

تبیین تجارب پرستاران شاغل در بخش کودکان از پریشانی اخلاقی: یک مطالعه فنومنولوژی

نرگس رحمانی*^۱، فاطمه سید نعمت‌الله روشن^۲، ماجده نبویان^۳، مژگان فیروزبخت^۴

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۴/۱۱ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۶/۱۷

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهنده مستقیم و مداوم خدمت به بیمار، بیش از سایر گروه‌ها در محیط کاری با انواع گوناگونی از تنش‌های روانی روبه‌رو هستند. از آنجایی که پرستارانی که در بخش کودکان فعال هستند و در ارتباط با کودکان و خانواده آن‌ها می‌باشند، بیشتر در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند، این مطالعه باهدف تبیین تجارب پرستاران از پریشانی اخلاقی در بخش‌های کودکان طراحی شد.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی به روش آنالیز پدیدارشناسی تفسیری در بین سال‌های ۱۴۰۲ و ۱۴۰۳ انجام شد. مشارکت‌کنندگان از بین پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی بابل و تهران که تجربه پریشانی اخلاقی داشتند، به‌صورت هدفمند ۱۲ نفر انتخاب شدند. داده‌ها با مصاحبه‌های نیمه ساختار فردی جمع‌آوری و به‌صورت هم‌زمان و مستمر با رویکرد ون-منن تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه شامل سه درون‌مایه اصلی و هفت درون‌مایه فرعی شامل پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران (کمبود شایستگی، پزشک محوری)، خطمشی‌های بیمارستان (کمبود نیروی انسانی، حجم کاری بالا و عدم وجود تجهیزات مناسب) تنش‌های روانی به دنبال دیسترس اخلاقی (اثرات منفی به دنبال مرگ ناگهانی کودک، احساس بی‌کفایتی و درماندگی) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: طبق یافته‌های مطالعه حاضر، کاهش دیسترس اخلاقی از طریق افزایش دانش و تجربه بالینی، تقویت اعتمادبه‌نفس، ارائه حمایت سازمانی، مدیریت بار کاری پرستاران و توجه کردن به احساسات پرستاران می‌تواند سودمند باشد. همچنین طراحی و تشکیل برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی جهت کاهش ناراحتی پرستاران با شناسایی شرایط استرس‌زا و به حداقل رساندن مواجهه با معضلات اخلاقی می‌تواند کمک‌کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: کودکان، پریشانی، اخلاق، پرستار

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره پنجم، پی‌درپی ۱۷۸، مرداد ۱۴۰۳، ص ۳۶۴-۳۵۲

آدرس مکاتبه: کیلومتر ۳ جاده قائم‌شهر مجتمع دانشگاهی دانشگاه آزاد اسلامی. تلفن: ۰۱۱۳۲۴۱۵۰۰۰

Email: na57ra@yahoo.com

مقدمه

مراقبت بهداشتی افزایش یافته است. این مطالعات پریشانی اخلاقی را به سه دسته در سطح بیمار، واحد و سیستم طبقه‌بندی می‌کنند (۳-۵). از این رو، رویدادهای آزاردهنده اخلاقی در همه انواع بخش‌ها یا مراکز بهداشتی وجود دارد (۶-۹). پرستاران در برخی بخش‌های خاص به دلیل وجود فشار کاری شدید جسمی و روانی-روحي، بیشتر از سایر بخش‌ها در معرض تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران قرار می‌گیرند؛ به‌طوری که مواجهه پرستاران با این شرایط استرس‌زا سبب افزایش بروز پریشانی اخلاقی در آنها می‌شود.

پریشانی اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که کسی بداند کار درستی انجام می‌دهد اما محدودیت‌های سازمانی پیگیری انجام آن را تقریباً غیرممکن می‌سازد (۱). پریشانی اخلاقی می‌تواند شامل تمام متخصصان مراقبتی در محیط‌های بهداشتی شود. بنابراین با توجه به گستردگی این مفهوم پریشانی اخلاقی می‌تواند به‌صورت پاسخ به هر تعارض اخلاقی تجربه شود (۲). در سال‌های اخیر مطالعات انجام‌شده در زمینه پریشانی اخلاقی در سیستم‌های مراقبت بهداشتی و پیامدهای آن بر متخصصان

^۱ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۳ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

^۴ گروه پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات جامع سلامت، واحد بابل، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

پریشانی اخلاقی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی، عصبانیت، غم، ناامیدی، ترک موقعیت بالینی، کناره‌گیری از بیماران و کاهش کیفیت مراقبت از بیمار شود (۲۵، ۲۶).

مطالعات محدودی در سایر کشورها به بررسی پریشانی اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه کودکان و نوزادان پرداختند و مسائل که به عنوان علل برجسته پریشانی اخلاقی در مراقبت‌های پایان زندگی و درمان‌های تسکینی وجود دارند را شناسایی کردند (۲۷، ۲۸).

از آنجا که تحقیقات کیفی به درک تجربیات افراد در محیط طبیعی و بدون مداخله می‌پردازد و رویکرد پدیدشناسی به تجربیات زندگی مردم می‌پردازد و اینکه آنها این تجربه را چگونه تفسیر می‌کنند، می‌توان گفت در این مطالعه رویکرد پدیدشناسی، روش مناسبی برای شناخت عمق تجربیات پرستاران از پریشانی اخلاقی است. زیرا این نوع تحقیق، تجارب زیسته افرادی را که با پدیده مطالعه شده سروکار داشته و آن را تجربه کرده‌اند، در اختیار محقق قرار می‌دهد و از این طریق، پژوهشگر قادر خواهد بود معانی مربوط به آن تجربه را از چشم افرادی ببیند که این تجربه را گذرانده‌اند و بدون هیچگونه قضاوت، به شرح معانی آن تجربه به شکل واقعی بپردازد. این کار مستلزم آن است که افراد عمل یا تجربه و احساس خود را برای محقق بیان کنند. سپس پژوهشگر توضیحات آنها را تفسیر کند. با این روش، مطالعه و شناسایی تجربیات مشارکت‌کنندگان فراهم می‌شود (۲۹، ۳۰).

با توجه به ویژگی‌های متفاوت بخش کودکان و روابط سازمانی حاکم بر این بخش‌ها و نبود مطالعات کافی در مورد پریشانی اخلاقی در بیمارستان‌های کودکان در کشور و تمرکز بیشتر مطالعات به بخش‌های مراقبت ویژه کودکان (۱۵، ۱۶، ۲۰) که الگوی متفاوت تصمیم‌گیری بالینی بر آن حاکم است، از آنجا که اکثریت مطالعات انجام شده به صورت کمی بوده و مطالعه‌ای در ایران به بررسی تجربیات پرستاران بخش‌های کودکان از پریشانی اخلاقی با روش کیفی نپرداخته است و تجربیات افراد در زمینه‌های پژوهشی مختلف، متفاوت است، انجام این پژوهش در ایران ضرورت دارد. در این راستا، مطالعه حاضر قصد دارد به کشف تجربیات پرستاران بخش کودکان از پریشانی اخلاقی با رویکرد پدیدشناسی بپردازد.

مواد و روش کار

با توجه به سؤال اصلی تحقیق، مناسبترین روش برای مطالعه پریشانی اخلاقی در بین پرستاران بخش کودکان، روش کیفی با رویکرد پدیدشناسی تفسیری است (۳۱).

نمونه‌گیری:

در این مطالعه، نمونه‌گیری به شکل هدفمند بود. هدفمند بودن نمونه‌ها یعنی پرستارانی که در بخش‌های کودکان کار می‌کردند و

از آنجا که پرستار بخش کودکان با بیمار و والدین آن‌ها ارتباط مستقیم دارند، مراقبت از آنها نیازمند وجود پرستارانی با صلاحیت علمی و اخلاقی مناسب است. به‌طور کلی، مراقبت اخلاقی از کودکان شامل مسئولیت دست‌یابی به بالاترین سطح دانش، در نظر گرفتن رشد جسمی، روانی و اجتماعی کودک، ارتباط و همدلی قابل‌اعتماد با کودک و والدین، رعایت توصیه‌های منشور حقوق کودکان در بیمارستان و همکاری با متخصصان حرفه‌های مرتبط است. بر اساس یک مطالعه سوئدی، کمتر از یک‌سوم از پرستاران کودکان درک مثبتی از امکان انجام مراقبت اخلاقی خوب داشتند. مطالعات دیگر همبستگی بین تصمیم‌گیری اخلاقی و عوامل مانند رضایت شغلی و پریشانی اخلاقی را پیشنهاد کرده‌اند (۱۴، ۱۵).

مطابق با نظر انجمن پرستاران آمریکا، پرستاران در رفتار با کودکان و خانواده آنها در زمان بازگشت وضعیت‌های بالقوه بحرانی از فرایند سامانمند پیشرفته‌ای استفاده می‌کنند. به همین دلیل، پرستارانی که در بخش کودکان فعال هستند و در ارتباط با کودکان و خانواده آنها می‌باشند، بیشتر در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند (۱۷، ۱۸). مراقبت از کودکان بیمار، پرستاران را در معرض چالش‌های اخلاقی متعددی قرار می‌دهد. علیرغم نیت خوب برای ارائه مراقبت اخلاقی خوب، ارزش‌های اخلاقی شخصی و حرفه‌ای در عملکرد بالینی به چالش کشیده می‌شوند. این امر زمانی آشکار می‌شود که پرستاران اطفال روش‌های درمانی ناخوشایند و دردناک را به کار می‌گیرند یا زمانی که والدین حقایق را بیان نمی‌کنند.

پریشانی اخلاقی پدیده‌ای است که می‌تواند بر روی پرستار، بیمار و سیستم‌های سلامتی تأثیرات متفاوتی داشته و منجر به عواقب زیان‌باری شود. این پدیده می‌تواند سبب شود که پرستار در زمینه مراقبت از بیمار دچار تعارض شده و از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به وی اجتناب کند. این شرایط خود زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری فراهم می‌سازد. همچنین، علاوه بر موارد ذکر شده، پریشانی اخلاقی می‌تواند در صورت استمرار باعث واکنش‌های عاطفی مثل عصبانیت، ناامیدی، گناه، اختلالات جسمی مانند سردرد و اختلالات خواب در پرستاران گردد.

پریشانی اخلاقی می‌تواند احساس پرستاران به توانایی‌ها و قدرت ابتکارشان را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات انجام شده بیانگر این است که به علت تنش اخلاقی، ۸۱ درصد پرستاران در بخش‌های ویژه خودشان را بی‌قدرت و غیر مؤثر توصیف کرده‌اند (۲۰، ۲۳). پرستاران وقتی با موقعیت‌هایی که خارج از کنترل خودشان است سرو کار دارند و نمی‌توانند کار درست را برای بیمارشان انجام دهند، با ناراحتی و اضطراب مواجه می‌شوند (۱۵، ۲۴).

پیشانی اخلاقی را تجربه کرده بودند، انتخاب شدند. سعی شد پرستاران با جنسیت، سن و از بخش‌ها و بیمارستان‌های متفاوت انتخاب و وارد مطالعه شوند تا از این طریق اطلاعات غنی، گسترده و عمیق با راهبرد نمونه‌گیری با حداکثر تنوع فراهم گردد (جدول ۱) (۲۹).

جمع‌آوری داده‌ها:

در این مطالعه از مصاحبه‌های فردی نیمه‌ساختار برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. روند جمع‌آوری داده‌ها با پرس کردن فرم رضایت‌نامه توسط مشارکت‌کنندگان آغاز شد. مصاحبه، روش اصلی جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش بود. بعد از تعریف پیشانی اخلاقی برای مشارکت‌کنندگان، مصاحبه با یک سوال کلی و باز مثل: «لطفاً تجربیات خودتان در یک شیفت کاری در بخش کودکان را بیان کنید؟ چه تجربیاتی در مورد مسائل اخلاقی که حین مراقبت

از کودک با آن مواجه شدید داشتید؟ چه عواملی حین مراقبت از کودک سبب پیشانی اخلاقی شما شده است؟» آغاز و سپس بر اساس مطالب بیان شده و با طرح سوالات اکتشافی مانند «لطفاً بیشتر توضیح دهید؟» یا «منظورتون چیست؟» روند آن‌ها در جهت رسیدن به اهداف پژوهش هدایت شد. در این روش پاسخ‌دهندگان آزادند که پاسخ‌های خود را به هر اندازه که می‌خواهند طولانی کنند و بدین ترتیب اطلاعات با عمق و جزئیات بیشتری بدست می‌آید و مصاحبه غنی‌ترین داده‌ها را تولید می‌کند (۳۲).

از ۱۲ پرستار مصاحبه به عمل آمد. مدت مصاحبه از ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها ضبط و بلافاصله به صورت دقیق کلمه به کلمه تحریر شد. مصاحبه‌ها به صورت انفرادی، در محیطی آرام در محل کار شرکت‌کنندگان انجام شد (۳۱).

جدول (۱): مشخصات مشارکت‌کنندگان

بیمارستان	بخش	مدرک تحصیلی	وضعیت تأهل	جنس
تهران	بایل	کارشناس ارشد	متاهل	زن
	انکولوزی	اورژانس	مجرد	مرد
۸	۴	۲	۲	۸
	۲	۵	۱۰	۴
	۳	۲	۱۰	۸

برای تحلیل داده‌ها از ۶ مرحله رویکرد پدیدارشناسی تفسیری ون منن^۱ استفاده شد. این رویکرد شامل این مراحل است: ۱. رویارویی با ماهیت تجربه، ۲. بررسی تجربه، ۳. تأمل بر درون‌مایه‌های ذاتی پدیده، ۴. نوشتن و بازنویسی تفسیری، ۵. حفظ ارتباط قوی جهت‌دار با پدیده و ۶. مطابقت بافت مطالعه با در نظر گرفتن اجزا و کل (۳۳). درگیری محقق با سؤال تحقیق یکی از ضروریات پدیدارشناسی تفسیری است. سؤال تحقیق (تجربیات زیسته پرستاران بخش کودکان از پیشانی اخلاقی چگونه است) محقق را به استخراج و تفسیر موضوعات در تمام مراحل مطالعه سوق داد. برای تحلیل داده‌ها به روش ون منن، ابتدا مصاحبه‌ها برای درک فضای مصاحبه و شرکت‌کنندگان چندین بار بازخوانی شد.

اطلاعات مکتوب مربوط به مصاحبه‌ها چند بار خوانده شد تا محتوای کلی درک شود. این کار همراه با گوش دادن به بخش‌هایی از اطلاعات ضبط شده بود. در مرحله بعد، کدهای اصلی و عبارتهای مهم هر مصاحبه استخراج شد. به این صورت که جملات و عبارتهای مرتبط با سؤالات در مصاحبه‌ها جدا و در فایل دیگری

نگهداری شد. این کار به این دلیل بود که اطلاعاتی که اهمیت کمتری دارند، از دست نروند؛ چون ممکن بود در مراحل بعدی اهمیت آن‌ها مشخص شود. فرایند جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها به‌طور هم‌زمان انجام شد. در سومین مرحله، معنای هر عبارت توضیح داده و با مفهوم بخشی به آن خلاصه شد. به این صورت که برای هر جمله مهم یک توصیف کوتاه از معانی پنهان آن نوشته شد. این کار را دو نفر انجام دادند. سپس معانی استخراج‌شده تجربیات زیسته پرستاران بخش کودکان از پیشانی اخلاقی

بهم ترکیب شد تا معنی مشترک حاصل شود. در مرحله چهارم، معانی به صورت دسته‌هایی از کدها سازمان‌دهی شدند؛ یعنی معانی حاصل در مرحله قبل در خوشه‌های جداگانه‌ای گذاشته و درباره آن‌ها بحث شد. در پنجمین مرحله، کدها به صورت دسته‌های مرتبط با یکدیگر در یک دسته کلی‌تر و سپس خوشه‌هایی قرار گرفتند که مفاهیم محوری از آن‌ها حاصل شد. در مرحله ششم، یافته‌ها بحث و توصیف شدند و درنهایت به ساختار پدیده پاسخ داده شد (۳۴). نمونه‌ای از روند تحلیل در جدول ۲ آورده شده است.

¹ -vanmanen

جدول (۲): نمونه‌ای از فرآیند تحلیل داده‌ها

مثال‌هایی از واحدهای معنایی	کدهای اولیه	کد ثانویه	طبقات اولیه
<p>"یه موقع هست که پزشک مهارت نداره، میخواد اینتوبه کنه نمی تونه. میگم نکن اینکارو داری به مریض آسیب می‌زنی چون اون پزشکه ما پرستاریم نمیخواد قبول کنه... داشتیم همچین موردی که پزشک نتونست اینتوبه کنه و مریض آمفیزم کرد، اکسپایر شد. هنوز قیافه بچه جلوچشممه... (م ۹).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • عدم مهارت کافی • پزشک در انجام کار • نادیده گرفتن حرف • پرستار از جانب پزشک • آسیب به بیمار به • دلیل عدم مهارت پزشک • پریشانی اخلاقی به • دنبال آسیب بیمار 	<p>مهارت ناکافی پزشک</p>	<p>طبقات اولیه</p>
<p>بعضی همکارا انگار حتماً خودشون باید رگ بگیرن... اونایی که سابقه بالا دارن، بالای ده بار سعی می کنن، بهشون میگیم گوش نمی کنن... خودم شاهد بودم همکارم به علت خستگی به بچه پرخاش کرد، هلش داد، سرشو فشار داد.. حتی یکبار آتریوکت از اونور پوست دراومد ولی حاضر نشد بده به من رگ بچه را بگیرم (م ۸).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • اصرار همکاران پرستار • به رگ گیری علی‌رغم خستگی • عدم پذیرش از جانب پرستار • رفتار ناشایست با بیمار به دلیل خستگی • آسیب به بیمار از طرف پرستار 	<p>توجه ناکافی همکار پرستار</p>	<p>کمبود شایستگی</p>

ملاحظات مربوط به موثق بودن داده‌ها:

برای استحکام مطالعه از چهار معیار اعتبار، تأیید پذیری، اطمینان‌پذیری و انتقال‌پذیری استفاده شد (۲۹). برای افزایش اعتبار، محقق ارتباط و تعامل مناسبی با شرکت‌کنندگان داشت. به‌منظور همگرایی داده‌ها با تجربیات افراد، مشارکت‌کنندگان بخشی از متن مصاحبه را به همراه کدهای اولیه بررسی کردند. محققان به‌طور مستقل داده‌ها را کدگذاری و طبقه‌بندی کردند. تیم تحقیق کدهای استخراج‌شده را بررسی کرد. سپس مقوله‌های به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل، با یکدیگر مقایسه شدند. قابلیت اعتماد با ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها تقویت شد. نمونه‌برداری با حداکثر تنوع از نظر جنس، بخش و بیمارستان نیز به اطمینان از قابلیت انتقال کمک کرد. یافته‌ها با یک روش خلاق و نوآورانه در زمینه تجربیات پرستاران بخش کودکان از پریشانی اخلاقی ارائه شد تا تحقیق حاضر مطلب

جدیدی را مطرح کند. محقق سعی کرد نسبت به شرکت‌کنندگان و داده‌ها به‌دست‌آمده حساسیت لازم را نشان دهد و سؤالات را از تحلیل داده‌ها بدون وارد کردن عقاید شخصی خود استخراج کند. همچنین فرآیند آنالیز مقایسه‌ای مستمر در سراسر روند جمع‌آوری داده‌ها به‌منظور افزایش اعتبار داده‌ها انجام شد. به‌منظور افزایش تأیید پذیری، یافته‌ها توسط شرکت‌کنندگان مرور شد و در جهت اطمینان از نتایج به‌دست‌آمده تناسب یافته‌ها با تجربیات پرستاران بخش کودکان از پریشانی اخلاقی توسط افراد متخصص خارج از تیم تحقیق بررسی شد (۳۵).

یافته‌ها

نتیجه تحلیل داده‌ها از تجارب پرستاران بخش کودکان از پریشانی اخلاقی شامل ۵۳۰ کد اولیه، ۳ درون‌مایه اصلی و ۶ درون‌مایه فرعی است (جدول ۳).

جدول (۳): درون‌مایه‌های اصلی و فرعی از تحلیل داده برای مفاهیم

درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران	کمبود شایستگی
	پزشک محوری

درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
خط‌مشی‌های بیمارستان	کمبود نیروی انسانی
	حجم کاری بالا
	عدم وجود داروی کافی و تجهیزات مناسب
تنش‌های روانی به دنبال دیسترس اخلاقی	اثرات منفی به دنبال مرگ ناگهانی کودک
	احساس بی‌کفایتی و درماندگی

۱- پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران

یکی از درون‌مایه‌های استخراج‌شده از تجارب پرستاران پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران بود. بطوریکه پرستاران پریشانی اخلاقی به دنبال نبود مهارت کافی برخی پزشکان و احتمال آسیب به بیمار و بی‌مسئولیتی برخی همکاران پرستاری و اطاعت محض از پزشکان تجربه کردند. این پریشانی اخلاقی به‌صورت درون‌مایه‌های فرعی کمبود شایستگی و پزشک محوری طبقه‌بندی شد.

• **کمبود شایستگی** یکی از درون‌مایه‌های فرعی پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران است که نشان می‌دهد اکثریت مشارکت‌کنندگان به دنبال انجام کار غیراخلاقی توسط پزشکان و همکاران پرستار و نداشتن مهارت کافی در انجام کار پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کردند.

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند برخی پزشکان مهارت کافی را در انجام کار در مواقع اورژانسی ندارند و این سبب از دست رفتن یا آسیب به بیمار می‌شود. پرستاران قبول نکردن حرف پرستار توسط پزشک و واگذاری کار به همکار دیگر را از موارد دیگر دانستند که سبب پریشانی اخلاقی در بخش کودکان می‌شود.

مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه گفت: "یه موقع هست که پزشک مهارت نداره، میخواد اینتوبه کنه نمی‌تونه. میگم نکن اینکارو داری به مریض آسیب می‌زنی چون اون پزشکه ما پرستاریم نمیخواد قبول کنه.... داشتیم همچین موردی که پزشک نتونست اینتوبه کنه و مریض آمفیزم کرد، اکسپایر شد. هنوز قیافه بچه جلوچشمه...." (م ۹).

پرستاران به دلیل بی‌مسئولیتی برخی همکاران و نداشتن مهارت کافی در انجام کار و اصرار به انجام آن پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند پرستاران رفتار ناشایست با کودک به دلیل خستگی ناشی از کار دارند و در چنین شرایطی حاضر به سپردن کار به همکار خود نیستند و این می‌تواند احتمال بروز خطا را افزایش دهد. آن‌ها بیان می‌کردند برخی همکاران با تجربه اجازه کار به پرسنل جدیدتر را نمی‌دهند و این در

حالی است که خستگی ناشی از تلاش مکرر و بی نتیجه انجام کار می‌تواند احتمال خطا و آسیب جسمی و روانی به کودک را افزایش دهد.

مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه اینچنین بیان کرد: "بعضی همکارا انگار حتماً خودشون باید رگ بگیرن.... اونایی که سابقه بالا دارن، بالای ده بار سعی می‌کنن، بهشون میگیم گوش نمی‌کنن.... خودم شاهد بودم همکارم به علت خستگی به بچه پرخاش کرد، هلهش داد، سرشو فشار داد.. حتی یکبار آنژیوکت از اونور پوست دراومد ولی حاضر نشد بده به من رگ بچه را بگیرم" (م ۸).

• **پزشک محوری** یکی دیگر از درون‌مایه‌های فرعی پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران است که نشان می‌دهد ارتباط مناسبی بین پزشکان، پرستاران و والدین در بخش کودکان شکل نمی‌گیرد و این می‌تواند سبب پریشانی اخلاقی در این بخش شود. برخی مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند به دنبال کار غیراخلاقی توسط پزشکان و اطاعت بدون چون و چرا از آنان احساس ضعف و ربات بودن نزد پزشکان کرده و به دلیل ارائه اطلاعات صحیح و آموزش به پدر و مادر در زمینه بیماری و داروهای مصرفی از سوی پزشکان توهین می‌شدند.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: "بیمارستان خصوصی بودم من تازه وارد بخش شده بودم کاردکس باز کردم به مادر گفتم بچه شما فقط پدیاک میگیره مادر عصبانی شد که من فقط شی ۵ میلیون پول هتل میدم.... پزشک منو کشید کنار گفت تو حق نداشتی اطلاعات دارویی به مادر بدی مگه تو کی هستی" (م ۸).

مشارکت‌کنندگان اجرای برخی دستورات بدون چون و چرای پزشکان را یکی از عوامل تنش اخلاقی می‌دانند. آن‌ها بیان می‌کنند برخی پزشکان دستور به انجام کارهایی می‌دهند که می‌تواند از نظر جسمی و روانی به بیمار آسیب بزند و آن‌ها مجبور هستند آن‌ها را اجرا کنند و این می‌تواند سبب پریشانی اخلاقی آن‌ها شود.

"وقتی پزشک عفونی میاد توبخش زخم بچه‌ها باید با هم باز بشن، بچه‌ها زخم‌های همدیگه رو میبینن استرس دارن اذیت

گرم کشیدم.. سرم شلوغ بود حواسم پرت شد.... استرس زیادی بهم وارد شد.. تا مدتها عذاب وجدان داشتم. احساس بی کفایتی داشتم (م ۱۲).

• **عدم وجود داروی کافی و تجهیزات مناسب این** درون‌مایه فرعی بیانگر آن است خراب بودن دستگاهها و تجهیزات بخش، و نبود داروهای موردنیاز سبب پریشانی اخلاقی در پرستاران می‌شود.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: "از بخش‌های دیگه زنگ می‌زنن این سرم یا دارو دارین. من چون می‌دونم پشتوانه‌ای ندارم ناخودآگاه میگم نه ندارم. مجبورم نیازهای بخش خودمو اولویت بدم... ولی بعدش احساس می‌کنم خیانت کردم که دروغ گفتم." (م ۱۱).

۳- تنش‌های روانی به دنبال دیسترس اخلاقی

این درون‌مایه بیانگر آن است پرستاران تنش‌هایی را به‌صورت اثرات منفی به دنبال مرگ ناگهانی کودک، احساس بی کفایتی و درماندگی به دنبال پریشانی اخلاقی تجربه می‌کنند.

• **اثرات منفی به دنبال مرگ ناگهانی کودک این** درون‌مایه فرعی نشان می‌دهد مرگ ناگهانی نوزاد سبب می‌شد پرستار خود را مقصر بداند و تنش‌های روانی تجربه کند. آن‌ها بیان می‌کردند وقتی به‌صورت ناگهانی با بچه مرده روبرو می‌شدند در حالیکه کاملاً خوب بود و مشکلی نداشت خیلی ذهنشان درگیر می‌شد تا جایی که توانایی حضور در محل کار نداشتند.

مشارکت‌کننده‌ای در این رابطه بیان می‌کند: "مرگ ناگهانی نوزاد تو بخش اذیتم می‌کرد. ما به‌صورت ناگهانی با مرده طرف می‌شدیم. نوزاد آینه می‌کرد. بچه خوب بود. یهو می‌رفتن... حتی کشیکشها را آف می‌کردم. خودمو مقصر می‌دونستم. خودمو مسئول می‌دونستم. من بالای سر یکی از بچه‌ها بودم وقتی قطع امید کرده بودیم. دستشو گرفتم تو دستم گفتم به قاتلت نگاه کن (م ۱۰).

• **احساس بی کفایتی و درماندگی در این راستا** مشارکت‌کنندگان بیان می‌کردند در مواجهه با شرایطی مانند انجام کارهای اشتباه توسط همکاران در زمینه نحوه مصرف داروها و عدم توجه به حرف آنان احساس درماندگی و استیصال می‌کنند.

در این راستا مشارکت‌کننده‌ای بیان کرد: "من خیلی وقتها می‌دیدم مثلاً در مورد مصرف داروها همکارا یه کاری اشتباه انجام میدن... می‌گفتم ولی توجهی نمی‌شد. من احساس استیصال و درماندگی می‌کردم که صدای من به گوش کسی نمی‌رسه، حرف منو کسی نمی‌شنوه. اهمیتی نمی‌ده... این همه خوندم، تحقیق کردم ولی فایده‌ای نداشت (م ۱۱).

میشن... همه زخمهای باز تو محیط سر بسته چون پزشک عجله داره باید بره... باید مواظب باشیم نيفتن باید این کارو انجام بدیم علی‌رغم اینکه میدونیم درست نیست جون پزشک گفته (م ۷).

۲- **خطمشی‌های بیمارستان** برخی عوامل مدیریتی و سیاست‌های سازمان می‌تواند سبب پریشانی اخلاقی در پرستاران شود. پرستاران کمبود نیروی انسانی، حجم کاری بالا و عدم وجود تجهیزات مناسب را از عوامل پریشانی اخلاقی می‌دانستند.

• **کمبود نیروی انسانی** یکی از درون‌مایه‌های فرعی حمایت‌کننده خطمشی‌های بیمارستان می‌باشد بطوریکه به دلیل کمبود تعداد پرستاران و شلوغ بودن بخش فرصت انجام کارها را ندارند و این استرس اجازه مراقبت با کیفیت بالا را به آن‌ها نمی‌دهد. مشارکت‌کنندگان در این رابطه بیان می‌کنند شلوغی بخش و تعداد زیاد بیماران سبب می‌شود آن‌ها نتوانند به درستی از بیمار مراقبت کنند یا پاسخگوی همراهان باشند و این می‌تواند چالش اخلاقی در آنان ایجاد کند.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای بیان می‌کند: "حساب کنید تعداد تخت زیاده، بخش شلوغه، مرتب مریض پذیرش داریم... ماماها میان تو ایستگاه پرستاری میگن سرم بچه نمی‌ره... نمی‌دونیم واقعاً چی کار کنیم، استرس می‌گیریم نمی‌تونیم درست کار کنیم."

• **حجم کاری بالا** یکی از درون‌مایه‌های فرعی دیگر مرتبط به خطمشی بیمارستانی باشد که نشان می‌دهد حجم کاری زیاد اجازه انجام برخی کارها را نمی‌دهد و این سبب پریشانی‌های اخلاقی در پرستاران می‌شود. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کنند با توجه به فشار کاری زیاد نمی‌توانند به وضعیت روانی بچه‌ها و خانواده‌ها توجه کنند و در قبال عدم توجه به ناآگاهی و استرس والدین خود را مقصر می‌دانستند و عذاب وجدان می‌گیرند.

در این رابطه مشارکت‌کننده‌ای اینگونه بیان کرد: "اخلاق حرفه‌ای رعایت نمیشه... به وضعیت روان بچه یا خانواده توجه نمیشه... حجم کاری زیاد یا خستگی زیاد نمیداره... خود من یه جوورایی بابتش عذاب وجدان می‌گیرم. به خانواده بچه که اضطراب داره میگم پشت در بمون، صدات درنیاد... این اذیتم می‌کنه (م ۱۰). پرستاران حجم کاری بالا و تعداد زیاد بیماران در احتمال وقوع خطاهای دارویی در بخش مؤثر می‌دانستند. آن‌ها بیان می‌کنند ناخواه‌آگاه با افزایش حجم کاری احتمال خطای دارویی افزایش می‌یابد و این مساله از لحاظ روانی به آن‌ها فشار وارد می‌کند و احساس ناکارآمدی و بی کفایتی می‌کنند.

"وقتی بخش پرکار میشه ممکنه خطای دارویی اتفاق بیفته من یه بار یه خطایی کردم یه ویتامین کا بجای یک میلی گرم ۱۰ میلی

بحث

در این مطالعه تلاش شده است تا با انجام یک مطالعه کیفی باهدف کشف و تبیین تجربیات پرستاران بخش کودکان از پریشانی اخلاقی به بینش عمیق‌تر و غنی‌تر در مورد این پدیده دست یافت. نتایج مطالعه حاضر نشان داد پرستاران پریشانی اخلاقی تجربه‌شده را با همکاران و سازمان مرتبط دانستند. آن‌ها این عوامل را در بروز پریشانی اخلاقی در بخش کودکان دخیل می‌دانستند. در این راستا نتایج یک بررسی سامانمند تأیید می‌کند که طبق مطالعات قبلی محرک‌های زیادی از پریشانی اخلاقی مرتبط با عوامل در سطح بیمار، واحد/تیم یا علل در سطح سیستم وجود دارد (۴، ۳۶-۳۸). به‌طورکلی، علل ایجادکننده دیسترس اخلاقی متفاوت بوده و می‌توان آن را به‌صورت عوامل مربوط به بیماران، سازمان، روابط بین گروهی و شیوه درمان، طبقه‌بندی کرد (۳۹).

اولین مضمون استخراج‌شده حاصل از مصاحبه‌ها پریشانی اخلاقی مرتبط با همکاران بود. نداشتن مهارت کافی برخی همکاران پزشک و پرستار در انجام کار و مجبور بودن پرستاران به سکوت و اطاعت از پزشکان از عوامل ایجاد پریشانی اخلاقی در پرستاران بود. در این راستا نتایج مطالعات نشان می‌دهد پریشانی اخلاقی اغلب با عواملی در سطح واحد/ تیم و در سطح سیستم مرتبط است. وقتی ارتباط ضعیف در واحد یا همکاری ناکافی بین اعضای تیم وجود داشته باشد می‌تواند پریشانی اخلاقی ایجاد کند. علاوه بر این، احساس ناامنی یا ناکارآمدی درک شده از سوی کارکنان به‌عنوان عامل پریشانی اخلاقی است (۱). در مطالعه پاپاثاناسوگلو^۱ و همکاران (۲۰۱۲) بین نمرات پریشانی اخلاقی و همکاری پرستار و پزشک رابطه منفی وجود داشت (۴۰). اطاعت بی‌چون‌وچرا از دستورات مافوق و نداشتن استقلال حرفه‌ای، ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبتی، می‌تواند از علل روابط بین گروه به حساب آورد (۴۱). یافته‌های یک بررسی سامانمند نشان می‌دهد که همبستگی مثبت بین استقلال حرفه‌ای (۴۲)، توانمندسازی (۴۳) و نمرات پریشانی اخلاقی پرستاران وجود داشت. علاوه بر این، پرستارانی که احساس می‌کنند توسط سرپرستاران حمایت می‌شوند، پریشانی اخلاقی کمتری تجربه کردند (۴۴).

پریشانی اخلاقی مرتبط با خط‌مشی‌های سازمان مضمون دیگر مطالعه حاضر بود. کمبود پرستار و حجم کاری زیاد و عدم اختصاص وقت کافی برای حمایت از بیمار پریشانی اخلاقی پرستاران را به دنبال داشت. در این رابطه نتایج مطالعات دیگر نیز هم‌راستا با این نتایج بود. کمبود وقت پرستاران و سطوح ناکافی کارکنان، حجم کار سنگین و نوبت‌های کاری پرمشغله (۴۵) باعث ایجاد نگرانی در بین

پرستاران انکولوژی اطفال شده است، زیرا کمبود وقت آن‌ها را از حمایت از خانواده به روشی که احساس می‌کردند باز داشت (۴۶). بطوریکه که عدم ارائه مراقبت دلسوزانه و با کیفیت بالا سبب تشدید ناراحتی اخلاقی در میان پرستاران انکولوژی کودکان شد (۴۷). بر اساس نتایج مطالعات قبلی پرستاران اظهار داشتند کمبود وقت و کمبود کارکنان آن‌ها را مجبور می‌سازد تا بین وظایفی که به نظر می‌رسد از اهمیت برابری برخوردار هستند، اولویت‌بندی کنند. آن‌ها تشخیص می‌دادند که صرف وقت بیش‌ازحد برای یک بیمار به علت کمبود نیرو بدین معنی است که بیماران دیگر باید صبر کنند یا مراقبت کمتری دریافت کنند (۴۸-۵۰). پرستاران بیان می‌کردند کار کردن با نیروی انسانی کم از نظر اخلاقی برایشان تنش آور بود. آن‌ها وظایف سنگین به علت نیروی ناکافی را باعث ایجاد مشکل در برطرف کردن نیازهای مراقبتی بیماران می‌دانستند (۵۱).

نتایج مطالعه عراقیان مجرد و شفیع پور (۱۴۰۲) نشان داد که پرستاران به دلیل تحمل شرایط و مشکلات بیمار و همراهان، حجم کاری زیاد، ارائه مراقبت طاقت‌فرسا و ضعف مدیریت در اداره امور پرستاری متحمل فشار کاری زیادی می‌شدند (۵۲). دیسترس اخلاقی رابطه مستقیم با حجم کار و کیفیت ارائه مراقبت و ایمنی بیمار داشته (۵۳، ۵۴) و ساختار محیط کاری نقش مهمی در حفظ و نگهداری پرستاران در سازمان دارد (۵۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد فشار تحمیل‌شده بر پرستاران از سوی سازمان‌ها و سیاست‌های نهادی، کار با همکاران نالایق، مدیریت ضعیف، حجم کاری بالا، کمبود امکانات و نیروی انسانی، عواملی هستند که می‌توانند در ایجاد دیسترس اخلاقی مؤثر باشند (۵۴، ۵۵).

پرستاران کمبود تجهیزات پزشکی و لوازم مورد نیاز بیماران را از منابع ایجادکننده پریشانی اخلاقی می‌دانستند (۵۶).

تنش‌های روانی به دنبال دیسترس اخلاقی در مطالعه حاضر بیانگر آن است پرستاران تنش‌هایی ناشی از مرگ ناگهانی نوزاد و احساس بی‌کفایتی تجربه می‌کنند. مرگ ناگهانی و غیرمنتظره علی‌رغم تلاش پرستار می‌تواند به‌نوعی باعث توسعه و گسترش پریشانی اخلاقی در آن‌ها شود. بخصوص هنگامی که پرستار احساس ناتوانی در پیشگیری از مرگ بیمار داشته باشد. در چنین شرایطی آن‌ها تعجب می‌کنند که چرا چنین مرگ غیرمنتظره‌ای برای بیمار اتفاق افتاده است و یا چه اقدامی را برای تغییر نتیجه می‌توانستند انجام دهند، حتی اگر پرستاران در چنین شرایطی هیچ عملی را برای جلوگیری از مرگ نمی‌توانستند انجام دهند بازهم پریشانی اخلاقی در آن‌ها توسعه می‌یافت (۴۹). برخی از مطالعات آثار منفی پریشانی اخلاقی بر سلامت جسمی پرستاران را به شکل کابوس‌های

¹ Papathanassoglou

شبان، بی‌خوابی، تپش قلب و درد گردن، احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای آن‌ها گزارش کرده‌اند (۵۷-۵۹).

از پیامدهای دیسترس اخلاقی برای پرستاران خشم، احساس گناه، اندوه، اضطراب، افسردگی، درماندگی، احساس شکست، شرم و اندوه است (۶۰). این یافته‌ها با یافته‌های مطالعه حاضر که پرستاران به دنبال پریشانی اخلاقی در بخش کودکان احساس درماندگی می‌کردند و ترجیح می‌دادند دوره‌ای از بخش و مراقبت از بیمار فاصله بگیرند هم‌راستا است. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تمایل نداشتن مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اشاره کرد. پژوهشگران برای رفع این محدودیت، اهداف پژوهش را توضیح دادند و به محرمانه ماندن اطلاعات، تأکید کردند. همچنین این مطالعه یک پژوهش کیفی است، از این رو تفسیر داده‌ها باید با احتیاط انجام گیرد.

پرستاری به شرکت در تصمیم‌گیری بالینی، برقراری رابطه مؤثر با پزشک، استفاده از تجارب و مهارت‌های بالینی پرستاران در تشخیص‌های پزشکی و مراقبت از بیمار، همکاری بین تیمی در چالش‌های بالینی، کاهش حجم کاری پرستاران و ایجاد فرصت استفاده از منابع اطلاعاتی می‌تواند امکان‌پذیر گردد. همچنین طراحی و تدوین برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی برای کمک به کاهش سطح دیسترس در پرستاران از طریق شناسایی شرایط استرس‌زا ناشی از مراقبت‌های پرستاری در این بخش و کاهش سطح قرارگیری پرستاران در معضلات و دوره‌های اخلاقی با در نظر گرفتن عوامل فردی- اجتماعی و شغلی مؤثر بر آن‌ها الزامی به نظر می‌رسد.

با توجه به نبود ابزار مناسب جهت بررسی دیسترس اخلاقی بخش کودکان در ایران، مطالعه‌ای در خصوص طراحی ابزار دیسترس اخلاقی پرستاران بخش کودکان پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولین آموزشی و پژوهشی دانشگاه و پرستارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

محقق پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بابل با شماره IR.IAU.BABOL.REC.1402.115 اقدام به پژوهش نمود. قبل از شروع جلسات مصاحبه، اطلاعات لازم در زمینه مطالعه و هدف آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و در صورت موافقت شرکت‌کنندگان برای همکاری، در خصوص زمان و مکان انجام مصاحبه توافق شد. پس از موافقت شرکت‌کنندگان، جلسات مصاحبه ضبط و پژوهشگر متعهد شد در صورت تقاضای شرکت‌کنندگان در هر قسمت از مصاحبه، ضبط را متوقف کند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد برای خارج شدن از تحقیق آزاد هستند. در صورت درخواست مشارکت‌کنندگان، با رعایت محرمانه ماندن اسامی نتایج به آن‌ها ارائه شد.

نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های مطالعه حاضر پریشانی اخلاقی تجربه‌شده توسط پرستاران بخش کودکان به عواملی مانند کمبود شایستگی همکاران (پزشک و پرستار)، پزشک محوری و اجبار به اطاعت از پزشک مرتبط می‌باشد. پرستاران خط‌مشی‌های بیمارستان مانند کمبود کارکنان، حجم کاری بالا و نبود تجهیزات و امکانات را در ایجاد پریشانی اخلاقی دخیل می‌دانستند. مشارکت‌کنندگان تنش‌های روانی به دنبال پریشانی اخلاقی به صورت ناراحتی و پریشانی به دنبال مرگ ناگهانی کودک و احساس بی‌کفایتی و درماندگی تجربه می‌کردند.

از آنجایی که یافته‌ها نشان داد تحت تأثیر دیسترس اخلاقی پرستاران بخش کودکان احساس ناراحت‌کننده و آزاردهنده‌ای تجربه کردند، 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. همچنین لازم است در جهت کاهش دیسترس اخلاقی و ارتقا اتخاذ تصمیم‌گیری بالینی سامانمند و تفسیری در پرستاران گام برداشته شود که این امر از طریق تقویت دانش، تجربیات بالینی، خودباوری و اعتمادبه‌نفس، حمایت‌های سازمانی نظیر تشویق مدیران

References:

1. Giannetta N, Villa G, Bonetti L, Dionisi S, Pozza A, Rolandi S, et al. Moral distress scores of nurses working in intensive care units for adults using Corley's scale: A systematic review. *Int J Environ Res*

Public Health 2022;19(17): 10640. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710640>

2. Fourie C. Moral distress and moral conflict in clinical ethics. *Bioeth* 2015;29(2): 91-7. <https://doi.org/10.1111/bioe.12064>

- 3 .Giannetta N, Sergi R, Villa G, Pennestri F, Sala R, Mordacci R, et al., editors. Levels of Moral Distress among Health Care Professionals Working in Hospital and Community Settings: A Cross Sectional Study. *Healthcare (Basel)* 2021;9(12): 1673. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121673>
- 4 .Prompahakul C, Epstein EG. Moral distress experienced by non-Western nurses: An integrative review. *Nurs Ethics* 2020;27(3): 778-95. <https://doi.org/10.1177/0969733019880241>
- 5 .Villa G, Pennestri F, Rosa D, Giannetta N, Sala R, Mordacci R, et al., editors. Moral distress in community and hospital settings for the care of elderly people. A grounded theory qualitative study. *Healthcare (Basel)* 2021;9(10): 1307. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101307>
- 6 .Giannetta N, Villa G, Pennestri F, Sala R, Mordacci R, Manara DF. Instruments to assess moral distress among healthcare workers: A systematic review of measurement properties. *Int J Nurs Stud* 2020;111: 103767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103767>
- 7 .Lamiani G, Ciconali M, Argentero P, Vegni E. Clinicians' moral distress and family satisfaction in the intensive care unit. *J Health Psychol* 2020;25(12): 1894-904. <https://doi.org/10.1177/1359105318781935>
- 8 .Lazzari T, Terzoni S, Destrebecq A, Meani L, Bonetti L, Ferrara P. Moral distress in correctional nurses: A national survey. *Nurs Ethics* 2020;27(1): 40-52. <https://doi.org/10.1177/0969733019834976>
- 9 .Delfrate F, Ferrara P, Spotti D, Terzoni S, Lamiani G, Canciani E, et al. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Med Lav* 2018;109(2): 97-109.
- 10 .Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 2016;31(1): 178-82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>
- 11 .Russell AC. Moral distress in neuroscience nursing: An evolutionary concept analysis. *J Neurosci Nurs*. 2012;44(1): 15-24. <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e31823ae4cb>
- 12 .Khalili A, Molavi EA, Familmotaghi A. Design and Psychometric of Pediatric Ethical Care Questionnaire. *Sci J Nurs Midwifery Paramed Fac* 2023;8(3): 90-100.
- 13 .Bartholdson C, Sandeberg Ma, Lützn K, Blomgren K, Pergert P. Healthcare professionals' perceptions of the ethical climate in paediatric cancer care. *Nurs Ethics* 2016;23(8): 877-88. <https://doi.org/10.1177/0969733015587778>
- 14 .Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. *Nurs Ethics* 2019;26(2): 327-45. <https://doi.org/10.1177/0969733017712081>
- 15 .Ventovaara P, Sandeberg Ma, Räsänen J, Pergert P. Ethical climate and moral distress in paediatric oncology nursing. *Nurs Ethics* 2021;28(6): 1061-72. <https://doi.org/10.1177/0969733021994169>
- 16 .Behbodi M, Shafipour V, Amiri M. Comparison of moral distress severity between pediatric ward and pediatric intensive care unit nurses. *J Religion Health* 2018;6(1): 19-28.
- 17 .Hendrick J. *Law and Ethics in Children's Nursing*: John Wiley & Sons; 2011. <https://doi.org/10.1002/9781444320428>
- 18 .Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *J Med Ethics Hist Med* 2012;5(2): 58-69.
- 19 .Bartholdson C, Lützn K, Blomgren K, Pergert P. Experiences of ethical issues when caring for children with cancer. *Cancer Nurs* 2015;38(2): 125-32. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000130>
- 20 .Tahmasebi S, Sabeti F, Hagani H, Mohammadi R. Investigating the relationship between clinical decision making and moral distress of pediatric intensive care unit nurses. *Nurs Midwifery J* 2022;20(2): 137-46. <https://doi.org/10.52547/unmf.20.2.137>

- 21 .Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *J Med Ethics Hist Med* 2013;6.
- 22 .Trotochaud K, Coleman JR, Krawiecki N, McCracken C. Moral distress in pediatric healthcare providers. *J Pediatr Nurs* 2015;30(6): 908-14. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.03.001>
- 23 .Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015;14(6): 443-54.
- 24 .Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq* 2013;10: 297-308. <https://doi.org/10.1007/s11673-013-9466-3>
- 25 .Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015;22(1): 15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803>
- 26 .Karakachian A, Colbert A. Nurses' moral distress, burnout, and intentions to leave: an integrative review. *J Forensic Nurs* 2019;15(3): 133-42. <https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000249>
- 27 .Sannino P, Gianni ML, Carini M, Madeo M, Lusignani M, Bezze E, et al. Moral distress in the pediatric intensive care unit: an Italian study. *Front pediatr* 2019;7: 338. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00338>
- 28 .Sauerland J, Marotta K, Peinemann MA, Berndt A, Robichaux C. Assessing and addressing moral distress and ethical climate, part 1. *Dimensions Crit Care Nurs* 2014;33(4): 234-45. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000050>
- 29 .Grove SK, Gray JR. *Understanding nursing research e-book: Building an evidence-based practice*: Elsevier Health Sciences; 2018.
- 30 .Rahmani N, Nabavian M, Seyed Nematollah Roshan F, Firouzbakht M. Explaining nurses'experiences of social stigma caused by the covid-19 pandemic: A phenomenological study. *Nurs Midwifery J* 2022;20(7): 538-48. <https://doi.org/10.52547/unmf.20.7.538>
- 31 .Polit DF. *Essentials of nursing research: Printed in China*; 2010.
- 32 .Dowling M. From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *Int J Nurs Stud* 2007;44(1): 131-42. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.11.026>
- 33 .Van Manen M. *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*: Routledge; 2016.
- 34 .Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2): 105-12. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- 35 .Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*: Sage publications; 2014.
- 36 .Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics* 2017;24(2): 209-24. <https://doi.org/10.1177/0969733015593408>
- 37 .Hamric AB, Epstein EG, editors. *A health system-wide moral distress consultation service: development and evaluation*. *Hec Forum*; 2017: Springer. <https://doi.org/10.1007/s10730-016-9315-y>
- 38 .Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005;12(4): 381-90. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
- 39 .Lewis SL. Emotional intelligence in neonatal intensive care unit nurses: decreasing moral distress in end-of-life care and laying a foundation for improved outcomes: an integrative review. *J Hosp Palliat Nurs* 2019;21(4): 250-6. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000561>
- 40 .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. <https://doi.org/10.4037/ajcc2012205>
- 41 .Bagheri F, Aghebbati N, Heydari A. The concept of moral distress in the neonatal intensive care unit: a concept analysis using Rogers' evolutionary method. *J Educ Ethics Nurs* 2022;11(3&4): 50-60.
- 42 .Yeganeh MR, Pouralizadeh M, Ghanbari A. The relationship between professional autonomy and moral distress in ICU nurses of Guilan University of Medical Sciences in 2017. *Nurs Pract Today* 2019. <https://doi.org/10.18502/npt.v6i3.1256>
- 43 .Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *Am J Crit Care* 2018;27(4): 295-302. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018252>
- 44 .Ameri M, Mirhashemi B, Hosseini SS. Moral distress and the contributing factors among nurses in different work environments. *Nurs Midwifery Sci* 2015; 2(3): 44-9.
- 45 .Challinor JM, Alqudimat MR, Teixeira TO, Oldenmenger WH. Oncology nursing workforce: challenges, solutions, and future strategies. *Lancet Oncol* 2020;21(12): e564-e74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30605-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30605-7)
- 46 .Hopia H, Heino-Tolonen T. Families in paediatric oncology nursing: critical incidents from the nurses' perspective. *J Pediatr Nurs* 2019;44: e28-e35. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.10.013>
- 47 .Newman AR. Pediatric oncology nurses' experiences with prognosis-related communication. Number 3 May 2018. *Oncol Nurs Forum* 2018;45(3): 327-37. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.327-337>
- 48 .Gunther M, Thomas SP. Nurses' narratives of unforgettable patient care events. *J Nurs* 2006;38(4): 370-6. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00129.x>
- 49 .Holsclaw PA, editor *Nursing in high emotional risk areas*. Nursing Forum; 1965: Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1965.tb00308.x>
- 50 .Ferrell BR, editor *Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care*. *Oncol Nurs Forum* 2006. <https://doi.org/10.1188/06.ONF.922-930>
- 51 .Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005;14(6): 523-30. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.6.523>
- 52 .Araghian Mojarad F, Shafipour V. Intensive Care Nurses' Experiences of Moral Distress in the COVID-19 Pandemic. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2023;33(222): 124-34.
- 53 .Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Moral distress in nurses: a description of the risks for professionals. *Texto Contexto Enferm* 2018;27: e4020017. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004020017>
- 54 .Sheppard KN, Runk BG, Maduro RS, Fancher M, Mayo AN, Wilmoth DD, et al. Nursing moral distress and intent to leave employment during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Care Qual* 2022;37(1): 28-34. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000596>
- 55 .Hopia H, Miettinen S, Miettinen M, Heino-Tolonen T. The voice of paediatric oncology nurses: A longitudinal diary study of professional development. *Eur J Oncol Nurs* 2019;42: 28-35. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.07.009>
- 56 .Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004;13(3): 202-8. <https://doi.org/10.4037/ajcc2004.13.3.202>
- 57 .Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics* 2012;19(2): 183-95. <https://doi.org/10.1177/0969733011416840>
- 58 .Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002;9(6): 636-50. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>

59. Pauly BM, Varcoe C, Storch J, editors. Framing the issues: moral distress in health care. *Hec forum*; 2012: Springer. <https://doi.org/10.1007/s10730-012-9176-y>
60. Thorne S, Konikoff L, Brown H, Albersheim S. Navigating the dangerous terrain of moral distress: understanding response patterns in the NICU. *Qual Health Res* 2018;28(5): 683-701. <https://doi.org/10.1177/1049732317753585>

EXPLORING THE EXPERIENCES OF NURSES WORKING IN PEDIATRIC UNITS REGARDING MORAL DISTRESS: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Narges Rahmani^{*1}, Fatemehsadat Seyed Nematollah Roshan², Majedeh Nabavian³, Mojgan Firouzbakht⁴

Received: 01 July, 2024; Accepted: 07 September, 2024

Abstract

Background & Aim: Nurses, as direct providers of patient care, face higher levels of psychological stress in the workplace compared to other healthcare professionals. Nurses working in pediatric wards, where they interact with children and their families, experience increased levels of moral distress. This study was designed to explore the experiences of nurses working in pediatric units regarding moral distress.

Materials & Methods: This qualitative study was conducted using interpretive phenomenological analysis between 2023 and 2024. Twelve nurses with moral distress experiences were selected through purposive sampling from hospitals of Babol and Tehran Universities of Medical Sciences. Data were collected through semi-structured and individual interviews and analyzed simultaneously using Van Manen's approach.

Results: The findings include three main themes and seven subthemes including moral distress related to colleagues (lack of competence, physician-centered), hospital policies (lack of personnel, high workload, and lack of proper equipment), psychological stress following moral distress (negative effects following the sudden death of a child, feeling of insufficiency, and helplessness).

Conclusion: According to the study's findings, reducing moral distress by enhancing clinical knowledge and experience, fostering self-confidence, providing organizational support, managing nurses' workloads, and paying attention to nurses' emotions can be beneficial. Also, designing and organizing educational programs and workshops to help reduce nurses' distress by identifying stressful conditions and minimizing exposure to moral dilemmas.

Keywords: Children, Distress, Ethics, Nurse

Address: Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University of Iran

Tel: +981132415000

Email: na57ra@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University of Iran (Corresponding Author)

² Assistant Professor, Department of Nursing, Tehran Azad Islamic University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University, Iran

⁴ Department of Nursing and Midwifery, Comprehensive Health Research Center, Babol Branch, Islamic Azad University, Iran