



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

بکارگیری اخلاق مراقبت در عملکرد پرستاری

استفاده از نظریه اخلاق مراقبت، برای کمک به پرستاران، برای تعیین اینکه آیا آنها از این نظریه به طور موثر در عملکردشان استفاده میکنند، مورد بحث است. پس از یک تعریف اساسی از مراقبت، شامل نظریه مراقبت واتسون، تکامل نظریه اخلاق مراقبت به طور مختصر مشخص خواهد شد. نمونه‌های برای نشان دادن چهار مرحله مراقبت و چهار عنصر مراقبت تورنتو (1993) مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

تعریف مراقبت

مراقبت و پرستاری به طوری در هم تنیده شده که پرستاری، همیشه در همان صفحه در یک جستجوی گوگل برای تعریف مراقبت ظاهر میشود. مراقبت عبارتست از " احساس و نمایش نگرانی و دلسوزی برای دیگران؛ نشان دادن و یا داشتن شفقت " (دیکشنری رایگان، 2002، بند 2). همانطور که این تعاریف نشان میدهد، مراقبت یک احساس است که همچنین نیازمند عمل میباشد.

نظریه مراقبت دکتر ژان واتسون 2 در پرستاری به خوبی شناخته شده است. سه عنصر اصلی نظریه وی عبارتند از: عوامل شفابخش، ارتباطات مراقبت فراشخصی، و موقعیت مراقبت/ لحظه‌ی مراقبت (واتسون، 2001). عوامل شفابخش وی، برای " افتخار ابعاد انسانی از کار پرستاری و دنیای زندگی درونی و تجربه‌های ذهنی مردم برای نجات دادن " تلاش می‌کند (واتسون، 1991، ص 009). دو نمونه از این عوامل شفابخش، که بعدها به عوامل درمانی در سال 2001 تغییر یافتند، در عمل بالینی " توسعه و حفظ کمک -اعتماد، ارتباطات مراقبتی معتبر " و " حاضر بودن و حمایت، بیان احساسات مثبت و منفی به عنوان یک ارتباط از اعماق وجود " هستند (واتسون، 2001، ص 141). برای ساختن این اعتماد، ارتباطات مراقبتی با بیمار، پرستار باید از هر گونه احساسات قضاوتی و یا احساساتی که میتواند به صمیمیت تبدیل شود، خودآگاه باشد. مراقبت نیازمند این است که پرستار یک ارتباط عمیق با روح خود و ارتباط عمیق با بیمار داشته باشد. مدل مراقبتی واتسون نیازمند این است که پرستار به دید منحصر به فرد بودن به افراد بنگرد و تا جایکه امکان دارد کرامت بیمار حفظ شود. عنصر دوم، رابطه مراقبت فراشخصی، آگاهی‌های مراقبتی پرستاران و تعهد

اخلاقی به ارتباط درونی با بیمار را توصیف می کنند. عنصر سوم، موقعیت مراقبت/ لحظه‌ی مراقبت، فضا و زمانی است که در آن بیمار و پرستار برای انجام مراقبت گرد هم می آیند.

نظریه اخلاق مراقبت

ادواردز (2009) تکامل نظریه‌ی اخلاق مراقبت از بیش از 15 سال گذشته را در سه نسخه توصیف می کند. نخست، گیلیگان (1992) بحث را با تمرکز بر زمینه وضعیت در مقابل شور و مشورت بیطرف از موضوع اخلاقی آغاز می کند. بازتاب بیطرفانه یک عنصر از شور و مشورت اخلاقی براساس عدالت است و به بررسی سطح مراقبت یا نزدیکی در ارتباط می پردازد. گیلیگان، نخستین کسی بود که به نظریه‌پردازی اخلاقی از یک موقعیتی که در آن خودشان به عنوان فرد مستقل دیده می شوند به یک موقعیتی که در آن خودشان هم پیوسته و وابسته هستند، پرداخت. غریبه‌ها سطح یکسانی از مراقبت، مانند افرادی که مسئولیتشان برعهده‌ی ماست، دریافت نمی کنند. به عنوان مثال، شما ممکن است موافق مراقبت از گربه همسایه‌تان در زمانی که او نیست، باشید اما این متفاوت با موافقت با مراقبت از خواهرتان در منزلتان است در حالیکه او تحت مراقبت بیمارستان است. مراقبت در یک زنجیره، با سطوح مختلف از درگیری عاطفی برای افراد در یک ارتباط مراقبتی قرار دارد.

دوم، تورنتو (1993) سهم مهمی در عرصه‌ی فلسفه سیاسی بوده است. وی " اینکه اگر ما بر روابط مراقبت و روابط بین قدرت و عمل مراقبت، مانند به بیرون آوردن کودکان و مراقبت از بیمار تمرکز کنیم، مجموعه‌ای کاملاً متفاوت از ترتیبات اجتماعی، بوجود خواهد آمد " (ادواردز، 2009، ص 233). مشابه با گیلیگان (1982)، تورنتو (1993) بین اخلاق مبتنی بر تعهد و اخلاق مبتنی بر مسئولیت تفاوت قائل شده است. اخلاق مبتنی بر تعهد بنابر نظریه‌ی فایده گرایی، وظیفه‌شناسی، و یا سرمایه‌گذاری است (بوچامپ و چیلدرس، 2009)، که در آن تصمیم گیرنده تعیین می کند چه تعهداتی دارد و به تبع آن تعهدات پاسخگو است "چه تعهداتی، در صورت وجود، برای این شخص انجام دهم؟" در مقابل، در اخلاق مبتنی بر مسئولیت، رابطه با دیگران نقطه‌ی شروع است. با توجه به تورنتو (1993)، اخلاق مراقبت شامل توسعه " یک عادت مراقبت " است (ص. 127). پرستار از خودش درخواست خواهد کرد که چگونه مسئولیت مراقبتی خود را به بهترین نحو انجام دهد.

سوم، گاستمانس (2006) و لیتل (1998) به دنبال پاسخ به این سوال، " بهترین راه برای مراقبت از این بیمار در این زمان چیست؟ " بودند. هر دو اخلاق مراقبت را نه به عنوان یک نظریه، بلکه به عنوان یک جهتگیری اخلاقی که از آن عمل سرچشمه می‌گیرد، بررسی کردند. چنین نقدها از اخلاق مراقبت، مراقبت را به عنوان یک دیدگاه لازم برای حساسیت اخلاقی و مسئولیت اخلاقی در نظر می‌گیرد، اما آنها معتقدند ابزارهای دیگری برای حل مشکل اخلاقی لازم است. برخی از این ابزارها را در بوشان و چیلدرس (2009) و یا در چهار عنصر تورنتو (1993) که بعداً بحث خواهد شد، می‌توان یافت. برخی از افرادی که از کوری اخلاقی رنج می‌برند و به درد و رنجی که دیگران تحمل می‌کنند، عکس‌العملی نشان نمی‌دهند. برای برخی، دید اخلاقی وجود دارد، اما توسعه یافته نیست. با این حال، یک جهت‌گیری مراقبتی اساس رابطه‌ی پرستار - بیمار و حرفه‌ی پرستاری است (ادواردز، 2009 ؛ گاستمانس، 2006). با توجه به کد اخلاقی برای پرستاران، " اقداماتی که پرستاران برای مراقبت از بیمار انجام می‌دهند بیمار را از نظر فیزیکی، احساسی، اجتماعی، و معنوی تا حد ممکن قادر به زندگی می‌کند " (انجمن پرستاران آمریکا [ANA] 2001، ص. 7).

یک نمونه مراقبتی

آقای جونز، 59 ساله، به بیمارستان برای درد شکم حاد همراه با استفراغ از مواد قهوه زمین مراجعه کرده است. او دارای سابقه طولانی از اعتیاد به الکل و دیابت مدیریت نشده است، و دارای یک قطعی عضو در زیر زانوی سمت چپ می‌باشد. چهار ماه پیش، همسرش بعد از 40 سال از ازدواج، درگذشت. آقای جونز می‌گوید به این دلیل او مراقبت از خود را متوقف کرده و دوباره با شدت شروع به نوشیدن الکل کرده است. طبق گزارش پایان شیفت ارائه شده توسط پرستار، او برای درد، اغلب داروهای بیشتری از سایر بیماران با این وضعیت، درخواست می‌کند. از آنجا که شما برای مراقبت از آقای جونز در موارد متعدد دیگر، در نظر گرفته شده‌اید، شما می‌دانید که او اغلب نیازمند یک سطح بالاتر از بی‌دردی است و شما به خاطر درد و رنج او با تماس به پزشک برای یک تغییر در ترتیب داروها، پاسخگو هستید. پزشک به افزایش دوز مرفین، به منظور اجتناب از ایجاد آسیب به بیمار، تردید دارد، پرستار حامی آقای جونز، با درگیر شدن در حل تعارض با پزشک می‌باشد. نتیجه یک افزایش در دوز مرفین است.

بکارگیری اخلاق مراقبت در عمل

تورنتو (1993) این تعریف از مراقبت را پیشنهاد داد:

در کلی‌ترین سطح پیشنهاد می‌شود مراقبت به عنوان گونه‌هایی از فعالیت در نظر گرفته شود که شامل هر چیزی که برای حفظ، ادامه و بهبود "جهان" انجام می‌شود به طوریکه بتوان در آن به خوبی زندگی کرد. جهان، شامل وسایلمان، خودمان و محیط اطرافمان می‌باشد، وب حفظ زندگی. (ص. 103)

تورنتو پیشنهاد می‌کند که یک رابطه اخلاقی از قبل موجود بین مردم وجود دارد؛ بنابراین، سوال این است که، " چگونه من می‌توانم مسئولیت مراقبتی خودم را به انجام برسانم؟ " مدل تورنتو چهار مرحله‌ی مراقبتی و چهار عنصر مراقبتی پیشنهاد می‌کند. مراحل لزوماً پی در پی نیستند و اغلب هم همپوشانی دارند. عناصر مراقبت اصول لازم به منظور نشان دادن مراقبت در نظر گرفته می‌شوند.

چهار مرحله از مراقبت. نشست تورنتو (1993) ، چهار مرحله‌ی مراقبت از بیماران شامل استراتژی‌های شناختی،

عاطفی، و عمل عبارتند از:

1. نگران بودن در مورد بیمار

2. مراقبت از بیمار

3. ارائه مراقبت

4. دریافت مراقبت (ص. 165)

در مورد آقای جونز، پرستار در مرحله یک (نگران بودن) نیاز برای افزایش داروی درد برای کاهش درد بیمار، را تشخیص می‌دهد. در مرحله دو (مراقبت از بیمار) پرستار خود را مسئول پاسخگویی به سطح درد متحمل شده توسط بیمار، می‌بیند. بنابراین، در مرحله سه (ارائه درمان)، پرستار دست به کار می‌شود و با پزشک برای تغییر در میزان داروی بی‌دردی، تماس می‌گیرد، و دوز مورفین افزایش می‌یابد. این کار در عکس العمل نسبت به نیازهای بیمار انجام می‌شود. مواجهه و درگیری با پزشک، بخش ضروری از مراقبت است (کهلن، 2011 ، لاچمن، 2009). در نهایت، در فاز چهار

(دریافت مراقبت)، پرستار موفقیت از مداخله با بیمار (دریافت کننده‌ی مراقبت) را ارزیابی می‌کند. این آخرین مرحله به حفظ رابطه‌ی بین بیمار و پرستار کمک می‌کند، و جنبه متمایز اخلاق مراقبت است (ادواردز، 2011).

این مثال فرآیند پرستاری را در عمل نشان می‌دهد، و این روش‌های حل مسئله برای عمل پرستاری کارآمد مورد نیاز است. با این حال، اجرای این فرایند است که تعیین می‌کند که آیا بیمار مراقبت را تجربه کند. مراقبت پرستاری را تعریف می‌کند، همانطور که درمان اغلب داروها را تعریف می‌کند. پرستار آسیب‌پذیری بیمار را درک می‌کند، اصولاً به این دلیل، بیمار پتانسیل برای ایجاد وابستگی، نیاز دارد (ادواردز، 2009). در مورد آقای جونز، تمرکز پزشک روی درمان قطع عضو است، در حالی که پرستار نیازمند اعمال چهار مرحله مراقبت از عمل موثر پرستاری است.

چهار عنصر مراقبت. چهار عنصر یا اصول لازم برای مراقبت موثر نیازمند نگرش و مهارت‌های خاص می‌باشد. مراقبت خوب ترکیبی از فعالیت‌های خاص، نگرش، و دانش از بیمار و وضعیت است. در این مورد، تجربه گذشته‌ی پرستار با بیمار، اطلاعات در مورد نیازهای مدیریتی درد او را ارائه می‌دهد، که به پرستار در جلوگیری از نگرش قضاوت‌مندان در مورد درخواست دارویی درد بیمار کمک می‌کند و انگیزه عمل فعالیت برای درخواست افزایش دوز مسکن می‌شود. چهار عنصر مراقبت تورنتو (1993) شامل موارد ذیل می‌باشند:

1. توجه

2. مسئولیت

3. صلاحیت

4. پاسخگویی به دریافت کننده‌ی مراقبت (ص. 127)

نخست، توجه مستلزم شناسایی بیمار و / یا خانواده می‌باشد. اگر پرستار در شناسایی مورد نیاز شکست بخورد، بیمار یا خانواده مراقبت را تجربه نخواهند کرد. پرستاران با دقت نسبت به بیمار موضع محترمانه‌ای اتخاذ می‌کنند؛ آنها ترجیحات شخصیشان را به جهت دستیابی به اطلاعاتی در مورد زندگی واقعی بیمار به چالش می‌کشند. (گاستمانس،

2006، ص. 136)

بیمارستانها نیز سیاستهایی برای توجه به نیازهای بیمار اجرا کرده‌اند. بعضی از بیمارستانها علائمی نشان دهنده‌ی " منطقه عبور ممنوع " دارند (هندرن ، 2010). این برای تقویت پیامی است که کارکنان هرگز به ، افاق بیماری که در آن چراغ روشن است وارد نمی‌شوند، چون این بیمار در حال بیان یک نیاز است. اجرای کلاسیک دیگر برای حمایت از این عنصر، گردش ساعتی است، که در آن پرستار بطور مستقیم از بیمار در مورد نیازهایش در هر ساعت می‌پرسد (مید، بورسل، کتلسن، 2006) هر دو این استراتژیها به اطمینان بیمار در نادیده گرفته نشدن زمانیکه بیشترین نیاز را دارد، کمک می‌کند.

با توجه به منشور اخلاقی برای پرستاران (ANA ، 2001) همه پرستاران حرفه‌ای یک مسئولیت برای مراقبت، از بیماران تحت پرستاری خود دارند. بنابراین، هیچ عدم اطمینان مسئولیت اطراف آن به عنوان دومین عنصر از مراقبت وجود ندارد. در زمینه اخلاق پرستاری، دیگر هیچ ابهامی وجود ندارد که پرستاران مسئول بیماران اختصاص داده شده می‌باشند. (ادواردز، 2009). با این حال، وسعت و دامنه مراقبتشان می‌تواند سوال برانگیز باشد. آیا پرستار دارویی - جراحی در قبال مراقبت از آقای جونز زمانیکه برای عمل جراحی منتقل شده است، مسئولیتی بر عهده‌اش می‌باشد؟ این نویسنده معتقد است که حداقل، پرستار مسئول انتقال بیمار برای انجام عمل جراحی است و تا جایی که امکان دارد باید حامی بیمار باشد.

عنصر سوم شایستگی (تورنتو، 1993) است. اگر استراتژیهای مدیریتی درد اجرا شده توسط پرستار، بی‌اثر هستند، یا به دلیل عدم آگاهی و یا سازماندهی پروتکلها، پس از آن، این پرستار به عنوان مراقبت دیده از دیدگاه بیمار در نظر گرفته نخواهد شد. مدیر تعهد دارد تا برای پرستار با آموزش مدیریت درد و پروتکلهای مدیریتی درد کارآمد و مبتنی بر مشاهده فراهم کند. پرستار به طور مداوم مسئولیت به روز رسانی صلاحیت را دارد. " رشد حرفه‌ای مداوم، به خصوص در دانش و مهارت، نیازمند تعهد به یادگیری مادام‌العمر است " (ANA ، 2001، ص. 8).

مراقبت خوب مستلزم صلاحیت برای مراقبت افراد - برای ارائه‌ی مراقبت مبتنی بر نیازهای جسمی، روانی، فرهنگی و معنوی از بیمار و خانواده - است (وانلاری و گاستمانس، 2011). مراقبت خوب با هدف کمک به فرد است تا در حد

ممکن مستقل، در عین حال ایمن باشد. مراقبت خوب با توجه زمینه بیمار نیازمند این است که به شایستگی انجام شود، به عنوان مثال، مرگ زن پس از 40 سال از ازدواج.

عنصر نهایی پاسخگویی به بیمار / خانواده دریافت کننده مراقبت است (تورنتو، 1991). بیمار در معرض خطر اقدامات پرستاری و یا عدم اقدامات میباشد. در برخی شرایط، عدم پاسخگویی به بی‌دردی بیمار، برای تعیین اینکه آیا یک طرح متفاوت مراقبتی تضمین شده است، مجدداً بررسی نمی‌شود. پرستار مستلزم تشخیص مراقبتهای مورد نیاز بیمار است.

مراقبت یک عمل متقابل است، در یک چارچوب از رابطه بین پرستار (مراقبت دهنده) و بیمار (مراقبت گیرنده) رخ می‌دهد (گاستمانس، 2006). عمل متقابل متشکل از تایید این مطلب است که مراقبت ارائه شده در واقع برآورده کننده ی نیازهای بیمار باشد. این تبادل همیشه باید با تمرکز بر رفع نیازهای مراقبتی از بیمار و خانواده باشد، بنابراین هیچ سوء استفاده از قدرت رخ نمی‌دهد (به عنوان مثال، پدرسالاری).

واتسون (2001) نیز روی این تبادل رابطه متمرکز کرده است، که او در نوشته‌هایی اهمیت خود مراقبتی پرستاران را نشان می‌دهد. بیمار هرگز نباید به عنوان وسیله‌ای برای پایان ارضاء نفس استفاده شود. خلاصه‌ی ایده‌های گیلیگان (1992)، پرستار نیاز به مراقبت از خود است به جهت اینکه قادر باشد از دیگران مراقبت کند. پرستار باید در استراتژیهای مراقبت از خود درگیر باشد به طوری که او باید به انرژی و انگیزه برای اجرای چهار عناصر مراقبت: توجه، مسئولیت، شایستگی، و پاسخ (تورنتو، 1993) را داشته باشد.

نتیجه‌گیری

اکثر پرستاران در معرض نظریه مراقبتی واتسون قرار گرفتند، اما بسیاری از آنها از نظریه توسعه یافته اخلاق مراقبتی که در روانشناسی اخلاقی با کار گیلیگان (1982) شروع شده بود، آگاه نبودند. مراقبت برای توسعه انسانی بسیار مهم است، و نخستین و مهمترین هدف در نیازهای فیزیکی است. مراقبت در سطح بیولوژیکی برای نوزادان به جهت زنده ماندن لازم است، و همچنین برای بیماری که در پایان زندگی وابسته است، ضروری می‌باشد. اخلاق مراقبت ناشی از

این ایده است که مراقبت اساس وجود انسان است. مراقبت مردم را به شبکه‌ای از روابط متصل می‌کند (وانلاری و گاستمانس، 2011)

با این حال، زمانی که یک فرد تصمیم می‌گیرد تا پرستار شود، او تعهد اخلاقی برای مراقبت از بیماران دارد. چنین تصمیم‌گیری به مراقبت به آرامی گرفته نمی‌شود، به این دلیل که این تصمیم‌گیری منعکس کننده‌ی این بیانیه در منشور اخلاقی برای پرستاران است: "پرستار به ارزش، کرامت و حقوق همه‌ی انسانها بدون در نظر گرفتن ماهیت مشکل سلامتی احترام می‌گذارد (ANA، 2001، ص. 7). مراقبت لازم است اگر یک بیمار، مانند آقای جونز، پیامدهای سلامتی به علت عدم پایداری به یک برنامه درمانی برای دیابت خود و اعتیاد به الکل داشته باشد. کنار گذاشتن تعصبات شخصی و تبعیضها برای پیاده‌سازی چهار مرحله‌ی مراقبتی تورنتو (1993) آسان نیست. چهار بعد از مراقبت پیشنهاد می‌کند که "مراقبت خوب بیشتر از فقط نیت خوب مورد تقاضا است؛ مراقبت خوب ... یک عمل ترکیبی از فعالیتها، نگرشها، و آگاهی از وضعیت است" (گاستمانس، 2006، ص. 137). مراقبت می‌تواند به سادگی یک وظیفه‌ی اخلاقی و بنابراین یک مسئولیت در نظر گرفته شود که بایستی به انجام برسد، یا می‌تواند یک تعهد برای رسیدگی کردن و جدیت درباره‌ی نیازهای بیمار در نظر گرفته شود.



این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی