

دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی

شهر جیرفت

فریبا برهانی

عباس عباس‌زاده

منصور عرب

مظهره فرامرزیپور^۱

چکیده

دیسترس اخلاقی به عنوان احساس ناراحتی یا حالت عدم تعادل روانی توصیف می‌شود که در نتیجه عدم انجام اقدام مناسب اخلاقی علی‌رغم تشخیص آن به علت موانعی نظیر عدم وجود وقت کافی، مخالفت مقام مافوق، محدودیت‌های پزشکی، سیاست‌های مؤسسه‌ای و ملاحظات اخلاقی فردی یا اعتقادی به وجود می‌آید که منجر به استرس فیزیکی و روحی می‌گردد و بر کاهش کارایی پرستاران تأثیرگذار است. مطالعه توصیفی - مقطعی حاضر با هدف تعیین دیسترس اخلاقی بر روی ۱۱۰ نفر از پرستاران بیمارستان آموزشی شهر جیرفت انجام شد. در این پژوهش از پرسشنامه استاندارد ۳۸ سؤالی دیسترس اخلاقی کورلی با روایی و پایایی محاسبه‌شده به ترتیب ۸۸٪ و ۹۴٪ استفاده شد. نتایج با نرم‌افزار spss18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میانگین نمره شدت دیسترس (۳/۵) (از کل ۶-۰) و میانگین فراوانی دیسترس (۲/۷) (از کل ۶-۰) در واحدهای مورد پژوهش گزارش شد. یافته‌ها نشان‌دهنده آن است که بین میانگین نمره شدت دیسترس با ویژگی‌های دموگرافیک آنان رابطه معنی‌داری وجود نداشت. در ضمن بین میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی با متغیرهای «بیمارستان محل خدمت و بخش محل خدمت» رابطه معنی‌داری وجود داشت.

۱. مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران. (نویسنده مسؤول)

با توجه به این که سطح دیسترس اخلاقی از حد متوسط بالاتر بود، لزوم توجه مدیران به اجرای برنامه‌های آموزشی در مورد مباحث اخلاقی با هدف شناسایی علائم دیسترس اخلاقی و عوامل مؤثر بر آن توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، پرستاران، اخلاق در پرستاری

مقدمه

رویکردهای پیچیده مربوط به فلسفه سودمندگرایی که در دنیای معاصر بر محیط‌های بهداشتی و درمانی سایه افکنده، روز به روز برای کاهش هزینه‌های مراقبتی فشار بیشتری را بر پرستاران اعمال می‌کنند. این امر باعث ایجاد مشکلات فراوانی برای پرستاران شده که یکی از مهم‌ترین این مشکلات «دیسترس اخلاقی» است. (فوگل، ۲۰۰۷ م.)

وجود دیسترس اخلاقی می‌تواند سبب شود که پرستار در زمینه مراقبت دچار تعارض شده و از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به وی اجتناب کند. این شرایط خود زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری در بیمار فراهم می‌سازد. (کورلی، ۲۰۰۲ م.)

توجه به مسائل اخلاقی و موضوعات حقوقی در حرفه پرستاری با پیشرفت فزاینده‌ای در فناوری، تجهیزات پزشکی، افزایش هزینه‌ها و جمعیت سالمندی اهمیت بسیاری یافته است. (بیکمردادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.). دیسترس اخلاقی به عنوان احساس ناراحتی یا حالت عدم تعادل روانی توصیف می‌شود که در نتیجه عدم انجام اقدام مناسب اخلاقی علی‌رغم تشخیص آن به علت موانعی نظیر عدم وجود وقت کافی، مخالفت مقام مافوق، محدودیت‌های پزشکی، سیاست‌های مؤسسه‌ای و ملاحظات اخلاقی فردی یا اعتقادی به وجود می‌آید. (کرونکوئیست، ۲۰۰۴ م.)

به عبارت دیگر دیسترس اخلاقی را می‌توان به صورت وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که وقتی فردی از انجام عمل درستی باز داشته می‌شود یا ناچار به انجام کاری شود که می‌داند غلط است، در وی ایجاد می‌شود. این اجبار ممکن است ناشی از نداشتن وقت و انرژی لازم برای انجام آن عمل یا قوانین سازمانی و

کشوری بازدارنده باشد. (اسکولوتر، ۲۰۰۸ م.) این مشکل منجر به استرس فیزیکی و روحی بسیاری می‌گردد و این فشارها در احساس عدم رضایت از محیط کار و کاهش کارایی پرستاران مؤثر است. این امر بر روابط پرستاران با بیماران و سایرین تأثیر گذاشته و می‌تواند کیفیت، میزان و هزینه مراقبت‌های پرستاری را تحت الشعاع قرار دهد. (ریدمن، ۲۰۰۰ م.)

با توجه به تعریف دیسترس اخلاقی می‌توان دریافت که این واژه مفهومی چندوجهی دارد. به عبارت دیگر، چنانچه مأموریت اخلاقی به عنوان تشخیص، تأمل و واکنش به و عمل بر اساس تعهد اخلاقی معنا شود، در جهت تجربه دیسترس اخلاقی، مأمور باید از حداقل خودمختاری در تشخیص و عمل براساس ملاحظات اخلاقی بهره‌مند باشد. در عین حال خودمختاری شخص باید تاحدی به عمل در جهت وظایف بسیار اخلاقی که وی گمان می‌کند بر عهده دارد، محدود گردد. این تناقض به ظاهر غیر قابل تجزیه به عنوان دیسترس اخلاقی تجربه می‌گردد. (پیتر، ۲۰۰۴ م.) دیسترس اخلاقی همراه با تأثیر منفی بر سلامت روان به صورت اضطراب و ناکامی در زندگی شغلی پرستاران همراه بوده است و در صورت عدم سازگاری اثرات منفی دیسترس اخلاقی به صورت احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای آنان نمایان خواهد گردید. (هاگستروم، ۲۰۰۸ م.) پرستاران از گروه‌هایی هستند که در نتیجه مواجهه مکرر با تعداد زیادی از افراد بیمار و مرگ و میر آنان، با خطر درگیری عاطفی زیادی روبرو هستند. پریشانی اخلاقی هنگامی به وجود می‌آید که فرد می‌داند عمل درستی که باید انجام دهد چیست، اما مجموعه‌ای از عوامل و موانع او را متقاعد می‌سازند که انجام عمل درست، غیر ممکن است. پس می‌توان گفت

پریشانی اخلاقی با بی میلی در کار، عدم رضایت شغلی، کاهش تعامل با بیماران و خانواده هایشان و در نهایت فرسودگی شغلی در ارتباط است.

از یک طرف ارائه مراقبت با کیفیت پایین باعث افزایش نارضایتی و همچنین افزایش شکایات قانونی از مؤسسات درمانی همراه بوده و از طرف دیگر نارضایتی پرستاران از حرفه خود باعث روند رو به رشد غیبت از کار و در نهایت ترک حرفه می شود. (ملترز و همکاران، ۲۰۰۴ م.)

سوفیا کالویمارک و همکارانش (۲۰۰۳ م.) در مقاله خود، بیان داشته اند که مراقبت های بهداشتی و اخلاق به طور فزاینده ای تبدیل به یک جزء لازم از عملکرد بالینی شده است. نتیجه این مطالعه نشان داد که سازمان باید با منابع بهتر به حمایت از ساختارهای ویژه برای کاهش پریشانی اخلاقی بپردازد. نتایج این تحقیقات نشان می دهد که نیاز برای آموزش موازین اخلاقی برای کاهش دیسترس های اخلاقی در بخش کارکنان بیمارستان ها به یک ضرورت تبدیل شده است.

توماس جیمز هارت (۲۰۰۹ م.) در پژوهشی با استفاده از روش های کیفی به مطالعه تجارب دیسترس اخلاقی ثبت شده از پرستاران پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که دیسترس اخلاقی با تأثیر منفی در زندگی حرفه ای و شخصی پرستاران نمایان است و دیسترس اخلاقی بیشتر در پرستاران شاغل در مراقبت های ویژه دیده می شود، وی بیان می کند در حال حاضر برای مبارزه با دیسترس اخلاقی در پرستاران و اثربخشی مداخلات اخلاقی انجام پژوهش در این زمینه لازم و ضروری است.

بل و بریسلین در مقاله ای (۲۰۰۸ م.) عنوان داشته اند که مدیران ارائه خدمات سلامت مسئول ترویج اخلاق سازمانی هستند و باید برای در دسترس قرار دادن

امکانات آموزشی، ایجاد کمیته‌های اخلاقی یا استخدام متخصصین این حوزه به توسعه ظرفیت اخلاق و به ویژه کاهش دیسترس اخلاقی کارکنان خود کمک کنند.

در سال ۲۰۱۲ در طی مطالعه‌ای با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در بخش‌هایی که با مراقبت پایان زندگی مواجهه هستند، دیسترس اخلاقی به عنوان یک مشکل شایع تجربه شده در این بخش‌ها عنوان شد. (لازارین، ۲۰۱۲ م.) در برخی تحقیقات دیسترس اخلاقی برای پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه زیاد بوده و بر روی عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیر بسیار منفی می‌گذارد. (بیکمردادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) راسل نیز در تحقیق خود عنوان کرد دیسترس اخلاقی پدیده‌ای پیچیده و چند وجهی است که پیامدهای مبهم دارد. (۲۰۱۲ م.)

پاولی (۲۰۰۹ م.) نیز در مطالعه‌اش، سطح متوسط از شدت دیسترس اخلاقی را گزارش داد و عنوان کرد شدت دیسترس اخلاقی و پیامد آن به صورت معکوس با درک جوّ اخلاقی در ارتباط است. بر اساس یافته‌های این تحقیق، درک و بینش مناسب در این زمینه برای تمرین پرستاران در بهبود جوّ اخلاقی در محل کار آنها ضروری و به نفع پرستاران و بیماران است. کورلی و همکارانش (۲۰۰۵ م.) به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی، جوّ اخلاقی و محیط کار اخلاقی و بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با شدت دیسترس اخلاقی پرداختند. نتایج این مطالعه شدت متوسط دیسترس اخلاقی و رابطه معنادار دیسترس اخلاقی با سن پرستاران را گزارش می‌دهد.

با توجه به این که پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین منابع انسانی سیستم مراقبت سلامتی بوده و نقش عمده‌ای را در کیفیت ارائه خدمات به عهده دارند و در صورتی که با دیسترس اخلاقی مواجه شوند مشکلات فیزیکی و روحی بسیاری

برای آنها ایجاد می‌شود که می‌تواند بر کیفیت ارائه خدمات پرستاری تأثیر بگذارد، لذا شناخت دیسترس اخلاقی پرستاران می‌تواند به مدیران خدمات سلامتی کمک کند تا با دریافت پیشنهاداتی از سوی محققین برای کاهش این پدیده اقداماتی انجام دهند و نظر به این که دیسترس اخلاقی در محیط‌های کاری متفاوت به صورت‌های مختلفی ممکن است نمود پیدا کند، لذا این مطالعه با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر جیرفت طراحی و اجرا شد.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی است که به بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران پرداخته است. نمونه‌ها شامل ۱۱۰ نفر پرستار شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جیرفت بودند. واحدهای مورد پژوهش به صورت سرشماری و از دو بیمارستان امام خمینی (هم زن و هم مرد) که در ۱۱ بخش بیمارستان و ۳ بخش بیمارستان کاشانی واقع در شهر جیرفت مشغول به کار بودند انتخاب شدند. معیار ورود برای این مطالعه شامل پرستاران حداقل دارای مدرک کارشناسی و حداقل دارای ۶ ماه سابقه کار بوده است. اطلاعات این پژوهش از طریق پرسشنامه دو قسمتی که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید، جمع‌آوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات دموگرافیکی شامل: سن، جنس، تحصیلات، سابقه کار، نوع بخش محل خدمت است و بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی است. این پرسشنامه از ۳۸ سؤال تشکیل شده و گزینه‌های مربوط نیز در مورد هر سؤال شدت و فراوانی دیسترس را می‌سنجند. ابتدا پرسشنامه توسط یک نفر از اعضای محترم هیأت علمی

که به زبان انگلیسی تسلط داشتند، ترجمه گشت و سپس از زبان فارسی به انگلیسی ترجمه شد و سپس همخوانی دو پرسشنامه با هم تعیین شد. همچنین روایی آن به روش شاخص روایی محتوا توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی و متخصص در اخلاق تعیین شد و سپس پرسشنامه در اختیار ۲۰ تن از پرستاران در واحد پژوهش قرار گرفت و با استفاده از آلفای کرونباخ پایایی ابزار سنجیده شد که به ترتیب روایی آن (۸۸٪) و پایایی آن (۹۴٪) به دست آمد. نمره‌دهی میزان دیسترس (تنشی) را که در شرایط و موقعیت‌های ذکر شده احساس، تجربه یا تحمل کرده‌اند با پاسخ‌های ۷ گزینه‌ای از صفر به معنی بدون تنش یا کم‌ترین تنش و ۶ به معنی بیشترین تنش و تعداد دفعات تجربه دیسترس را که در موقعیت‌های ذکر شده تجربه کرده‌اند صفر به معنی نداشتن هیچ‌گونه تجربه‌ای در این شرایط وصف شده و ۶ به معنی فراوانی موارد زیادی از این شرایط در محیط کاری است. با رعایت جوانب اخلاقی پژوهش (محرمانه‌ماندن اطلاعات و شرکت اختیاری در پژوهش) و کسب مجوز لازم از کمیته اخلاق بیمارستان‌ها، پرسشنامه‌ها در اختیار پرستاران قرار گرفت تا شخصا تکمیل نمودند. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای شرکت یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش خاطر نشان شد که اطلاعاتشان فقط برای استفاده در مطالعه است و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها در همان شیفت توسط محقق جمع‌آوری گردید.

حتی‌الامکان سعی گردید که زمان تکمیل پرسشنامه‌ها با ساعت کاری پرستاران تداخل نداشته باشد و در زمانی که پرستاران کار کم‌تری داشته و وقت

آزاد داشتند، به پاسخگویی اقدام نمایند. تکمیل دو پرسشنامه ممکن است سبب خستگی پرستاران شود، لذا جهت کاهش این محدودیت در بین زمان پاسخگویی از آن‌ها پذیرایی به عمل آمد. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها به مدت دو هفته بوده است.

داده‌های به دست آمده از پرسشنامه در نرم‌افزار spss18 ثبت گردید و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک (سن سابقه کار جنس محل خدمت) از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شد و برای بیان سطح دیسترس اخلاقی از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و دیسترس اخلاقی نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس و t مستقل محاسبه گردید.

یافته‌ها

از ۱۱۰ فرد مورد بررسی ۸۹ نفر از این افراد (۸۰/۹ درصد) شاغل در بیمارستان امام خمینی و ۲۱ نفر باقی‌مانده (۱۹/۱ درصد) شاغل در بیمارستان کاشانی بودند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۳/۰ سال بوده است و دامنه سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۲-۵۳ سال گزارش شد. ۱۵/۵ درصد از پرستاران را مردان و ۸۴/۵ درصد از آن‌ها را زنان به خود اختصاص دادند. از نظر سال‌های خدمت بیشترین تعداد سال خدمت در پرستاران ۲۷ سال و کم‌ترین سال خدمت ۱ سال بوده است. پرستاران از نظر بخش محل خدمت در ۴ گروه قرار گرفتند که درصد پرستاران در هر بخش شامل: ویژه (۴۴/۵) شامل ICU و CCU و اورژانس؛

جراحی (۲۵/۵) شامل جراحی زنان، جراحی عمومی، ارتوپدی؛ داخلی (۱۸/۲) شامل بخش داخلی، زنان، داخلی اعصاب؛ اطفال (۱۱/۸) شامل نوزادان و اطفال، به ترتیب فراوانی قرار گرفتند. جدول ۱ مشخصات دموگرافیک پرستاران مورد بررسی را نشان می‌دهد.

با بررسی سؤالات مربوط به دیسترس اخلاقی نتایج نشان داد که سؤال شماره ۲ و ۳۸ به ترتیب بیشترین و کم‌ترین شدت تنش و سؤال شماره ۲۱ و ۲۸ بیشترین و کم‌ترین فراوانی دیسترس را در بین کل سؤالات به خود اختصاص داده‌اند. نتایج حاکی از آن است که بین شدت دیسترس اخلاقی و متغیر دموگرافیک بخش محل کار و نوع بیمارستان ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. ارتباط بین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی و متغیر دموگرافیک سن و سابقه کار حاکی از این است که بین شدت دیسترس اخلاقی و سن رابطه معنی‌داری وجود ندارد ($r = -0.09$ ، $p > 0.319$). رابطه بین فراوانی دیسترس اخلاقی و سن معنی‌دار گزارش نشده است ($r = 0.005$ ، $p > 0.959$). در زمینه ارتباط بین شدت دیسترس و سابقه کار نیز نتایج حاکی از عدم وجود رابطه معنی‌دار است ($r = -0.107$ ، $p = 0.267$). بین فراوانی دیسترس اخلاقی و سابقه کار نیز رابطه معنی‌داری وجود ندارد ($r = -0.032$ ، $p > 0.732$). بین فراوانی دیسترس اخلاقی با نوع بیمارستان و بخش محل خدمت ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$). بیشترین شدت و فراوانی دیسترس مربوط به بیمارستان امام خمینی و بخش‌های ویژه گزارش شد ($p < 0.05$). کم‌ترین میزان شدت و فراوانی دیسترس مربوط به بخش جراحی بوده است.

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین شدت دیسترس اخلاقی (۳/۵) (از کل ۶-۰) و میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی (۲/۷) (از کل ۶-۰) در پرستاران مورد

بررسی گزارش شد که پرستاران کمی بالاتر از حد متوسط شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی را گزارش کرده‌اند.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین شدت دیسترس اخلاقی از میانگین بالاتر و فراوانی دیسترس اخلاقی از میانگین کمتر بوده است. از نظر واحدهای مورد پژوهش بیشترین سؤال که با میانگین شدت بالایی روبرو بوده (کار با پزشکانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند) بوده است. این امر شاید به دلیل عدم اعتماد پرستاران این منطقه به پزشکان و پرستارانی باشد که اکثراً جهت گذراندن دوره طرح در این منطقه مشغول به کار می‌شوند. در مطالعه بیکمرادی و همکاران نیز بیشترین سطح دیسترس اخلاقی مربوط به کار با رده‌های مختلف پرستاری و پزشکی فاقد صلاحیت بوده است که به دلیل کمبود درمانگر و پرستار کافی عنوان شد. (بیکمرادی، ۱۳۹۰ ش.) در مطالعه وزیری و همکاران نیز عدم صلاحیت حرفه‌ای و عملکردی را یکی از دیسترس‌زاترین عوامل شناسایی کردند. (وزیری، ۱۳۸۷ ش.) پاولی و همکاران نیز همین نتیجه را به دست آوردند. (پاولی، ۲۰۰۹ م.) همچنین کورلی و همکاران بیان کردند که پرستاران هنگام کار با پرسنل غیر ایمن^۱ شدیدترین دیسترس اخلاقی را نشان می‌دهند (کورلی، ۲۰۰۵ م.) که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد و کم‌ترین میانگین فراوانی تنش در پرستاران مورد پژوهش مربوط به سؤال ۲۸ (افزایش دوز مرفین وریدی برای یک بیمار غیر هوشیار که معتقدید این کار مرگ وی را تسریع می‌کند) بوده است. کم‌ترین میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۲ (پیروی نمودن درخواست و تقاضای خانواده برای تداوم

درمان‌های حمایتی زندگی بیمار، با وجود آن که این امر مطابق با خواسته بیمار نیست). در حالی که در تحقیق روشن‌زاده و همکاران بیشترین سؤالی که با میانگین شدت و فراوانی بالای دیسترس اخلاقی همراه بود مربوط به اهمیت‌دادن به احساسات و عواطف بیماران می‌شود و از نظر پرستاران درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده وی به عنوان یک عامل دیسترس‌زای مهم شناخته شده است (روشن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) که این نتایج با مطالعه کنونی همخوانی ندارد. بیشترین نمره فراوانی دیسترس مربوط به سؤال ۲۱ (ارائه مراقبت بهتر به افرادی که قادر به پرداخت هزینه‌های مربوطه هستند نسبت به افرادی که قادر نیستند، بوده است) و با توجه به این که شهر جیرفت جز مناطق کمتر توسعه‌یافته کشور ایران است و از نظر اقتصادی مردم در وضعیت مناسبی قرار ندارند، لذا این یافته به نظر منطقی می‌رسد.

در بررسی متغیرهای دموگرافیک نتایج نشان داد که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۳ سال بوده است و دامنه سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۲۲-۵۳ سال گزارش شد و تعداد سال‌های خدمت ۱-۲۷ سال بیان شد. از نظر جنس زنان بیشترین تعداد شرکت‌کننده را تشکیل دادند که به دلیل حضور بیشتر زنان در مشاغل درمانی این آمار طبیعی است.

هیچ کدام از متغیرهای سن، جنس و سابقه کار با شدت و فراوانی دیسترس ارتباط معنی‌داری نداشت که با مطالعه بیکمرادی و همکاران مطابقت داشت. (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) در حالی که در مطالعه روشن‌زاده و همکاران رابطه سابقه خدمت با فراوانی دیسترس معنی‌دار گزارش شد. در مطالعه الپرن نیز این رابطه معنی‌دار بوده است. (روشن‌زاده، ۱۳۹۰ ش.) از طرفی در مطالعه کورلی و همکاران ارتباط سن با دیسترس معنی‌دار گزارش شد، به طوری که با افزایش سن

سطح دیسترس کاهش می‌یافت. (کورلی، ۲۰۰۵ م.) رابطه متغیر جنس نیز با شدت و فراوانی دیسترس در مطالعات انجام‌شده در ایران معنی‌دار نبوده است. (روشن‌زاده، ۱۳۹۰ ش؛ بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ وزیری و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) این نتایج با مطالعات مشابه همخوانی دارد. (ملتز و همکاران، ۲۰۰۴ م.)

به طور کلی در این مطالعه نمره دیسترس از حد متوسط کمی بالاتر گزارش گردید که در مطالعه جانویر نیز میزان دیسترس در سطح بالا گزارش گردید. (جانویر، ۲۰۰۷ م.) در مطالعه بیکمرادی در ایران نیز میزان دیسترس در حد متوسط به بالا گزارش شده است، (بیکمرادی، ۱۳۹۰ ش.) هرچند که مطالعات ذکرشده در بخش‌های ویژه انجام گردید، اما در مطالعه کنونی که در تمام بخش‌های بیمارستان انجام گردید نیز همین نتایج بدست آمد.

نتایج مطالعه کنونی بیشترین شدت و فراوانی دیسترس در بخش‌های ویژه بیان شد که با توجه به حساسیت کاری بالا کار در این بخش‌ها و بیماران خاص آن این نتیجه دور از انتظار نیست. در سایر مطالعات انجام‌شده نیز نتایج این مطالعه مورد تأیید قرار می‌گیرد. (الپرن، ۲۰۰۵ م؛ کورلی، ۲۰۰۲ م؛ کامینگز، ۲۰۰۹ م.) یافته‌های این مطالعه با مطالعه وزیری و همکاران و بیکمرادی و همکاران که دیسترس اخلاقی را در بخش ویژه از حد متوسط بالاتر ارزیابی نمودند مطابقت دارد (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ وزیری و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) در حالی که با مطالعه روشن‌زاده و همکاران که پایین‌ترین سطح دیسترس در بخش اورژانس بیان شده متفاوت است. (روشن‌زاده، ۱۳۹۰ ش.)

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده حاکی از این است که سطح دیسترس اخلاقی از نظر شدت بالاتر از متوسط و از نظر فراوانی کمتر از حد متوسط است و متغیرهای دموگرافیک تأثیر چندانی در شدت و فراوانی دیسترس ندارد. حال با توجه به نتایج به دست آمده و از آنجا که پیامدهای دیسترس اخلاقی بر عملکرد پرستاران و کیفیت مراقبت ارائه شده در سیستم سلامت تأثیرگذار است، لزوم توجه هرچه بیشتر مدیران جهت بکارگیری و اجرای برنامه های آموزشی در مورد مباحث اخلاقی با هدف شناسایی علائم دیسترس اخلاقی و عوامل مؤثر بر آن و انجام تحقیقات بیشتر جهت شناسایی ابعاد دیسترس اخلاقی و تأثیر آن بر پیامدهای مراقبت از بیمار و سایر موضوعات اخلاقی ضروری به نظر می رسد.

سپاسگزاری

از کلیه پرستاران بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان آیت... کاشانی شهر جیرفت که در این پژوهش شرکت کرده و با قراردادن وقت خود پژوهشگر را یاری نمودند تشکر و قدردانی می گردد. این مطالعه حاصل کار پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری در مرکز آموزش بین الملل دانشگاه علوم پزشکی کرمان می باشد.

جدول ۱: میانگین شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی بر اساس مشخصات

دموگرافیک پرستاران مورد بررسی

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	میانگین شدت	انحراف معیار	میانگین فراوانی	انحراف معیار
جنس	مرد	۹۳	۸۴/۵	۳/۵	۱/۲	۱/۱
	زن	۱۷	۱۵/۵	۳/۲	۱/۱	۰/۹
	کل	۱۱۰	۱۰۰/۰	$p > ۰/۳۱۹$	$p > ۰/۸۲۱$	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۹	۲۶/۴	۳/۴	۱/۰	۱/۰
	متأهل	۸۱	۷۳/۶	۳/۵	۱/۲	۱/۲
				$p > ۰/۶۵۲$	$p > ۰/۰۹۳$	
بخش محل خدمت	اطفال	۱۳	۱۱/۸	۳/۵	۱/۱	۰/۹
	داخلی	۲۰	۱۸/۲	۳/۵	۱/۳	۱/۳
	ویژه	۴۹	۴۴/۵	۳/۷	۱/۰	۰/۹
	جراحی	۲۸	۲۵/۵	۳/۱	۱/۲	۱/۱
				$p > ۰/۲۴$	$p < ۰/۰۰۳$	
بیمارستان	امام خمینی	۸۹	۸۰/۹	۳/۵	۱/۱	۰/۹
	کاشانی	۲۱	۱۹/۱	۳/۲	۱/۵	۱/۱
				$p > ۰/۲۷۸$	$p < ۰/۰۴۹$	

همکار گرامی:

با سلام و تشکر از همکاری صمیمانه شما:

لطفا میزان دیسترس (تنشی) را که در شرایط و موقعیت‌های زیر احساس، تجربه یا تحمل کرده‌اید در برابر هریک با زدن علامت $\times$ امتیاز و نمره دهید: (صفر به معنی بدون تنش یا کم‌ترین تنش و ۶ به معنی بیشترین تنش) و تعداد دفعات تجربه دیسترس را که در موقعیت‌های زیر تجربه کرده‌اید در جدول تکرار تنش علامت بزنید: (صفر به معنی نداشتن هیچ‌گونه تجربه‌ای در این شرایط وصف شده و ۶ به معنی تکرار موارد زیادی از این شرایط در محیط کاری شما می‌باشد).

شدت تنش						تکرار تنش									
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	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
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	پیروی نمودن درخواست و تقاضای خانواده برای تداوم درمان‌های حمایتی زندگی بیمار، با وجود آنکه این امر مطابق با خواسته بیمار نیست.	۲
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	اجرای دستورات پزشک برای انجام آزمایشات و درمان‌های که غیر ضروری هستند.	۳
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	کمک به پزشک برای انجام یک آزمایش یا درمانی که بیمار در مورد آن آگاهی ندارد.	۴
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	شروع عملیات احیا در حالی که من فکر می‌کنم بی نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند.	۵
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	چشم‌پوشی نمودن از موارد مشکوک به بدرفتاری یا سوء استفاده از بیمار توسط مراقبین.	۶
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	چشم‌پوشی نمودن از موقعیتی که فکر می‌کنم به بیماراطلاعات دقیق در مورد رضایت آگاهانه داده نشده است.	۷
۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	اجرای یک وظیفه کاری که در	۸

																	آن احساس شایستگی حرفه‌ای نمی‌کنم.
۹																	اجتناب از هرگونه اقدام زمانی که متوجه می‌شوم همکار پرستارم نوعی اشتباه دارویی را مرتکب شده، اما آن را گزارش نمی‌کند.
۱۰																	اجازه به دانشجویان پزشکی در اجرای پروسیجرهای دردناک روی بیمار منحصرأ برای افزایش مهارتشان.
۱۱																	کمک به پزشکانی که پروسیجرهایی را جهت تمرین روی بیمار پس از یک CPR ناموفق انجام می‌دهند.
۱۲																	اجرای دستورات پزشکان جهت انجام درمان‌ها و آزمایشات غیر ضروری روی بیماران بدحال مراحل پایانی عمر.
۱۳																	کار با همکاران گروه پرستاری در سطوح مختلف (کارشناسی/ کارشناسی ارشد/ بهیار) که به آن‌ها اطمینان ندارم.
۱۴																	اجرای دستورات یا سیاست‌های سازمان، در قطع درمان بیماری که قادر به پرداخت هزینه‌های درمان نیست.
۱۵																	مراقبت از فرد مصدومی که تحت ونتیلاتور است و امیدی به زنده ماندن او نیست، در حالی که هیچ‌کس تصمیم به قطع درمان او نخواهد گرفت.

۱۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	عدم مداخله زمانی که شاهد هستم پرسنل کادر درمانی برای حریم خصوصی بیمار هیچ احترامی قائل نیستند.
۱۷	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	اجرای دستور پزشک مبنی بر نگفتن حقیقت به بیمار علی رغم آنکه بیمارخواهان دانستن حقیقت است.
۱۸	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	کمک به پزشکی که به عقیده شما مراقبت های درمانی ناشایست ارائه می دهد.
۱۹	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	آماده کردن بیمار مسنی برای عمل جراحی گذاشتن لوله گاستروستومی در حالی که بیمار در مرحله انتهای زندگی است.
۲۰	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	ترخیص بیمار زمانی که حداکثر مدت بستری را گذرانده، اما هنوز نیازهای آموزشی متعددی دارد.
۲۱	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	ارائه مراقبت بهتر به افرادی که قادر به پرداخت هزینه های مربوطه هستند نسبت به افرادی که قادر نیستند.
۲۲	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو راجع به مرگ با بیمار رو به مرگی که از مرگ خود سؤال می کند.
۲۳	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	ارائه مراقبتی که درد بیمار را تسکین نمی دهد، زیرا پزشک نگران است افزایش دوز ضد درد باعث مرگ گردد.

۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	دادن داروهای IV مورد نیاز در زمان احیا بدون انجام لوله گذاری و ماساژ قلبی.	۲۴
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	پیروی از دستور پزشک در خصوص خودداری از گفتن وضعیت احیا به بیمار.	۲۵
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با خودداری از گفتن وضعیت احیا با خانواده زمانی که بیمار هم شایستگی لازم را ندارد.	۲۶
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	عدم توانایی در ارائه درمان به دلیل این که هزینه های مربوطه توسط شرکت های بیمه پوشش داده نمی شود.	۲۷
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	افزایش دوز مرفین وریدی برای یک بیمار غیر هوشیار که معتقدید این کار مرگ وی را تسریع می کند.	۲۸
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	پیروی از درخواست بیمار مبنی بر کمک به خودکشی زمانی که پیش آگهی بیمار ضعیف است.	۲۹
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	پیروی از دستور پزشک در خصوص صحبت نکردن در مورد وضعیت بیماری که در حال مرگ است و در مورد مرگ خود سؤال می پرسد.	۳۰
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اجرای دستورات دارویی ضد درد حتی زمانی که این داروها درد را کنترل نکنند.	۳۱
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	کار با پرستارانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن	۳۲

																			نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						کار با کمک پرستارانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۳۳
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						کار با پرسنل غیر حرفه‌ای که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۳۴
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						کار با پزشکانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۳۵
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						کار با پرسنل حمایتی (فیزیوتراپ، مددکار، مشاور مذهبی و...) که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند.	۳۶
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						صحبت کردن با خانواده بیمار درباره امکان اهدای اعضا در زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است.	۳۷
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰	۶	۵	۴	۳	۲	۱	۰						انجام اقدامات مراقبتی برای بیمار زمانی که شایستگی لازم در این زمینه را ندارم.	۳۸

پی‌نوشت

1. Unsafe

فهرست منابع

- Bykmrady, A. Rabiee, S. Khatibian, M. cherazhi, M. (1391). Moral distress among nurses in intensive care units: a survey of health centers in Hamadan. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 5 (2): 53-63.
- Hekmat-Afshar, M. Joybari, L. Sanagoo, A. kalantari, S. (1391). Factors influencing nurses' moral distress: a review of previous studies. *Education and Ethics in Nursing*. 1 (1): 22-7.
- Roshan-Zadeh, M. Abaszade, A. Nakhaee, N. Borhani, F. (1391). Moral distress in clinical practice nurses: a cross - sectional study. *Journal of Medical Ethics*. 6 (21): 114-29.
- Vaziry, M. Emami, M. Salsali, M. Gosheger, J. (1387). Development and validation of a scale of moral distress of nurses in the community. *Medicine and Purification*. 4-3: 46-55.
- Bell, J. Breslin, JM. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *Jornal Healthc Law Ethics Regul*. 10 (4): 94-7.
- Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 9 (6): 636-50.
- Corley, MC. Minick, P. Elswick, R. Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurse Ethics*. 12 (4): 381-90.
- Cronqvist, A. Theorell, T. Burns, T. Lützén, K. (2004) Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurse Ethics*. 11 (1): 63-76.

- Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 523-31.
- Fogel, KM. (2007). *The Relationship of moral distress, ethical climate and intent to turnover among critical care nurse*. [PHD dissertation]. USA. University of Chicago. 215-6.
- Häggström, E. Mbusa, E. Wadensten, B. (2008). Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nurse Ethics*. 15 (4): 478-91.
- Hart, TJ. (2009). *Moral distress in a non-acute care setting: the experience of registered nursing Ontario*. [PHD dissertation]. Queen's University. 263-78
- Lazzarin, MA. Biondi, A. Di Mauro, S. (2012). Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*. 19 (2): 183-95.
- Kalvemark-Sporrong, S. Arnetz, B. Hansson, MG. Westerholm, P. Hoglund AT. (2007). Developing ethical competence in health care organizations. *Nurse Ethics*. 14 (6): 825-37.
- Meltzer, LS. Huckabay, LM. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 13 (3): 202-8.
- Pauly, B. Varcoe, C. Storch, J. Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurse Ethics*. 16 (5): 561-73.
- Peter, E. Liaschenko, J. (2000). Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nursing Inquiry*. 11 (4): 218-25.

Russell, AC. (2012). Moral Distress in Neuroscience Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 44 (1): 15.

Redman, B. Fry, ST. (2000). Nurses' ethical conflicts: what is really known about them?. *Nurse Ethics*. 7 (4): 360-6.

Schluter, J. Winch, S. Holzhauser, K. Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurse Ethics*. 15 (3): 305-21.

یادداشت شناسه مؤلفان

فریبا برهانی: استادیار، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

عباس عباسزاده: استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

منصور عرب: مربی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مطهره فرامرزپور: مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mfaramarzpor61@gmail.com

تاریخ ارسال مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۸

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۱۰