

در خدمت سرکار خانم دکتر رقیه زردشت، هستیم تا در خصوص طرح تحقیقاتی خود با عنوان "تبیین تجربه پرستاران از قضاوت اخلاقی در محیط بالینی بخش های مراقبت ویژه: یک تحلیل محتوای کیفی" که در سال ۱۴۰۲ خاتمه یافته است، صحبتی داشته باشیم. تشکر از وقتی که برای این نشست اختصاص داده اید، لطفا در مورد طرح تحقیقاتی خود و نتایج آن توضیح بفرمایید.

بسم الله الرحمن الرحيم. بنده رقیه زردشت هستم. دانشیار دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه اتاق عمل. طرحی که در واقع ما انجام دادیم تجربه پرستاران بخشهای مراقبت ویژه از قضاوت اخلاقی، ما چندین کار و مقاله اخلاقی قبلا داشتیم در خصوص دانش اخلاقی و دانش پرستاری، در این پژوهش خواستیم درک عمیق از یک قضاوت اخلاقی به خصوص در بخش های ویژه که اشاره میکنم که بخشهای ویژه چه ویژگی هایی دارند که مستلزم این است که پرستار قضاوت اخلاقی داشته باشد. چون من خودم رساله دکتری ام به صورت کیفی انجام دادم تصمیم گرفتیم که این کار را هم به صورت کیفی انجام بدهیم در واقع تفاوتی که پژوهش های کیفی با کمی دارد این هست که این پژوهشها درک تقریباً ۳۶۰ درجه و عمیقی از پدیده مورد نظر ارائه میدهد که تا به حال درباره آن پدیده صحبت نشده و جزئیاتی را در واقع بیان می کند که ما در مطالعات کمی نمیتوانیم به آنها بپردازیم. بنابراین ما آمديم قضاوت اخلاقی را مخصوصاً در بخشهای مراقبتهای ویژه مثل آی سی یو و سی سی و NICU که بیماران وضعیت بحرانی دارند و ممکن است بیمار فوت شود، پرستاران چون سوپاپ اطمینان هر بیمارستانی هستند و ۲۴ ساعته بالای سر بیمار هستند، مجبور میشوند قضاوت اخلاقی داشته باشند. بنابراین تصمیم گرفتیم که بررسی کنیم که آیا این پرستاران مشکلاتی در قضاوتهای خود دارند؟ و بتوانیم زیرمجموعه ها و مضامین اصلی آنرا شناسایی کنیم و نتایج را به مدیران بیمارستانی و آموزشی بدهیم که نقاط ضعفی که وجود دارد را تحت عنوان سناریوهای بالینی یا آموزش مداوم به پرستاران بخش های ویژه مراقبت ویژه آموزش بدهند. اینکه چرا ما بخشهای مراقبت ویژه را انتخاب کردیم و قضاوت اخلاقی را در آنجا بررسی کردیم به این دلیل بود که در بخش های مراقبت ویژه برخورد شخص به شخص بین بیمار و پرستار صورت میگیرد. تنش کاری خیلی زیاد است و پرستاران مجبور میشوند هر روز و هر ساعت قضاوت اخلاقی داشته باشند که بعضی اوقات این قضاوت اخلاقی نمیتواند از طریق کدهای اخلاقی که به پرستاران داده شده، قابل اجرا باشند. در نتیجه پرستار مجبور است با توجه به تجربه، نگرش و باورش قضاوتی بکند که آیا این کاری که قرار است برای مریض انجام بدهد درست است، خوب هست، اخلاقی هست یا نه. بعضی تصمیمها رو مجبور است بگیرد و از یک طرف به خاطر تحت فشار بودنش معمولاً درگیر تنش های خیلی زیادی هستند هم با بیماری که شرایط بحرانی دارد و هم با خانواده بیمار و دائماً به آنها گفته میشوند که تعاملات خوبی با خانواده بیمار داشته باشند، خیلی وقتها این ذهنیت پرستاران کنار گذاشته میشود که واقعا اینها در خصوص قضاوت اخلاقی و تنش اخلاقی چه فکر میکنند این باعث شد که ما این موضوع را در بخشهای مراقبت ویژه به صورت کار کیفی انجام بدهیم.

از طریق مصاحبه عمیق با افرادی که اولاً تمایل به اشتراک گذاری تجربیات خود داشتند و دوماً اینکه یک فهم و زبان مشترک برای ما بوجود بیاید. بنابراین ما با ۱۶ پرستار که تجربیات مختلف داشتند، مصاحبه کردیم و سعی کردیم از گروههای مختلف انتخاب شوند که بحث تنوع هم رعایت شده باشند که در مجموع ۱۶ مصاحبه و ۷ مصاحبه تکمیلی انجام گرفت که پیرسیم چارچوب قضاوتهای اخلاقی آنها چگونه است و اینکه یک روز کاری خود در بخش مراقبت ویژه را توضیح بدهد. آیا مجبور شده اید قضاوت اخلاقی انجام بدهید. آیا در این قضاوت اخلاقی تنشی به شما وارد شد و اینکه خاطره خوبی در مورد قضاوتهای اخلاقی خودتان دارید و آیا مشکلاتی در رابطه با قضاوتهای اخلاقی داشته اید؟ آیا دستور یا چارچوبی در مورد قضاوت اخلاقی یا تصمیم گیریهای اخلاقی دارید یا نه. در حین مصاحبه و از صحبت های آنها سوالات دیگری هم پیش می آمد و پیش رفتیم تا به اشباع برسیم. معمولاً در تحقیقات کیفی در زمانی که ما مصاحبه جدیدی انجام بدهیم که هیچ گونه اطلاعات جدیدی به ما ندهد ما میگیریم به مرحله اشباع رسید. ما در این پژوهش با ۲۳ مصاحبه به مرحله اشباع رسیدیم. مصاحبه تایپ شد و توسط نرم افزار MaxQDA کدگذاری شد و کدها بر اساس مشابهت ها طبقه بندی شد که در مجموع یک طبقه اصلی و ۵ زیر طبقه به وجود آمد که این پنج زیر طبقه خود حاوی ۲۳ زیر طبقه بودند. مهمترین موضوع اصلی که از تحلیل محتوای کیفی بدست آمد تنش و تعارض تشدید شده به دنبال مراقبت اخلاقی

بیماران در بخش‌های مراقبت ویژه است یعنی در واقع پرستار وقتی که بیمار وارد میشود یک دستور کلی دارد مخصوصاً در زمان کرونا که شرایط خاصی داشتند بعضی از بیماران مراحل انتهایی را طی می‌کردند بعضی وضعیتشان شدیداً رو به بحران می‌رفت و مجبور بودند پرستاران یک سری قضاوت‌هایی داشته باشند مثلاً در مورد اینکه آیا داروهای گران قیمت به بیمار داده شود یا داده نشود، آیا این بیمار پیش آگهی خوبی دارد که رو به بهبود میرود یا نه. خیلی از این موارد زمانی که بیماری وارد میشود پرستاران متوجه میشوند که این بیمار رو به بهبود هست یا چند روز آینده منجر به فوت خواهد شد.

ما کلیه مصاحبه‌ها را کدگذاری کردیم و به چند زیر مجموعه هم رسیدیم. زیر مجموعه موضوع اصلی که بدست آمد ما مفاهیم شناسایی شده را به پرستاران دادیم که ببینیم آیا مفاهیم استخراج شده همان چیزی است که آنها مدنظر داشته اند. یعنی در واقع به مشارکت کننده‌ها تمام این کدها و طبقه بندی‌ها را داریم که ببینیم آیا درک ما با آنها یکی بود یا خیر. که اکثراً این درک یکی بود و چند مورد اصلاح جزئی وجود داشت. در زیر مجموعه موضوع اصلی ما ۶ مقوله شناسایی کردیم: قرارگیری مکرر پرستاران در معرض استرس در مراقبت اخلاقی از بیمار در بخشهای مراقبتهای ویژه، مراقبت اخلاقی ناشی از باورهای پرستاران که خیلی مهم است باور پرستاران نتایج نشان داد پرستارانی که مقیدتر بودند و باورهای خاصی داشتند و انسان محورتر بودند مراقبت اخلاقی بیشتری داشتند که در خانمها این مساله بیشتر بود. در آقایان قوانین کلی بود و عاطفه را خیلی کم درگیر میکردند. طبقه بعدی قضاوت اخلاقی در مراقبت تحت تاثیر شرایط بالینی بیمار. بعضی بیماران شرایط خاصی داشتند و و پرستاران مجبور میشدند که قضاوت‌ها و تصمیم‌گیری‌های خاصی داشته باشند. مقوله بعدی، قضاوت اخلاقی به عنوان پیامد قضاوت بالینی. مثلاً شما یک کار بالینی انجام میدهید یک مشکلی پیش میاد که مجبور به تصمیم گیری میشوید که آیا این تصمیم اخلاق محور هست یا نیست، مقوله بعد، مراقبت اخلاقی بر اساس شرایط سازمانی و قانونی در محیط اخلاقی. ما یک سری دستورالعملهایی داریم که پرستار باید آنها را رعایت می‌کرد ولی بعضی مواقع رعایت کردن این دستورالعمل‌ها ممکن بود به نفع بیمار نباشد، یا مشکلاتی پیش بیاورد یا عدالت رعایت نشود. این مشکلات وجود داشت و به پرستاران تنش وارد میکرد. آخرین طبقه ما، الزامات مراقبت اخلاقی بود که نتایج پژوهش ما نشان داد پرستاران علی‌رغم اینکه دچار تنش میشوند معمولاً اکثرشان یعنی بیش از ۷۰ درصد پرستارهای ما الزام داشتند که اخلاق محور مراقبت را انجام دهند یعنی اصول اخلاقی را رعایت میکردند و اینگونه نبود که مثلاً بگویند این مریض فایده ندارد و این دارو کمبود هست و گرانتیست است پس دارو داده نشود و تا آخرین لحظه سعی میکردند که اخلاق مدار باشند و آن چیزایی که لازم هست برای بیماران انجام دهیم. اینکه چرا ما این تحقیق را به صورت صورت کیفی انجام دادیم به این خاطر است که مرکز توجه تحقیقات کیفی انسانها هستند که ما سعی کردیم وارد ذهنیت و باورهایشان شویم و به یک درک مشترک برسیم و یک نگاه ۳۶۰ درجه به اون پدیده داشته باشیم و بدانیم که چرا پرستاران مجبور میشوند قضاوت‌های اخلاقی انجام دهند آن هم در بخشهای مراقبتهای ویژه که شرایط خاصی دارند چون در این بخشها در کسری از ثانیه ممکن است وضعیت و شرایط بحرانی شود و پرستاران مجبور به یک تصمیم گیری بالینی و قضاوت شوند.

در خصوص دستاوردها و خروجی های طرح توضیح بفرمایید

ما از این مطالعه سناریوهای بالینی استخراج کردیم که میتواند در اختیار مدیران قرار گیرد تا از آنها در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران استفاده شود. همچنین یک مقاله از نتایج این طرح در مجله Journal of Qualitative Research in Health Sciences که نمایه اسکپوس دارد منتشر شده است.