

Original Article

Nurses' perception of moral distress among nurses working in educational hospitals affiliated to Yazd University of Medical Sciences

Elham Fazljoo¹, Fariba Borhani^{2*}, Seyed Habibolah Hoseini³, Abbas Abbaszadeh⁴

1. Department of Nursing, Meybod Nursing School, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2. Associate Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author) Email: Faribaborhani@msn.com

3. Assistant Professor, Medical Surgical Department, Nursing and Midwifery School, Rafsanjan, Kerman, Iran.

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

Received: 2 May 2016 Accepted: 17 June 2017

Abstract

Background & Aim: Nurses are one of the largest service providers who face mental stress in their workplace. This study was conducted to determine the nurses' perception of moral distress in nurses working in educational hospitals of Yazd city

Materials & Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted on 370 nurses working in educational hospitals in Yazd, 2012. Moral Distress Scale (MDS) was used to measure the severity and frequency of moral distress in nurses. This tool shows the frequency and severity of moral distress based on a 7-point Likert scale. Sampling was done on a non-random basis. Data were analyzed using SPSS 18.

Ethical Considerations: Considering general code of research ethics, the participants' consent was obtained after describing the objectives and ensuring confidentiality of information.

Findings: The mean score of nurses' perceived moral distress was 3.41 ± 1.28 and the mean score of repeated severity of moral distress was 2.60 ± 1.1 . There was a negative relationship between age and severity of moral distress ($r = -0.1$ and $p = 0.04$). Also, the marital status of participants had a significant relationship with moral distress severity ($P = 0.001$). There was no statistically significant relationship between the mean score of moral distress and other demographic characteristics ($P \geq 0.05$).

Conclusion: Regarding the moderate degree of moral distress in the participants, it is necessary for policymakers and nursing managers to take measures and strategies to reduce the severity of moral distress and also to identify its causes.

Keywords: Moral Distress; Nursing; Hospital

Please cite this article as: Fazljoo E, Borhani F, Hoseini SH, Abbaszadeh A. Nurses' perception of moral distress among nurses working in educational hospitals affiliated to Yazd University of Medical Sciences. *Med Ethics J* 2017; 11(41): 7-15.

درک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی یزد از دیسترس اخلاقی

الهام فضل‌جو^۱، فریبا برهانی^{۲*}، سیدحبیب‌الله حسینی^۳، عباس عباس‌زاده^۴

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

۲. دانشیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: Faribaborhani@msn.com

۳. استادیار، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری مامایی رفسنجان، کرمان، ایران.

۴. استاد، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۵/۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمت هستند که در محیط کاری خود با تنش‌های روحی رو به رو هستند. مطالعه حاضر با هدف تعیین درک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد از دیسترس اخلاقی انجام گرفته است. **مواد و روش‌ها:** مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر بر روی ۳۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد در سال ۱۳۹۱ صورت گرفته است. نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای و غیر تصادفی انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استاندارد دیسترس اخلاقی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی: نظر به کدهای اخلاق پژوهش، پس از توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه آن‌ها کسب گردیده و به آنان درباره محرمانگی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران $3/41 \pm 1/28$ و میانگین نمره تکرار شدت دیسترس اخلاقی $2/60 \pm 1/1$ به دست آمد. بین شدت دیسترس اخلاقی با سن و وضعیت تأهل ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد ($P \leq 0/05$). بین میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی با سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P \geq 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شدت متوسط رو به بالای دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد مطالعه، لازم است تا سیاست‌گذاران و مدیران پرستاری تدابیر و راهبردهایی را در جهت کاهش شدت دیسترس اخلاقی و همچنین شناخت علل آن اتخاذ نمایند.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی؛ پرستاری؛ بیمارستان

مقدمه

پیشرفت‌های فناوری در دنیای معاصر بر محیط‌های بهداشتی، درمانی سایه افکنده و تنش‌های مراقبتی بیشتری را برای گروه درمان ایجاد نموده است. پرستاران در محیط کاری خود با انواعی از تنش‌های رو به رو هستند که این امر منجر به ایجاد مشکلات فراوانی برای آنان گردیده که از جمله مهم‌ترین آن دیسترس اخلاقی است (۱). دیسترس اخلاقی را می‌توان موقعیتی دانست که پرستار می‌داند اقدام درست کدام است، اما به دلایل مختلفی از قبیل ترس و یا مسائل خارج از کنترل نمی‌تواند آن را انجام دهد (۲). به نظر می‌رسد افزایش گوناگونی روش‌های حمایت‌کننده زندگی، کاهش میزان مرگ و میر، افزایش انتظارات بیماران، اصلاح سازمان جهت افزایش بازدهی و در مقابل محدودیت‌های مؤسسه‌ای از جمله عواملی هستند که در افزایش دیسترس اخلاقی پرستاران سهیم می‌باشد (۳).

دیسترس اخلاقی با اثرات منفی بر سلامت روان به صورت اضطراب و ناکامی در زندگی شغلی پرستاران همراه شده و در صورت عدم سازگاری اثرات منفی آن به صورت احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای نمایان می‌گردد. نتایج مطالعات حاکی از آن است که خواسته یا ناخواسته زندگی شخصی پرستاران، تحت تأثیر اثرات منفی دیسترس اخلاقی قرار خواهد گرفت (۴). وقتی پرستاری قادر به حمایت از بیمار نباشد، احساس ناخوشایند و آسیب‌زایی در او ایجاد می‌شود که با تکرار این موضوع سازگاری، عزت نفس و توانایی وی در ارائه مراقبت دچار مشکل می‌گردد. شیوه‌های منفی تطابقی که پرستار در پاسخ استفاده می‌کند عبارت از مواردی همچون فرار از موقعیت پیش آمده و در نتیجه نارضایتی شغلی است که بر کیفیت مراقبت از بیماران تأثیر گذاشته و باعث به وجود آمدن مشکلات ثانویه در بیماران می‌گردد (۵).

مطالعه انجام شده در آمریکا دیسترس اخلاقی پرستاران را در حد متوسط گزارش کرده و ارتباطی بین شدت دیسترس اخلاقی پرستاران با تحصیلات، سن و سابقه کار آنان مشاهده نکرده است (۳). مطالعه دیگری در ایالت کلرادو در جنوب

غربی آمریکا، سطح دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه را بالای ۸۰٪ گزارش کرده است (۶). مطالعه روی پرستاران سوئدی، شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده توسط پرستاران مورد مطالعه را در حد پایین گزارش نموده است (۷). مطالعات انجام‌شده در کشور شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران شاغل را در حد متوسط و بالا نشان داده‌اند (۸-۹).

بسیاری از پرستاران حرفه خود را به علت دیسترس اخلاقی ترک می‌کنند. شناخت بیشتر در مورد دیسترس اخلاقی به درک بهتر عواملی که منجر به کمبود نیروی پرستاری می‌شود، کمک می‌کند (۱۰). دیسترس اخلاقی در شرایط مختلف محل ارائه مراقبت می‌تواند متفاوت باشد. بنابراین انجام مطالعه در این زمینه در شرایط متفاوت کاری می‌تواند نتایج ارزشمندی را به دنبال داشته باشد. از این رو با توجه به اهمیت دیسترس اخلاقی و اثرات آن بر روی نظام سلامت مطالعه حاضر با هدف تعیین درک پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهر یزد از دیسترس اخلاقی، در سال ۱۳۹۱ انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی می‌باشد که بر روی ۳۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد در نیمه اول سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. پرستارانی که دارای حداقل مدرک کارشناسی بودند و ۶ ماه یا بیشتر و به صورت تمام وقت مشغول به کار بودند، وارد مطالعه شدند.

با در نظر گرفتن حداقل ضریب همبستگی ۰/۳ بین دیسترس اخلاقی و جو اخلاقی و $\alpha=0/05$ ، حجم نمونه ۳۷۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری به صورت سهمیه‌ای و غیر تصادفی، بر اساس تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان و نسبت پرستاران شاغل در هر بخش انجام شد. محقق پس از ۲ روز به شرکت‌کنندگان مراجعه و اقدام به جمع‌آوری پرسشنامه‌ها نمود.

رگرسین خطی، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه بهره گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

پس از ارائه معرفی نامه کتبی و اخذ مجوز از کمیته اخلاق از معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی یزد به شماره ۱۳۹۵/۱۳۲ و مورد ملاحظه قرارداد کدهای عمومی ۳۱ گانه اخلاق در پژوهش، رضایت شرکت کنندگان با تشریح اهداف و فرایند پژوهش کسب شد.

یافته‌ها

محدوده سنی شرکت کنندگان ۲۲-۵۲ سال، اکثر آنان زن، متأهل و استخدام رسمی بودند (جدول ۱). میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی درک شده $3/41 \pm 1/28$ از ۶ و میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی درک شده $2/60 \pm 1/1$ از ۶ به دست آمد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران مورد مطالعه

متغیر		تعداد (درصد)
جنس	زن	۲۸۵ (۷۷)
	مرد	۸۵ (۲۳)
تأهل	مجرد	۱۰۹ (۲۹/۵)
	متأهل	۲۶۱ (۷۰/۵)
وضعیت شغلی	رسمی	۱۸۰ (۴۸/۶)
	قراردادی	۱۱۴ (۳۰/۸)
	طرحی	۷۶ (۲۰/۵)
بیمارستان	شهید صدوقی	۱۷۷ (۴۷/۸)
	شهید رهنمون	۸۸ (۲۳/۸)
	شهید افشار	۹۶ (۲۵/۹)
	سوانح و سوختگی	۹ (۲/۴)

گویه شماره ۳۵ (کار با پزشکی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند) بیشترین شدت و گویه شماره ۲ (پیروی از درخواست و تقاضای خانواده برای تداوم درمان‌های حمایتی زندگی بیمار، با وجود آنکه این

به منظور گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی شامل سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و بیمارستان محل خدمت و پرسشنامه دیسترس اخلاقی استفاده شد. مقیاس دیسترس اخلاقی اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط Corley ساخته شد (۳). در ابزار اولیه ۳۲ گویه وجود داشت و در سال‌های بعد گویه‌های دیگری به آن اضافه شده و تعداد گویه‌ها به ۳۸ مورد افزایش یافت. هر یک از گویه‌ها یک وضعیت تنش‌زا را توصیف کرده و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا شدت دیسترس را که با وقوع هر یک از حالت‌های پیش‌آمده تجربه می‌کنند، تعیین نمایند. این ابزار فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی پرستاران را بر حسب مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (نمره ۰ عدم درک دیسترس اخلاقی و نمره ۶ بیشترین شدت دیسترس اخلاقی) نشان می‌دهد. حداقل نمره پرسشنامه برای دیسترس اخلاقی ۰ و حداکثر نمره ۲۲۸ می‌باشد. همچنین برای سنجش فراوانی دیسترس اخلاقی، در مقابل هر گویه از امتیاز ۰-۶ استفاده می‌گردد. عدد ۰ بیانگر عدم رویارویی با رویداد توصیف شده در گویه مورد نظر و عدد ۶ نشان‌دهنده تکرارپذیری گویه مورد نظر می‌باشد.

جهت اعتبارسنجی ابزار تحقیق، ابتدا پرسشنامه مذکور توسط دو نفر از اعضای هیأت علمی که علاوه بر داشتن تخصص در زمینه مورد مطالعه، به زبان انگلیسی نیز تسلط داشتند، ترجمه و مجدد از زبان فارسی به زبان انگلیسی برگردانده شد و پس از تطبیق بین دو ترجمه، پرسشنامه نهایی شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزارها از شاخص روایی محتوا (CVI) بهره گرفته شد (۹۵٪). ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ۲۰ نفری ۰/۹۷ به دست آمد.

از ۴۲۰ پرسشنامه توزیع شده، ۳۸۷ پرسشنامه برگشت داده شد؛ ۱۷ مورد از پرسشنامه‌ها به دلیل نقص پاسخ‌ها حذف شده و در نهایت داده‌های ۳۷۰ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 18 انجام گردید. برای توصیف داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، درصد، انحراف معیار) و برای مقایسه شدت دیسترس اخلاقی پرستاران بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از آزمون‌های

امر مطابق با خواسته بیمار نیست) کم‌ترین شدت دیسترس اخلاقی را به خود اختصاص دادند. بیشترین فراوانی دیسترس اخلاقی مربوط به گویه شماره ۵ (شروع عملیات احیا در حالی که من فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند) و کم‌ترین فراوانی مربوط به گویه شماره ۲۹ (پیروی از درخواست بیمار مبنی بر کمک به خودکشی زمانی که پیش‌آگهی بیمار ضعیف است) بود (جدول ۲).

بین سن و شدت دیسترس اخلاقی رابطه منفی معنی‌داری ۵ به دست آمد ($r = -0.1$ ، $P = 0.04$). همچنین وضعیت تأهل شرکت‌کنندگان با شدت دیسترس اخلاقی ارتباط معنی‌داری داشت ($P = 0.01$). بین میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی با سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P \geq 0.05$).

بحث

در مطالعه حاضر میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی متوسط به دست آمد. نتایج مطالعات Lutzen (۲۰۱۰ م.) و De villers (۲۰۱۲ م.) با نتایج مطالعه ما همخوانی داشت (۱۱-۱۲). بیگ‌مرادی (۱۳۹۱ ش.) میزان شدت دیسترس اخلاقی را در مراکز آموزشی و درمانی شهر همدان در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه در حد متوسط نشان داد (۹). عباسی (۱۳۹۴ ش.) در مطالعه‌ای در تهران شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران را متوسط گزارش نمود (۱۳). Corely (۲۰۰۵ م.) و Maiden (۲۰۱۱ م.) در مطالعه خود شدت دیسترس را در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه متوسط رو به بالا گزارش کردند (۳، ۱۴). عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰ ش.) میزان شدت دیسترس اخلاقی را در پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم در حد بالا گزارش نمودند (۸). آنان از شدت دیسترس اخلاقی به عنوان فشار پنهان حرفه پرستاری یاد می‌کنند. Silen (۲۰۱۱ م.) در سوئد شدت دیسترس پرستاران مورد بررسی را در حد پایین گزارش کرد (۷). عدم همخوانی در نتایج مطالعات می‌تواند ناشی از شرایط کاری متفاوت پرستاران و جو سازمانی حاکم بر محیط کاری آنان باشد.

نتایج پژوهش حاضر میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی را در سطح پایین نشان داد. Silen (۲۰۱۱ م.) نتایج مشابهی را گزارش نمود (۷). تکرار دیسترس اخلاقی در میان پرستاران مورد بررسی در مطالعه Maiden (۲۰۱۱ م.) و Pauly (۲۰۰۹ م.) نسبت به مطالعه حاضر در حد پایین‌تری گزارش شده است (۱۴-۱۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از کمبود کارکنان با تجربه، آموزشی‌بودن بیمارستان‌های مورد مطالعه، قوانین حاکم بر بیمارستان‌ها، فشار کاری زیاد به دلیل کمبود نیروی پرستاری، آگاه‌نبودن از مسائل اخلاقی و چگونگی حل آن‌ها در مطالعه حاضر باشد.

بیشترین نمره شدت دیسترس اخلاقی به گویه‌های ۳۵ و ۳۲ و کم‌ترین نمره شدت دیسترس به گویه‌های ۲ و ۴ اختصاص داشت. Silen، عباس‌زاده، بیگ‌مرادی و همکاران نیز، بالاترین نمره شدت دیسترس را مربوط به گویه «کار با رده‌های مختلف پرستاری و پزشکی فاقد صلاحیت و ارائه مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمانگر و مراقبت‌کننده کافی در بخش» معرفی نمودند (۷-۹). Pauly (۲۰۰۹ م.) گویه «دادن داروهای وریدی مورد نیاز احیای قلبی - ریوی بدون ماساژ و لوله‌گذاری» و «صحبت کردن با خانواده بیمار درباره امکان اهدای اعضا در زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است» را به عنوان گویه‌ای با کم‌ترین شدت دیسترس اخلاقی معرفی نمود (۱۵). De villers (۲۰۱۲ م.) و Silen (۲۰۱۱ م.) گویه «اجرای دستورات پزشک مبنی بر انجام آزمایشات و درمان‌های غیر ضروری» به عنوان گویه پرتکرار نشان دادند (۷، ۱۲).

نتایج متفاوت به دست‌آمده، نشان می‌دهند که عوامل ایجادکننده دیسترس در میان پرستاران می‌تواند الگوهای متفاوتی داشته باشد. همچنین عدم همخوانی نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در فرهنگ، ویژگی‌های فردی، و شرایط کاری متفاوت پرستاران باشد. از طرف دیگر ممکن است، مطالعات مختلف در بیمارستان‌هایی با سطوح متفاوت ارائه خدمت مانند بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و فوق تخصصی انجام گرفته باشد که در این صورت نوع اقدامات، گستردگی و پیچیدگی‌های آن‌ها متفاوت می‌باشد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی در افراد مورد مطالعه

شماره گویه‌ها	گویه‌های دیسترس اخلاقی	شدت میانگین و انحراف معیار	فراوانی میانگین و انحراف معیار
۱	پیگیری خواسته‌های خانواده در خصوص مراقبت از بیمار در حالی که من موافق آن نیستم، زیرا مدیریت بیمارستان از پیگیری قانونی خانواده بیمار واهمه دارد.	۱/۷۹±۳/۰۹	۱/۸۲±۲/۳۶
۲	پیروی نمودن درخواست و تقاضای خانواده برای تداوم درمان‌های حمایتی زندگی بیمار، با وجود آنکه این امر مطابق با خواسته بیمار نیست.	۱/۶۹±۲/۶۶	۱/۶۶±۲/۳۶
۳	اجرای دستورات پزشک برای انجام آزمایشات و درمان‌های که غیر ضروری هستند.	۱/۸۶±۳/۰۸	۱/۹۵±۳/۱۱
۴	کمک به پزشک برای انجام یک آزمایش یا درمانی که بیمار در مورد آن آگاهی ندارد.	۱/۹۱±۲/۹۹	۱/۸۹±۲/۹۷
۵	شروع عملیات احیا در حالی که من فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند.	۱/۹۸±۳/۴۸	۱/۹۷±۳/۱۸
۶	چشم‌پوشی نمودن از موارد مشکوک به بدرفتاری یا سوء استفاده از بیمار توسط مراقبین.	۲/۰۸±۳/۳۴	۱/۹۸±۲/۵۳
۷	چشم‌پوشی نمودن از موقعیتی که فکر می‌کنم به بیمار اطلاعات دقیق در مورد رضایت آگاهانه داده نشده است.	۱/۸۰±۳/۵۹	۱/۹۰±۲/۸۸
۸	اجرای یک وظیفه کاری که در آن احساس شایستگی حرفه‌ای نمی‌کنم.	۱/۹۳±۳/۵۶	۱/۸۶±۲/۶۵
۹	اجتناب از هر گونه اقدام زمانی که متوجه می‌شوم همکار پرستارم نوعی اشتباه دارویی را مرتکب شده، اما آن را گزارش نمی‌کند.	۱/۸۸±۳/۷۱	۱/۸۴±۲/۷۱
۱۰	اجازه به دانشجویان پزشکی در اجرای پروسیجرهای دردناک روی بیمار منحصراً برای افزایش مهارتشان.	۲/۲۰±۳/۶۵	۲/۱۸±۲/۹۲
۱۱	کمک به پزشکی که پروسیجرهایی را جهت تمرین روی بیمار پس از یک CPR ناموفق انجام می‌دهند.	۲/۰۸±۳/۲۱	۲/۰۱±۲/۵۱
۱۲	اجرای دستورات پزشکان جهت انجام درمان‌ها و آزمایشات غیر ضروری روی بیماران بدحال مراحل پایانی عمر.	۱/۹۵±۳/۴۲	۲/۸۷±۳/۱۶
۱۳	کار با همکاران گروه پرستاری در سطوح مختلف (کارشناسی/ کارشناسی ارشد/ بهیار) که به آن‌ها اطمینان ندارم.	۱/۹۸±۳/۳۳	۱/۹۴±۲/۷۱
۱۴	اجرای دستورات یا سیاست‌های سازمان، در قطع درمان بیماری که قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نیست.	۲/۰۹±۳/۴۵	۱/۷۳±۲/۱۶
۱۵	مراقبت از فرد مصدومی که تحت ونتیلاتور است و آمیدی به زنده ماندن او نیست، در حالی که هیچ کس تصمیم به قطع درمان او نخواهد گرفت.	۱/۹۳±۳/۳۶	۱/۹۰±۲/۹۴
۱۶	عدم مداخله زمانی که شاهد هستم کارکنان گروه درمانی برای حریم خصوصی بیمار هیچ احترامی قائل نیستند.	۱/۷۶±۳/۶۹	۱/۶۹±۲/۱۷
۱۷	اجرای دستور پزشک مبنی بر نگفتن حقیقت به بیمار علی‌رغم آنکه بیمار خواهان دانستن حقیقت است.	۱/۸۱±۳/۴۹	۱/۸۰±۲/۷۴
۱۸	کمک به پزشکی که به عقیده شما مراقبت‌های درمانی ناشایست ارائه می‌دهد.	۲/۰۳±۳/۷۱	۱/۹۵±۲/۸۴
۱۹	آماده کردن بیمار سالمند برای عمل جراحی گذاشتن لوله گاستروستومی، در حالی که بیمار در مرحله انتهای زندگی است.	۲/۰۱±۳/۱۳	۱/۸۵±۲/۲۲
۲۰	ترخیص بیمار زمانی که حداکثر مدت بستری را گذرانده، اما هنوز نیازهای آموزشی متعددی دارد.	۱/۶۲±۳/۲۸	۱/۷۳±۲/۸۱

۲۱	ارائه مراقبت بهتر به افرادی که قادر به پرداخت هزینه‌های مربوطه هستند، نسبت به افرادی که قادر نیستند.	۲/۰۵±۳/۱۹	۱/۹۶±۲/۶۲
۲۲	پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو راجع به مرگ با بیمار رو به مرگی که از مرگ خود سؤال می‌کند.	۱/۷۹±۳/۱۸	۱/۶۹±۲/۴۷
۲۳	ارائه مراقبتی که درد بیمار را تسکین نمی‌دهد، زیرا پزشک نگران است افزایش دوز ضد درد باعث مرگ گردد.	۱/۸۰±۳/۳۴	۱/۷۳±۲/۶۹
۲۴	دادن داروهای وریدی مورد نیاز در زمان احیا بدون انجام لوله‌گذاری و ماساژ قلبی.	۲/۱۴±۳/۳۶	۱/۹۸±۲/۳۶
۲۵	پیروی از دستور پزشک در خصوص خودداری از گفتن وضعیت احیا به بیمار.	۱/۹۶±۳/۰۶	۱/۷۴±۲/۲۸
۲۶	پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با خودداری از گفتن وضعیت احیا به خانواده بیمار.	۱/۸۶±۳/۲۳	۱/۸۱±۲/۴۰
۲۷	عدم توانایی در ارائه درمان به دلیل این‌که هزینه‌های مربوطه توسط شرکت‌های بیمه پوشش داده نمی‌شود.	۱/۹۱±۳/۲۱	۱/۷۱±۲/۳۵
۲۸	افزایش دوز مرفین وریدی برای یک بیمار غیر هوشیار که معتقدید این کار مرگ وی را تسریع می‌کند.	۲/۲۹±۳/۳۳	۱/۹۳±۱/۹۲
۲۹	پیروی از درخواست بیمار مبنی بر کمک به خودکشی زمانی که پیش‌آگهی بیمار ضعیف است.	۲/۳۶±۳/۲۶	۲/۵۱±۱/۷۴
۳۰	پیروی از دستور پزشک در خصوص صحبت نکردن در مورد وضعیت بیماری که در حال مرگ است و در مورد مرگ خود سؤال می‌پرسد.	۱/۹۹±۳/۲۳	۱/۸۴±۲/۴۶
۳۱	اجرای دستورات دارویی ضد درد حتی زمانی که این داروها درد را کنترل نکنند.	۱/۸۶±۳/۳۴	۱/۸۷±۲/۸۴
۳۲	کار با پرستارانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۱/۹۴±۳/۸۶	۱/۸۶±۲/۹۷
۳۳	کار با کمک پرستارانی که شایستگی لازم را برای برآورد کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۱/۸۷±۳/۷۷	۱/۸۶±۳/۰۱
۳۴	کار با پرسنل غیر حرفه‌ای که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۱/۹۶±۳/۸۲	۱/۸۶±۳/۰۳
۳۵	کار با پزشکانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۲/۰۱±۳/۹۵	۱/۹۶±۳/۰۲
۳۶	کار با پرسنل حمایتی (فیزیوتراپ، مددکار، مشاور مذهبی و...) که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۱/۹۴±۳/۷۲	۱/۹۹±۲/۵۷
۳۷	صحبت کردن با خانواده بیمار درباره امکان اهدای اعضا در زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است.	۲/۰۹±۳/۶۷	۲/۰۴±۲/۳۴
۳۸	انجام اقدامات مراقبتی برای بیمار زمانی که شایستگی لازم در این زمینه را ندارم.	۱/۹۴±۳/۷۱	۱/۷۸±۲/۲۷

مطالعه روش نمونه‌گیری غیر تصادفی می‌باشد. پیشنهاد ما برای مطالعات بعدی شناسایی و محدود کردن عوامل مستعدکننده و اثرگذار بر شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی پرستاران می‌باشد.

نتیجه‌گیری

با توجه به شدت متوسط رو به بالای دیسترس اخلاقی در این مطالعه، لازم است تا سیاستگذاران و مدیران پرستاری تدابیر و راهبردهایی را در جهت کاهش شدت دیسترس اخلاقی و همچنین شناخت علل آن اتخاذ نمایند. با در نظر گرفتن پیامدهای مخرب دیسترس اخلاقی از جمله نارضایتی شغلی، اجتناب پرستار از حضور بر بالین بیمار و یا ترک شغل، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این زمینه توصیه می‌گردد. همچنین برگزاری کلاس‌های آموزشی برای مدیران و سرپرستاران بخش‌ها، جهت آماده‌سازی پرستاران و ایجاد الگوهای مناسب برای آنان در رویارویی با مسائل پیش‌آمده در بالین بتواند از شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی آنان بکاهد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. پژوهشگران از همکاری تمامی پرستاران مشارکت‌کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می‌نمایند.
تعارض منافع وجود ندارد.

در مطالعه حاضر با افزایش سن، شدت دیسترس اخلاقی کاهش می‌یافت. عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰ ش.) نشان دادند که سن و شدت دیسترس اخلاقی با یکدیگر ارتباط معکوس دارند (۸). شاکری‌نیا (۱۳۹۰ ش.) و محمدی (۱۳۹۴ ش.) به نتیجه مشابهی دست یافتند (۱۶-۱۷). نتایج مطالعه Fogel (۲۰۰۷ ش.) نیز با یافته ما همخوانی داشت (۱)، اما بیگ‌مرادی (۱۳۹۱ ش.) و Pauly (۲۰۰۹ م.) ارتباط معنی‌داری بین سن و شدت دیسترس اخلاقی مشاهده نکردند (۹، ۱۵). عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰ ش.) اظهار می‌کند که ارتباط منفی می‌تواند به این دلیل باشد که پرستاران جوان از تجربه، مهارت و دانش لازم در جهت غلبه بر محدودیت‌ها برخوردار نیستند، لذا خیلی سریع‌تر در مقابل مشکلات احساس ناتوانی می‌نمایند (۸). همچنین منفی بودن ارتباط سن با شدت دیسترس می‌تواند ناشی از تغییر در حساسیت اخلاقی باشد که بر روی تجربه شدت دیسترس تأثیر می‌گذارد. افزایش سن می‌تواند از میزان حساسیت اخلاقی بکاهد و یا این‌که پرستاران با افزایش سن با راه‌کارهای متفاوتی برای از عهده برآمدن مسائل اخلاقی آشنا شده باشند و در این زمینه تجربه کسب کرده باشند.

در پژوهش حاضر شدت دیسترس با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار داشت، به طوری که در مجردها شدت دیسترس اخلاقی بالاتر از متأهل‌ها بود. در بررسی متون، ارتباط معناداری بین وضعیت تأهل و شدت دیسترس اخلاقی یافت نشد. عدم مشاهده ارتباط بین دیسترس اخلاقی و سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌تواند حاکی از آن باشد که برنامه‌های آموزشی جهت کاهش شدت دیسترس اخلاقی می‌تواند برای تمام پرستاران ارائه‌دهنده مراقبت به صورت یکسان قابل اجرا باشد (۹).

از محدودیت‌های این پژوهش قلمرو مکانی و زمانی آن است که تعمیم‌پذیری نتایج آن را کاهش می‌دهد. همچنین قابلیت ابزار را نمی‌توان به رفتارهای واقعی و عملی در زندگی واقعی نسبت داد، به این معنا که مشخص نیست، نمرات به دست‌آمده از مقیاس دیسترس اخلاقی تا چه حد با رفتارهای واقعی و عملی هماهنگ باشند. از محدودیت‌های دیگر این

References

1. Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses. USA: Loyola University Chicago; 2007.
2. Beavis N. Moral Distress and Advanced Practice Nursing: The Need for Morally Habitable Work Environments. *J bioeth Inq* 2013; 10(3): 425-426.
3. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-390.
4. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35(2): 422-429.
5. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 360-373.
6. Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med* 2016; 42(10): 1615-1617.
7. Silén M, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs* 2011; 20(23-24): 3483-3493.
8. Abbaszade A, Borhani F, Kalantari S. Moral distress of nurses in health centers in the city of Bam in 2011. *Med Ethics J* 2011; 5(17): 120-140. [Persian]
9. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 58-69. [Persian]
10. Joolae S, Jalili HR, 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]
11. 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.
12. De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nurs Ethics* 2013; 20(5): 589-603.
13. Abbasi M, Hajatmand F, Khaghanizadeh M, Gashtroudkhani AA. Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med Ethics* 2015; 9(32): 121-140. [Persian]
14. Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 2011; 30(6): 339-345.
15. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-573.
16. Shakerinia I. The relationship between moral disorder, psychological hardness and burnout among nurses in Rasht. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(17): 56-69. [Persian]
17. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress and relationship between Physician and nurses. *Med Ethics J* 2016; 10(36): 7-14. [Persian]