

Original Article

The Relation between Moral Distress and Assertiveness among Nursing Personnel

Marjan Mardani Hamooleh¹, Masoomeh Iranshahi^{2*}, Naimeh Seyedfatemi³, Hamid Haghani⁴

1. Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. MSc of Psychiatric Nursing, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
(Corresponding Author) Email: ma.iranshahi@yahoo.com

3. Professor, Department of Psychiatric Nursing, Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4. Instructor, Department of Biostatistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 2 May 2017 Accepted: 27 Jan 2018

Abstract

Background and Aim: Moral distress has been explained as threatening the integrity of nurses and the quality of patient care. In addition, assertiveness skill helps to nurses for better their practice and nurses with higher assertiveness had a more effective chance for improving quality of nursing care. The aim of this study was to determine the relationship between assertiveness and moral distress among nursing personnel.

Materials and Methods: In this descriptive and correlation study, the samples consisted of 200 nursing staff that were working in 2 governmental hospitals in Malayer, 2016. Samples were selected through convenience sampling. Data were gathered by personal data form, assertive scale and moral distress scale (MDS). Data were analyzed by descriptive and analytical statistics.

Ethical Considerations: Written consent was obtained from the participants. They were assured about the confidentiality of information. In addition, they were told that they leave the study whenever they want.

Findings: Results showed that assertiveness level among nursing staff were 91.5% (moderate), 8.5% (high) and 0% (low). In this study 32% of nurses suffered from severe moral distress, 61% of them suffered from moderate moral distress and 7% of nursing staff have mild moral distress. Findings indicated that a significant relationship between moral distress and assertiveness among nursing personnel ($r=.280$, $p=.0001$).

Conclusion: Research findings support to the hypothesis that exist a relation between assertiveness and moral distress. Since moral distress has a significant relationship with assertiveness, assertion training is comments to reduce of moral distress among nursing personnel.

Keywords: Nursing Ethics; Moral Distress; Assertiveness; Nurse

Please cite this article as: Mardani Hamooleh M, Iranshahi M, Seyedfatemi N, Haghani H. The Relation between Moral Distress and Assertiveness among Nursing Personnel. *Med Ethics J* 2017; 11(42): 59-68.

ارتباط تنیدگی اخلاقی و قاطعیت در کارکنان پرستاری

مرجان مردانی حموله^۱، معصومه ایرانشاهی^{۲*}، نعیمه سیدفاطمی^۳، حمید حقانی^۴

۱. استادیار، گروه روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۲. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: ma.iranshahi@yahoo.com

۳. استاد، گروه روان پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. مربی، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۷

چکیده

زمینه و هدف: تنیدگی اخلاقی، یکپارچگی حرفه پرستاری و کیفیت مراقبت از بیمار را تهدید می نماید. از طرفی، داشتن مهارت قاطعیت به پرستاران در جهت عملکرد بهتر آنان یاری می رساند و پرستاران با قاطعیت بالاتر، قادرند مراقبت های پرستاری را با کیفیت بالاتری انجام دهند. هدف این مطالعه، تعیین ارتباط تنیدگی اخلاقی و قاطعیت در کارکنان پرستاری بود.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی و همبستگی، نمونه ها، ۲۰۰ نفر از کارکنان پرستاری در دو بیمارستان دولتی شهر ملایر بودند که به روش نمونه گیری در دسترس در سال ۱۳۹۵ انتخاب شدند. داده ها با استفاده از فرم مشخصات جمعیت شناختی و ابزارهای قاطعیت Gambrill و Richey (۱۹۷۵ م.) و تنیدگی اخلاقی Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) گردآوری شدند، سپس داده ها با بهره گیری از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: از شرکت کنندگان در مطالعه، رضایت کتبی اخذ شد. درباره محرمانگی اطلاعات به دست آمده، برای آنان توضیح داده شد و به آنان گفته شد که هر وقت بخواهند می توانند، از شرکت در مطالعه انصراف دهند.

یافته ها: نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون نشان داد، بین تنیدگی اخلاقی و قاطعیت در کارکنان پرستاری، همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت ($r=0/280$ ، $p=0/001$). همچنین ۷٪ از شرکت کنندگان، تنیدگی اخلاقی خفیف، ۶۱٪ تنیدگی اخلاقی متوسط و ۳۲٪ نیز تنیدگی اخلاقی شدید داشتند. سطح قاطعیت کارکنان پرستاری در ۹۱/۵ درصد موارد در حد متوسط و در ۸/۵ درصد آنان در حد بالا بود.

نتیجه گیری: از آنجایی که بین تنیدگی اخلاقی با قاطعیت در کارکنان پرستاری ارتباط معنادار وجود داشت، آموزش مهارت های قاطعیت به منظور کاستن از سطح تنیدگی اخلاقی کارکنان پرستاری توصیه می گردد.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری؛ تنیدگی اخلاقی؛ قاطعیت؛ پرستار

مقدمه

بیش از یک دهه است که تنش اخلاقی در ادبیات پرستاری، مفهوم‌پردازی شده و نمود یافته است (۱). تنش اخلاقی به عنوان یک مشکل اساسی شناخته شده که پرستاران در تمامی محیط‌های بالینی با آن مواجه می‌شوند (۲). بنابراین ارائه مراقبت در این محیط‌ها برای پرستاران، با تجربه تنش اخلاقی عجین شده است (۳). تنش اخلاقی، هنگامی ایجاد می‌گردد که هرچند شفافیت در قضاوت‌های پرستاران وجود دارد، اما بیان دغدغه‌های آنان در این رابطه با دشواری‌هایی همراه شده است (۴-۶). پرستارانی که از توان اجرایی کافی برای عملکرد اخلاقی برخوردار نیستند، دچار تنش اخلاقی می‌شوند (۷). تنش اخلاقی، یکپارچگی حرفه پرستاری و در نهایت کیفیت مراقبت‌های پرستاری را تنزل می‌دهد (۸). به علاوه، پرستارانی که تنش اخلاقی را در محیط کار تجربه می‌کنند، متمایل به ترک خدمت می‌شوند (۹-۱۰). اینک پرسشی که به ذهن متبادر می‌شود، این است که چه مؤلفه‌هایی به صورت بالقوه می‌توانند با تنش اخلاقی در پرستاران ارتباط داشته باشند؟ یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد دارای توان بالقوه در این رابطه باشد، قاطعیت است. قاطعیت، به عنوان یک رفتار بین فردی، بیانگر این حقیقت است که همه افراد به یک اندازه حائز اهمیت هستند و رفتار قاطعانه، روابط بین فردی را تسهیل می‌کند (۱۱). قاطعیت داشتن در حرفه پرستاری، موجب ارتقای مهارت‌های ارتباطی و مدیریتی می‌گردد (۱۲). در حقیقت، رفتارهای قاطعانه پرستاران را قادر به ارائه خدمات مراقبتی بهتری به مددجویان می‌نماید (۱۳). با این حال، پرستاران در کنار سایر مشکلاتی که در حرفه خود تجربه می‌نمایند، از کمبود قاطعیت نیز رنج می‌برند که این امر می‌تواند برای آنان تهدیدکننده باشد (۱۴). توجه به ویژگی‌های روانی و فردی پرستاران مانند برخورداری از مهارت قاطعیت، می‌تواند ارزشمند باشد، چراکه به نظر می‌رسد پرستاران با بهره‌گیری از این مهارت در محیط پیچیده بالین، قادر می‌گردند که از تأثیرات مستقیم تنش‌های اخلاقی بر عملکرد حرفه‌ای و زندگی شخصی‌شان بکاهند. نداشتن مهارت قاطعیت، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی را برای پرستاران در

خصوص ارتباط پرستار با پزشک، دشوار می‌سازد، به گونه‌ای که پرستاران از یک طرف بر طبق وظیفه، احترام به پزشک را لازم می‌دانستند و از سوی دیگر، نمی‌توانند نسبت به علایق بیماران نیز بی‌تفاوت باشند (۱۵).

مطالعات گوناگونی درباره متغیرهای تنش اخلاقی و قاطعیت در پرستاری انجام شده است. نتایج مطالعه Rathert و همکاران (۲۰۱۶ م.) در ایالات متحده آمریکا بیانگر آن بود که ۵۰٪ از پرستاران در محیط کار خود، تنش اخلاقی داشته‌اند (۱۶). به علاوه، در مطالعه دیگری، میزان تنش اخلاقی پرستاران در شهر تهران در سطح متوسط گزارش شد (۱۷). مطالعات انجام شده گویای این واقعیت می‌باشند که تنش اخلاقی منجر به فرسودگی شغلی پرستاران شده (۱۹-۱۸)، از خشنودی شغلی آنان می‌کاهد (۲۰) و استقلال حرفه‌ای‌شان را به چالش می‌کشد (۲۱). مطالعاتی نیز درباره متغیر قاطعیت انجام شده‌اند. نتایج مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی نشان داد که پرستاران برای گذار موفق از مرحله دانشجویی به پرستاری حرفه‌ای، نیازمند برخورداری از مهارت قاطعیت و تقویت آن می‌باشند (۲۲). یافته‌های مطالعه Adams (۲۰۱۷ م.) که در ایالات متحده انجام شد، نیز بیان داشت که برخورداری از مهارت قاطعیت، رویارویی با چالش‌های محیط کار را برای پرستاران هموار می‌نماید (۲۳).

مرور متون نشان می‌دهد که متغیرهای تنش اخلاقی و قاطعیت مورد نظر پژوهشگران پرستاری بوده‌اند و پژوهشگران این رشته به اهمیت این مفاهیم واقف می‌باشند. با این حال، مطالعه‌ای که در داخل یا خارج از کشور، به طور خاص این دو متغیر را با یکدیگر مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. بنابراین با توجه به این که بین اخلاق حرفه‌ای و سلامت روان در کارکنان پرستاری، ارتباط معنادار وجود دارد (۲۴) و با عنایت به این که پرستاری از حرفه‌هایی است که پرداختن به آن نیازمند برخورداری از قاطعیت و سلامت اخلاقی مطلوب می‌باشد، پژوهشگر بر آن شد تا ارتباط بین متغیر تنش اخلاقی که بر عملکرد اخلاقی پرستاران اثر می‌گذارد را با متغیر قاطعیت که با سلامت روان مطلوب مرتبط است، مورد

بررسی قرار دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین تنش اخلاقی و قاطعیت در کارکنان پرستاری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش، از نوع توصیفی و همبستگی بود که در سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش، تمامی کارکنان پرستاری مشتمل بر پرستاران و بهیاران شاغل در دو بیمارستان دولتی شهرستان ملایر بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول:

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{w^2} + 3$$

و با فرض این که ضریب همبستگی میان متغیرهای تنش اخلاقی و قاطعیت حداقل ۰/۰۲ باشد تا ارتباط آن‌ها از نظر آماری معنادار تلقی گردد و با در نظر داشتن ضریب اطمینان ۹۵٪ (آلفای ۰/۰۵) و توان آزمون ۸۰٪ (بتای ۰/۲) معادل ۲۰۰ نفر برآورد گردید. با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها تعداد ۱۰ پرسشنامه مازاد نیز تکثیر گردید. بر این اساس، ۲۱۰ پرسشنامه توزیع شد.

برای گردآوری داده‌ها از فرم اطلاعات فردی، ابزار تنش اخلاقی Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) و ابزار سنجش قاطعیت Gambrill و Richi (۱۹۷۵ م.) استفاده شد. فرم اطلاعات فردی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کار، بخش محل کار، وضعیت استخدامی، نوع شیفت کاری و نوع اضافه کاری بود.

ابزار تنش اخلاقی توسط Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) برای سنجش تنش اخلاقی پرستاران طراحی شده است (۲۵). این ابزار، شامل ۳۰ گویه در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای می‌باشد که توسط Merghati Khoiee و همکاران (۲۰۰۸ م.) برای پرستاران ایرانی مورد هنجارگیزی قرار گرفته است (۲۶). این ابزار در هر گویه دارای گزینه‌های اغلب اوقات روز، هر روز، اغلب روزها، بعضی روزها، هر از چند گاهی یک بار، تقریباً هرگز و هرگز است که به ترتیب با ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷ مشخص می‌شوند، به طوری که عدد ۱ کم‌ترین تنش و عدد ۷ بیشترین تنش را نشان می‌دهد. نمره کلی ابزار ۲۱۰-۳۰ است و سطوح تنش در ۳ رده به صورت پایین در محدوده نمرات

۹۰-۳۰، متوسط در محدوده نمرات ۱۵۰-۹۱ و بالا در محدوده نمرات ۲۱۰-۱۵۱ ارزیابی می‌شود. ابزار مذکور در مطالعات ایرانی برای جامعه پرستاری مورد استفاده قرار گرفته و روا و پایا شده است. ضریب پایایی گزارش شده برای این ابزار در مطالعات مذکور ۸۸-۰/۹۳ درصد بوده است (۲۸-۲۷). در مطالعه حاضر نیز پژوهشگر اقدام به سنجش پایایی ابزار نمود که به این منظور از روش آزمون مجدد استفاده شد. بر این اساس، ابزار مربوطه توسط ۱۵ نفر از افراد دارای مشخصات همسان با جامعه پژوهش، تکمیل گردید و دو هفته بعد توسط همان افراد مجدداً تکمیل شد، سپس ضریب همبستگی پیرسون برای دوبار برگزاری آزمون، ۰/۸۵ به دست آمد.

ابزار سنجش قاطعیت Gambrill و Richi دارای ۴۰ گویه در قالب گزینه‌های هیچ وقت، به ندرت، به طور متوسط، معمولاً و همیشه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، از ۱ تا ۵ نمره را به خود اختصاص می‌داد و در کل دامنه نمره ۲۰۰-۴۰ داشت (۲۹). این ابزار، قاطعیت را در سه سطح به صورت قاطعیت پایین (۱۵۰ نمره به بالا)، متوسط (۱۵۰-۵۰ نمره) و بالا (۵۰ نمره به پایین) طبقه‌بندی می‌نماید. در این ابزار، اخذ نمرات بالاتر بیانگر داشتن قاطعیت در سطح پایین‌تر است. این ابزار نیز در جامعه پرستاری داخل کشور مورد استفاده قرار گرفته و از روایی و پایایی مطلوب برخوردار بوده است. در این مطالعات ضریب پایایی این ابزار ۰/۹۶-۰/۹۴ گزارش شده است (۱۳، ۳۲-۳۰). پژوهشگر با استفاده از روش آزمون مجدد، مشابه ابزار قبلی، اقدام به سنجش پایایی این ابزار نیز نمود که ضریب همبستگی پیرسون برای دوبار برگزاری آزمون، ۰/۹۲ حاصل شد.

روش نمونه‌گیری در دسترس برای برای نمونه‌گیری به کار گرفته شد و جمع‌آوری اطلاعات از نمونه‌ها به مدت ۳ ماه انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، قراردادن در زیرمجموعه کارکنان پرستاری، یعنی پرستاری و بهیاری و داشتن سابقه کار در شغل پرستاری حداقل به مدت ۶ ماه بود. بر این اساس، سایر کارکنان بیمارستان که زیرمجموعه کارکنان پرستاری نبودند و کارکنان پرستاری بدو خدمت که کمتر از ۶ ماه سابقه کار داشتند، در مطالعه شرکت داده نشدند. از میان پرسشنامه‌های

توزیع شده (۲۱۰ عدد)، ۴ پرسشنامه به پژوهشگر عودت داده نشد و تعداد ۶ پرسشنامه دریافتی نیز مخدوش بودند که در نهایت آزمون‌های آماری بر روی ۲۰۰ پرسشنامه انجام گردید. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS 20 وارد گردید و با بهره‌گیری از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس) تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۰۵ لحاظ شد.

از نظر مشخصات فردی نیز اکثریت شرکت‌کنندگان در این مطالعه، زن (۱۳۶ نفر، ۶۸٪) و متأهل (۱۲۶ نفر، ۶۳٪) بودند. سایر مشخصات فردی واحدهای پژوهش در جدول ۱ ملاحظه می‌شوند. طبق یافته‌ها، از میان مشخصات فردی پرستاران، نوع اضافه کاری با تنش اخلاقی ($P=0/04$) و وضعیت استخدامی ($P=0/02$) با قاطعیت، دارای ارتباط معنادار آماری بوده‌اند. ارتباط بین مشخصات فردی نمونه‌ها با دو متغیر اصلی پژوهش در جدول ۲ آورده شده است.

ملاحظات اخلاقی

مجوز انجام این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC ۱۳۹۵۰۹۳۱۱۶۸۸۰۰۲ اخذ شد و کلیه ملاحظات اخلاقی در تمام طول تحقیق رعایت شد. به این منظور هدف از انجام پژوهش برای مشارکت‌کنندگان تشریح شد و آن‌ها با رضایت آگاهانه کتبی در پژوهش شرکت نمودند. به علاوه، به آنان در خصوص حفظ بی‌نامی و محرمانه ماندن اطلاعات و تمایل به دریافت نتایج تحقیق، توضیحاتی ارائه شد. همچنین به نمونه‌ها اعلام شد که هرگاه بخواهند می‌توانند از مشارکت در انجام پژوهش انصراف دهند.

یافته‌ها

نتایج، طبق آزمون ضریب همبستگی پیرسون بیانگر آن بود که بین تنش اخلاقی و قاطعیت در کارکنان پرستاری، همبستگی مثبت و معنادار آماری وجود داشته است ($r=0/280$ ، $p=0/001$).

میانگین نمره تنش اخلاقی پرستاران 137 ± 30 از دامنه نمره ۲۱۰-۳۰ بود که مبین حد متوسط تنش اخلاقی است. همچنین ۷٪ از شرکت‌کنندگان، تنش اخلاقی خفیف، ۶۱٪ تنش اخلاقی متوسط و ۳۲٪ نیز تنش اخلاقی شدید داشتند. میانگین نمره قاطعیت پرستاران 107 ± 16 از دامنه نمره ۲۰۰-۴۰ بود که بیانگر حد متوسط برای این متغیر می باشد. به علاوه سطح قاطعیت کارکنان پرستاری در ۹۱/۵ درصد موارد در حد متوسط و در ۸/۵ درصد آنان در حد بالا قرار داشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات فردی واحدهای پژوهش

درصد	تعداد	مشخصات فردی	
۴۶	۹۲	۲۰-۳۰	سن (سال)
۳۲/۵	۶۵	۳۰-۴۰	
۲۱/۵	۴۳	بیشتر از ۴۰	
۷۱/۲	۱۴۱	لیسانس پرستاری	سطح تحصیلات
۲۸/۸	۵۹	دیپلم بهیاری	
۲۷/۵	۵۵	کم‌تر ۵	سابقه کار (سال)
۲۹	۵۸	۵-۱۰	
۲۷/۵	۵۵	۱۰-۱۵	
۱۹	۳۸	طرحی	وضعیت استخدامی
۳۳	۶۶	پیمانی	
۴۸	۹۶	رسمی	
۲۱	۴۲	ثابت	شیفت کاری
۷۹	۱۵۸	در گردش	
۶۰/۵	۱۲۱	اجباری	اضافه کاری
۳۹/۵	۷۹	اختیاری	
۱۵/۵	۳۱	داخلی	بخش محل کار
۲۱	۴۲	جراحی	
۲۴/۵	۴۹	اورژانس	
۱۸/۵	۳۷	ویژه	
۲۰/۵	۴۱	کودکان	

جدول ۲: ارتباط بین مشخصات فردی پژوهش با دو متغیر اصلی

مشخصات فردی	تنش اخلاقی		قاطعییت		آزمون آماری
	انحراف معیار $\pm$ میانگین	ارزش معناداری	انحراف معیار $\pm$ میانگین	ارزش معناداری	
سن	۱۳۹±۲۸	P=۰/۰۹	۱۰۹±۱۶	P=۰/۵۹	آنالیز واریانس
جنس	۱۳۹±۲۹	P=۰/۸۱	۱۰۶±۱۷	P=۰/۱۲	تی مستقل
وضعیت تأهل	۱۳۳±۳۴	P=۰/۲۲	۱۰۸±۱۶	P=۰/۳۶	تی مستقل
سطح تحصیلات	۱۳۵±۳۰	P=۰/۳۴	۱۰۷±۱۶	P=۰/۸۶	تی مستقل
سابقه کار	۱۴۲±۲۶	P=۰/۱۳	۱۱۰±۱۶	P=۰/۴۱	آنالیز واریانس
وضعیت استخدامی	۱۳۹±۱۷	P=۰/۲۸	۱۰۸±۱۵	P=۰/۰۲*	آنالیز واریانس
بخش محل کار	۱۳۵±۲۸	P=۰/۲۲	۱۰۹±۱۲	P=۰/۶۹	آنالیز واریانس
شیفت کاری	۱۴۰±۲۴	P=۰/۴۳	۱۰۷±۱۶	P=۰/۴۲	تی مستقل
اضافه کاری	۱۳۸±۲۸	P=۰/۰۴*	۱۰۷±۱۷	P=۰/۲۹	تی مستقل

*وجود ارتباط معنادار

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط متغیرهای تنش اخلاقی و قاطعییت در کارکنان پرستاری انجام شد. در مطالعه کنونی، میان نمرات حاصل از دو متغیر تنش اخلاقی (به عنوان یک متغیر مرتبط با اخلاق حرفه‌ای) و قاطعییت (به عنوان یک متغیر روانشناختی) همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت. در همین راستا، مطالعه‌ای که توسط Larijani و همکاران (۲۰۱۰ م.) انجام شد، حاکی از آن بود که دانشجویان پرستاری دارای قاطعییت بالاتر، تنش و اضطراب کم‌تری را تجربه می‌نمایند (۳۲). به علاوه، نتایج مطالعه ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴ ش.) در خراسان جنوبی بیان داشت که با افزایش قاطعییت پرستاران، نقش حمایتی آنان در مراقبت از بیمار به عنوان یک مؤلفه مرتبط با اخلاق حرفه‌ای، بهتر ایفا می‌گردد (۳۳). مطالعه شاکری‌نیا (۱۳۹۱ ش.) در شهر یزد نیز حاکی از

آن بود که هرگاه تنش اخلاقی پرستاران بیشتر می‌شود، از سطح عزت نفس آنان که یک متغیر روانشناختی می‌باشد، کم‌تر می‌گردد (۳۴). با این حال، مطالعه جولایی و همکاران (۱۳۹۰ ش.) در شهر تهران، گویای آن بود که بین تنش اخلاقی پرستاران با ارزیابی آنان از فضای اخلاقی محیط کار، ارتباطی وجود نداشته است (۳۵). با توجه به این‌که در ابزار قاطعییت، اخذ نمرات بالاتر بیانگر داشتن قاطعییت پایین‌تر می‌باشد، یافته حاصل از وجود همبستگی بین دو متغیر تحت مطالعه در پژوهش حاضر، حاکی از آن است که افراد برخورداری از تنش اخلاقی بالا، دارای قاطعییت پایین‌تری بوده‌اند و متقابلاً افراد برخورداری از قاطعییت بالاتر، تنش اخلاقی کم‌تری نیز داشته‌اند.

مطابق نتایج، اکثریت پرستاران مورد بررسی، تنش اخلاقی را در سطح متوسط تجربه نموده بودند. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، نتایج پژوهشی در تهران نیز نشان داد، اکثریت پرستاران، تنش اخلاقی را در سطح متوسط تجربه نموده‌اند. مطالعه مذکور، مشابه پژوهش کنونی، به بررسی تنش اخلاقی در بخش خاصی نپرداخته بود (۳۵). از سوی دیگر، نتایج مطالعه‌ای در ایتالیا، بیان داشت که اکثریت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان دارای تنش اخلاقی در سطوح کم تا متوسط بوده‌اند (۳۶). همچنین نتایج مطالعه‌ای دیگر در تهران نشان داد، پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، تنش اخلاقی را در سطح بالایی تجربه نموده‌اند (۱۸). با توجه به این‌که مطالعات اخیر تنش اخلاقی را در بخش‌های ویژه مد نظر داشته‌اند، احتمال می‌رود به این دلیل، نتیجه حاصل از مطالعه بیانگر سطوح گوناگون تنش اخلاقی در پرستاران تحت مطالعه باشد.

در مطالعه حاضر، اکثریت پرستاران دارای قاطعییت در سطح متوسط بودند. این یافته در سایر مطالعات نیز مورد تأیید قرار گرفته است، به طوری که در مطالعات انجام‌شده توسط بریم‌نژاد و همکاران (۱۳۹۲ ش.) و ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز قاطعییت اکثریت پرستاران تحت مطالعه به ترتیب به در ۷۸/۴ درصد و ۸۶/۸ درصد موارد در سطح متوسط قرار داشت (۳۰، ۳۳).

به ابزار پژوهش از کنترل پژوهشگر خارج بود. به علاوه، شیوه نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت در دسترس بود که به دلیل غیر احتمالی بودن، تعمیم یافته‌ها را با دشواری رو به رو می‌نماید. به علاوه، این مطالعه در شهر ملایر که شهری دارای جمعیت محدود از کارکنان پرستاری است، انجام شد، لذا این احتمال وجود دارد که انجام مطالعه مشابهی در کلان‌شهرها که این محدودیت مطرح نیست، نتایج متفاوتی به همراه داشته باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش از این فرضیه که میان قاطعیت و تنش اخلاقی ارتباط وجود دارد، حمایت می‌کند. بر این اساس، پرستارانی که از برخی ویژگی‌های روانشناختی مانند قاطعیت برخوردارند، می‌توانند مشکلات تهدیدکننده اخلاق حرفه‌ای، مانند تنش اخلاقی را کم‌تر تجربه کنند. می‌توان چنین اظهار نمود که اجرای مداخلات روانشناختی مانند آموزش قاطعیت برای پرستاران، به آنان در برابر موقعیت‌های تنش زای محیط کار که به دلیل چالش‌های اخلاقی رخ می‌دهد، یاری می‌رساند، لذا از آن‌جا که بین تنش اخلاقی با قاطعیت در کارکنان پرستاری ارتباط معنادار وجود داشته است، آموزش مهارت‌های قاطعیت به منظور کاستن از سطح تنش اخلاقی کارکنان پرستاری توصیه می‌گردد.

نظر به این‌که نتایج مطالعه حاضر نشان داد، بین تنش اخلاقی پرستاران با اضافه کار اجباری آنان ارتباط معنادار وجود دارد، به گونه‌ای که هر گاه پرستاران از اضافه کار اجباری برخوردار می‌شوند، تنش اخلاقی بالاتری نیز تجربه می‌کنند، لازم است مدیران پرستاری به این نکته توجه کنند و از اضافه کار اجباری برای کارکنان پرستاری پرهیز نمایند. همچنین در این مطالعه مشخص شد که کارکنان پرستاری که از نظر وضعیت استخدامی، رسمی بودند، قاطعیت بالاتری داشته‌اند که این نکته هم باید مورد نظر مدیران بیمارستان‌ها قرار گیرد تا در صورت امکان در جهت تبدیل وضعیت استخدامی این کارکنان از طرحی و پیمانی به رسمی، تلاش نمایند.

همچنین ارتباط مشخصات فردی پرستاران با متغیرهای تحت مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج در خصوص متغیر تنش اخلاقی، حاکی از آن بود که این متغیر در کارکنان پرستاری با نوع اضافه کاری آنان، دارای ارتباط معنادار می‌باشد، یعنی پرستارانی که اضافه کاری اجباری داشتند، از تنش اخلاقی بالاتری نیز برخوردار بودند. می‌توان چنین استنباط نمود که هرگاه اضافه کاری، داوطلبانه نبوده و برخلاف میل پرستاران به آنان واگذار می‌گردد، دارای تبعاتی مانند تجربه تنش اخلاقی بیشتر در محیط کار می‌گردد. لازم به ذکر است که تنش اخلاقی با هیچ یک از سایر مشخصات فردی پرستاران، ارتباط معنادار نداشت. همسو با نتایج پژوهش حاضر، طبق نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران و ایتالیا، هیچ اختلاف معناداری بین مشخصات فردی پرستاران با تنش اخلاقی آنان وجود نداشت (۱۷، ۳۶).

با این حال، نتایج مطالعه‌ای که در خراسان جنوبی، به بررسی تنش اخلاقی پرستاران اقدام نمود، بیانگر آن بود که بین این متغیر با سابقه کار، بخش محل خدمت و سن آنان، ارتباط معنادار آماری وجود داشته است (۷).

یافته‌های پژوهش حاضر در رابطه با متغیر قاطعیت، نشان داد که بین این متغیر با وضعیت استخدامی پرستاران رابطه معنادار وجود دارد. بدین مفهوم که در کارکنان پرستاری رسمی، قاطعیت بالاتری مشاهده شده است. در مطالعات دیگری نیز که در ایران انجام شده‌اند، این یافته مورد تأیید قرار گرفته است (۳۰، ۳۳). شاید این یافته را چنین بتوان توجیه نمود که کارکنان رسمی به دلیل برخورداری از امنیت شغلی بالاتر، بهتر می‌توانند در محیط‌های بالینی، ابراز وجود نمایند و از حقوق خود دفاع کنند. از طرف دیگر، رابطه معناداری بین سایر مشخصات فردی پرستاران با متغیر قاطعیت وجود نداشت.

در خاتمه، لازم به ذکر است که درباره ارتباط بین قاطعیت و تنش اخلاقی در پرستاران، مطالعات مشابهی تاکنون انجام نشده است و پژوهشگر از این نظر، جهت مستند نمودن یافته‌های خود با سایر یافته‌ها در این خصوص با محدودیت مواجه بود. همچنین حالات عاطفی نمونه‌ها هنگام پاسخگویی

تشکر و قدردانی

از تمامی پرستاران شرکت کننده در تحقیق، سپاسگزاری می گردد.

در این مطالعه، هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Musto LC, Rodney PA. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nurs Philos* 2016; 17(2): 75-87.
2. Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics* 2015; 22(5): 608-615.
3. Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Adv Neonatal Care* 2014; 14(5): 322-328.
4. Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq* 2013; 10(3): 297-308.
5. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 15-31.
6. McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 131-152.
7. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral Sensitivity and Moral Distress in Critical Care Unit Nurses. *Med Ethics J* 2017; 11(38): 19-28. [Persian]
8. Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress' time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 5-14.
9. Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. *Adv Emerg Nurs J* 2015; 37(2): 134-145.
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): 178-182.
11. Warland J, McKellar L, Diaz M. Assertiveness training for undergraduate midwifery students. *Nurse Educ Pract* 2014; 14(6): 752-726.
12. İlhan N, Sukut Ö, Akhan LU, Batmaz M. The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Nurse Educ Today* 2016; 39: 72-78.
13. Taghavi Larijani T, Mardani Hmouleh M, Rezaei N, Ghadiriyan F, Rashidi A. Relationship between assertiveness and critical thinking in nursing students. *Nurse Educ J* 2014; 3(1): 32-40. [Persian]
14. Andre K, Greenwood KM. Chinese students studying at Australian universities with specific reference to nursing students: a narrative literature review. *Nurse Educ Today* 2015; 35(4): 609-619.
15. Trapani J, Scholes J, Cassar M. Dual agency in critical care nursing: Balancing responsibilities towards colleagues and patients. *J Adv Nurs* 2016; 72(10): 2468-2481.
16. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 2016; 53: 39-49.
17. Abbasi M, Hajatmand F, Khaghanizadeh M, Askari Gashtroudkhani A. Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med Ethics J* 2015; 9(32): 121-140. [Persian]
18. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 64-76.
19. Dalmolin Gde L, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem EL, Silveira RS. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(1): 35-42.
20. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 32-42.
21. Barlem EL, Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CR. Moral distress: Challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2): 506-510.
22. Roziers RL, Kyriacos U, Ramugondo EL. Newly qualified South African nurses' lived experience of the transition from student to community service nurse: a phenomenological study. *J Contin Educ Nurs* 2014; 45(2): 91-100.
23. Adams ED. Workplace Challenges: The Impact of Personal Beliefs and the Birth Environment. *J Perinat Neonatal Nurs* 2017; 31(1): 20-31.
24. Aminbeidokhti A, Mardani E. Relationship between mental health and professional ethics among nursing staff. *Med Ethics J* 2015; 9(31): 49-73. [Persian]
25. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-256.
26. Merghati Khoiee E, Vaziri M, Alizadegan S, Vaziri MH, Merghati Khoiee E, Goushegir A, et al. Developing

the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry* 2008; 3(2): 55-58.

27. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(4): 80-88. [Persian]

28. Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(1): 64-73. [Persian]

29. Gambrill ED, Richey CA. An assertion inventory for use in assessment and research. *Behav Ther* 1975; 6: 550-561.

30. Borimnejad L, Mardani Hmouleh M, Seyed Fatemi N, Mostaghaci M. Relationship between assertiveness and reporting of job errors among nurses. *Occup Med Q J* 2013; 5(2): 60-65. [Persian]

31. Rezayat F, Dehghan Nayeri N. The Level of Depression and Assertiveness among Nursing Students. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2014; 2(3): 177-184.

32. Larijani TT, Aghajani M, Baheiraei A, Neiestanak NS. Relation of assertiveness and anxiety among Iranian University students. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010; 17(10): 893-899.

33. Imanifar N, Vaghar Seyedin A, Roshanzadeh M, Afshar L. The relationship between patient advocacy practice of nurses and their assertiveness. *Med Ethics J* 2015; 9(32): 141-166. [Persian]

34. Shakerinia I. Moral distress, burnout and mental health in nurses in the city of Yazd. *Med Figh J* 2012; 4(11-12): 191-167. [Persian]

35. Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haghani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(4): 56-66. [Persian]

36. Sannino P, Gianni ML, Re LG, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *J Perinatol* 2015; 35(3): 214-217.