

تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی: یک مطالعه کیفی

فاطمه حسن شیرینی^۱، محسن کریمی^{۲*}، امیراحمد شجاعی^۳

چکیده

زمینه و هدف: تنش اخلاقی از جمله مسائل گریبانگیر کادر درمان است. تنش اخلاقی به معنی ناتوانی فرد در عمل براساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای به دلایل فشارهای درونی و بیرونی است. متخصصین مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با شرایط چالش‌برانگیزی مواجه شوند که از نظر اخلاقی در مورد درست یا غلط بودن تصمیمات یا اقدامات درمانی تردید داشته باشند؛ درحالی‌که در برابر تغییر شرایطی که آن را غیراخلاقی می‌پندارند، احساس ناتوانی کنند. امروزه تنش اخلاقی به عنوان یکی از علل اصلی سندرم فرسودگی شغلی درمیان کادر درمان شناخته می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی تنش‌های اخلاقی کادر درمان بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد.

روش بررسی: مطالعه به صورت کیفی به روش تحلیل محتوا از طریق مصاحبه‌های حضوری نیمه ساختارمند با مشارکت پزشکان، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد. مصاحبه‌ها در نرم‌افزار ورد پیاده‌سازی، کدگذاری و دسته‌بندی گردید. سپس کدهای مشابه در طبقات و زیرطبقات مشابه قرار گرفت. **یافته‌ها:** ۲۳ مصاحبه انجام و ۱۸ زیرطبقه، ۷ طبقه و ۳ درون‌مایه چالش‌های مراقبتی، تنش‌های ارتباطی تیم درمان و چالش‌های آموزشی شکل گرفت.

نتیجه‌گیری: نتایج از وجود چالش‌های مختلف و تنش‌های اخلاقی حکایت می‌کند که نتایج آن بیمار و کادر درمانی را تحت تاثیر قرار داده و موجب دیسترس، ناامیدی و عدم رضایت می‌شود. مدیریت این چالش‌ها نیاز به تدابیر جدی در تعیین مقررات سیستم درمانی، وظایف شغلی و اصلاح روابط بین‌فردی را مطرح نمود. شناخت تنش‌های اخلاقی در سیستم مراقبتی و درمانی می‌تواند در برنامه‌ریزی و اصلاح ساختار مدیریتی، ارتباطی و در نهایت بهبود کیفیت خدمات و پیامدهای بیماران کمک موثری باشد.

کلمات کلیدی: تنش اخلاقی، ارتوپدی، کادر درمانی، مطالعه کیفی

۱. استادیار گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران hasanshiri7@gmail.com

۲. نویسنده مسئول. دکتری پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران karimiiimohsen@gmail.com

۳. مرکز تحقیقات اخلاقی و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

استادیار گروه اخلاقی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران a_shojaei@sina.tums.ac.ir Dramirahmadsh@yahoo.com

مقدمه

اخلاق جزء جدایی ناپذیر از حرفه‌ی پزشکی به شمار می‌آید. کادر درمانی هر روزه در محیط کاری خود دست به تصمیم‌گیری‌های زیادی می‌زند، اما در عمل همیشه نمی‌توانند بر اساس تعهدات اخلاقی خود عمل کنند (۱). با وجود افزایش نیاز به قضاوت از نظر اخلاقی در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، اغلب فقدان این جنبه در تصمیم‌گیری‌های مربوط به خدمات سلامت حس می‌شود و سیاست‌های استاندارد برای هدایت و همچنین آموزش مدون اخلاق و ساختارهایی برای حمایت اخلاقی پرسنل که در موقعیت تصمیم‌گیری قرار می‌گیرند، وجود ندارد. به این ترتیب، این مسئله عجیب نیست که بسیاری از حرفه‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت از اختلالات مرتبط با استرس رنج می‌برند؛ ضمن آنکه تغییر سیاست‌ها در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، استرس‌های جدیدی را به حرفه‌های پزشکی تحمیل می‌نماید (۲). بر اساس مطالعات اخیر، دوراهی‌های اخلاقی می‌توانند منجر به اختلالات مرتبط با استرس در میان کادر درمان شوند (۳-۵). تجربه‌ی نامطلوبی تحت عنوان تنش اخلاقی، از مسائل عمده‌ای است که کادر درمانی در موقعیت‌های مختلف می‌توانند در معرض آن قرار گیرند (۱). تنش مرتبط با دوراهی‌های اخلاقی اغلب با عنوان تنش اخلاقی یاد می‌شود (۶). تنش اخلاقی^۱ به معنی ناتوانی فرد در عمل بر اساس ارزش‌های درونی و حرفه‌ای به دلایل و فشارهای درونی و بیرونی است. به عبارت دیگر، به شرایطی اشاره می‌کند که در آن‌ها فرد می‌داند عمل اخلاقی صحیح چیست و به آن باور نیز دارد؛ اما قادر نیست مطابق با آن رفتار کند (۷). همه متخصصین مراقبت‌های بهداشتی ممکن است با شرایط چالش‌برانگیزی مواجه شوند که از نظر اخلاقی در مورد درست یا غلط بودن تصمیمات، درمان‌ها و یا اقدامات درمانی تردید داشته باشند؛ در حالیکه در برابر تغییر شرایطی که آن را غیر اخلاقی می‌پندارند، احساس ناتوانی کنند. امروزه تنش اخلاقی به عنوان یکی از علل اصلی

سندرم فرسودگی شغلی^۲ در میان کادر درمان شناخته می‌شود (۶). تنش اخلاقی منجر به خشم، ناامیدی، احساس گناه و و نتایج منفی احساسی در پزشکان و کادر درمانی در هنگام عدم التزام به استانداردهای اخلاقی حین درمان بالینی می‌شود (۹). (۸). مطالعات تجربی نشان دهنده‌ی شیوع و سطح بالای تنش اخلاقی در حرفه‌های مرتبط با پزشکی می‌باشند (۱۱، ۱۰). هرچند شباهت‌هایی بین تنش‌های اخلاقی در تمام حیطه‌های پزشکی وجود دارد ولی هر تخصص پزشکی شرایط خاص خود را دارا بوده و می‌تواند معضلات اخلاقی متفاوتی داشته باشد (۱۲). در میان تخصص‌های مختلف پزشکی می‌توان به رشته‌ی ارتوپدی اشاره کرد که تنش‌ها و استرس‌های فراوانی را برای درمانگران به همراه دارد. جراحان ارتوپد با تنش‌های اخلاقی منحصر به فردی از جمله استفاده از تکنولوژی، ایمپلنت‌های جدید، نوآوری‌های مکانیکی و نیز تعارضات مربوط به مراقبت درمانی از ورزشکاران در سطوح مختلف مواجه هستند. پرستاران این بخش‌ها نیز در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که باید پاسخگوی سوالات و نیازهای بیماران از جمله طولانی‌شدن مدت بستری بیماران، عقب افتادن زمان جراحی و مسائل متعدد مرتبط با درمان باشند که آنها را در معرض تنش قرار می‌دهد. از این رو واکاوی چالش‌های موجود در این بخش‌ها ضرورت دارد تا درمانگران حیطه‌ی ارتوپدی بتوانند با شناخت و حل کردن آن به نحو صحیح، در محیطی آرام و حرفه‌ای به فعالیت بپردازند و در مواجهه با مسایل اخلاقی، حرفه‌ای‌تر عمل کنند. از آنجا که بررسی متون موجود نشان داد تنش‌ها و معضلات اخلاقی در حیطه‌ی ارتوپدی کمتر مورد تحقیق قرار گرفته است؛ بر آن شدیم که تنش‌های اخلاقی پزشکان، پرستاران و دستیاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی؛ که یکی از بزرگترین مراکز درمانی کشور است؛ را مورد بررسی قرار دهیم تا با شناسایی چالش‌های موجود بتوانیم جهت کاهش معضلات موجود و رفع تنش‌ها اقدام کرده و با ایجاد محیطی آرام و حرفه‌ای گامی

داده‌های کیفی را منظم می‌کند. این پروسه شامل کددهی آزاد، ساخت گروه‌ها و خلاصه‌سازی است. کددهی آزاد به معنی نوشتن عناوین و نوت‌ها در متن در هنگام خواندن آن‌ها می‌باشد. موارد نوشته شده مجدداً خوانده شده و در گروه‌های مشابه قرار می‌گیرند (۱۶، ۱۷). بعد از کددهی آزاد؛ کدهای مشابه در گروه‌های جداگانه قرار می‌گیرند (۱۶-۱۸). هدف از ساخت گروه‌ها تنها کنار هم آوردن مشاهدات مشابه یا مربوط نمی‌باشد بلکه داده‌هایی که به یک گروه تعلق دارند می‌توانند به منظور مقایسه داده‌ها و مشاهداتی که به آن گروه تعلق ندارند استفاده شود (۱۹). همچنین هدف از ساخت گروه‌ها فراهم کردن وسیله‌ای به منظور توصیف پدیده، افزایش درک و تولید دانش می‌باشد (۲۲-۲۰). زیر گروه‌ها با رویدادهای مشابه در کنارهم به عنوان یک گروه نامیده می‌شوند و گروه‌ها در کنار هم گروه اصلی را شکل می‌دهند (۲۰، ۱۹). در این مطالعه در مجموع تعداد ۲۳ مصاحبه تا رسیدن به اشباع داده‌ها صورت پذیرفت. بعد از طبقه‌بندی و نام‌گذاری، درون مایه‌های اصلی که اطلاعات مرتبط با تنش‌های اخلاقی را در خود داشتند به دست آمد. مدیریت داده‌ها در کدگذاری متون مصاحبه‌ها به صورت دستی و با دقت فراوان انجام گرفت. به منظور افزایش اعتبار داده‌ها، پژوهشگر از زمان کافی برای غوطه ور شدن در داده‌ها، موضوع مطالعه و تعامل با مشارکت کنندگان استفاده کرد. داده‌های بدست آمده از مصاحبه، پس از پیاده شدن و کدگذاری، توسط همکار طرح مورد بررسی و بازبینی قرار گرفتند. در راستای تامین قابلیت اعتماد داده‌ها، از یک ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی جهت بررسی داده‌ها استفاده شد که در مورد فرآیند کار و یافته‌ها توافق وجود داشت. به منظور بالا بردن قابلیت تأییدپذیری^۱؛ مراحل پژوهش و روش‌شناسی آن به طور مبسوط شرح داده شده است تا در صورت نیاز امکان پیگیری پژوهش برای دیگران فراهم آید. همچنین مستندات مربوط به پژوهش (داده‌های خام: متن پیاده شده مصاحبه‌ها و...) به صورت

در جهت ارتقا درمان و مراقبت از بیماران در این بخش‌ها برداریم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت کیفی به منظور بررسی تنش‌های اخلاقی بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی انجام شد. مشارکت‌کنندگان شامل پزشکان، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی بودند. ابتدا شناسایی افراد واجد اطلاعات کلیدی؛ توسط پرس و جو در بخش و بررسی تخصص‌ها و سوابق کاری انجام گرفت و سپس نامه‌ای برای افراد منتخب ایمیل شد. ایمیل حاوی فرم رضایت آگاهانه و سوالات مصاحبه و توضیحات ضروری بود. در مورد زمان انجام مصاحبه نیز با مشارکت کنندگان توافق شد و مصاحبه‌ها در محل کار کادر درمان یا در گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی به صورت خصوصی انجام گرفت. مصاحبه‌ها به صورت نیمه ساختارمند اجرا گردید به این ترتیب که اهدافی برای پوشش موضوع انتخاب شد و سوالات راهنمایی طراحی گردید. سوالات راهنما این موارد را شامل شد: «آیا تنش اخلاقی را می‌شناسید؟ آیا با عواقب و اثرات تنش‌های اخلاقی آشنایی دارید؟ آیا تجربه مواجهه با تنش‌های اخلاقی را دارید؟ در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد بیماران رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد همراهان رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد همکاران رو به رو هستید؟» «در بخش ارتوپدی با چه تنش‌های اخلاقی در مورد دانشجویان رو به رو هستید؟». پاسخ‌های دریافتی جهت هدایت مصاحبه استفاده و سوالات بعدی را تعیین می‌نمود. این نوع مصاحبه شیوه پرکاربردی است و مطالعات زیادی استفاده از آن را در شرایط مختلف مورد ارزیابی قرار داده و نشان داده‌اند که روشی کارآمد برای اجرای مطالعات می‌باشد (۱۳-۱۵). بعد از انجام هر مصاحبه، فایل صوتی ضبط شده به دقت گوش داده و سپس در نرم افزار ورد پیاده و به صورت داده‌های متنی درآمده و در دسته‌ها و طبقات مشابه قرار گرفت. در این مطالعه تحلیل محتوا با روش استقرایی انجام شد. در این نوع تحلیل محتوا پژوهشگر در ابتدا

- 1 Credibility
- 2 Conformability

مطمئنی نگهداری و ذخیره شدند. جهت کسب معیار قابلیت انتقال^۱، داده‌های توصیفی کافی در گزارش تحقیق آورده شد تا قضاوت در مورد قابلیت انتقال برای خوانندگان به خوبی صورت پذیرد (۲۲). پژوهش حاضر در قالب پایان نامه دوره پزشکی تاریخ ۱۳۹۹/۰۴/۱۰ با تصویب شورای پژوهشی دانشکده پزشکی تهران و دریافت کد اخلاق به شماره IR.TUMS.MEDICINE.REC.۱۳۹۹.۱۸۲ انجام پذیرفت.

یافته‌ها

در این تحقیق کیفی در مجموع ۸ دستیار ارتوپدی، ۹ پرستار، ۱ فلوشیپ، و ۵ استاد مورد مصاحبه قرار گرفتند. تعداد گویه های اولیه ۲۲۸ گویه بود که پس از انجام فرایند تحلیل محتوا و حذف و ادغام گویه های تکراری به ۷۵ گویه خلاصه شد و از این ۷۵ گویه در نهایت ۱۸ زیرطبقه و ۷ طبقه و ۳ درون‌مایه شکل گرفت. جدول یک بیان‌کننده درون‌مایه‌ها، طبقات و زیرطبقات مرتبط با تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی می‌باشد. چالش‌های موجود در بخش ارتوپدی شامل چندین حیطه بودند که به فراخور می‌تواند تنش‌هایی را برای کادر درمان اعم از پزشک، پرستار، دستیار و ... ایجاد نماید. اولین درون‌مایه که تحت عنوان چالش‌های مراقبتی نام‌گذاری گردید شامل دو طبقه فرایندهای درمانی و بیمار و همراه شد. طبقه فرایندهای درمانی، زیر طبقات راند و ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی؛ پاسخگویی، کمبود پرسنل و چالش‌های جراحی را شامل شد. در زیر طبقه راند و ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی، تجارب کادر درمانی حاکی از آن بود که مشکلات موجود در برنامه مراقبتی از جمله ویزیت‌ها می‌تواند تنش‌های اخلاقی برای آنان ایجاد کند که در بیشتر مواقع این تنش‌ها بر دستیاران سال پایین و پرستاران تحمیل می‌شود؛ زیرا در معرض درخواست و سوالات بیماران و همراه آنها قرار

دارند و خیلی از مواقع قادر به پاسخگویی صحیح چراها نیستند. مشارکت‌کننده شماره یک دستیار سال اول ارتوپدی اظهار داشت: "زمان بسیار کم برای ویزیت صبح وجود دارد و امکان ویزیت درست وجود ندارد؛ به عنوان سال یک از بسیاری از مشکلات بیمار سر در نمی‌آوریم." در زیر طبقه پاسخگویی که می‌توان گفت ناشی از مشکلات فرایندهای درمانی از جمله ویزیت و جراحی است سوالات متعدد بیمار و همراهان از درمان، جراحی، ترخیص و نیازهای آموزشی مطرح می‌شود که در بسیاری از مواقع دستیاران و پرستاران پاسخ دقیق آن را نمی‌دانند؛ مثلاً نمی‌دانند جراح تصمیم دارد چه زمانی بیمار را در برنامه جراحی قرار دهد؟ و این عدم پاسخگویی می‌تواند چالش‌هایی در ارتباط کادر درمان، و بیمار و همراه ایجاد نماید. مشارکت‌کننده شماره ۱: "همراهان سوال‌های متفاوتی دارند که به دلیل اینکه پاسخ درستی به سوالات آنها نمی‌شود داد، دچار بحث و تنش می‌شوند. مثل اینکه چه کسی من را عمل می‌کند و جواب ما نمی‌دانم است! در صورتی که می‌دانیم ولی نمی‌توانیم بگوییم. یا مثلاً کی عمل می‌شوم و جواب این است که هنوز معلوم نیست و این پاسخ برای همراهان غیر قابل قبول است." مشارکت‌کننده شماره ۴ دستیار ارتوپدی سال اول: «در بخش در مواردی تعیین تکلیف بیماران که باید از طرف دستیاران سال بالاتر صورت بگیرد طول کشیده و بیمار دچار انتظار طولانی می‌شود که آن را از چشم دستیار سال یک می‌بیند که در اصل درست نیست.» مشارکت‌کننده شماره ۵ دستیار ارتوپدی: «همراهان به طور مکرر به علت تاخیر در مواردی مثل تاخیر در تعویض پانسمان بیماران با کادر درمان درگیری پیدا می‌کنند.» مشارکت‌کننده شماره ۱۰: «پزشکان بیماران را ویزیت نمی‌کنند و بیماران بیشتر مواقع از ویزیت نشدن صحیح شکایت دارند. توضیحات کافی در مورد درمان به بیماران داده نمی‌شود.» کمبود پرسنل نیز معضل دیگری است که می‌تواند چالش‌هایی را در مراقبت از بیمار ایجاد نماید. بدیهی است ارائه

خوب وجود ندارد و از تجهیزاتی با سطح پایین تر استفاده می‌شود.»

زیر طبقه بیمار و همراه یک بخش مهم در فرایندهای مراقبتی است که می‌تواند چالش‌هایی را موجب شود که تنش‌های اخلاقی را برای کادر درمان رقم بزند. سطوح اجتماعی مختلف بیمار و همراه، شرایط اورژانسی بیمار و نبود مقررات تردد در بخش ارتوپدی یا ضعف مدیریتی در این بخش‌ها یا بیمارستان خود، مسائل عمده‌ای است. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۲۲ استاد گفت: «علت مشکلات بخش ارتوپدی ماهیت بیماران که تروما و نزاع و غیره است و تک جنسیتی بودن رشته باعث خشن تر شدن افراد و رشته شده است.» مشارکت کننده شماره ۲۳ استاد: «درک بیماران از شرایط بیماریشان کم است و سطح پایین اجتماعی و اقتصادی آنها باعث درگیری‌هایی با کادر درمان می‌شود.» مشارکت کننده شماره ۵ دستیار: «بیماران از لحاظ فرهنگی اجتماعی در سطح پایینی هستند و بیشتر آنان دچار اعتیاد هستند. بیماران به علت درد بسیار زیاد کنترل رفتار خود را از دست می‌دهند و درگیری کلامی با کادر درمان دارند.» مشارکت کننده شماره ۹ پرستار: «همراهان خارج از ساعت ملاقات در بخش رفت و آمد می‌کنند و مشکل‌زا هستند.» درون‌مایه دوم تحت عنوان چالش‌های ارتباطی کادر درمان، حاکی از تجربه رفتارهای نامناسب و ارتباطات معیوب کادر درمانی بود که طبقات ارتباط بین پزشک و دستیار، ارتباطات دستیاران در سطوح مختلف و ارتباط با سایر کادر درمانی را مطرح می‌نمود. تجربه مشارکت‌کنندگان نشان داد که سیستم آموزشی دستگیری و سلسه مراتب و ارتباطات از استاد تا دستیار سال اول سیکل معیوبی از ارتباطات مخرب و تنش‌زا می‌باشد. مشارکت کننده شماره ۱ دستیار: "رزیدنت‌های سال بالا در خیلی از مواقع درکی از فشار کاری و ساعت بالای کاری و عدم امکان رسیدن به همه کارها را ندارند، هر کاری که به دلیل زیادبودن کارها موفق به انجام نشویم به حساب خطا یا عدم مسئولیت‌پذیری گذاشته می‌شود و حجم بالای کار، عدم تعادل وظایف بین سطوح مختلف دستیاران، فشار بسیار زیاد به

خدمات درمانی زمانی که پرسنل کافی وجود دارد بسیار آسان تر و با چالش کمتری برای تمام تیم مراقبتی از جمله پزشک، پرستار و خدمات همراه است و نیز رضایت دریافت کننده خدمت نیز فراهم می‌شود؛ اما محدودیت‌های جذب نیرو، مقررات سازمانی و شلوغی و کثرت بیمار از جمله عواملی است که ارائه خدمات مطلوب و کافی را دچار مشکل می‌کند در این رابطه مشارکت کننده شماره ۵ دستیار اظهار داشت: «در بیمارستان امام در موارد زیادی کمبود پرسنل مانند بیماربر وجود دارد و رزیدنت مسئول جابه جایی بیماران است.» یا مشارکت کننده شماره ۲۱ استاد بیان داشت: «پرسنل بیمارستان با توجه به تعداد بیماران کافی نیست و باعث تاخیرهایی در درمان آنها می‌شود.» در همین طبقه چالش‌های مرتبط با جراحی نیز مطرح بودند که می‌توان گفت به دلیل ماهیت اعمال جراحی ارتوپدی در نیاز به وسایل جراحی‌های ارتوپدی است که کیفیت، زمان آماده سازی و تایید و مراحل اداری می‌تواند مشکلاتی را ایجاد کند و تنش‌هایی برای بیمار و همراه و کادر درمانی به همراه داشته باشد. تاخیر در انجام جراحی‌ها، عدم تایید وسیله، هزینه‌ها و موارد دیگر نارضایتی و به دنبال آن برخوردهای اصطکاکی را موجب می‌شود. در این رابطه مشارکت کننده شماره ۱۳ پرستار اظهار داشت: «شرکت‌هایی که وسایل را تامین می‌کنند با تاخیر این کار را می‌کنند و بیماران این مسئله را کوتاهی پزشک می‌دانند و تنش با پرستاران ایجاد می‌شود.» یا مشارکت کننده شماره ۱۹ استاد: "وسایل مورد نیاز جهت جراحی‌های ارتوپدی نیاز به تاییدیه‌های زیادی دارد که پروسه طولانی و غیرضروری است که در پروسه درمان بیماران خلل ایجاد می‌کند.» مشارکت کننده شماره ۲۱ استاد: "شرایط کشور هم باعث فشار روحی مضاعف به بیماران و همراهان شده، و تحریک پذیرترند. وسایل مورد نیاز جراحی‌ها سخت پیدا می‌شود. کیفیت جنس‌های استفاده شده در حال حاضر با توجه به شرایط در عمده‌ی موارد پایین است.» مشارکت کننده شماره ۲۲ استاد: «برای بیماران امکان تجهیزاتی

تنش‌های اخلاقی در بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی: یک مطالعه کیفی

مشارکت کننده شماره ۴ دستیار: « این پرستار در موارد زیادی رفتاری ناشایست دارد که به اصطلاح زیرآب زنی به دستیاران سال بالاتر است که بسیار آزار دهنده است.» مشارکت کننده شماره ۷ دستیار: «هنگامی که سال یک بودم حس می‌کردم با من بدرفتاری شده اما وقتی خودم سال دو شدم همان رفتار را پیش گرفتم. رزیدنت های سال یک در مواقع زیادی مسئولیت‌پذیری ندارند و باعث به وجود آمدن تنش با سال بالا می‌شوند. بعضی از مشکلات بین دستیاران هم به نظر ریشه‌ای و مربوط به نوع فرهنگ و تربیت رزیدنت‌هاست. نکته‌ای که قابل ذکر است این است که من در این سیستم دچار تغییر رفتار شدم و از یک آدم خوش اخلاق به بداخلاق تبدیل شدم.» مشارکت کننده شماره ۱۷ پرستار: "علت تنش‌های بخش ارتوپدی هماهنگی کم بین کادر درمان، ماهیت بیماران و حجم کار بسیار بالاست.»

سال‌های پایین و بی‌عدالتی در فشار کاری سال پایین وجود دارد." مشارکت کننده شماره ۲ دستیار: "فشار فیزیکی قابل تحمل است اما روانی خیر. توهین توسط سال‌های بالاتر" مشارکت کننده شماره ۳ دستیار: «سیستم بدرفتاری از استاد شروع و از سال‌های بالا به پایین وجود دارد. توهین به صورت ناسزا وجود ندارد؛ اما روش‌های دیگر اعمال فشار غیراخلاقی اعمال می‌شود؛ مانند اینکه شما ۷۰ ساعت در بیمارستان حضور داشته‌اید اما به شما به نحوی کشیک اضافه یا ماندن اجباری در بیمارستان اضافه می‌شود که بیخوابی‌های پیاپی و ماندن در بیمارستان بیش از ۱۰ روز حتی به وجود می‌آید که در بعضی اوقات حتی امکان استحمام و یا بیرون رفتن حتی کوتاه از بیمارستان وجود ندارد. خود این فشار باعث خستگی بیشتر و تعداد خطاهای بالاتر می‌شود که به صورت یک سیکل معیوب شما را بیشتر تحت فشار قرار می‌دهد.»

درون مایه ها، طبقات، زیر طبقات تنش های اخلاقی بخش ارتوپدی

درون مایه	طبقه	زیر طبقه
چالش‌های مراقبتی	فرایندهای درمانی	راند و ویژگی های غیر موثر و ناکافی پاسخگویی کمبود پرسنل چالش های جراحی
	بیمار و همراه	سطوح اجتماعی مختلف شرایط اورژانسی بیمار نبود مقررات تردد
تنش‌های ارتباطی تیم درمان	ارتباط پزشک و دستیار	اجبار و تحکم بدرفتاری
	ارتباط میان دستیاران	تکرار رفتارهای سلسله مراتبی مخرب عدم درک و توقع
	ارتباط سایر کادر درمان	عدم هماهنگی کادر درمانی
چالش‌های آموزشی	تنش‌های ناشی از کشیک و فشار کاری دستیاران	خستگی مفرط رفاه ناکافی
	وظایف و سطوح نظارتی	عدم همخوانی تعداد بیمار با دستیار عدم نظارت مستقیم اساتید مشخص نبودن سطوح وظایف تحمیل وظایف از سطوح بالاتر

زیادی نیز به کادر درمان وارد می‌کند. خشونت در رفتار نسل به نسل پزشکان ارتوپد منتقل می‌شود و از استاد تا رزیدنت را درگیر می‌کند.»

بحث

در این مطالعه به بررسی تنش‌های اخلاقی موجود در بخش ارتوپدی پرداخته شد. نتایج از وجود چالش‌های مختلف و در نتیجه تنش‌های اخلاقی در یک بخش ارتوپدی بیمارستان آموزشی حکایت می‌کرد که نتایج آن بیمار و کادر درمانی را تحت تاثیر قرار داده و موجب دیسترس، ناامیدی و حتی شکایت و عدم رضایت می‌شد. این چالش‌ها اغلب به دلیل تفاوت نگاه کادر درمان در اهداف و علایق شخصی و سازمانی، نسبت به بیماران اتفاق می‌افتد و به دلیل کمبود منابع مالی و انرژی؛ کادر درمان نمی‌توانند بین وجدان و اخلاقیات خود و شرایط پیچیده‌ی سیستم درمان، تعادل برقرار کنند. مطالعه حاضر نشان داد در فرایندهای مراقبتی، چالش‌های مختلفی مانند محدودیت‌های زمانی در راند، ویزیت‌های غیرموثر و ناکافی؛ کمبود پرسنل در برابر حجم بالای بیمار و نبود امکانات کافی می‌توانند تنش‌های اخلاقی را در ارائه مراقبت و پاسخگویی ایجاد کنند. ویزیت‌های صبحگاهی کادر درمان در مطالعه‌ی حاضر اغلب به علت تعارض با زمان‌بندی‌های طراحی شده از طرف سیستم درمان و جلسات صبحگاهی با محدودیت جدی روبه‌رو بود. برای مثال، ویزیت یک بیمار مشخص در چندین بخش زمانی قبل و بعد از جلسات صبحگاهی و یا قبل و بعد از حضور اساتید انجام می‌شد که این نشان می‌دهد مشکلات زمان‌بندی بیش از حجم بیماران، مشکل‌ساز است. در مطالعات مشابه محدودیت‌های زمانی تعیین شده از سوی سیستم، حجم بالای بیماران در کنار کمبود تخت‌های بیمارستانی کافی برای بستری از نکات قابل توجه در بروز تنش می‌باشند که البته اغلب در سیستم اورژانس و بخش‌های اورژانسی و بخش مراقبت ویژه این یافته‌ها واضح‌تر بیان شده‌اند (۲۴، ۲۳). کیفیت پایین درمان، که در مطالعه‌ی ما بیشتر به صورت ویزیت های غیر موثر و ناکافی، همچنین عدم پاسخگویی به سوالات مکرر

درون مایه سوم نیز که چالش‌های آموزشی در حیطه ارتوپدی بود دربرگیرنده تنش‌های ناشی از کشیک و فشار کاری دستیاران، وظایف و سطوح نظارتی دوره دستیاری بود که تجارب مشارکت‌کنندگان از گروه دستیاران ارتوپدی نشان داد علاوه بر ارتباطات معیوب و نامناسب در سلسله مراتب آموزشی دستیاری ارتوپدی که در درون‌مایه قبل اشاره کردیم خود شرایط آموزشی حاکم بر دوره و شرایط آموزشی بودن بیمارستان چالش‌ها و مسائلی را موجب می‌شد که پیامدهای آن سایر کادر درمانی و مراقبت از بیمار را تحت تاثیر قرار می‌داد. مشارکت‌کننده شماره ۴ دستیار در این رابطه اظهار داشت: «رزیدنت‌های سال ۱ با توجه به شرایط و فشار کاری هیچ زمانی برای درس خواندن ندارند. مورنینگ هر روز و اجباری بودن آن به همراه اسلاید درست کردن، مفید نیست.» مشارکت‌کننده شماره ۵ دستیار: «رزیدنت‌های سال‌های بالاتر هیچ‌گونه محدوده وظایف تعیین شده‌ای ندارند و وظایف خود را به سال‌های پایین‌تر تحمیل می‌کنند. نظارتی بر روی انجام وظایف هیچ سطحی از رزیدنت‌ها وجود ندارد. اگر شما کار خود را کامل انجام دهید و فعال باشید برعکس مورد سواستفاده از طرف سال بالاتر و تحمیل کار بیشتر می‌شوید.» مشارکت‌کننده شماره ۶: «ساعت مورنینگ باعث عدم امکان ویزیت صحیح بیماران در راند صبح می‌شود. تعداد روزهای گزارش صبح زیاد است و بار آموزشی آن کم است. درمانگاه‌های عصر در پروتکل وزارت بهداشت شامل رزیدنت‌ها و دیگر کادر آموزشی نمی‌شود و برگزاری آنها در این بیمارستان باعث خستگی بیشتر و فشار بیشتر به رزیدنت‌ها می‌شود.» مشارکت‌کننده شماره ۸ دستیار: «مشکلات سطوح مختلف رزیدنتی از خود اساتید شروع و به رزیدنت‌های سال یک ختم می‌شود.» مشارکت‌کننده شماره ۱۹ استاد: «تعداد بسیار بالای بیماران و تعداد زیاد کشیک‌ها و خستگی مضاعف باعث افزایش تنش‌های رفتاری بین دستیاران سال‌های مختلف می‌شود. رزیدنت‌ها و کادر درمان فشار کاری بسیار زیادی را تحمل می‌کنند که فشار روحی

بیماران مشخص شده است، در اغلب مطالعات نیز مورد بررسی قرار گرفته است که به خصوص در میان جراحان و ارتوپدها به علت شیفت‌های بیشتر از سایر رشته‌ها و آنکال‌های طولانی با گزارش کیفیت درمان پایین ارزیابی شده است (۲۵). مشاهدات محقق حاکی از آن است که بیماران انتظار دریافت مراقبت‌های با کیفیت را دارند و پرستاران در فراخواندن پزشک یا نادیده گرفتن انتظارات بیماران دچار چالش می‌شوند و گاهی این مسئله موجب بروز تنش‌های اخلاقی میان کادر درمان و بیماران و در نهایت کیفیت پایین درمان و نارضایتی می‌شود. در مطالعه‌ی حاضر به نظر می‌رسید بیماران؛ کیفیت پایین درمان و نارضایتی را به علت‌هایی چون کمبود ارتباط، عدم دریافت اطلاعات کافی و عدم دریافت پاسخ مناسب به سوالات، عدم حضور اساتید و پزشک مسئول بیمار در راندهای روزانه مرتبط می‌دانستند که در مصاحبه‌ها علت اصلی آن، حجم بالای بیماران و حضور بیماران در بخش‌های مختلف ذکر گردید. نکته‌ی مشابه با مطالعات دیگر این است که عدم حضور مناسب جراحان در راندها به علت زمانبندی پیچیده‌ی کاری، حضور در بخش‌های مختلف از قبیل بخش‌های درمان، اورژانس، اتاق عمل، حضور در راندها و جلسات درمانی و درمانگاه‌ها در روز کاری است که مشابه با فعالیت‌های اساتید و تیم درمانی تحقیق حاضر می‌باشد (۲۶). در مطالعه‌ی حاضر نکته قابل توجه این بود که در افزایش حجم بیماران، بستری بیماران در بخش‌های غیر مربوطه صورت می‌گیرد که با توجه به وسعت بیمارستان مورد مطالعه، باعث دشواری قابل توجه در عبور و مرور و حضور در این بخش‌ها می‌گردد. در مطالعه‌ی حاضر، عمده‌ی نارضایتی بیماران هنگام ترخیص به علت عدم دریافت اطلاعات کافی بود، که به نظر می‌رسد بر خلاف مطالعات مشابه "زمان" عامل اصلی این مشکل است. در مطالعات مشابه عامل اصلی محدود کننده در دادن اطلاعات به بیماران، عدم توانایی برقراری ارتباط و عدم تسلط علمی کافی بوده است که به خصوص در رشته‌های غیر جراحی و مخصوصاً در حیطه‌های روانپزشکی که توانایی بالاتری از مهارت‌های ارتباطی

و علمی برای توضیح به بیماران نیاز است نمود داشته است (۲۷). در این مطالعه، چالش‌های جراحی نیز از عوامل تنش‌زا در مراقبت از بیمار بودند که یکی به دلیل عدم برنامه ریزی مناسب و شلوغی بخش‌های جراحی مشابه با برخی مطالعات دیگر بود (۲۸). مورد دوم که در مطالعات به آن پرداخته نشده است در ارتباط با شرایط مالی و سیستم درمان؛ مانند عدم تامین تجهیزات درمانی در زمان مناسب و فرایندهای اداری تایید تجهیزات مورد نیاز جراحی بود که باعث تاخیر و انتظار طولانی بیمار جهت جراحی و بالتبع طول مدت بستری بیشتر و نارضایتی کادر درمان و بیماران می‌گردید. تاخیر در زمان عمل جراحی در مطالعات با علل مختلف بیان شده است. تقدم و تاخر عمل جراحی بیماران با توجه به شرایط و وضعیت سلامتی، حاد و یا مزمن بودن سیر بیماری و اورژانس یا غیر اورژانسی بودن عمل اتفاق می‌افتد (۲۹). مشاهدات محقق حاکی از آن است که به طور معمول بیمارانی که قرار است تحت جراحی انتخابی قرار بگیرند به علت محدودیت‌های موجود و امکان پرشدن تخت‌ها چند روز زودتر از موعد جراحی در بخش بستری می‌شوند و به دلیل نگرفتن درمان خاصی در طی این مدت از این موضوع شکایت دارند. با توجه به حجم بالای بیماران و پرشدن تخت و ظرفیت سیستم در پذیرش بیماران اختلاف تعارض منافع به صورت انتخاب بیماران بر اساس اولویت کادر درمان و نه اولویت درمانی صورت می‌گیرد. مسئله دیگر وجود تعارض منافع است که در مطالعات به وجود آن به خصوص در رشته‌های جراحی پرداخته شده است که نگرانی‌های اخلاقی را به دنبال دارد؛ افزایش خطر آسیب به بیماران، منحرف کردن تصمیم‌گیری‌های بالینی، تحمیل هزینه‌های درمانی نامناسب و عدم رضایت کافی از مسائلی است که در تعارض منافع جراحی وجود دارد (۳۰). بر این اساس، بیماران با اعتیاد و وضع مالی ضعیف و حتی پوشش نامناسب، دچار تروماهای شدید و با چالش‌های رفتاری؛ برخلاف اولویت درمانی و شرایط بیمارانشان کمتر مورد توجه قرار می‌گیرند. در مطالعات مختلف نقش همراهان همچون بیماران به عنوان دریافت کننده خدمت آورده شده است و نارضایتی همراهان بیمار

(۳۶). خاقانی زاده و همکاران (۱۳۹۳) به این نکته اشاره می کنند که شرایط دوره دانشجویی و ضوابط و روابط حاکم بر دوره های دستیاری، محدودیت ها و تحمیل هنجارهایی از سوی اساتید و گروه های آموزشی به گفته ی اسپیندلر^۱ (۲۰۰۰) می تواند در شکل گیری یک مخلوق فرهنگی و تغییر هویت اجتماعی دانشجو موثر باشد (۳۷). همچنین اغلب تعارضات بین اساتید در گرفتن اولویت و تخت اتاق عمل و بستری بیماران سفارشی و دخالت دیگر همکاران، با توجه به منفعت مالی قابل طرح است که بر شرایط کار تیمی و ارتباطات در کادر درمانی تاثیر می گذارد. در نهایت آخرین درون مایه که تحت عنوان چالش های آموزشی بخش ارتوپدی نام گذاری گردید شامل تنش های ناشی از کشیک و فشارکاری دستیاران، وظایف و سطوح نظارتی علاوه بر ارتباطات معیوب و نامناسب در سلسله مراتب آموزشی دستیاری ارتوپدی که در درون مایه قبل اشاره کردیم بود. شرایط آموزشی حاکم بر دوره و آموزشی بودن بیمارستان به تنهایی چالش ها و مسائلی را موجب می شد که پیامدهای آن سایر کادر درمانی و مراقبت از بیمار را تحت تاثیر قرار می دهند. دانشجویان گروه پزشکی و دستیاران ناگزیرند که به منظور ارتقای سطح مهارت های علمی و عملی خود بخش عمده ای از زمان آموزش خود را بر بالین بیماران بگذرانند و در فرایند درمان بیمار دخالت داشته باشند (۳۸). اما در بسیاری از زمان ها دانشجویان نیازمند حضور استاد در کنار خود هستند تا روند درمان بیمار به خوبی طی شود. عدم حضور استاد و انجام درمان ها توسط دستیاران برای بیمار و کادر درمانی و خود دستیار می تواند تنش زا باشد. ضمن آنکه خستگی ناشی از کشیک های طولانی و فشار کاری نیز بر کیفیت مراقبت تاثیر می گذارد. ملک و همکاران (۱۳۹۰) بیشترین تنش ها در دستیاران پزشکی را مرتبط با بار کاری زیاد و مسئولیت های دوره دستیاری توصیف نموده اند (۳۹). همچنین کیفیت پایین آموزش دستیاری، نظام مند نبودن روند آموزش، نداشتن فرصت کافی برای مطالعه و وضع معیشتی

در مطالعات مختلف گزارش می شود (۳۱). برآورده نشدن نیازهای بیماران و همراه آنها، عدم پاسخگویی و عدم اختصاص وقت کافی برای پاسخگویی به خصوص از سوی پرستاران، کمبود اطلاع رسانی فرایندهای درمانی، نقش کم مشارکت در تصمیم گیری ها از جمله عوامل ناراضیاتی همراهان و بیمار محسوب می شود (۳۳)، اما بررسی چالش های اخلاقی بخش ارتوپدی طبقه دیگری تحت عنوان بیمار و همراه را رقم زد که روی دیگر سکه در ایجاد تنش ها بود بدین معنی که در شرایطی بیماران و همراهان خود ایجاد کننده چالش هایی هستند و حتی باعث برهم زدن روندهای معمول مراقبتی در بخش می شوند. تردهای زیاد همراهان با توجه به عدم تبیین و اجرای مناسب مقررات عبور و مرور، درگیری فراوان بین همراهان و کادر درمان و تقاضای بیماران برای رسیدگی و نبود فضای فیزیکی مناسب برای استقرار همراهان، مواردی بودند که چالش هایی را به دنبال داشتند که هم ناراضیاتی بیمار و همراه و هم ناراضیاتی کادر درمانی را به دنبال داشت. اهمیت کار تیمی و ایجاد محیطی سالم برای همکاری در سیستم درمان در مطالعات بسیاری مورد تاکید قرار گرفته است (۳۴). در حالی که در سایر مطالعات تناقض های کار تیمی در تصمیم گیری برای بیماران بیشتر مطرح بوده است؛ نتایج این مطالعه نشان داد چالش ها و تناقض ها در مواردی بسیار کلیدی تر یعنی در رفتار و ارتباط اجتماعی و روابط بین فردی اتفاق می افتد. این تناقضات که به خصوص در بین دستیاران پزشکی به شکل ویژه تری دیده می شد، شامل رفتارهای عمده ی زیر بود: فشار کاری زیاد که گاهی همراه با دستور، ناسزا و اجبار تنبیهی از سطوح بالا به پایین تر در تمام کادر درمان صورت می گرفت. اعمال تنبیه های غیرمعمول مانند کشیک های اضافی، عدم خروج از بیمارستان و حتی درگیری های فیزیکی که کمتر در مطالعات مشابه نمونه ای آن پیدا می شود (۳۵). وجود فشار کاری بالا و فرسودگی شغلی در بین دستیاران ارتوپدی و زنان یا گروه هایی مانند طب اورژانس و قلب در مطالعه سپهر منش و احمدوند (۱۳۹۳) نیز ذکر شده است

1 Spindler

و حقوق پایین نیز از عوامل تاثیرگذار دیگر ذکر شده اند (۴۰). سپهرمنش و احمدوند (۱۳۹۳) نیز خستگی عاطفی، فرسودگی و مسخ شخصیت را از پیامدهای فشارها در دستیاران پزشکی گزارش کرده اند (۳۶)؛ که می‌تواند بر کیفیت ارتباطات در سلسله مراتب آموزشی و حرفه ای و نیز مراقبت از بیمار تاثیر سوء داشته باشد.

نتیجه گیری

در این مطالعه بخش‌های مختلف تعارضات اخلاقی در بین کادر درمان مورد بررسی قرار گرفته است که به نظر می‌رسد همانند تمامی مطالعات مشابه تعارضات در دسته‌های مشابهی قابل توضیح هستند. با این حال، تعارضات مطرح شده در مطالعه‌ی کنونی در سطوحی همانند تاخیر جراحی، برخورد با همراهان، رفتارها و ارتباطات بین فردی و همکاری تیمی به شکل یک مشکل بزرگ قابل تامل و بررسی بیشتری است. به خصوص با توجه به نارضایتی قابل توجه کادر مراقبتی اعم از پرستار و کمک بهیار و به خصوص دستیاران از حیثه‌ی وسیع وظایف و نبود سطوح نظارتی، کشیک‌ها و فشار کاری غیر معمول و عدم بر آورده شدن نیازهای پایه ای، می‌توان تا حد زیادی اختلاف زیاد تعارضات اخلاقی در برخی از حیثه ها را نسبت به مطالعات دیگر پیش بینی نمود که رفع و مدیریت آن ها نیاز به تدابیر جدی در تعیین مقررات

سیستم درمانی، وظایف شغلی و اصلاح روابط بین فردی می‌باشد.

پیشنهادات

با توجه به یافته های این مطالعه پیشنهاد می‌شود توجه بیشتر و دقیق تر به مسئله علوم انسانی در پزشکی و به ویژه موضوعات اخلاق پزشکی در سطوح مختلف حاکمیتی از قبیل وزارتخانه و دانشگاه و سپس بخش های بالینی در بیمارستان‌ها مد نظر قرار گیرد؛ چرا که بحث علوم انسانی در سلامت به نوعی مورد غفلت واقع شده و به اخلاق پزشکی به عنوان بحثی حاشیه‌ای یا تزئینی نگریسته می‌شود و نه موضوعی تلفیق شده با طبابت و پزشکی. پس شایسته است این نگاه تغییر یافته و اخلاق پزشکی در بالین به کار گرفته شود و پزشکان و کادر درمانی همانگونه که سایر علوم و مهارت‌های حرفه را می‌آموزند؛ اخلاق پزشکی را هم بیاموزند و موضوعات اخلاقی را از حاشیه خارج و بلکه آن را اصل و ذات پزشکی بدانند. در اینصورت است که مدیران و سازمان‌های درمانی هم در پی اصلاح اوضاع و سیستم برآمده و تنش ها را از میان بر می‌دارند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه اساتید، دستیاران و پرستاران بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی و همکارانی که تیم تحقیق را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌گردد.

1. Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *ijme*. 2013; 6 (1) :64-73. [Persian].
2. Arnetz B B. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social science & medicine*, 2001. 52(2): p. 203-213. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00220-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00220-3).
3. van der Arend AJ, Remmers-van den Hurk CH. Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nurs Ethics*. 1999 Nov;6(6):468-82. doi: 10.1177/096973309900600603. PMID: 10696193.
4. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(2): 250-256. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x>
5. Raines ML. Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*. 2000; 2(1): 29-41.
6. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):71. <https://doi:10.1186/s13613-017-0293-2>. Epub 2017 Jun 21. PMID: 28639161; PMCID: PMC5479870.
7. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. 1984; Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
8. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical care medicine*. 2007; 35(2): 422-429. <https://doi.org/10.1097/01.ccm.0000254722.50608.2d>.
9. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Consequences of Moral Distress in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *Am J Crit Care*. 2017;26(4):e48-e57. <https://doi:10.4037/ajcc2017786>. PMID: 28668926.
10. Storch J L, Rodney P, Starzomsk R C. *Toward a moral horizon: Nursing ethics for leadership and practice*. Toronto: Pearson; 2013; 160-187.
11. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics*. 2009;16(5):561-73. <https://doi:10.1177/0969733009106649>.
12. Walsh BC, Karia R, Egol K, Zuckerman JD, Phillips D. Teaching Professionalism in Orthopaedic Residency: Efficacy of the American Academy of Orthopaedic Surgeons Ethics Modules. *J Am Acad Orthop Surg*. 2018; 26(14):507-514. <https://doi:10.5435/JAAOS-D-16-00386.86>.
13. Rise MB, Pellerud A, Rygg LØ, Steinsbekk A., Making and maintaining lifestyle changes after participating in group based type 2 diabetes self-management educations: a qualitative study. *PLoS one*, 2013; (5)8: e64009. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064009>.
14. van Esch S C, Heideman W H, Cleijne W, Cornel M C, Snoe FJ. Health care providers' perspective on using family history in the prevention of type 2 diabetes: a qualitative study including different

- disciplines. *BMC Fam Pract.* 2013; 14 (31). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-31>.
15. Noor Abdulhadi N, Al-Shafae M, Wahlström R, Hjelm K. Doctors' and nurses' views on patient care for type 2 diabetes: An interview study in primary health care in Oman. *Primary Health Care Research & Development.* 2013; 14(3): 258-269. <https://doi:10.1017/S146342361200062X> Burnard, P.
 16. Philip Burnard, A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today.* 1991; 11 (6): 461-466. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90009-Y](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90009-Y).
 17. Hsieh H F, Shannon S E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research.* 2005; 15(9): 1277-1288. <https://doi.org/10.1177%2F1049732305276687>.
 18. McCain G C. Content analysis: a method for studying clinical nursing problems. *Applied nursing research: ANR.* 1988; 1(3): 146. [https://doi.org/10.1016/s0897-1897\(88\)80029-6](https://doi.org/10.1016/s0897-1897(88)80029-6).
 19. Dey I. *Qualitative data analysis: A user friendly guide for social scientists.* 1st ed: Routled; 2003.
 20. Robson C. *Real world research: A resource for social scientists and practitioner-researchers.* Vol. 2. 2002; Blackwell Oxford.
 21. Burnard P. Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse education today.* 1996; 16(4): 278-281. [https://doi.org/10.1016/s0260-6917\(96\)80115-8](https://doi.org/10.1016/s0260-6917(96)80115-8).
 22. Polit D.F, Beck C T, Hungler B. *Essentials of nursing research: methods appraisal's and utilization.* 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2004. Translated by Dehghan Nayyeri N and Asadi Nooghabi A A. Andishe Rafiee, Tehran. 2004. P. 254-258. ISBN: 964-8154-18-x.
 23. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics.* 2014; 22(1): 64-76. <https://doi.org/10.1177/0969733014534874>.
 24. Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, Parshuram CS. Moral Distress in PICU and Neonatal ICU Practitioners: A Cross-Sectional Evaluation. *Pediatr Crit Care Med.* 2017 ;18(8): e318-e326. <https://doi: 10.1097/PCC.0000000000001219>. PMID: 28598947.
 25. Rizo CA, Jadad A R, Enkin M J B B M J. What's a good doctor and how do you make one?: Doctors should be good companions for people. *BMJ.* 2002; 325(7366): 711. PMID: PMC1124230.
 26. Coulter A. Patients' views of the good doctor. *BMJ.* 2002; 325(7366):668-9. <https://doi: 10.1136/bmj.325.7366.668>.
 27. Korsch B M, Harding C. *The intelligent patient's guide to the doctor-patient relationship: learning how to talk so your doctor will listen.* Oxford University Pres; 1998.
 28. Shaw A, Ibrahim S, Reid F, Ussher M, Rowlands G. Patients' perspectives of the doctor-patient relationship and information giving across a range of literacy levels. *Patient Educ Couns.* 2009; 75 (1): 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.09.026>.
 29. Lefavre KA, Macadam SA, Davidson DJ, Gandhi R, Chan H, Broekhuysen HM. Length of stay, mortality, morbidity and delay to surgery in hip fractures. *J Bone Joint Surg Br.* 2009; 91(7): 922-7. <https://doi: 10.1302/0301-620X.91B7.22446>.

30. Johnson J, Rogers W. Joint issues – conflicts of interest, the ASR hip and suggestions for managing surgical conflicts of interest. *BMC Medical Ethics*. 2014; 15: 63. <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/15/63>.
31. Bernheim K F, Switalski T J P S. Mental health staff and patient's relatives: How they view each other. *Hosp Community Psychiatry*. 1988; 39(1): 63-68. <https://doi.org/10.1176/ps.39.1.63>.
32. Dolatyari A, Shariffar S T, Zareiyan A, Tadrissi S D. Family satisfaction with care in the intensive care unit: Results of a multiple center study in selected military hospitals. *MCS*. 2014; 1 (1): 18-26. [Persian]. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-44-en.html>.
33. Kalroozi F., Dadgari F., Zareiyan A. Patients' satisfaction from health care group in patient's bill of right observance. *J Mil Med*. 2010; 12 (3): 143-148. [persian] <http://militarymedj.ir/article-1-697-en.html>.
34. Sexton J B, Thomas E J, Helmreich R L J B. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*. 2000; 320 (7237): 745-749. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.745>.
35. Ogulata SN, Erol R J J o M S. A hierarchical multiple criteria mathematical programming approach for scheduling general surgery operations in large hospitals. *J Med Syst*. 2003; 27(3): 259-270. <https://doi.org/10.1023/a:1022575412017>.
36. Sepehrmanesh Z, Ahmadvand A. Prevalence of Burnout in the Residents of Kashan and Isfahan Universities of Medical Sciences in 2012. *RME*. 2015; 7 (1) :27-34. [Persian]. <http://rme.gums.ac.ir/article-1-155-en.htm>.
37. Khaghanizade M, Malaki H, Abbasi M, Abbaspour A, Mohamadi E. Faculty-Related Challenges in Medical Ethics Education: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11 (8) :903-916. [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1434-en.html>.
38. Ziaeddin Tabei S , Afshar L . Patient's rights in university teaching hospitals and Ethical challenges. *Journal of Medical Ethics*, Volume:4 Issue: 13, 2011 [Persian].
39. Malek M, Mohammadi S, Attarchi M. Occupational stress and influencing factors, in medical residents of one of the educational hospitals of Tehran University of Medical Sciences. *RJMS*. 2011; 18 (87): 24-35. [Persian] <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-1830-en.html>.
40. Soleymanha M, Heidarzadeh A, Haghighi M, Khoshrang H, Akbari M. Assessment of Job-Education Satisfaction in Residents of Guilan University of Medical Sciences. *RME*. 2013; 5 (1) :45-51. [Persian] <http://rme.gums.ac.ir/article-1-150-en.html>.

Moral Distress in Orthopedic Ward of Imam Khomeini Hospital: A Qualitative Study

Fateme Hassan Shiri¹, Mohsen Karimi^{2*}, Amir Ahmad Shojaei³

Abstract

Background and Objective: Moral distress is one of the issues facing the medical staff; means the inability of an individual to act on internal and professional values due to internal and external pressures. Healthcare professionals may face challenging situations where they have ethical doubts about the rightness or wrongness of decisions; While feeling helpless in the face of changing circumstances that they consider immoral. Moral distress is recognized as one of the main causes of burnout syndrome among the medical staff. This study was performed to investigate the moral distress of the Orthopedic ward of Imam Khomeini Hospital.

Methods and Materials: This qualitative study was performed by content analysis through semi-structured face-to-face interviews with the participation of physicians, orthopedic residents and nurses of the Orthopedic ward of Imam Khomeini Hospital. The interviews were typed, coded and categorized carefully. Then the similar codes were placed in the same classes and subcategories.

Results: 23 interviews, 18 subclasses, 7 classes and 3 themes were formed: Care challenges, communication challenges of the treatment team, and educational challenges.

Conclusion: The results indicated the existence of various moral challenges, which affected the patient and the staff and caused distress, frustration and dissatisfaction. Addressing and managing these challenges raised the need for serious measures in regulating the health care system, job responsibilities, and improving interpersonal relationships. Recognizing the moral distress in system can be effective in planning and reforming the management and communication structure and ultimately improving the quality of care and patient's outcomes.

Keywords: Moral Distress, Orthopedics, Medical Staff, Qualitative Research

1. Assistant Professor, Department of Anesthesiology, Faculty of Paramedical, Kashan University of Medical sciences, Kashan, Iran. hasanshiri7@gmail.com

2. General practitioner, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences. Tehran, Iran. karimiiimohsen@gmail.com

3*. Corresponding author. Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences.

Assistant Professor of Medical Ethics, Dept. of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Tehran, Iran.

Dramirahmadsh@yahoo.com a_shojaei@sina.tums.ac.ir