

بررسی میزان درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی -

درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲

عباس عباسزاده^۱

فریبا برهانی^۲

محمدجواد حسین آبادی فراهانی^۳

عرفان قاسمی^۴

نادره نادری روش^۵

چکیده

درماندگی اخلاقی^۱ پدیده‌ای شایع در حرفه پرستاری می‌باشد که می‌تواند سبب تعارض در زمینه مراقبت و رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت شود که همین موضوع می‌تواند در روند دستیابی به اهداف سیستم مراقبتی مداخله ایجاد کرده و در نهایت بر الگوی سلامتی جامعه نیز تأثیرات سوئی داشته باشد. در این مطالعه توصیفی، ۱۵۳ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی

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

۲. استادیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: J.Hoseinabadi@gmail.com

۴. دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۵. دانشجوی دکتری پرستاری، مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

شهید بهشتی، به روش سرشماری مورد بررسی قرار گرفته‌اند. جهت بررسی داده‌ها از پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه استاندارد درماندگی اخلاقی کورلی استفاده شده است. پایایی پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی درون رده‌ای مورد بررسی قرار گرفته، که برابر با ۰/۸۸ بوده است. همچنین جهت تعیین ثبات درونی ابزار از ضریب الفای کرونباخ استفاده شده که برابر $\alpha=0/87$ بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره درماندگی اخلاقی پرستاران $16/6 \pm 44/8$ بوده است که نشان‌دهنده سطح متوسط درماندگی اخلاقی می‌باشد. با توجه به پیامدهای درماندگی اخلاقی در پرستاران، آشنایی بیشتر با این پدیده و ارائه راهکارهایی برای مقابله با آن ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی

درماندگی اخلاقی، پرستاران، اخلاق در حرفه پرستاری

مقدمه

فهم اخلاق از اقدامات مقدماتی پرستاری است، زیرا یک فرایند عمیق و پیچیده است که افراد در آن زندگی می‌کنند. یافتن راه و توسعه دانشی است که از طریق آن می‌توانند پیچیدگی‌ها و ابهام‌ها را برطرف کنند. در نگاه اولیه، عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری ممکن است فعالیت‌های بالینی محسوب شوند و از اخلاق مجزا پنداشته شوند، در حالی که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند. امروزه نظام خدمات درمانی نیازمند این است که پرستاران شایستگی‌های کامل درمانی و نیز توانایی تمرکز بر ابعاد اخلاقی مراقبت را داشته باشند. (گوتهالس^۲، ۲۰۱۰ م.) پرستار نیز به عنوان یکی از اعضای تیم سلامت می‌باشد و نیاز است که به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه خود آگاه و حساس باشد تا در تصمیم‌گیری‌ها به حقوق بیمار خود احترام بگذارد و تأثیر مسائل اخلاقی را در حرفه بالینی خود مدیریت کند. (کیم^۳ و همکاران، ۲۰۰۵ م.) به عقیده جیگر^۴ به نقل از نویل^۵ (۲۰۰۷ م.) پرستار بودن خود یک تلاش اخلاقی است و هر تصمیمی را که پرستار اتخاذ می‌کند اغلب یک بعد اخلاقی دارد که این امر نه تنها در موقعیت‌های مرگ و زندگی اعمال می‌شود، بلکه همه امور روزانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای پرستاران تطابق با ابعاد اخلاقی مراقبت در بالین بسیار سخت است، چراکه اغلب پرستاران نمی‌توانند بر طبق هنجارها و ارزش‌های فردی خودشان عمل کنند. (گوتهالس، ۲۰۱۰ م.) پرستاران بر اساس استانداردهای اخلاقی مربوط به شغل خود، موظف و متعهد به ارائه مراقبت‌ها با کیفیت بالا می‌باشند. پرستاران بایستی قادر به شناسایی موانع اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب اخلاقی باشند که هم موجب رضایتمندی خود پرستار و همچنین بیمار می‌شود، به طوری که عمل به اخلاقیات و توجه به منفعت بیمار در مراقبت‌های پرستاری موجب واکنش‌های

روان‌شناختی مثبت مثل احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی در پرستاران می‌شود. (ابراهیمی، ۱۳۸۶ ش.)

درماندگی اخلاقی^۶ به عنوان یکسری علائم جسمی - عاطفی، شناختی و رفتاری شناخته می‌شود و به دنبال عدم توانایی برای ایجاد سطح مورد دلخواه مراقبت به بیماران به علت تضادهای داخلی و خارجی ایجاد می‌شود. پرستاران معتقدند که عملی را که حق انجام و علم آن را دارند بایستی انجام دهند، اما به علت برخی دلایل همچون ترس یا تحت نظربودن قادر به انجام آن کار نبوده و زمانی که ارزش‌های مراقبت پرستاری این‌گونه تحت تأثیر قرار می‌گیرند، هویت و یکپارچگی پرستاران به عنوان عوامل اخلاقی تحت تأثیر قرار گرفته و آن‌ها این مورد را به عنوان درماندگی اخلاقی احساس می‌کنند. (هاررووینگ^۷، ۲۰۱۰ م.)

پرستارانی که از درماندگی اخلاقی رنج می‌برند، آن را به صورت نارضایتی، عصبانیت و احساس گناه احساس می‌کنند. از این رو، پیشگیری از مواجهه‌شدن پرستاران با درماندگی اخلاقی یا حداقل جلوگیری از عوارض منفی آن قابل اهمیت می‌باشد. درماندگی اخلاقی دارای اثرات منفی بر پرستاران، بیماران و سازمان‌های ارائه خدمات درمانی می‌باشد. درماندگی اخلاقی تحت تأثیر عواملی همچون بخش محل کار یا سابقه کار قرار دارد به طوری که آلپون^۸ و همکارانش دریافتند که درماندگی اخلاقی به طور معناداری با افزایش سابقه کار پرستاری در ارتباط است به طوری که با افزایش این سال‌ها، میانگین تجربیات آن‌ها در مورد درماندگی اخلاقی نیز بیشتر شده است. (اوهنیشی^۹، ۲۰۱۰ م.)

درماندگی اخلاقی یک مسأله اساسی در حرفه پرستاری است که پرستاران را در کلیه بخش‌های مراقبتی تحت تأثیر قرار می‌دهد. درماندگی اخلاقی در صورت نبود تعداد کافی پرسنل و قوانین و فرآیندهای سازمانی که پرستاران را در برآورده کردن نیازهای بیماران و

خانواده‌هایشان با مشکل مواجه می‌کنند به یک پدیده رایج تبدیل می‌شود. با این وضع در حالی که این اتفاقات برای پرستاران در اثر درماندگی اخلاقی به وجود می‌آید هنوز توجه کمی به این مسأله شده است. (کورلی^{۱۰}، ۲۰۰۲ م.)

درک تجربه درماندگی اخلاقی ممکن است باعث درک بهتر عواملی باشد که منجر به کمبود پرستار می‌شود. کرفت^{۱۱} (۲۰۰۵ م.) گزارش می‌دهد که بسیاری از پرستاران حرفه خود را به این علت که نمی‌توانند از عهده درماندگی اخلاقی موجود در محل کارشان برآیند رها می‌کنند. فوگل (۲۰۰۵ م.) به نقل از فنتون^{۱۲} نیز به این موضوع اشاره می‌کند که هرچقدر مشکلات اخلاقی افزایش پیدا کرده و درماندگی اخلاقی در کار پرستاری مورد توجه قرار نگیرد، کاهش واضحی را در تعداد پرستاران شاهد خواهیم بود. حمایت از پرستارانی که با درماندگی اخلاقی سر و کار دارند برای حفظ آنان در حرفه خود مورد نیاز می‌باشد.

پژوهش‌های انجام‌شده بیان می‌کنند که پرستاران، سطوح مختلفی از درماندگی اخلاقی را تجربه می‌کنند. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۱، میزان درماندگی اخلاقی پرستاران در سطح متوسط ارزیابی شده است و میان درماندگی اخلاقی و برخی متغیرهای جمعیت شناختی همچون بخش محل کار ارتباط معناداری وجود داشته است. عامری و همکاران نیز در سال ۱۳۹۲ میزان درماندگی اخلاقی پرستاران انکولوژی را در سطح زیاد گزارش نموده و میان سن، سابقه کار و نوع استخدام پرستاران با شدت درماندگی اخلاقی همبستگی معناداری را گزارش نموده است.

در خصوص عوامل ایجادکننده درماندگی اخلاقی در پرستاران پژوهش‌های کمی انجام شده است، این در حالی است که درک بیشتر درباره این عوامل می‌تواند به مدیران پرستاری کمک نماید تا راهکارهایی را برای پیشگیری و

کاهش این‌گونه موارد به عمل آورند و اثرات مضر آن را کاهش دهند. به این ترتیب ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتر در مورد درماندگی اخلاقی در پرستاران و عوامل مرتبط با آن بیش از پیش به چشم می‌خورد. (فرای^{۱۳}، ۲۰۰۲ م.)

درماندگی اخلاقی پدیده‌ای غیر قابل انکار و شایع می‌باشد، به طوری که از هر سه پرستار، یک نفر درماندگی اخلاقی را تجربه می‌کند. (به نقل از ردمن^{۱۴}، بیک‌مرادی، ۱۳۹۱ ش.) همچنین درماندگی اخلاقی می‌تواند در روند دستیابی به اهداف نظام مراقبتی مداخله ایجاد کند و در نهایت بر الگوی سلامتی جامعه نیز تأثیرات سویی بگذارد. ممکن است پرستاران به دنبال تجربه درماندگی اخلاقی مراقبت با کیفیت پایین را ارائه دهند یا حتی در موارد شدید از نزدیک شدن به بیمار و انجام مراقبت اجتناب کنند. متأسفانه، نتیجه این عمل بی‌کفایتی مراقبت ارائه شده و در نهایت بی‌تفاوتی یا ترک حرفه پرستاری است. پیامدهای درماندگی اخلاقی سازمان‌های ارائه خدمات را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که ارائه مراقبت با کیفیت پایین سبب افزایش مدت بستری بیماران و افزایش هزینه‌ها و گاهی نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت گردد. با توجه به مطالب ذکر شده و نیز اهمیت درماندگی اخلاقی و پیامدهای آن در پرستاران و با توجه به این‌که ابعاد این موضوع هنوز به طور کامل مشخص نشده است، انجام پژوهشی پیرامون درماندگی اخلاقی ضروری به نظر می‌رسد، لذا هدف از این پژوهش تعیین نمره درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۲ بوده است.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی می‌باشد که افراد شرکت‌کننده در پژوهش را پرستاران شاغل در بخش‌های ICU و CCU بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکیل داده‌اند. بیمارستان‌های تشکیل‌دهنده محیط پژوهش شامل بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان شهدای تجریش، بیمارستان لقمان حکیم و بیمارستان شهید مدرس بوده است. دلیل انتخاب این مراکز دارا بودن بخش‌های فعال ICU و CCU بوده است. علاوه بر این موقعیت جغرافیایی این مراکز مدنظر قرار گرفته است، به طوری که به ترتیب بیمارستان‌های امام حسین (ع)، شهدا، لقمان و مدرس در مناطق شرق، شمال، جنوب و غرب شهر تهران قرار گرفته‌اند. در این پژوهش از میان کلیه پرستاران شاغل (۲۰۳ نفر) در نهایت ۱۵۳ پرستار واجد شرایط و دارای رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش به روش تمام‌شماری انتخاب شده و وارد پژوهش شده‌اند. شرایط ورود شامل داشتن مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر و همچنین داشتن حداقل یکسال سابقه کار در بخش‌های مدنظر بوده است.

جهت بررسی داده‌ها از پرسشنامه دو قسمتی مشخصات فردی و درماندگی اخلاقی کورلی استفاده شده است. فرم مربوط به مشخصات فردی شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کاری، نوع استخدام، وضعیت درآمد، وضعیت تأهل، بخش کاری، نوبت کاری، گذراندن دوره اخلاق و علاقه به رشته پرستاری بوده است. پرسشنامه درماندگی اخلاقی کورلی برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ میلادی توسط کورلی و برای سنجش درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه طراحی گردید و در سال ۲۰۰۱ نیز یک بازنگری کلی در آن انجام گرفته، سپس هامریک^{۱۵} و بلک هال^{۱۶} در سال ۲۰۰۷ با انجام

مروری دوباره بر روی این ابزار ۳۸ گویه آن را به ۲۱ گویه تعدیل کردند که در نهایت این عمل به تأیید کورلی نیز رسیده است. در این پژوهش از نسخه ترجمه شده این ابزار توسط عباس زاده استفاده گردیده است. عباس زاده روایی پرسشنامه درماندگی اخلاقی کورلی را به روش اعتبار محتوا مورد بررسی قرار داده و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۰/۸۸٪ گزارش نموده و مورد تأیید گردیده است. جهت پایایی ابزار از ضریب همبستگی درون - رده‌ای^{۱۷} (ICC) استفاده گردید، به این صورت که پرسشنامه‌ها توسط ۱۵ نفر از افراد شرکت کننده در پژوهش تکمیل شده و دو هفته بعد مجدداً نیز توسط همان افراد تکمیل گردیده است. در نهایت میزان ضریب همبستگی درون - رده‌ای برابر ۰/۸۸ بوده است. همچنین جهت تعیین ثبات درونی ابزار از ضریب الفای کرونباخ استفاده شده، که برابر $\alpha = 0/87$ بوده است.

پرسشنامه درماندگی اخلاقی کورلی شامل ۲۴ سؤال بوده که هر گزینه مربوط به یک موقعیت خاص در مراقبت‌های بیمارستانی می‌باشد. همچنین در آخر این پرسشنامه یک سؤال سه‌گزینه‌ای نیز وجود دارد که تمایل پرستاران را به ترک حرفه خویش اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه درک افراد از دو جنبه «شدت درماندگی اخلاقی» و «فراوانی موقعیت‌هایی که فرد در آن‌ها با تنش مواجه می‌شود» را مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین این ابزار دارای دو مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از (۰ تا ۴) می‌باشد که یکی برای بررسی فراوانی درماندگی اخلاقی بوده و از هرگز مواجهه نشده‌ام (معادل صفر) تا بسیار زیاد (معادل چهار) می‌باشد و دیگری برای بررسی شدت درماندگی اخلاقی است که از تنشی در من ایجاد نمی‌کند (معادل صفر) تا تنش زیادی در من ایجاد می‌کند (معادل چهار) نمره‌گذاری شده و محدوده نمرات در این ابزار (بین ۰ تا ۴) می‌باشد. دامنه

نمرات فرد بین صفر تا ۹۶ می باشد و هرچقدر نمره فرد بیشتر باشد نشانه شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی بیشتر در وی است. نمره به دست آمده از کل پرسشنامه به صورت کم (۲۴-صفر)، متوسط (۴۸/۱-۲۴)، زیاد (۷۲/۱-۴۸) و خیلی زیاد (۹۶/۱-۷۲) طبقه بندی شده است.

پژوهشگر پس از کسب مجوزهای لازم با دریافت معرفی نامه از دانشگاه به مراکز آموزشی درمانی مورد نظر مراجعه کرده و پس از کسب مجوز ریاست بیمارستان، مسئول دفتر پرستاری و سرپرستاران بخش های مورد نظر در جریان پژوهش قرار گرفته اند. سپس پژوهشگر خود را به واحد مربوطه معرفی کرده و اهداف پژوهش را بیان نموده و پرسشنامه ها را در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده و با آنان قراری برای دو روز بعد جهت جمع آوری پرسشنامه های تکمیل شده گذاشته است. پرستاران به طریق خود گزارش دهی و در زمانی که خود آنها احساس آرامش و امنیت می کردند پرسشنامه را تکمیل نموده و آنها را به پژوهشگر تحویل داده اند.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ صورت گرفته است. جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون شاپیرو - ویلک، برای تعیین میزان درماندگی اخلاقی از آزمون های آماری توصیفی مانند میانگین، درصد و انحراف معیار استفاده شده است. جهت مقایسه بین درماندگی اخلاقی با جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، علاقه به رشته پرستاری، سابقه گذراندن دوره اخلاق و بخش محل کار از آزمون تی مستقل (شدت درماندگی اخلاقی)، و آزمون من ویتنی یو (فراوانی درماندگی اخلاقی) استفاده شده است. جهت مقایسه درماندگی اخلاقی با وضعیت استخدام، درآمد، نوبت کاری و ترک حرفه پرستاری

از آزمون آنالیز واریانس یکطرفه استفاده شده است. جهت تعیین ارتباط میان ابعاد درماندگی اخلاقی از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردیده است.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۵۳ پرستار از بیمارستان‌های امام حسین (ع) (۴۰ نفر)، شهدای تجریش (۴۴ نفر)، لقمان حکیم (۳۸ نفر) و شهید مدرس (۳۱ نفر) شرکت کرده‌اند. ۷۷/۱ درصد پرستاران زن و ۲۲/۹ درصد آن‌ها مرد بوده‌اند. میانگین سنی پرستاران ۳۲/۹ با انحراف معیار ۶/۵۲ و دامنه ۲۳-۵۰ سال بوده است. ۶۴/۷ درصد آن‌ها متأهل و ۳۷/۳ درصد آن‌ها مجرد بوده‌اند. ۱۵۱ نفر دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر دارای مدرک کارشناسی ارشد بوده‌اند. از نظر وضعیت استخدام، پرستاران در چهار گروه رسمی (۳۷/۳ درصد)، قراردادی (۲۳/۵ درصد)، طرحی (۱۵ درصد) و پیمانی (۲۴/۲) قرار گرفته‌اند. از نظر بخش محل خدمت نیز ۷۲/۵ درصد پرستاران در بخش‌های ICU و ۲۷/۵ درصد آن‌ها در بخش‌های CCU مشغول به کار بوده‌اند. از نظر نوبت کاری پرستاران در ۶ گروه ثابت صبح (۲۰/۳ درصد)، ثابت عصر (صفر)، ثابت شب (۲/۶ درصد)، صبح و عصر (۱۰/۵ درصد)، عصر و شب (۱۸/۳ درصد) و شیفت در گردش (۴۸/۳ درصد) قرار گرفته‌اند. میانگین سابقه کار پرستاران ۹/۲۳ سال با انحراف معیار ۶/۴۳ سال و دامنه ۱-۳۵ سال بوده است. پرستاران وضعیت درآمد خود را در ۳ گروه مطلوب (۲ درصد)، متوسط (۴۵/۸ درصد) و نامطلوب (۵۲/۳ درصد) بیان کرده‌اند. همچنین ۶۸/۶ درصد آن‌ها رشته پرستاری را با علاقه انتخاب کرده بودند و ۳۱/۴ درصد از آن‌ها این رشته را با علاقه انتخاب نکرده بودند. ۲۰/۹ درصد پرستاران سابقه گذراندن دوره اخلاق پرستاری را داشتند و ۷۹/۱ درصد از آن‌ها سابقه

گذراندن دوره اخلاق را نداشتند. ۲/۶ درصد از پرستاران حرفه پرستاری را به دنبال تجربه درماندگی اخلاقی ترک کرده بودند، ۵۷/۵ درصد از آنها نیز در اندیشه ترک این حرفه بوده‌اند، ولی آن را ترک نکرده بودند و ۳۹/۹ درصد از پرستاران هرگز در اندیشه ترک حرفه پرستاری نبوده‌اند. جدول ۱ و ۲ میانگین مواجهه و شدت درماندگی اخلاقی را بر اساس برخی متغیرهای جمعیت شناختی نشان می‌دهد.

میانگین نمره پرستاران در بعد فراوانی مواجهه با موقعیت‌های درماندگی اخلاقی $46/6 \pm 16/4$ و در بعد شدت درماندگی اخلاقی $44/8 \pm 16/6$ بوده است که نشان‌دهنده سطح متوسطی از درماندگی اخلاقی می‌باشد. همچنین میان شدت و تکرار درماندگی اخلاقی رابطه کاملاً معناداری گزارش شده است ($r=0.8$ و $P<0.05$).

از نظر فراوانی مواجهه در درماندگی اخلاقی در میان عبارات پرسشنامه، عبارت شماره ۵ «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست، مراقبت‌های پرستاری می‌دهم» بیشترین فراوانی را با میانگین $3/42$ از ۴ کسب کرده است. همچنین عبارت شماره ۲ «زمانی که مرگ بیمار اجتناب ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم» کمترین فراوانی را با میانگین $2/07$ از ۴ داشته است. علاوه بر این، همین عبارت در بعد شدت درماندگی اخلاقی نیز با میانگین $1/24$ از ۴ کمترین موقعیت بوده است. در بعد شدت درماندگی اخلاقی، عبارت شماره ۱ «به علت فشار ناشی از کاهش هزینه‌ها، کمبود امکانات، تجهیزات و نیروی انسانی نمی‌توانم خدمات مراقبتی مطلوب به بیمار ارائه دهم» بیشترین شدت را با میانگین $2/47$ از ۴ کسب کرده است.

از میان متغیرهای جمعیت‌شناختی سن پرستاران و ترک حرفه پرستاری با درماندگی اخلاقی در هر دو بعد ارتباط معناداری مشاهده گردیده است، به طوری که با افزایش سن فراوانی مواجهه ($r=0.2$ و $P<0.05$) و شدت مواجهه ($r=0.1$ و $P<0.05$) درماندگی اخلاقی نیز افزایش یافته است. همچنین پرستارانی که حرفه خود را ترک کرده بودند، نمره بیشتری را در ابعاد درماندگی اخلاقی کسب کرده بودند که از نظر آماری نیز معنادار بوده است. از نظر سابقه کار نیز پرستاران دارای سابقه کار بیشتر، موقعیت‌های بیشتری را تجربه کرده بودند که از نظر آماری نیز معنادار بوده است ($r=0.2$ و $P<0.05$). البته با افزایش سابقه کار میزان شدت درماندگی اخلاقی نیز افزایش پیدا کرده بود، ولی این تفاوت معنادار نبوده است ($r=0.1$ و $P>0.05$). همچنین پرستارانی که رشته پرستاری را با علاقه انتخاب نکرده بودند موقعیت‌های درماندگی اخلاقی را بیشتر تجربه کرده بودند که از نظر آماری نیز معنادار بوده است ($P<0.05$).

بحث

هدف کلی این پژوهش تعیین نمره درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های ICU و CCU بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که پرستاران در این پژوهش سطح متوسطی از درماندگی اخلاقی را در ابعاد فراوانی و شدت تجربه کرده‌اند. جولایی (۱۳۹۱ ش.) میزان شدت درماندگی اخلاقی پرستاران شهر تهران را در سطح متوسط گزارش نموده است، که نتایج پژوهش حاضر را تأیید می‌نماید. بیک‌مرادی (۱۳۹۱ ش.) نیز میزان درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه همدان را در سطح متوسط گزارش نموده است که نتایج آن هم‌راستا با یافته‌های پژوهش جاری می‌باشد. عباس‌زاده (۱۳۹۲ ش.) نیز میزان فراوانی و شدت

درماندگی اخلاقی پرستاران شهر بیرجند را در سطح متوسط گزارش کرده است و نتایج آن نیز کاملاً هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. الپرن (۲۰۰۵ م.) نیز در مطالعه خود میزان فراوانی مواجهه و شدت درماندگی اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه را در سطح متوسط گزارش کرده است. این در حالی است که عامری (۱۳۹۲ ش.) میزان فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی را در پرستاران بخش‌های انکولوژی در سطح زیاد گزارش کرده است، که به نظر می‌رسد با توجه به نوع بیماران و درمان‌های خاص و عوارض آن‌ها و وجود تنش‌های مداوم در این بخش‌ها، سطوح بالاتری از درماندگی اخلاقی قابل انتظار باشد. البته لازارین (۲۰۱۲ م.) میزان فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی را در پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی و هماتولوژی اطفال در سطح کم گزارش کرده است.

از نظر فراوانی مواجهه در درماندگی اخلاقی در میان عبارات پرسشنامه، عبارت شماره ۵ «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست، مراقبت‌های پرستاری می‌دهم» بیشترین فراوانی را کسب کرده است. همچنین عبارت شماره ۲ «زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم» کم‌ترین فراوانی را داشته است. علاوه بر این، همین عبارت در بعد شدت درماندگی اخلاقی نیز کم‌ترین موقعیت بوده است. در بعد شدت درماندگی اخلاقی، عبارت شماره ۱، «به علت فشار ناشی از کاهش هزینه‌ها، کمبود امکانات، تجهیزات و نیروی انسانی، نمی‌توانم خدمات مراقبتی مطلوب به بیمار ارائه دهم» بیشترین شدت را کسب کرده است. در بسیاری از مطالعات، یکی از عوامل مهم ایجاد درماندگی اخلاقی کمبود نیروی انسانی و تجهیزات معرفی شده است، یکی از مشکلات پرستاری در ایران کمبود نیروی پرستاری می‌باشد که همین مورد سبب قراردادن شیفت‌های بیشتر برای

پرستاران یا انجام مراقبت برای تعداد بیشتری از بیماران توسط یک پرستار شده و به دنبال آن می‌تواند باعث ایجاد نارضایتی و حتی ترک خدمت گردد. از طرفی نبود یا وسایل و تجهیزات پزشکی می‌تواند سبب اتلاف وقت بیشتر پرسنل پرستاری و حتی کاهش کیفیت مراقبت پرستاری در بخش‌های ویژه شود. با توجه به این‌که بخش‌های مراقبت ویژه دارای شرایط خاصی از جمله وضعیت بحرانی بیماران، وجود تجهیزات پزشکی متفاوت با سایر بخش‌ها، اهمیت کنترل عفونت و... می‌باشند، لذا در راستای ارائه مراقبت با کیفیت، تعداد کافی پرسنل پرستاری و تجهیزات و وسایل پزشکی مورد نیاز نقش مهمی را در پیشگیری و یا کاهش درماندگی اخلاقی خواهد داشت. در مطالعه جولایی (۱۳۹۱ ش.) نیز عبارات «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست، مراقبت‌های پرستاری می‌دهم» و «زمانی که مرگ بیمار اجتناب‌ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم» به ترتیب بیشترین و کم‌ترین فراوانی را داشته‌اند که نتایج مطالعه حاضر هم راستا با این مورد می‌باشد. در مطالعه الپرن (۲۰۰۵ م.) نیز عبارت «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست، مراقبت‌های پرستاری می‌دهم» بیشترین فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی را به خود اختصاص داده است که با نتایج پژوهش حاضر هم خوانی دارد. همچنین عبارت «دوز داروی تسکین‌دهنده درد بیمار را زیاد نمی‌کنم، چراکه نگرانم باعث مرگ او شود» کم‌ترین شدت درماندگی اخلاقی را داشته است. به نظر می‌رسد پرستاران بخش‌های ویژه با وجود این‌که به طور روزانه و تقریباً همیشگی با بیماران دارای شرایط بحرانی و متصل به ونتیلاتور در ارتباط هستند، اما همچنان کارکردن با این بیماران خصوصاً در مراحل نزدیک به مرگ، سبب ایجاد درماندگی اخلاقی در آن‌ها می‌شود. شاید دلیل این موضوع

عواطف و احساسات شخصی پرستاران، شرایط بیمار، فرهنگ حاکم در جوامع یا حتی تعهد شغلی آن‌ها باشد.

در مطالعه حاضر مشاهده گردید که با افزایش سن پرستاران، میانگین نمره درماندگی اخلاقی در هر دو بعد فراوانی و شدت افزایش یافته است، که این یافته هم‌راستا با مطالعات انجام گرفته می‌باشد. (جولایی، ۱۳۹۱ ش؛ عامری، ۱۳۹۲ ش؛ آتش‌زاده شوریده، ۱۳۹۱ ش).

همچنین در مطالعه حاضر مشاهده گردید که پرستاران دارای سابقه کار بیشتر، موقعیت‌های درماندگی اخلاقی بیشتری را تجربه می‌کنند که از نظر آماری نیز معنادار بوده است، همچنین شدت درماندگی اخلاقی نیز بیشتر شده است که از نظر آماری معنادار نبوده است. این یافته نیز هم‌راستا با مطالعات انجام شده می‌باشد. (عامری، ۱۳۹۲ ش؛ الپرن، ۲۰۰۵ م.) به نظر می‌رسد پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه با افزایش سن و سابقه کار با موقعیت‌های بیشتر درماندگی اخلاقی مواجهه می‌شوند. شاید کار در بخش‌های ویژه با توجه به شرایط خاص بیماران سبب می‌شود تا موقعیت‌های بیشتری جهت تجربه درماندگی اخلاقی ایجاد گردد، به طوری که حتی با گذشت زمان و افزایش سابقه کار همواره پرستاران شاغل در این بخش‌ها درماندگی اخلاقی را تجربه می‌نمایند. به نظر می‌رسد حساس بودن شرایط بیماران دلیل این موضوع باشد، از طرفی شاید آشنان بودن پرستاران با راهکارهای مقابله و کنترل درماندگی اخلاقی باعث شود که حتی پرستاران با تجربه همچنان درماندگی اخلاقی را با شدت بیشتری تجربه نمایند.

در مورد متغیر ترک حرفه پرستاری مشاهد شد، پرستارانی که موقعیت خود را به دنبال تجربه درماندگی اخلاقی ترک کرده بودند، موقعیت‌های منجر به درماندگی اخلاقی بیشتری را با شدت بیشتری تجربه نموده بودند و نمره بالاتری

را نسبت به سایر پرستاران کسب کرده بودند. نرمن^{۱۸} (۲۰۰۵ م.) در طی مطالعه خود ارتباط بین درماندگی اخلاقی و ترک حرفه پرستاری را مثبت گزارش کرده است. کومینگس^{۱۹} (۲۰۱۲ م.) نیز در مطالعه خود ارتباط بین درماندگی اخلاقی و تمایل به ترک حرفه پرستاری را مثبت گزارش کرده است. در مطالعه عباسزاده (۱۳۹۲ ش.) میان درماندگی اخلاقی و ترک حرفه پرستاری ارتباط معناداری مشاهده نشده است. این در حالی است که افرادی که قصد ترک این حرفه را در اولین فرصت داشته‌اند کم‌ترین فراوانی را داشته، ولی موقعیت‌های بیشتری از درماندگی اخلاقی را با شدت بیشتری نسبت به پرستارانی که قصد داشتند تا حد امکان در این حرفه بمانند تجربه کرده بودند. در مطالعه حاضر نیز پرستارانی که در اندیشه ترک حرفه پرستاری نبودند موقعیت‌های کم‌تری از درماندگی اخلاقی را تجربه کرده بودند. به نظر می‌رسد پرستارانی که بنابه دلایلی همچون پیچیدگی مراحل ترک حرفه، کمبود شغل، مسائل مالی یا داشتن همسر و فرزند، در اندیشه ترک حرفه پرستاری نیستند، نوعی تطابق را در خود ایجاد نموده‌اند تا در طی ساعات کاری خود کم‌تر با موقعیت‌های درماندگی اخلاقی مواجهه شده و در صورت مواجهه نیز آن موقعیت را با شدت کم‌تری تجربه می‌کنند.

در مورد متغیر علاقه در انتخاب رشته پرستاری تنها با بعد فراوانی مواجهه درماندگی اخلاقی ارتباط معناداری مشاهده شده است. به طوری که فراوانی مواجهه درماندگی اخلاقی در پرستارانی که رشته پرستاری را با علاقه انتخاب نکرده بودند بیشتر بوده است. البته در بعد شدت نیز به همین ترتیب بوده است، ولی از نظر آماری معنادار نبوده است. به نظر می‌رسد انتخاب با علاقه رشته پرستاری می‌تواند مواجهه پرستاران با موقعیت‌های ایجاد درماندگی اخلاقی را کم‌تر کند. شاید دلیل این موضوع ایجاد تطابق بهتر با شرایط و محیط کار

پرستاری در میان پرستاران دارای علاقه باشد، به طوری که انتخاب با علاقه می‌تواند تأثیر برخی از مسایل موجود در رشته پرستاری همچون جایگاه ضعیف اجتماعی، استرس بالای کار، حقوق و مزایای کم نسبت به نوع حرفه را که می‌توانند از علل ایجاد و یا تشدید درماندگی اخلاقی باشد، کاهش دهد.

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که پرستاران دارای سطح متوسطی از درماندگی اخلاقی در هر دو بعد فراوانی و شدت بوده‌اند. برخی از متغیرهای جمعیت شناختی می‌توانند بر میزان شدت و تکرار درماندگی اخلاقی موثر باشند. میان شدت و تکرار درماندگی اخلاقی ارتباط معناداری مشاهده گردید. با توجه به پیامدهای درماندگی اخلاقی در میان پرستاران، توجه بیشتر مسئولین نسبت به این موضوع را می‌طلبد. در مورد محدودیت‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که با توجه به انجام این پژوهش تنها در پرستاران بخش‌های ویژه و نیز تنها برخی از بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، جهت امکان تعمیم هرچه بیشتر نتایج پژوهش، نیاز به انجام این پژوهش در محیط‌های دیگر بالینی می‌باشد.

سیاسگزاری

از کلیه مدیران پرستاری و پرستاران بیمارستان‌های امام حسین (ع)، شهدای تجریش، لقمان حکیم و شهید مدرس جهت همکاری در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد.

جدول ۱: همبستگی سن، سابقه کار با ابعاد درماندگی اخلاقی

در پرستاران مورد پژوهش

ابعاد درماندگی اخلاقی	سن	سابقه کار
فراوانی مواجهه	$r=0.2$ و $P=0.01^*$	$r=0.2$ و $P=0.01^*$
شدت مواجهه	$r=0.14$ و $P=0.04^*$	$r=0.1$ و $P=0.1$

جدول ۲: میانگین مواجهه و شدت درماندگی اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش بر اساس

برخی مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین مواجهه	انحراف معیار	میانگین شدت	انحراف معیار
ترک حرفه پرستاری	۴	۲/۶	۵۹/۲	۱۳/۳	۶۵/۵	۶/۵
	۸۸	۵۷/۵	۴۸/۶	۱۷/۵	۴۵/۱	۱۷/۷
	۶۱	۳۹/۹	۴۲/۷	۱۴/۱	۴۲/۹	۱۴/۵
			$P=0.02^*$		$P=0.03^*$	
علاقه به رشته پرستاری	۱۰۵	۶۸/۶	۴۴/۵	۱۶/۲	۴۳/۵	۱۷/۵
	۴۸	۳۱/۴	۵۰/۹	۱۶/۱	۴۷/۵	۱۴/۴
			$P=0.03^*$		$P=0.16$	
گذراندن دوره اخلاقی	۳۲	۲۰/۹	۵۱/۴	۱۷/۲	۴۳/۵	۱۷/۵
	۱۲۱	۷۹/۱	۴۵/۳	۱۶/۰۷	۴۷/۵	۱۴/۴
			$P=0.06$		$P=0.28$	

پی‌نوشت‌ها

1. Moral Distress
2. Goethals
3. Kim
4. Jeager
5. Neville
6. Moral Distress
7. Harrowing
8. Alpon
9. Ohnishi
10. Corley
11. Kerfoot
12. Fentoon
13. Fry
14. Redman
15. Hamric
16. Black Hall
17. Intraclass Correlation Coefficient
18. Norman
19. Cummings

فهرست منابع

- Abbaszadeh, A. Borhani, F. Nakhaei, N. Roshanzadeh, M. (2013). The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 6 (2): 57-62.
- Abbaszadeh, A. Borhani, F. Nakhaei, N. Roshanzadeh, M. (2012). Moral distress in clinical practice: a cross - sectional study. *Medical Ethics*. 6 (21): 113-30.
- Ameri, M. SafaviBayat, Z. Ashktorab, T. Kavooosi, A. Vaezi, A. (2013). Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 6 (1): 59-67.

- Beikmoradi, A. Rabiee, S. Khatiban, M. Cheraghi, MA. (2012). Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 5 (2): 53-63.
- Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 9 (6): 636-50.
- Cummings, CL. (2012). *The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting*.
- Ebrahimi, H. Nikraves, M. Oskouie, F. Ahmadi, F. (2007). Stress: major reaction of nurses to the context of ethical decision making. *Journal of Iran University of Medical Sciences*. 14 (54): 7-15.
- Elpern, E. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 523-30.
- Fogel, KM. (2007). *The relationship of moral distress, ethical climate and intent to turnover among critical care nurse*.
- Fry, ST. Harvey, RM. Hurley, AC. Foley, BJ. (2002). Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*. 9: 373-8.
- Goethals, S. Gastmans, Ch. Dierckx, B. (2010). Nurses' ethical reasoning and behavior: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 47: 635-50.
- Harrowing, J. Mill, J. (2010). Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a Critical ethnography. *International Journal of Nursing Studies*. 47: 723-31.
- Kerfoot, KM. (1992). Preventing moral distress: our ethical obligation. *Aspens Advise Nurse Exec*. 7 (5): 3-5.
- Lazzarin, M. Biondi, A. Di Mauro, S. (2012). Moral distress in nurses in oncology and hematology units. *Nursing Ethics*. 19 (2): 183-95.

Linda, D. Donelan, NK. Peter, I. Willis, BG. Williams, M. Ulrich, B. Dittus, R. (2005). The older nurse in the workplace: does age matter?. *Nurse Econ.* 23 (6): 9-282.

Ohinishi, K. Ohgushi, Y. Nakano, M. Fujii, H. Tanaka, H. Kitaoka, K. Nakahara, J. Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in japan. *Nursing Ethics.* 17 (6): 726-40.

یادداشت شناسه مؤلفان

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

فریبا برهانی: استادیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمدجواد حسین آبادی فراهانی: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

عرفان قاسمی: دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

نادره نادری روش: دانشجوی دکتری پرستاری، مربی، گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

پست الکترونیک: J.Hoseinabadi@gmail.com

Moral distress among nurses of Shaheed Beheshti University of medical sciences hospitals in 2013

A.Abbaszadeh

F.Borhani

MJ.Hoseinabadi Farahani

E.Ghasemi

N.Naderi Ravesh

Abstract

Moral distress is a prevailing phenomenon in nursing which can cause conflict on care and facing the patient and presenting qualified care and this case can interfere in the process of access to care system objectives and finally have negative impacts on the society health model too. In this descriptive study, 153 of nurses employed in selected training hospitals of Shaheed Beheshti University of Medical Science have been studied in census method. In order to study the data, the questionnaire of individual data and standard Corley's Moral Distress questionnaire were used. The reliability of the questionnaire was studied through intra-class correlation coefficient which was equal to 0.88, Also in order to determine the internal stability of the tools, Cronbach's alpha coefficient has been used which was equal to $\alpha=0.87$. The results of the research showed that the average score of moral distress of nurses was 44.8 ± 16.6 which shows the moderate level of moral distress. Considering the outcomes of moral distress in nurses, further familiarity with this phenomenon and presenting approaches to combat against it seems to be essential.

Keywords

Moral Distress, Nurses, Morality in Nursing