, intensive care, moral distress, COVID-19

J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 124-134 (Persian).

Corresponding Author: Vida Shafipour- Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: vidashafipour@yahoo.com)

تبیین تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه از دیسترس اخلاقی در همه گیری کوید-۱۹

فرشته عراقیان مجرد^۱ویدا شفیع پور^۲

چکیده

سابقه و هدف: پرستاران به عنوان ارائه دهنده مستقیم و مداوم خدمت به بیمار، بیش از سایر گروه ها در محیط کاری با انواع گوناگونی از تنش های روانی رو به رو هستند. در این بین حضور دیسترس اخلاقی در بخش های مراقبت ویژه بسیار چشمگیرتر است. لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب دیسترس اخلاقی پرستارانی که در مراکز مراقبت ویژه از بیماران کوید-۱۹ مراقبت می کردند، طراحی شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوا قراردادی است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش، پرستاران بخش های مراقبت های ویژه کرونا بودند که به صورت مبتنی بر هدف از بیمارستان های آموزشی استان مازندران انتخاب شدند. ابزار جمع آوری داده ها، مصاحبه عمیق با سوالات نیمه ساختار یافته بود. جهت تحلیل داده ها از رویکرد کیفی گرانهم و لوندمن استفاده شد. صحت و استحکام مطالعه توسط معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن بررسی شد.

یافته ها: در این مطالعه با ۱۴ پرستار (۴ مرد و ۱۰ زن) با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۸ سال مصاحبه شد. یافته های مطالعه شامل سه طبقه اصلی و هشت زیر طبقه شامل آزرده گی متعدد (تنش های روانی جسمی پرستار، اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان، اثرات منفی بر کار حرفه ای)، فشار کاری پرستاری (شرایط سخت بیمار و همراه، سختی و تنش کاری، ضعف مدیریت در اداره شرایط) و ماندگاری و انطباق (خود حفاظتی پرستار، کنار آمدن پرستار با شرایط سخت) بود.

استنتاج: براساس یافته های مطالعه پرستاران باید تشویق به بیان احساسات خود شوند، تا از طریق آن بتوانند بین دشواری تصمیمات اخلاقی و برآوردن نیاز بیمار و مدیریت احساسات خود تعادلی برقرار کنند.

واژه های کلیدی: پرستار، مراقبت ویژه، دیسترس اخلاقی، کوید-۱۹

مقدمه

همه گیری کوید-۱۹ جهان را با مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی بسیاری مواجه ساخت و منجر به تغییرات گسترده ای در همه کشورها به خصوص تغییر در سیستم سلامت شده است (۲، ۱). سیستم سلامت مجبور بود تقاضای روزافزون ارائه خدمت را برآورده سازد و از ایمنی بیمار و کارمند اطمینان حاصل کند، زیرا از کارکنان خواسته شد تحت شرایطی کار کنند که منابع به حد کفایت نبوده و خطر مرگ و تهدید سلامتی هر لحظه وجود دارد (۳).

E-mail: vidashafipour@yahoo.com

مؤلف مسئول: ویدا شفیع پور - مازندران، ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیه

۱ استادیار، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، انستیتی اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۱/۱۲/۱ تاریخ تصویب: ۱۴۰۲/۳/۲۰

بنابراین تعهداتی از قبیل سازماندهی آزمایشات و درمان‌ها به‌طور مساوی، توزیع فرصت‌های محدود به‌طور عادلانه، حفظ خدمات با منابع و کارمندان محدود، اقدامات لازم برای محافظت از بیمار و بهداشت عمومی مطرح شد (۴،۳) و این تغییرات رخ داده در طی روند همه‌گیری کوید-۱۹ و نیازمندی انطباق با این تغییرات منجر به مطرح شدن بسیاری از نگرانی‌های اخلاقی در دستور کار بخش سلامت گردید (۴).

در این بین پرستاران به‌عنوان نیروی اول خط درمان به‌همراه سایر کادر درمان چالش‌های اخلاقی زیادی را دوباره مراقبت از بیماران کوید-۱۹ و منابع دریافتی تجربه کرده‌اند و تنش‌های جسمانی و روانی بسیاری را نیز به‌همراه آن متحمل شده‌اند (۲). دغدغه‌های تصمیم‌گیری درست مراقبت پرستاری از این بیماران و شرایطی که در طی روند همه‌گیری به‌وجود آمد، سبب تغییر اولویت‌های اخلاقی شده است (۴). این شرایط منجر به موقعیتی می‌گردد که مانع از فعالیت در چارچوب اخلاقی و دشواری در مراقبت و درمان بهینه می‌شود و می‌تواند متخصصان مراقبت سلامت و به‌خصوص پرستاران را از بکارگیری ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای خود باز دارد، به‌طوری‌که در این بین معضلات اخلاقی به نام دیسترس اخلاقی افزایش می‌یابد (۳،۱). دیسترس اخلاقی، زمانی توسط شخص تجربه می‌شود که فرد علی‌رغم آگاهی از اقدامات صحیح، نتواند عمل درست را به‌دلیل محدودیت‌های سازمانی انجام دهد (۵). علل مختلف پدیدآورنده دیسترس اخلاقی بستگی به سیستم خدمات بهداشتی، ویژگی‌های کارکنان سلامت و گروه دریافت‌کننده خدمات دارند. این عوامل را می‌توان به عوامل بیرونی و درونی تقسیم کرد (۱۰-۶). عوامل بیرونی به علل سیاسی، اداری و اجرایی سازمان اشاره دارد و عوامل درونی مربوط به ماهیت ارائه خدمات درمانی و بهداشتی، ارزش‌های فردی، فرهنگی، حرفه‌ای، خصوصیات فردی و تفاوت‌های شخصیتی است (۱۳-۱۱)، که بر سازمان و کارکنان مراقبت‌های سلامت و فرد دریافت‌کننده مراقبت

تأثیر منفی می‌گذارد (۷،۶) و تأثیرات آن بر کارکنان مراقبت سلامت در سطوح جسمی، روانی و اجتماعی دیده می‌شود (۸-۱). مطالعات نشان داده که بسیاری از ارائه‌دهندگان خط مقدم با دیسترس اخلاقی دست‌وپنجه نرم می‌کنند و این احساس هنگام اجبار به انجام اقدامات به‌دلیل محدودیت‌های سازمان و منابع به شیوه‌ای مغایر با اعتقادات آن‌ها بروز می‌یابد (۳،۱۰،۱۱). از پیامدهای افزایش دیسترس اخلاقی، تمایل به افزایش ترک شغل (۱۲)، درماندگی، استرس و فرسودگی شغلی، عدم رضایت شغلی و ترک حرفه پرستاری است (۱۶-۱۴). از سوی دیگر کاهش کیفیت مراقبت می‌تواند از پیامدهای دیسترس اخلاقی باشد که هم به بیمار و هم به سازمان آسیب می‌رساند (۱۵). تقریباً در همه زمینه‌های سیستم سلامت دیسترس اخلاقی وجود دارد و ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت آن را تجربه می‌کنند (۱۱) و پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهنده مستقیم و مداوم خدمت به بیمار بیش از سایر گروه‌ها در محیط کاری با انواع گوناگونی از تنش‌های روانی رو به رو هستند؛ تنش‌هایی که روز به روز بر میزان آن‌ها افزوده می‌شود (۳،۸). در این بین حضور دیسترس اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه بسیار چشمگیرتر است (۱۲،۱۴). پرستاران بخش مراقبت ویژه نیاز به قضاوت و تصمیم‌گیری سریع در مورد چگونگی مراقبت و پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار دارند که آن‌ها را در معرض دیسترس اخلاقی قرار می‌دهد (۱۷). مطالعات در ایران، میزان دیسترس اخلاقی پرستاران را متوسط گزارش کرده که منجر به تأثیر منفی آن روی عملکرد پرستاران شده است (۱۸،۱۹) و مطالعه‌ای نیز در این رابطه نشان داد که این شدت در بخش مراقبت ویژه بالاتر از حد متوسط می‌باشد (۱۴). در حال حاضر پرستاران در یک تجربه جهانی با بیماری همه‌گیر کوید-۱۹ قرار گرفته‌اند، که خواه ناخواه به‌دلیل شرایط کاری دچار معضلات پیچیده اخلاقی در مواجهه با مراقبت از این بیماران شده‌اند (۱،۳). این شرایط سبب قرارگیری حرفه آنان در مقابل سازمان و ناامیدی، خستگی، کاهش

رضایت شغلی و افزایش قصد جابجایی در بین پرستاران شده است (۱۴۷، ۶، ۳). با توجه به پیامدهای دیسترس اخلاقی، بنابراین شناسایی دلایل بروز این تنش‌های اخلاقی که به طور حتم وابسته به بافت جامعه و قوانین مستقر در هر سیستم درمانی است، برای برنامه‌ریزان و مدعیان این حرفه لازم است.

در نهایت باید در نظر داشت که اکثر مطالعات انجام شده درباره مفهوم دیسترس اخلاقی قبل از دوره کوید-۱۹ انجام پذیرفت و دسترسی به منابع با موضوعیت این مفهوم در دوره همه‌گیری کوید اندک بود. از آن جایی که تعمیم‌پذیری یافته‌ها در مطاعات کیفی وابسته به بافت و زمینه فرهنگی آن منطقه است، لذا محققین در مطالعه حاضر بر آن شدند مطالعه‌ای با هدف تبیین تجارب دیسترس اخلاقی پرستارانی که در مراکز مراقبت ویژه از بیماران کوید-۱۹ مراقبت می‌کنند، طراحی نمایند تا با توجه به نتایج آن مدیران بخش سلامت بتوانند به صورت مناسب و علمی در رفع این چالش‌ها و مشکلات موجود در کاهش دیسترس اخلاقی بر آیند.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوا قراردادی است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. در مطالعه حاضر به دلیل کشف و آشکار شدن تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مورد دیسترس اخلاقی (MD: Moral Distress) در همه‌گیری بیماری کوید-۱۹، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. دلیل استفاده از این رویکرد تحقیقی تامین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی است. جامعه پژوهش، پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونا بودند. شرکت کنندگان به صورت مبتنی بر هدف از بین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کوید-۱۹ در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران انتخاب شدند. معیار ورود شامل پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کرونا که حداقل

شش ماه سابقه کار در بخش ویژه کوید-۱۹ داشتند و توانایی بیان تجربیات خود را نیز داشته باشند، بود. معیار خروج از مطالعه، وجود هر عامل ناتوان کننده در بیان تجربه‌های پرستار درخصوص دیسترس اخلاقی و هم‌چنین داشتن تجربه وقایع شدید تنش‌زا در یک ماه گذشته مانند طلاق و مرگ عزیزان در پرستاران بود. پژوهشگران سعی کردند که حداکثر تنوع در انتخاب شرکت کنندگان از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، سمت، تجربه کاری و نوع بیمارستان و شهر را رعایت نمایند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و با سوالات باز نیمه ساختارمند استفاده شد. مصاحبه‌ها به صورت آنلاین به منظور محافظت از سلامتی شرکت کنندگان و مصاحبه کنندگان برگزار شد. مشارکت کنندگان براساس معیار ورود انتخاب شدند. سپس مصاحبه کننده در یک اتاق ساکت و در محیطی آرام با هر یک از شرکت کنندگان به طور جداگانه صحبت نمود. بنا بر رضایت مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات، محرمانه خواهد ماند. مدت زمان مصاحبه با توافق مشارکت کننده متغیر بود که بیش از یک ساعت طول نکشید. در طول مصاحبه‌ها سؤال‌های باز پرسیده شد تا شرکت کنندگان بتوانند آزادانه به توصیف تجربه خود از پدیده مورد نظر پردازند. از آنان خواسته شد که ممکن است درمورد خودتان بگویید؟"، "چگونه خود را به عنوان یک پرستار توصیف می‌کنید؟"، "تجربیاتتون در زمان مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا برایمان بازگو کنید؟"، "روند همه گیر کوید-۱۹ برای شما چگونه بود؟"، "الف: تجربه شما در زندگی خصوصی چیست؟"، "ب- تجربه شما در زندگی حرفه‌ای چه بود؟"، "آیا می‌توانید درباره روند همه گیر کوید ۱۹ بگویید، چه تجربه‌ای از نظر اخلاقی برای شما داشته است؟"، "آیا می‌توانید درباره شرایطی بگویید که موافق با تیم خود، در مورد آنچه که از نظر اخلاقی در روند همه گیری کوید-۱۹ صحیح است، نبودید؟ واکنش شما در این شرایط چگونه بود؟"، "نظر شما

درباره مقرراتی که تصمیمات شما را از نظر اخلاقی در روند همه گیری کوید-۱۹ تحت تأثیر قرار می داد، چیست؟ واکنش شما در این شرایط چگونه بود؟ این چه تاثیری روی شما داشت؟"، "موضوعی هست که بخواهید اضافه کنید و به ما بگویید که ممکن است ما از شما نپرسیده باشیم؟"

بقیه سوالات پیگیری کننده و اکتشافی جهت روشن تر شدن مفهوم و عمیق تر شدن روند مصاحبه، مطرح شد. نمونه گیری تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافت یا تاجایی که دیگر، با ادامه مصاحبه، داده جدیدی استخراج نشد. پژوهشگر حتی الامکان سعی نمود شنونده فعالی باشد. جهت آنالیز داده ها، خلاصه نویسی بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه ها شامل برداشت مصاحبه گر از مهم ترین ایده های مطرح شده در مصاحبه)، سپس گوش دادن به صدای ضبط شده مشارکت کنندگان و دست نویس کردن محتوای نوار، در پایان کنترل کردن دست نوشته ها با محتوای نوار ضبط شده انجام شد. جهت تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانهم و لوندمن (Lundman & Graneheim) استفاده شد (۲۰) که محقق مصاحبه های مکتوب شده را چندین بار مورد مطالعه قرار داد تا شناخت کاملی را از آن به دست آورد. پاراگراف ها، جملات و یا کلمه ها به عنوان واحد معنایی محسوب شدند. سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن ها به سطح انتزاع و مفهوم پردازی رسیده و توسط کدها نام گذاری شدند. کدها از نظر تشابه و تفاوت هایشان با یکدیگر مقایسه شده و تحت طبقات انتزاعی تر با برچسب مشخص دسته بندی شدند. در نهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق بر روی آن ها محتوای نهفته درون داده ها تحت عنوان درون مایه مطالعه معرفی شدند. جهت صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده شد (۲۱). معتبر بودن (credibility) با مشارکت طولانی مدت و تعامل کافی با شرکت کنندگان و تأیید اطلاعات توسط آن ها (member checking) انجام شد و داده ها در پایان آنالیز

به تعدادی از شرکت کنندگان داده شد و از آن ها خواسته شد تا مشخص نمایند آیا مضامین استخراج شده بیانگر تجربیات آنان است یا نه، قابلیت اعتماد (Dependability) با بازبینی و تحلیل داده توسط محقق و افراد صاحب نظر، جهت افزایش اعتماد داده ها صورت گرفت. قابلیت تأیید (Conformability) که محقق با حفظ مستندات و تأیید افراد خبره در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تأیید این پژوهش کمک خواهد نمود. قابلیت انتقال (Transferability) داده ها، با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه ها، صورت گرفت تا سایر محققین نیز بتوانند قادر به درک پرستاران بخش ویژه کرونا در مورد دیسترس اخلاقی و دستیابی مشابه آن باشند و زمینه را برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته ها فراهم سازد. هم چنین نقل قول های مشارکت کنندگان به شیوه گفته شده، ارایه شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی و محافظت از حقوق مشارکت کنندگان، محقق بعد از اخذ کد اخلاق (IR.MAZUMES.REC.1399.944) و معرفی نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و ارایه آن به مرکز درمانی محل مطالعه، با معرفی خود به مشارکت کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به آن ها اطمینان داد که مطالب مصاحبه شده کاملاً محرمانه و بدون نام بردن از افراد ثبت شود و امانتداری در متن مصاحبه رعایت گردد. در شروع مطالعه اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت کننده ثبت شد و اطمینان داده شد که گفت و گوها پس از اتمام تحلیل و نگارش و چاپ مقاله پاک خواهد شد و به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تأکید شد.

یافته ها

در این مطالعه با ۱۴ پرستار (۴ مرد و ۱۰ زن) با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۸ سال، مصاحبه شد (جدول شماره ۱).

از توصیف غنی و عمیق مشارکت کنندگان، ۵۴۰ کد اولیه، استخراج گردید. کدها پس از چندین بار مرور، خلاصه‌سازی و براساس تشابه و تناسب، طبقه‌بندی شدند. معنای درونی با تحلیل و مقایسه، به‌صورت سه طبقه اصلی و هشت زیر طبقه، تعیین و براساس ماهیتشان به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری گردیدند که نمونه‌ای از کدهای معنایی به همراه زیر طبقه و طبقه در جدول شماره ۲ و کل زیر طبقات و طبقات در جدول شماره ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

جنس	۱۰ نفر زن و ۴ نفر مرد
سن	۲۵ تا ۴۸ سال
تاهل	۷ نفر متاهل و ۷ نفر مجرد
سطح تحصیلات	۱۰ نفر کارشناس پرستاری و ۴ نفر کارشناسی ارشد
سمت پرستاری	۸ نفر پرستار و ۱ سرپرستار و ۵ نفر مسئول شیفت
سابقه کار پرستاری	۱ تا ۲۱ سال
سابقه کار در بخش ویژه	از ۱۲ تا ۱ سال
سابقه ابتلا پرستار به کرونا	۸ نفر
سابقه بستری پرستار بدلیل کرونا	۳ نفر
سابقه بیماری کرونا در خانواده	۱۰ نفر
سابقه بستری خانواده بدلیل کرونا	۴ پرستار

جدول شماره ۲: نمونه ای از نقل قول و کدهای معنایی از تجارب

شرکت کنندگان

نقل قول مشارکت کننده	کدهای معنایی	زیر طبقه	طبقه
-بدلیل شلوغی بخش نمی توانستم بالای سر بیمار برم	حجم کاری زیاد	سختی و فشار کاری	فشار کاری
بعدها عذاب وجدان می گیرم	تشنه کاری	تشنه کاری	پرستاری
خسته بودیم چون بچه ها مریض می شدند ما باید شیفت‌ها را کاور می کردیم نمی رسیدیم.	ارائه مراقبت طاقت فرسا		
بعضی وقتا پیش میاد که در ارتباط با پزشک یا همکار به کاری معایر پروتکل ها انجام می دن... خیلی عصبی و خودخوری می کنم	فشار روانی ناشی از اخذ تصمیمات نادرست		

جدول شماره ۳: طبقات استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان

طبقات اصلی	طبقات فرعی	کد
آزردگی های متعدد	تنش های روانی جسمی پرستار	تنش و آزردگی روانی
		مشکلات جسمی
	اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان	دوری گرفتن و کنکورت روابط با خانواده
	اثرات منفی بر کار حرفه ای	کاهش روابط با دوستان
		تمایل به کار گذاشتن کار پرستاری
		رویتن گرایی
		احساس مراقبت پیروده
فشار کاری پرستاری	شرایط سخت بیمار و همراه	مشکلات جسمی و روانی بیمار
		استرس و انکار شرایط توسط همراهان
	سختی و تشن کاری	حجم کاری زیاد
		ارائه مراقبت طاقت فرسا
	ضعف مدیریت در اداره شرایط	فشار روانی ناشی از اخذ تصمیمات نادرست
		کمبود نیروی پرستار
		کمبود وسایل و تجهیزات
		کار با همکار مبتدی یا کم تجربه
ماندگاری و انطباق	خود حفاظتی پرستار	دوری و اجتناب
		رفتارهای هیجانی
		استفاده داروهای سایکولوژیک
		بکارگیری راهبردهای کسب آرامش
		ملمز به رعایت نکات ایمنی
	کار آمدن پرستار با شرایط سخت	دریافت حمایت های همه جانبه
		خودباوری
		اشتیاق به خدمت

آزردگی متعدد

مشارکت کنندگان بر آزردگی های متعدد جسمی، روانی و حرفه‌ای در طول مراقبت از بیماران مبتلا به کوید-۱۹ در مواجهه با شرایط دیسترس اخلاقی تاکید داشتند، تنش های روانی جسمی پرستار، اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان، اثرات منفی بر کار حرفه‌ای طبقات فرعی ظهور یافته از این طبقه اصلی بودند. یافته‌ها نشان داد که پرستاران در طول مراقبت از بیماران بدلیل مشکلات موجود (کمبود نیرو، کمبود اطلاعات و ناشناخته بودن بیماری، کمبود تجهیزات حفاظت فردی و دارو، تخت و...) گاهی شاهد قصور، خطا و... بودند که منجر به دیسترس آنان می شد و در مواجهه با شرایط دیسترس اخلاقی، مشکلات جسمی متعدد و آزردگی روانی را متحمل می شدند.

مشارکت کننده ۸ بیان داشت: "وقتی یاد بیماران می‌فتم... یادم نمی‌اد خوابیده باشم و خواب بیماران و بیمارستان را ندیده باشم."

مشارکت کننده ۱۱ بیان داشت: "بخاطر فشارکاری و مسایل پیش آمده در درمان و مراقبت بیماران اغلب دچار سردرد و معده درد میشم."

اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان از دیگر یافته‌ها بود که شامل دوری‌گزینی از خانواده و کاهش روابط با دوستان بدلیل جلوگیری از انتقال بیماری بود. اغلب آنان ترجیح می دادند فاصله اجتماعی را با محدودیت رفت و آمد و دوری از خانواده رعایت کنند، چون بیم انتقال بیماری را داشتند.

مشارکت کننده ۴ بیان داشت: "نمی‌تونم بر بالین بیمار نرم پس سعی می‌کنم تو خونه جدا باشم و حتی موقع غذا خوردن کنارشون نباشم."

مشارکت کننده ۱۲ بیان داشت: "از دوستانم کمی فاصله گرفتم. چون خودشون هم یکجورایی ازم می‌ترسیدن."

اثرات منفی بر کار حرفه‌ای نیز از یافته‌های مطالعه بود، آنان بدلیل ترس از ابتلا خود و خانواده و مرگ و

میر بالای بیماری و شرایط سخت مراقبت از بیماران، گاهی در مسیر ارائه خدمت به بیماران نومید شده و تمایل به ترک خدمت می نمودند و از طرفی سعی در روتین گرایی بجای مراقبت کل نگر از بیماران داشتند.

مشارکت کننده ۱۳ بیان داشت: "روز اول که کوید آمده بود پدر و مادرم به من می گفتند برو انصراف بده. خودم هم تمایل به استعفا داشتم."

مشارکت کننده ۱ بیان داشت: "بدلیل شلوغی بخش و پذیرش زیاد و ترس از ابتلا، بیش تر به انجام کارهای روتین می پرداختیم."

از مواردی که اغلب پرستاران به آن اشاره نمودند مرگ و میر بیماران علی رغم تلاش فراوان تیم درمان بود که اغلب دچار بیهودگی در مراقبت و بی انگیزگی آنان می شد.

مشارکت کننده ۱۰ بیان داشت: "وقتی مریض فوت می شد خیلی گریه می کردم چون کلی کار می کنی آخرش بیفایده است"

فشار کاری پرستاری

یکی از مشکلات اساسی پرستاران در ایام همه گیری کوید-۱۹، فشار کار زیاد بود. پرستاران در خط مقدم مقابله با بیماری بوده و در معرض خطر ابتلا به بیماری، سایر مشکلات جسمی و روانی را نیز متحمل می شدند. آن ها هم چنین بدلیل بیماری همکارانشان مجبور به پوشش شیفت های آن ها شده و حجم بالای کار را تحمل می کردند.

مشارکت کننده ۷ بیان داشت: "همراهان همه گریه می کردند، چون فکر می کردند بخش ویژه سکوی مرگ بیمارانه بدلیل مورتالیتی بالای بیماران، بنابراین همش بهشون امیدواری می دادیم."

مشارکت کننده ۱۳ بیان داشت: "ما حجم کاری بالایی داشتیم و خسته بودیم چون بچه ها مریض می شدند ما باید شیفت ها را کاور می کردیم."

اغلب شرکت کنندگان از مراقبت بیماران مبتلا به

کوید-۱۹ بدلیل جوان بودن بیماران، دیدن زجر تنفسی و ترس از مردن آنان به عنوان مراقبت طاقت فرسا یاد می کردند، به طوری که روانشان ساعت ها پس از اتمام شیفت کاری درگیر بیماران می شد.

مشارکت کننده ۲ بیان داشت: "دیدن مریض هایی که هوشیارند و دارند باهات صحبت می کنند و لحظه به لحظه اکسیژن خونشون داره افت می کنه و هر لحظه اینتوبه میشه و دیگر بر نمی گرده واقعا طاقت فرساست." بدلیل ناشناخته بودن بیماری و عدم اطلاعات کافی و تبحر لازم برای درمان آن، گاهی برخی پزشکان یا پرستاران ناخواسته مرتکب عدم اجرای دقیق پروتکل می شدند که پرستاران سعی می کردند یادآوری نمایند یا سکوت کنند که منجر به دیسترس اخلاقی می شد.

مشارکت کننده ۵ بیان داشت: "بعضی وقتا پیش میاد که در ارتباط با پزشک یا همکار به کاری خلاف جهت پروتکل ها انجام بدن وقتی که مجبور به سکوت می شم خیلی عصبی و خودخوری میکنم."

کمبود نیروی انسانی و نیروهای کارآمد و وجود نیروهای کم تجربه و هم چنین کمبود تجهیزات پزشکی منجر به ضعف مدیریت بیماری می شد. اکثر پرستاران با معضلات پیچیده اخلاقی در مواجهه با مراقبت بیماران مبتلا به کوید می شدند.

مشارکت کننده ۵ بیان داشت: "در صورت ابتلا همکارا کمبود پرستار داشتیم فقط می رسیدیم داروها و مراقبت های روتین را انجام بدیم."

مشارکت کننده ۹ بیان داشت: "در ابتدای اپیدمی کمی مشکل در لوازم حفاظت فردی و ونتیلاتور داشتیم." مشارکت کننده ۳ بیان داشت: "نمیشه به پرستاران تازه کار اعتماد داشت همش کنترلشون می کنم. کل شیفت استرس دارم."

ماندگاری و انطباق

پرستاران با دوری و اجتناب از حضور بر بالین بیماران، رفتارهای هیجانی، استفاده داروهای سایکولوژیک،

بکارگیری راهبردهای کسب آرامش، تعهد به رعایت احتیاطات استاندارد سعی در تعدیل اثرات دیسترس اخلاقی داشتند.

مشارکت کننده ۱۴ بیان داشت: "وقتی دیدم اکثر پرستاران از مریض‌ها می‌ترسند دلم میخواست از پرستاری بیرون بیا..."

مشارکت کننده ۱۲ بیان داشت: "ابتدای اپیدمی، بخاطر ترس از مبتلا شدن سعی می‌کردم در صورت لزوم بر بالین بیمار بروم و از بیمار فاصله می‌گرفتم."

پرستاران جوان بیان می‌کردند بدلیل تازه کار بودن مسئولیت بالین بیمار بخصوص بیماران بدحال بر عهده آنان بود، که این مورد باعث دلخوری و گاهی مشاجره لفظی بین همکاران می‌شد.

مشارکت کننده ۱ بیان داشت: "در ابتدای کرونا بدلیل استرس بالای پرسنل بین پرسنل تازه کار با پرسنل با تجربه دعوا می‌شد و بعد پشیمون می‌شدند."

به دلیل فشار روانی بالای شغل پرستاری بخصوص ایام کرونا، اکثر پرستاران در منزل نیز بیاد بیمارانشان می‌افتادند و از طرفی ترس از بیماری و انتقال بیماری به خانواده و عزیزان منجر به بروز مشکلات خواب می‌شد و اغلب برای کاهش اثرات فشارهای روحی روانی به قرص‌های آرامبخش و ضد اضطراب و روش‌های تمدد اعصاب روی می‌آوردند.

مشارکت کننده ۳ بیان داشت: "میادم خونه به فکر بیماران بخش بودم برای اینکه بخوابم آرام بخش یا قرص ضد اضطراب می‌خوردم."

مشارکت کننده ۱۰ بیان داشت: "من همیشه سعی می‌کنم کتاب بخوانم موسیقی گوش کنم اینجوری تلاش می‌کنم به مریض‌های فوت شده فکر نکنم."

اکثر پرستاران نیز به دلیل پیشگیری از بیماری و کاهش انتقال بیماری براساس اطلاعات دریافتی از منابع مختلف سعی در رعایت حفاظت فردی می‌نمودند.

مشارکت کننده ۱۴ بیان داشت: "تو بیمارستان غذا نمی‌خورم، خیلی بیش تر دست می‌شورم بعد از شیفت

حتما حمام می‌رم در استفاده از وسایل حفاظت فردی بیش تر دقت می‌کنم تا مریض نشم یا خدای نکرده بیماری را انتقال ندم."

پرستاران در ایام کرونا با دریافت حمایت‌های همه جانبه از سوی خانواده، همراهان، همکاران، مدیران و نیز با خودباوری و اشتیاق به خدمت سعی در کنار آمدن با شرایط سخت کاری می‌نمودند، آن‌ها بیان داشتند در این ایام علی‌رغم وجود دیسترس اخلاقی حمایت‌های به‌عمل آمده از آنان باعث می‌شد با شرایط کاری تطابق یابند.

شرکت کننده ۵ بیان نمود: "لباس‌های حفاظت فردی ما را خیرین تهیه کردند."

شرکت کننده ۱۴ بیان نمود: "خانواده خیلی حامی من بودند من را کاملا درک می‌کردند."

شرکت کننده ۲ بیان نمود: "وقتی شایستگی لازم برای کمک به هم‌نوع خودم را دارم، بیش تر بالای سر بیماران می‌روم و کمک‌شون می‌کنم."

برخی پرستاران به دلیل نوپدید بودن بیماری و فقدان اطلاعات لازم در خصوص آن مجبور به مطالعه منابع مختلف جهت کسب اطلاعات بیش تر می‌شدند و این جستجو و تلاش منجر به اشتیاق بیش تر به کار در بخش کرونا شد.

مشارکت کننده ۷ بیان داشت: "کار کردن در بخش کوید منوقوی کرد و باعث شد بیش تر مطالعه کنم. تا بهتر از بیماران مراقبت کنم."

شرکت کننده ۱ بیان نمود: "درحالی‌که همه از این بیماران فراری هستند، تونزدیک ترین فرد به بیمار میشی و وظیفه مراقبت خود از بیمار را به نحو احسن انجام می‌دهی."

بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران مراقبت ویژه از دیسترس اخلاقی در دوره همه‌گیری کوید-۱۹ انجام شد. یافته ارزشمند مطالعه این است که از سه طبقه

به دست آمده، تنها یک طبقه بیانگر اثرات عملکرد و راهبردهای انتخابی پرستاران، در مواجهه با تنش‌ها و آزردهای جسمی و روانی متعدد و فشار کاری ناشی از تنش‌های اخلاقی بود.

آزردهای متعددی

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران در این دوران، تنش‌های جسمی و روانی متعددی را متحمل شدند و اثرات منفی آن بر روابط خانوادگی و دوستان منجر به دوری‌گزینی و کدورت در روابط شده بود. همچنین اثرات منفی بر کار حرفه‌ای سبب تمایل به ترک حرفه و احساس انجام مراقبت بیهوده را در آنان در بر داشت. در تایید این یافته‌ها مطالعه‌ای بیان داشت که تنش‌های روانی و مشکلات جسمانی ناشی از دیسترس اخلاقی به عنوان عامل خطرزای مهمی در پرستاران شناسایی شده است (۲۲). سلامت و رضایت کارکنان سبب بهبود عملکرد حرفه‌ای در پرستاران شده است (۲۳). نارضایتی، سبب فرسودگی جسمی و روانی و به تبع آن مرخصی‌های متعدد و غیبت از در پرستاران شده است (۲۳، ۱۴).

Forozeiya و همکاران بیان داشتند، پرستاران در ارتباط با بیماران، خانواده‌ها و همکاران زمانی که با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که از نظر اخلاقی ناراحت کننده است، راهکار دور شدن از آن موقعیت آزاردهنده اخلاقی مانند تمایل به ترک حرفه، نرفتن به سرکار و یا دوری از اعضای خانواده را بر می‌گزینند (۲۴). دیسترس اخلاقی واقعیتی تجربه شده توسط پرستاران است و درصد قابل توجهی از آنان تمایل به ترک شغل فعلی خود را نشان می‌دهند (۲۲، ۱۴). لذا مدیریت پرستاری و بیمارستان باید به شناسایی دیسترس اخلاقی پرداخته و به تجارب پرستاران در جهت رفع این تنش توجه نمایند.

فشار کاری پرستاری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران به دلیل تحمل شرایط و مشکلات بیمار و همراهان، حجم کاری

زیاد، ارائه مراقبت طاقت فرسا و ضعف مدیریت در اداره امور پرستاری متحمل فشار کاری زیادی می‌شدند. دیسترس اخلاقی رابطه مستقیم با حجم کار و کیفیت ارائه مراقبت و ایمنی بیمار داشته (۲۳، ۲۲) و ساختار محیط کار نیز نقش مهمی در حفظ و نگهداری پرستاران در سازمان دارد (۲۲).

ماندگاری و انطباق

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر راهبردهای خودحفاظتی پرستار و کنار آمدن با شرایط سخت محیط بالین بود که به ماندگاری و انطباق آنان در محیط کار انجامید. پرستاران مشارکت‌کننده برای خودحفاظتی از راهبردهای دوری و اجتناب از بیمار و انعکاس رفتارهای هیجانی استفاده می‌کردند. مطالعه‌ای نیز گزارش داد که پرستاران احساسات مختلفی مانند رضایت از مراقبت، اضطراب و نگرانی و خشم را ابراز نمودند (۲۵). هم‌چنین در مطالعه حاضر پرستاران از داروهای آرامبخش و همچنین از راهبردهای کسب آرامش چون دعا و توکل به اعتقادات مذهبی خود بهره بردند. در مطالعه‌ای نیز پرستاران جایگاه ویژه‌ای را برای معنویت در مقابله با پاندمی در نظر گرفته و به عنوان راهکار سازگاری با شرایط به کار بردند (۲۶).

پرستاران مطالعه حاضر برای کنار آمدن با شرایط از دریافت حمایت و خودباوری و اشتیاق به خدمت بهره بردند، در همین راستا مطالعه‌ای بیان داشت که پرستاران برای مقابله با استرس و اضطراب در دوران کوید-۱۹ از راهکارهای مختلف مقابله‌ای چون خودحمایتی استفاده و آن را تجربه کردند و آنان در کنار مکانیسم‌های فردی، منابع حمایتی چون خانواده و چتر حمایتی محیط کار و اجتماع را نیز تجربه کردند (۲۶). شرایط محیط کار باید سبب امنیت پرستاران شده و پشتیبانی همکاران و مدیر، احساس تعلق را در پرستاران ایجاد نماید (۲۳) یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نگرانی از ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری کوید و عذاب وجدان ناشی

یافته ها بیان داشت پرستاران آزرده گی های متعدد و فشارهای کاری بالا را در مقابله با دیسترس های اخلاقی متحمل شده و واکنش های ماندگار و انطباق را از خود نشان دادند. لذا تشویق پرستاران به بیان احساسات خود ضروری است، تا از طریق آن بتوانند بین دشواری تصمیمات اخلاقی و برآوردن نیاز بیمار و مدیریت احساسات خود تعادلی برقرار کنند. علاوه بر این با انجام مطالعات بیش تر، امکان ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش تنش پرستاران فراهم می شود.

سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی مازندران، برای حمایت مالی از این تحقیق را اعلام می کنند و از شرکت کنندگان عزیز در این مطالعه، صمیمانه سپاسگزارند.

از انتقال این بیماری به خانواده توسط پرستار بزرگ ترین تنش تجربه شده بود. در مقابل، دلگرمی و حمایت های خانواده تاثیر مثبتی در تحمل این شرایط برای پرستاران داشت. مطالعه ای بیان داشت دعای خیر والدین، حمایت و تشویق والدین برای خدمت رسانی بهتر فرزندان در عرصه درمان، پشتوانه محکمی برای سازگاری با تنش های موجود و ارائه هر چه بهتر مراقبت به بیماران مبتلا به کوید-۱۹ است (۲۶).

از محدودیت های این مطالعه می توان به تمایل نداشتن مشارکت کنندگان برای شرکت در پژوهش اشاره کرد. پژوهشگران برای رفع این محدودیت، اهداف طرح را توضیح دادند و به محرمانه ماندن اطلاعات، نزد خود تأکید کردند. هم چنین این مطالعه یک پژوهش کیفی است، از این رو تفسیر داده ها باید با احتیاط انجام گیرد.

References

1. Cacchione P-Z. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. Clin Nurs Res 2020; 29(4): 215-216.
2. Abu-El-Noor N-I, Abu-El-Noor M-K. Ethical issues in caring for COVID-patients: A view from Gaza. Nurs Ethics 2020; 27(8): 1605-1606.
3. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. Hastings Cent Rep 2020; 50(3): 35-39.
4. Abidemi Mary A, Rene L. Type 2 diabetes and depression in the African American population. J Am Assoc Nurse Pract 2020; 32(2): 120-127.
5. Jameton A. What Moral Distress In Nursing History Could Suggest About The Future Of Health Care. AMA J Ethics 2017; 19(6): 617-628.
6. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development And Testing Of An Instrument To Measure Moral Distress In Healthcare Professionals. AJOB Prim Res 2012; 3(2): 1-9.
7. McCarthy J, Gastmans C. Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature. Nurs Ethics 2015; 22(1): 131-152.
8. Oh Y, Gastmans C. Moral Distress Experienced By Nurses: A Quantitative Literature Review. Nurs Ethics 2015; 22(1): 15-31.
9. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, And Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. Am J Crit Care 2012; 21(2): E41-E52.
10. Azadian M, Rahimi A, Mohebbi M, Iloonkashkooli R, Maleki M, Mardani A. The barriers to observing professional ethics in the practice of nursing care from nurses' viewpoints. Clinical Ethics 2020; 16(2): 114-121 (Persian).
11. Daubman BR, Black L, Goodman A. Recognizing Moral Distress in the COVID-

- 19 Pandemic: Lessons From Global Disaster Response. *J Hosp Med* 2020; 5(11): 696-698.
12. Lusignani M, Gianni ML, Giuseppe RE L, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *J Nurs Manag* 2016; 25(6): 477-485.
13. Soleimani MA, Pahlevan Sharif A, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Thin Mar Win M. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nurs Ethics* 2019; 26(4): 1101-1113.
14. Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou E-DE, Karanikola MNK. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *Biomed Res Int* 2017; 2017: 1908712.
15. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics* 2019; 26(2): 346-356.
16. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact Of Moral Sensitivity On Moral Distress Among Psychiatric Nurses. *Nurs Ethics* 2018; 26(5): 1473-1483.
17. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 32-42.
18. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *IJMEHM* 2012; 5(2): 58-69 (Persian).
19. Joolaei S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaei F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Hayat* 2012; 18(1): 42-51 (Persian).
20. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004; 24(2): 105-112.
21. Strubert Speziale H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 3rded. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2003.
22. Schaefer R, Zoboli Elma Lourdes Campos P, Vieira M. Moral Distress In Nurses: A Description Of The Risks For Professionals. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(4): e4020017.
23. Sheppard KN, Runk BG, Maduro RS, Fancher M, Mayo AN, Wilmoth DD, Morgan MK, Zimbro KS. Nursing Moral Distress and Intent to Leave Employment During the COVID-19 Pandemic. *J Nurs Care Qual* 2022; 37(1): 28-34.
24. Forozeiya D, Vanderspank-Wright B, Bourbonnais FF, Moreau D, Wright DK. Coping with moral distress-The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs* 2019; 53: 23-29.
25. Rezapour M, Zarghami M, Sheikhmoonesi F. Psychological Experience and Needs of Front-line Nurses during COVID-19 Outbreak in Iran: A Qualitative Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2021; 31(196): 125-135 (Persian).
26. Shali M, Ghorbani A, Matourypour P, Salehi Morkani E, Salehpour Emran M, Nikbakht Nasr Aadi A. Exploring Nurses' Experiences of Coping Mechanisms Used in COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *IRJE* 2021; 17(2): 204-214 (Persian).