

Original Article

Moral Sensitivity and Moral Distress in Critical Care Unit Nurses

Somayeh Mohammadi¹, Fariba Borhani², Mostafa Roshanzadeh^{3*}

1. Instructor, Borujen nursing college, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran.

2 Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. MSC of nursing, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: Mroshanzadeh62@gmail.com

Received: 26 Jun 2016 Accepted: 7 Sep 2016

Abstract

Background and Aim: The present study was carried out aiming to determine the relationship between moral distress and moral sensitivity among nurses.

Materials and Methods: This descriptive analytical study was conducted on 257 nurses employed in teaching hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences (South Khorasan) in 2015. Available sampling was done among the nurses working in intensive care units (ICU, CCU, NICU and dialysis) in the whole province meeting the inclusion criteria. The data collection tool was a three-part questionnaire consisting of the demographic information questionnaire, Corly moral distress questionnaire, and the Korean version of the Hun moral sensitivity questionnaire. The collected data were analyzed running SPSS statistical software version 16.

Ethical Considerations: Written consent was obtained from all participants. Additionally, all of them were assured of anonymity of the questionnaires and confidentiality of the information.

Findings: There was no significant relationship between moral distress and the nurses' moral sensitivity ($P=0.2$). The mean scores (out of 5) were 3.5 ± 0.66 for the total moral distress, 3.5 ± 0.75 for the intensity of moral distress, and 3.54 ± 0.66 for the frequency of moral distress, respectively. The mean for moral sensitivity (out of 4) was 3.1 ± 0.45 . There was a statistically significant relationship between moral sensitivity and moral distress with age and years of work experience, and also between moral distress and the type of the ward ($P<0.05$).

Conclusion: The findings indicates that nurses who do not have sufficient executive power for moral performance will experience moral distress, despite their high and low levels of moral sensitivity. Thus, it is necessary hospital administrators to take some specific measures to carry out periodic evaluation of this phenomenon, and hold some codified trainings in this regard.

Keywords: Moral Distress; Moral Sensitivity; Critical Care Unit; Nursing

Please cite this article as: Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral Sensitivity and Moral Distress in Critical Care Unit Nurses. *Med Ethics J* 2017; 10(38): 19-28.

ارتباط حساسیت و دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

سمیه محمدی^۱، فریبا برهانی^۲، مصطفی روشن‌زاده^{۳*}

۱. مربی، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Mroshanzadeh62@gmail.com

دریافت: ۱۳۹۵/۴/۶ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: حساسیت اخلاقی پرستاران را قادر می‌سازد تا نیازهای مددجویان‌شان را تفسیر کرده و مطابق اصول اخلاقی به آن پاسخ دهند که این خود می‌تواند در پیشگیری از شرایط ایجادکننده دیسترس اخلاقی نقش مهمی داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس و حساسیت اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی بر روی ۲۵۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (خراسان جنوبی) در سال ۱۳۹۴ صورت گرفته است. نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بین افراد شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه (CCU، ICU، NICU و دیالیز) در کل استان صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری‌کننده داده‌ها شامل یک پرسشنامه سه قسمتی: شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corly و نسخه کره‌ای پرسشنامه حساسیت اخلاقی Hun بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: از کلیه شرکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه رضایت شفاهی اخذ شد. همچنین به کلیه پرستاران درباره بی‌نام‌بودن پرسشنامه‌ها و محرمانگی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها: بین دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی در پرستاران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/2$). میانگین دیسترس اخلاقی از کل نمره صفر تا ۵ ($3/5 \pm 0/66$) و میانگین دیسترس اخلاقی در بعد شدت $3/5 \pm 0/75$ و در ابعاد تکرار $3/54 \pm 0/66$ بود. میانگین حساسیت اخلاقی از کل نمره صفر تا ۴ ($3/1 \pm 0/45$) بود. بین دیسترس اخلاقی با سن، تعداد سال‌های خدمت و همچنین نوع بخش محل خدمت ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P < 0/05$). همچنین، ارتباط بین حساسیت اخلاقی نیز با تعداد سال‌های خدمت معنی‌دار بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از آن است که افرادی که از توان اجرایی کافی برای عملکرد اخلاقی برخوردار نیستند، جدا از سطح بالا یا پایین حساسیت اخلاقی‌شان دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند. لازم است تا مدیران بیمارستان‌ها راهکارهایی همانند بررسی دوره‌ای این پدیده و همچنین، آموزش مدون در این زمینه اتخاذ نمایند.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی؛ حساسیت اخلاقی؛ بخش‌های مراقبت ویژه؛ پرستاری

مقدمه

پرستاران به عنوان گروه وسیعی از تیم مراقبتی به طور مداوم با مسائل و مشکلات اخلاقی رو به رو هستند که می‌تواند نقش به‌سزایی در کیفیت مراقبت ارائه شده داشته باشد (۱). یکی از این مشکلات شایع دیسترس اخلاقی است. دیسترس نوعی زجر جسمی و روانی است که یک فرد به دنبال مواجهه با تناقض دچار آن می‌شود (۲). پرستاران هنگامی دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند که در شرایطی قرار گیرند که به عملکرد درست اخلاقی اشراف داشته باشند، ولی تحت شرایط موجود امکان عملکرد درست برای‌شان میسر نباشد (۳). این حالت جدا از علل آن، پرستار را با تناقضی رو به رو می‌کند که از یک طرف معتقد به انجام عملکرد درست بوده و از سویی نمی‌تواند به نتایج اخلاقی مد نظرش دست یابد (۴-۵). بروز این شرایط با توجه به شدت چالش و همچنین ویژگی‌های شخصیتی افراد متفاوت است (۶). به دلیل مواجهه با علائم جسمی همانند سردرد، بی‌خوابی و کابوس، اگر فرد نتواند برای شرایط موجود راه حل مناسبی پیدا کند، ارزش‌های اخلاقی‌اش تحت تأثیر قرار گرفته و فرسودگی و افت کیفیت کاری و ترک حرفه بروز خواهد کرد (۷-۸). یکی از عواملی که می‌تواند نقش محوری در حفظ ارزش‌های اخلاقی و پیشگیری از دیسترس اخلاقی در پرستاران داشته باشد، حساسیت اخلاقی است (۹). حساسیت اخلاقی یک ویژگی فردی است و این امکان را فراهم می‌آورد که فرد بتواند عملکرد درست اخلاقی را تشخیص داده و به نتایج اخلاقی درست در تصمیم‌گیری دست یابد (۱۰). حساسیت اخلاقی اولین اصل مطرح در اخلاق فردی است که باعث ایجاد یک سازمان اخلاقی در فرد شده و این امکان را فراهم می‌آورد که فرد در مواجهه با چالش‌های اخلاقی تجسم درستی از عملکرد اخلاقی داشته باشد (۱۱). پرستاران از نظر اخلاقی در امر مراقبت از بیماران مسؤولیت داشته و بایستی ضمن داشتن آگاهی اخلاقی در برابر وضعیت‌های پیش رو از حساسیت کافی نیز برخوردار باشند (۱۲). حساسیت اخلاقی برای عملکرد اخلاقی لازم بوده، اگرچه ارتباط بین حساسیت اخلاقی و رفتارهای اخلاقی همیشه قابل پیش‌بینی نیست. حساسیت اخلاقی پرستاران را قادر می‌سازد تا نیازهای مددجویان را تفسیر

کرده و مطابق اصول اخلاقی به آن پاسخ دهند (۱۳). در این زمینه می‌توان گفت که حرفه پرستاری دارای کدهای اخلاقی است که تنها آگاهی از آن‌ها متضمن عمل به آن‌ها نبوده و فرد بایستی از حساسیت کافی جهت اجرای این کدها برخوردار باشد (۱۴). مروری بر مطالعات صورت‌گرفته در زمینه دیسترس اخلاقی حاکی از سطح متوسط به بالای این پدیده در پرستاران بوده (۱۷-۱۵) و همچنین نشان می‌دهد که دیسترس اخلاقی در بخش‌هایی که پرستاران با مراقبت حاد سر و کار دارند، از سطح بالاتری برخوردار است (۱، ۶، ۱۷). Robinson (۲۰۱۰ م.) در مطالعه‌اش بیان می‌کند که افزایش نگران‌کننده دیسترس اخلاقی، توجه به راهکارهایی از جمله روش‌هایی برای افزایش مسؤولیت و حساسیت اخلاقی را در پرستاران طلب می‌نماید (۵). Noh و همکاران (۲۰۱۳ م.) حساسیت اخلاقی را عاملی تعیین‌کننده در ایجاد دیسترس اخلاقی معرفی کرده و بیان می‌کنند که داشتن حساسیت اخلاقی در دستیابی به نتایج عملکرد اخلاقی مؤثر است (۹). Lutzen و همکاران (۲۰۰۶ م.) در مفهوم‌پردازی دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی بیان می‌کنند که حساسیت اخلاقی احساس ناخوشایندی همانند دیسترس را در افرادی که قادر به افزایش توان اخلاقی خود نیستند، به وجود می‌آورد. وی همچنین حساسیت اخلاقی در عملکرد پرستاران را متوسط ارزیابی کرده است (۱۸). Yeom و همکاران (۲۰۱۶ م.) ضمن بالادانستن حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری بیان می‌کنند که با توجه به رویارویی مداوم پرستاران با چالش‌های اخلاقی، آموزش اخلاقی در این گروه جهت افزایش حساسیت اخلاقی‌شان اهمیت دارد (۱۳). در ایران نیز ایزدی و همکاران به بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی و رفتارهای مراقبتی پرستاران پرداخته، ولی آن را معنی‌دار ندانسته است (۱۹). برهانی و همکاران (۲۰۱۲ م.) تأثیر آموزش را در افزایش حساسیت اخلاقی مثبت ارزیابی کرده‌اند (۲۰). به طور کلی، می‌توان گفت که گسترش حساسیت اخلاقی باعث ایجاد یک نگرش پایه در پرستاران شده و آن‌ها را قادر می‌سازد که بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی از مددجویان به عمل آورند (۲۱). در مقابل آن فردی که از نظر اخلاقی حساسیت لازم را ندارد، توانایی عملکرد درست اخلاقی را نداشته و در نتیجه به

راحتی در مواجهه با چالش‌های اخلاقی دچار دیسترس اخلاقی خواهد شد (۲۲). در نتیجه با توجه به این که ارتباط بین این پدیده‌ها کم‌تر در پرستاران ایرانی مورد توجه قرار گرفته است، مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی بر روی ۲۵۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، در استان خراسان جنوبی در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بوده و از بخش‌های مراقبت ویژه (NICU، ICU، CCU) و دیالیز) در کل استان صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه عبارت از داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، کار تمام وقت، سابقه یک سال کار در بخش‌های بالینی و اشتغال فعلی در کار بالینی بود. ابزار جمع‌آوری‌کننده اطلاعات شامل یک پرسشنامه سه قسمتی است: بخش اول شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی است که ویژگی‌های سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، سنوات خدمت و نوع استخدام را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی است. این پرسشنامه توسط Corly در سال ۱۹۹۵ طراحی و در سال ۲۰۰۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و شامل ۲۱ سؤال است (۲۳-۲۴). هر یک از سؤالات شامل موقعیتی از دیسترس اخلاقی است. گزینه‌های این پرسشنامه در دو بعد شدت و تکرار تنظیم شده و مطابق معیار لیکرت در بعد شدت از صفر (اصلاً) تا ۵ (بسیار زیاد) و در بعد تکرار از صفر (هرگز) تا ۵ (مکرراً) آرایش یافته است. این پرسشنامه در ایران نیز توسط Merghati Khoiee و همکاران در سال ۲۰۰۸ مورد روایی و بومی‌سازی قرار گرفته است (۲۵). پایایی این پرسشنامه در مطالعه عباس‌زاده و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روایی آن به روش (CVI) ۰/۸۸ گزارش شده است (۱۶)؛ بخش سوم شامل نسخه کره‌ای پرسشنامه حساسیت اخلاقی است که توسط Han و همکارانش در سال ۲۰۱۰ مورد روایی قرار

گرفته است (۲۶). این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال در سه حیطه (احترام به بیمار، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و رفتار اخلاقی) است که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده است. این پرسشنامه در ایران توسط برهانی و همکاران در سال ۱۳۹۱ مورد روایی و پایایی قرار گرفته و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۶ محاسبه شده است (۲۰). این پرسشنامه به طور مجدد توسط محقق مورد روایی و پایایی قرار گرفت. به این منظور ابتدا این پرسشنامه به روش دو طرفه از انگلیسی به فارسی، سپس از فارسی به انگلیسی ترجمه شده، سپس جهت تعیین روایی توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در حوزه اخلاق پزشکی از نظر گزینه‌های شفاف‌بودن، مربوط‌بودن و ساده‌بودن مورد بررسی قرار گرفته و CVI آن ۰/۸۱ محاسبه شده است. پایایی آن نیز با حجم نمونه ۳۰ نفری از پرستاران مورد مطالعه (آلفای کرونباخ) ۰/۷۹ محاسبه شد. این پرسشنامه پس از کسب مجوزهای لازم توسط همکار پژوهشگر در محیط‌های پژوهش توزیع شد. از کل ۲۷۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۶۳ پرسشنامه جمع‌آوری شد. تعدادی از پرسشنامه‌ها نیز به دلیل نقص در پاسخگویی از مطالعه حذف شدند. در کل ۲۵۷ پرسشنامه وارد فرآیند تجزیه و تحلیل آماری شد. مدت جمع‌آوری پرسشنامه‌ها یک ماه به طول انجامید. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 16 و آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (تی‌تست، آنالیز واریانس، ضریب همبستگی پیرسون و کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش دارای تأییدیه از کمیته اخلاق، معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره ۹۴:۱۴۵ می‌باشد. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با هدف پژوهش و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه اطلاعات کامل داده شد. همچنین خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و برای شرکت و یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش کسب و درباره بی‌نامی پرسشنامه‌ها و محرمانگی اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها

جدول ۲: ارتباط دیسترس و حساسیت اخلاقی با سن و تعداد

سال‌های خدمت در شرکت‌کنندگان

| متغیر | دیسترس اخلاقی | حساسیت اخلاقی |
|--------------------|---------------|---------------|
| سن | $P=0/03$ | $P=0/03$ |
| | $r=-0/4$ | $r=0/3$ |
| تعداد سال‌های خدمت | $P=0/03$ | $P=0/02$ |
| | $r=-0/5$ | $r=0/4$ |

بحث

هدف اصلی این مطالعه تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی بود. نتایج به دست‌آمده در این زمینه حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار آماری بین دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی است. در تأیید نتایج مطالعه حاضر Milliken (۲۰۱۶ م.) در مطالعه‌اش بیان می‌کند که افرادی که از توان اجرایی کافی برای عملکرد اخلاقی برخوردار نیستند، جدا از سطح بالا یا پایین حساسیت اخلاقی‌شان دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند. به عبارت دیگر دیسترس اخلاقی می‌تواند جدای از سطح حساسیت اخلاقی افراد روی داده، سپس افراد را از نظر اخلاقی حساس کند (۱۸). Milliken همچنین دیسترس اخلاقی را مربوط به احساس دردناکی می‌داند که به دنبال داشتن حساسیت اخلاقی بالا و عدم توان اجرایی کافی در جهت اجرای عملکرد اخلاقی بروز می‌کند (۱۱-۱۲). Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) نیز در مطالعه‌شان بیان می‌کنند که محیط‌های اخلاقی از طریق گسترش مسؤلیت و حساسیت اخلاقی در پرستاران نقش مهمی در مدیریت پدیده دیسترس اخلاقی در پرستاران برعهده دارد (۸). Noh و همکاران (۲۰۱۳ م.) نیز ایجاد جو اخلاقی مثبت و حساسیت اخلاقی را در پیشگیری از عواقب بروز دیسترس اخلاقی در محیط‌های درمانی مؤثر دانسته‌اند. آنان عقیده دارند که شاید بتوان گفت، وقتی حساسیت اخلاقی در افراد افزایش یابد، تکرار خطاهای اخلاقی که زمینه‌ساز دیسترس اخلاقی هستند، کاهش می‌یابد (۹).

شرکت‌کنندگان از نظر سنی در دامنه ۲۵-۵۰ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها $35 \pm 3/4$ سال بود. کم‌ترین و بیشترین سنوات خدمتی به ترتیب ۲ سال و ۲۶ سال بوده و میانگین آن $14 \pm 2/14$ بود. از نظر نوع بخش پرستاران در ۴ گروه جای گرفتند. از نظر وضعیت استخدامی نیز پرستاران به سه گروه رسمی، طرحی و قراردادی تقسیم شدند. میانگین دیسترس اخلاقی از کل نمره (۰-۵) در بعد شدت $3/5 \pm 0/75$ و در ابعاد تکرار $3/54 \pm 0/66$ بود. میانگین حساسیت اخلاقی نیز از کل نمره (۰-۴) $3/1 \pm 0/45$ بود. ارتباط معنی‌داری بین دیسترس اخلاقی و حساسیت اخلاقی مشاهده نشد ($P=0/2$). ارتباط معنی‌داری بین دیسترس اخلاقی با سن، تعداد سال‌های خدمت و همچنین نوع بخش محل خدمت، و نیز بین حساسیت اخلاقی با تعداد سال‌های خدمت و سن در پرستاران مشاهده شد (جدول ۱).

جدول ۱: میانگین دیسترس و حساسیت اخلاقی برحسب

متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

| متغیر | تعداد درصد | شدت دیسترس اخلاقی (M±SD) | تکرار دیسترس اخلاقی (M±SD) | حساسیت اخلاقی (M±SD) | |
|-------------|------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------|
| نوع بخش | ICU | ۱۳۶ | ۵۲/۹۱ | $4 \pm 0/76$ | $4/2 \pm 0/18$ |
| | CCU | ۶۳ | ۲۴/۵۲ | $3/4 \pm 0/66$ | $3/1 \pm 0/58$ |
| | NICU | ۲۶ | ۱۰/۱۲ | $3/66 \pm 0/4$ | $3/33 \pm 0/98$ |
| | دیپالیز | ۳۲ | ۱۲/۴۵ | $2/4 \pm 0/5$ | $3/11 \pm 0/77$ |
| | کل | ۲۵۷ | ۱۰۰ | $P=0/02$ | $P=0/04$ |
| جنس | زن | ۱۷۹ | ۶۹/۶۵ | $3/5 \pm 1$ | $3/51 \pm 1/1$ |
| | مرد | ۷۸ | ۳۰/۳۵ | $4/21 \pm 0/98$ | $2/96 \pm 0/58$ |
| | کل | ۲۵۷ | ۱۰۰ | $P=0/09$ | $P=0/07$ |
| نوع استخدام | رسمی | ۱۶۶ | ۶۴/۶۳ | $3/31 \pm 0/65$ | $3/12 \pm 0/6$ |
| | قراردادی | ۵۳ | ۲۰/۷۵ | $3/8 \pm 0/71$ | $3/53 \pm 0/66$ |
| | طرحی | ۳۸ | ۱۴/۶۲ | $4/1 \pm 0/5$ | $4/8 \pm 0/4$ |
| | کل | ۲۵۷ | ۱۰۰ | $P=0/1$ | $P=0/2$ |

اگرچه مطالعات ذکرشده به طور کل و غیر مستقیم حساسیت اخلاقی را به عنوان یک عامل کاهنده و پیشگیری کننده از برخی از عوامل زمینه ساز دیسترس اخلاقی معرفی کرده اند، ولی به طور مستقیم به نقش پیشگیری کننده حساسیت اخلاقی پرستاران در کنترل دیسترس اخلاقی آن اشاره نشده است. همچنین می توان گفت در این مطالعات حساسیت اخلاقی پرستاران بیشتر به عنوان یک عامل درونی در کنترل دیسترس اخلاقی مطرح شده و نقش آن در کنترل عوامل بیرونی ایجادکننده دیسترس نامشخص معرفی شده است.

شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در این مطالعه در حد متوسط بوده است. مطالعات متفاوت در این زمینه حاکی از آن است که این پدیده در بین پرستاران از شیوع بالایی برخوردار است. برهانی و همکاران (۲۰۱۴ م.) در مطالعه شان سطح این پدیده را در پرستاران متوسط به بالا ذکر نمودند (۴). Russell (۲۰۱۲ م.) نیز سطح این پدیده را در پرستاران بالا دانسته و روند رو به رشد این پدیده را در محیط های درمانی نگران کننده دانسته است (۳). Hamric (۲۰۱۶ م.) نیز شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش های مراقبت ویژه را بالا دانسته و بیان می کند که علت اصلی این پدیده، عدم تصمیم گیری مناسب در روند درمان بیماران انتهایی حیات است (۲۷). جولایی و همکاران (۲۰۱۴ م.) نیز ضمن بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و رضایت شغلی، سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران را متوسط به بالا گزارش کرده اند (۲۸). این مطالعات به طور کل نشان دهنده سطح متوسط به بالای این پدیده در پرستاران بوده و این خود شاید گواه این مطلب باشد که محیط های درمانی ذاتاً با موقعیت های چالش برانگیز همراه است که می تواند تأثیرات مخربی از جمله دیسترس را در افراد گروه مراقبتی ایجاد نماید.

میانگین حساسیت اخلاقی در این مطالعه متوسط به بالا بود. Lutzen و همکاران در مطالعه شان به مقایسه سطح حساسیت اخلاقی در پزشکان و پرستاران پرداخته و سطح حساسیت اخلاقی پرستاران را مطلوب ارزیابی کرده اند (۱۱). Schluter و همکاران (۲۰۱۰ م.) در مطالعه مروری خود ضمن بررسی مطالعات مربوط به حساسیت اخلاقی در

پرستاران، سطح حساسیت اخلاقی در پرستاران را خوب ارزیابی کرده و بیان می کنند که حساسیت اخلاقی علاوه بر ویژگی های شخصیتی، تحت محیط های متفاوت کاری نیز قرار گرفته و می تواند در این محیط ها متفاوت باشد (۲۹). Kim و Ahn (۲۰۰۸ م.) نیز در مطالعه شان سطح حساسیت اخلاقی در پرستاران کره را مطلوب ارزیابی کرده و بیان می کنند که اکثر افراد معمولاً دارای مسؤولیت و حساسیت اخلاقی هستند، ولی پایبندی به این حساسیت در شرایط چالش برانگیز، تفاوت اخلاقی اصلی موجود بین آن ها است (۲۲). در مطالعه ایزدی و همکاران نیز اکثریت پرستاران شرکت کننده از حساسیت اخلاقی بالایی برخوردار بودند (۱۹). عباس زاده و همکاران نیز نمره کل حساسیت اخلاقی در پرستاران را مطلوب ارزیابی کرده اند (۱۰).

در مطالعه حاضر، بین میانگین دیسترس اخلاقی با سن و تعداد سال های خدمت رابطه منفی معنی داری مشاهده شد. به طوری که با افزایش سن و تعداد سال های خدمت، دیسترس اخلاقی کاهش یافت. Epstein و Hamric (۲۰۰۹ م.) در مطالعه شان بین دیسترس اخلاقی با سن رابطه معنی داری مشاهده نکردند، ولی رابطه بین شدت دیسترس اخلاقی و تعداد سال های خدمت را معنی دار یافته، به گونه ای که افزایش تعداد سال های خدمت، خود باعث افزایش تجربه کاری پرستاران شده و تطابق فرد را با عوامل دیسترس زا افزایش داده و افراد به دنبال آن کم تر دچار دیسترس اخلاقی می شدند (۳۰). Cummings (۲۰۰۹ م.) نیز ارتباط بین دیسترس اخلاقی را با سن و تعداد سال های خدمت پرستاران معنی دار گزارش کرده و بسیاری از بحران های اخلاقی پرستاران جوان را ناشی از بی تجربگی در رویارویی با این شرایط معرفی کرده است (۱). Russell نیز ضمن بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران علوم اعصاب، تجربه کاری آن ها را عاملی دانسته که می تواند باعث حل بسیاری از چالش های اخلاقی در شرایط دیسترس زا شود (۳).

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و نوع بخش محل خدمت معنی دار بوده و بیشترین نمره شدت و تکرار دیسترس اخلاقی مربوط به بخش ICU و کم ترین آن مربوط به بخش دیالیز

سال‌های خدمت رابطه معنی‌داری مشاهده نمودند (۳۲). عباس‌زاده و همکاران نیز بین سن و سابقه کاری با حساسیت اخلاقی رابطه معنی‌داری مشاهده نکردند (۱۰). Lutzen نیز بیان می‌کند که با افزایش سال‌های خدمت حساسیت اخلاقی پرستاران افزایش می‌یابد. همچنین پرستارانی که سنوات خدمت بیشتری دارند، تحت تجربه و دوره‌های آموزشی، نگرش و دانش‌شان نسبت به مسائل اخلاقی بهبود یافته و این خود باعث این می‌شود که نسبت به مسائل اخلاقی احساس مسؤولیت بیشتری نمایند (۱۸). Yoo & Shon (۲۰۱۲ م.) نیز در بررسی خود روی پرستاران کره‌ای نشان دادند که نمره حساسیت اخلاقی در افراد بالای ۲۵ سال نسبت به افراد پایین‌تر از این گروه سنی بالاتر بوده است (۳۳). از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی اشاره نمود، لذا بررسی وسیع ارتباط بین حساسیت و دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در سایر نقاط کشور به روش تصادفی، جهت تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از عدم وجود ارتباط معنی‌دار بین حساسیت اخلاقی و پدیده دیسترس اخلاقی بود. سطح پدیده حساسیت اخلاقی در پرستاران مورد مطالعه در سطح مطلوبی بوده، ولی شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران متوسط بود که این خود لزوم انجام اقداماتی را طلب می‌نماید. همچنین، یافته‌ها نشان داد که دیسترس اخلاقی با نوع بخش و همچنین سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه معنی‌داری داشته است، لذا چون میانگین این پدیده در بخش‌هایی همانند ICU به مراتب بالاتر از سایر بخش‌های مورد بررسی بوده، بایستی مدیران در جهت کنترل و کاهش این پدیده، آن در پرستاران این بخش‌ها پیش نموده و همچنین با ارائه راهکارهایی سعی شود تا پرستاران این بخش‌ها به طور گردشی تعویض و به بخش‌هایی منتقل شوند که این پدیده کم‌تر وجود دارد. همچنین با توجه به این‌که در پرستاران شرکت‌کننده که از سن و تجربه خدمتی بالاتری برخوردار بودند، سطح دیسترس پایین‌تر گزارش شد، می‌توان

بوده است. Elpern در مطالعه خود میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بالا گزارش کرده است. وی شرایط مراقبتی خاص موجود در این بخش‌ها را عامل این نتیجه معرفی کرده است (۳۱). Cummings نیز در مطالعه‌اش شدت و تکرار دیسترس را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بالا دانسته و بیان می‌کند که پرستاران در این محیط‌ها با چالش‌های اخلاقی بیشتری رو به و بوده، لذا دیسترس با شدت و تکرار بیشتری در آن‌ها نمود پیدا می‌کند (۱). Janvier (۲۰۰۷) نیز در مطالعه‌اش دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان را بالا دانسته و بیان می‌کند که رویارویی پرستاران با بیمارانی که نیازهای مراقبتی حادثی داشته و از شرایط حیاتی‌تری برخوردارند، زمینه ایجاد چالش‌های اخلاقی بیشتری را در پرستاران ایجاد می‌کند (۶). Lazzarin و همکاران نیز دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش‌های انکولوژی و هماتولوژی مورد بررسی قرار داده و روبرو شدن پرستاران این محیط‌ها را با پدیده مرگ در مددجویان، عاملی برای آن دانسته است (۱۷). برهانی و همکاران (۲۰۱۴ م.) نیز سطح پدیده دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بالا گزارش نموده و بیان می‌کنند که نوع مراقبت ارائه‌شده توسط پرستاران در این بخش‌ها به دلیل این‌که پرستاران را با چالش‌های اخلاقی بیشتری مواجه می‌کند؛ می‌تواند زمینه‌ساز بروز شرایط دیسترس در آن‌ها شود (۴). عباس‌زاده و همکاران نیز میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های مراقبت ویژه بالا گزارش کرده و شرایط حاد مراقبتی از بیمار در این بخش‌ها را در این چالش اخلاقی مؤثر دانسته‌اند (۱۶).

حساسیت اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت ارتباط معنی‌دار و مثبت را داشت. این بدان معنی است که با افزایش سن و سنوات خدمت پرستاران، سطح حساسیت اخلاقی آن‌ها افزایش می‌یابد. Abdou و همکاران (۲۰۱۰ م.) در مطالعه‌شان بیان نمودند که افراد دارای سن بالای ۳۵ سال و تجربه کاری بیش از ۱۲ سال، به طور معنی‌داری نمره حساسیت اخلاقی بالاتری را در ابعاد صداقت و خیرخواهی کسب کردند. ایزدی و همکاران (۲۰۱۳ م.) بین حساسیت اخلاقی با سن و تعداد

نتیجه گرفت که حضور افراد باتجربه در گروه‌های پرستاران، می‌تواند یک عامل کنترل‌کننده خصوصاً برای پرستاران کم‌تجربه‌تر در شرایط چالشی باشد. علاوه بر این، باید خاطرنشان نمود که این پدیده باید در کلیه بخش‌های بیمارستان مورد پایش قرار گرفته و سعی شود با اقداماتی همانند مشاوره و بررسی علل اصلی آن از دیدگاه پرستاران، از بسیاری از عواقب آن جلوگیری نمود. پیشنهاد می‌شود که ارتباط بین حساسیت اخلاقی و دیسترس به طور وسیع‌تر در پرستاران سایر نقاط کشور نیز مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از حمایت مالی مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی شرکت‌کنندگان و کسانی که ما در انجام این مطالعه یاری دادند، تشکر و قدردانی می‌شود.
تعارض منافع وجود ندارد.

References

- Cummings CL. The Effect of Moral Distress on Nursing Retention in the Acute Care Setting. UNF Theses and Dissertations; 2009. 371. Available at: <http://digitalcommons.unf.edu/etd/371>
- Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-930.
- Russell AC. Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. *J Neurosci Nurs* 2012; 44(1): 15-24.
- Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 3.
- Robinson R. Registered nurses and moral distress. *Dimens Crit Care Nurs* 2010; 29(5): 197-202.
- Janvier A, Nadeau S. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *J Perinatol* 2007; 27(4): 203-208.
- Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Advance Neonat Care* 2014; 14(5): 322-328.
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-390.
- Noh D, Kim S, Kim S. Moral Distress, Moral Sensitivity and Ethical Climate of Nurses Working in Psychiatric Wards. *J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 22(4): 307-319.
- Abbaszadeh A, Borhani F, Muezzin Nematolahei L. The comparison of the level of moral sensitivity in nursing student and nurses of Kerman University of medical science in 2010. *Med Ethics J* 2010; 4(12): 39-54. [Persian]
- Lutzen K, Johansson A, Nordstrom G. Moral sensitivity: Some differences between nurses and physicians. *Nurs Ethics* 2000; 7(6): 520-530.
- Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nurs Ethics* 2016; 26: 969733016646155.
- Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nurs Ethics* 2016; 24: 0969733015622060.
- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics* 2010; 17(6): 726-740.
- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-573.
- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist* 2013; 6(2):57-66. [Persian]
- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and hematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-195.
- Lutzen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 213-224.
- Izadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh f. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. *Iran J Med Ethics Hist* 2013; 6(2): 43-56. [Persian]
- Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevariz S, Dehestani M. The effect of workshop and Follow on nurses' moral sensitivity. *Iran J Med Ethics Hist* 2012; 6(21): 11-24. [Persian]
- Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics* 2006; 13(2): 187-196.
- Kim HR, Ahn SH. Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean J Med Ethics* 2010; 13(4): 321-336.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-256.
- Corley MC, Hamric AB. Information on shortened form of Corley's moral distress scale. Unpublished manuscript, University of Virginia. Available at: <http://docs.askives.com/what-is-units-of-distress-scale.html>. Accessed in 2014.
- Merghati Khoiee E, Vaziri MH, Shahrzad Alizadegan SH, Motevallian SA, et al. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry* 2008; 3(2): 55-58.
- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nurs Ethics* 2010; 17(1): 99-105.

27. Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc* 2006; 69(1): 16-23.
28. Joolae S, Jalili HR, Rafee F, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. Relationship between Moral Distress and Job Satisfaction among Nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Hayat* 2012; 18(1): 42-51. [Persian]
29. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-321.
30. Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009; 20(4): 330-342.
31. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6): 523-530.
32. Abdou HA, Baddar FM, Alkorashy A. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. *World Applied Sci J* 2010; 11(11): 1375-1387.
33. Yoo MS, Shon KC. Effects of nursing ethics education on biomedical ethics awareness, moral sensitivity and moral judgment of nursing students. *J Korean Bioethics Assoc* 2012; 12(2): 61-76.