

بررسی تنیدگی اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

محمود عباسی^۱

فرزانه حاجتمند^۲

مرتضی خاقانی‌زاده^۳

علیرضا عسکری گشت رودخانی^۴

چکیده

مقدمه: تنیدگی اخلاقی به دلیل اثرات نامطلوبی نظیر احساس ناکامی و گناه، عدم امنیت، ترس، دلسردی و افسردگی در پرستاران می‌تواند بر شخصیت و عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیر بگذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تنیدگی اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

روش: این پژوهش، یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که بر روی ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل انتخاب شده به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی و برای تجزیه تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 21 استفاده گردید.

۱. دانشیار مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد برنامه‌ریزی درسی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: khaghanizade@bmsu.ac.ir

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد، برنامه‌ریزی سیستم‌های اقتصادی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۲/۱۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۴/۲۸

یافته‌ها: میزان تنیدگی اخلاقی پرستاران در سطح متوسط گزارش شد. میانگین تنیدگی اخلاقی در حیطه خطاهای حرفه‌ای، بالاتر از دیگر حیطه‌ها بود. بین تنیدگی اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد. ($P > 0.05$)

نتیجه‌گیری: با توجه به سطح تنیدگی متوسط در پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، مدیران سازمانی و پرستاری باید ساختارهایی طراحی کنند که شرایط استرس کاری پرستاران را کاهش داده و از پرستارانی که تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند، حمایت نمایند. تلاش برای کاهش بیشتر میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران و بررسی سایر عوامل اثرگذار توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی

تنیدگی اخلاقی، حرفه پرستاری، اخلاق حرفه‌ای

مقدمه

پرستاری خدمتی مستقیم و بلاواسطه است که طیف وسیع و متنوعی از بیماران، مددجویان، گروه‌ها و جوامع را در طول حیات زیر پوشش قرار می‌دهد. بستر ظهور و عملکرد پرستاری، جایی است که ارتباط بین پرستار و مددجو، با هدف پاسخ به نیازها و خواست‌های مددجویان برای دریافت خدمات پرستاری، برقرار می‌شود. (صلصالی و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) در واقع پرستاران یکی از اعضای کلیدی در گروه مراقبت سلامت هستند و بیماران نیز تماس بیشتری با پرستاران در مقایسه با سایر کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت دارند. نگاهی به وضعیت بهداشت و درمان جهان گویای آن است که حداقل ارائه ۵۰٪ خدمات سلامت به عهده پرستاران است. حتی در برخی کشورها ۸۰٪ امور بهداشتی توسط پرستاران انجام می‌شود. بنابراین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات پرستاران خواهد داشت. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۱ ش.)

امروزه پیشرفت چشمگیر در عرصه‌های مختلف به ویژه علوم پزشکی و زیست‌فناوری نوین، محیط‌های مراقبتی پرستاران را با تصمیمات و موقعیت‌های دشواری مواجه ساخته است و نیاز روزافزونی را به بحث و تبادل نظر در مسائل اخلاقی و تصمیم‌گیری در این حیطه ایجاد نموده است. (محمدنژاد و همکاران، ۱۳۹۲ ش.)

جامیتون^۱ مسأله تنیدگی اخلاقی را برای اولین بار مطرح کرد (۱۹۸۴ م.) او شرح می‌دهد که تنیدگی اخلاقی هنگامی رخ می‌دهد که فرد می‌داند چه کاری درست است، اما محدودیت‌های سازمانی انجام درست کار را تقریباً غیرممکن می‌سازد. جیمتون، ویلکینسون تنیدگی اخلاقی را این‌گونه تعریف می‌کند: «عدم تعادل روانی و وضعیت احساس منفی که توسط فردی تجربه می‌شود که تصمیمی

اخلاقی اتخاذ کرده، اما رفتار اخلاقی مشمول آن تصمیم را تا پایان دنبال نمی‌کند» (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲ م.) مطالعه انجام‌شده درباره سطح تنیدگی اخلاقی پرستاران نشان می‌دهد که بیش از ۸۰٪ پرستاران از تنیدگی اخلاقی متوسط تا زیاد رنج می‌برند. (کورلی و همکاران، ۱۹۹۴ م.) انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت ویژه^۲ در یک بیانیه در سال ۲۰۰۸ اهمیت تنیدگی اخلاقی در حرفه پرستاری را تشخیص داده و یک اظهاریه خط مشی عمومی در جهت مقابله با شواهدی که نشانگر تأثیر منفی آن بر محیط مراقبت بهداشتی و حفظ نظم پرستاران بوده، تدوین کرده است. این انجمن اظهار می‌دارد که تنیدگی اخلاقی یک مشکل بحرانی در محیط کاری پرستاران می‌باشد که اغلب از آن غفلت می‌شود و اگر مورد توجه قرار نگیرد، توانایی پرستاران را برای تأمین مراقبت بهینه و به دست آوردن رضایت شغلی محدود می‌سازد.

تنیدگی اخلاقی می‌تواند بر ابعاد جسمی، روانی، معنوی و ارتباطات اجتماعی افراد تأثیر بگذارد و سبب پیامدهای جسمی و روانی متعددی گردد که می‌توانند بر وظایف حرفه‌ای پرستاران تأثیر منفی بگذارند. تنیدگی اخلاقی موجب احساس ناکامی و گناه، عصبانیت، تنش، ترک شغل، نارضایتی شغلی، غم، اضطراب، احساس شرم، احساس فرسودگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس عدم امنیت، ترس، دل‌سردی و افسردگی در پرستاران شده و بر عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیر می‌گذارد. (اشک‌تراب و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از پرستاران به اجبار با تنیدگی اخلاقی مراقبت از بیماران را انجام دادند و یا مجبور به ترک بخش شده‌اند، هرچند همه مشکلات اخلاقی مسأله‌سازند، موقعیت‌هایی که در آنها پرستاران دچار تنیدگی اخلاقی

می‌شوند، از شدیدترین مشکلات روانشناختی تلقی می‌شوند. (ویلیکینسون، ۱۹۸۸ م؛ میل، ۱۹۹۴ م.)

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های کارکنان سلامت را تشکیل می‌دهند که تنیدگی اخلاقی و مشکلات ناشی از آن، می‌تواند بر کیفیت ارائه خدمات آنان تأثیر بگذارد. همچنین این امر تأثیرات زیان‌آوری را بر سیستم بهداشت و درمان کشور تحمیل کند و با عنایت به این‌که، این پدیده ممکن است در افراد مختلف با شرایط و ویژگی‌های شخصیتی مختلف، متفاوت باشد، لذا شناخت تنیدگی اخلاقی از زوایای مختلف می‌تواند کمک شایانی به مدیران، برای کاهش این پدیده نماید. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تنیدگی اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. نمونه‌ها شامل ۲۰۰ نفر پرستار شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند. جهت نمونه‌گیری، ابتدا هفت مرکز آموزشی، وابسته دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (مراکز آموزشی درمانی لبافی‌نژاد، طالقانی، مفید، اختر، امام حسین، لقمان، شهدای تجریش) انتخاب شدند. سپس، فهرستی از پرستارانی که واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند، تهیه شده و واحدهای پژوهش به روش تصافی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی از بین آن‌ها انتخاب شدند.

داده‌های پژوهش از طریق یک پرسشنامه دو قسمتی که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل گردید، جمع‌آوری شد. بخش اول پرسشنامه شامل اطلاعات

دموگرافیکی از جمله سن، جنس، تأهل، تحصیلات، سابقه کار، بخش محل خدمت بود و بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی بود که بر اساس شرایط فرهنگی و اجتماعی کشور تعدیل شده است. این پرسشنامه از ۳۰ سؤال در ۳ بُعد که شامل بُعد تخصیص نامناسب مسؤولیت‌ها و صلاحیت‌ها، بُعد خطاها و بُعد عدم رعایت اصول اخلاقی بود، تشکیل شده و گزینه‌های مربوط نیز در مورد هر سؤال شدت و فراوانی دیسترس را می‌سنجد. این ابزار در ایران هنجاریابی شده است. (آتشزاده و همکاران، ۱۳۹۱ ش). پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مسؤولین مربوط، ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با نحوه پاسخگویی به پرسشنامه و هدف پژوهش اطلاعاتی داده شد. سپس، خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری و داوطلبانه می‌باشد. در مورد گمنام‌بودن و حفظ اسرار و رعایت حریم، اطمینان کافی به واحدهای پژوهش داده شده و در صورت تمایل به شرکت در پژوهش، پرسشنامه در اختیار آنان قرار داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار بسته آماری SPSS 21 و از آزمون‌های آماری توصیفی (فراونی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی، ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سن واحدهای مورد مطالعه، ۳۴/۳۲ سال بود که ۸۵/۵ درصد را زنان و ۱۴/۵ درصد را مردان تشکیل می‌دادند و ۶۴/۵ درصد متأهل بودند. میانگین سابقه کار آنان، ۱۰/۵ سال بود که ۹۱٪ دارای مدرک کارشناسی و ۹٪ دارای کارشناسی ارشد بودند. ۱۰/۵ درصد از پرستاران نوبت کاری در گردش و بقیه نوبت کاری ثابت داشتند. از نظر سال‌های خدمت، بیشترین تعداد سال خدمت در

پرستاران ۲۵ سال و کم‌ترین آن، ۱ سال بود. پرستاران از نظر بخش محل خدمت، در دو گروه با فراوانی ۳۹٪ در بخش داخلی و ۶۱٪ در بخش جراحی قرار گرفتند.

پرستاران مورد مطالعه از نظر وضعیت خدمتی، ۷۱/۵ درصد رسمی و ۲۸/۵ درصد قراردادی بودند و تنها ۸/۵ درصد از آن‌ها در بیمارستان دیگری هم مشغول بکار بودند، ضمناً ۹۲٪ از آن‌ها سابقه بیماری خاصی نداشتند. همچنین میانگین سابقه کار در بخش فعلی ۵/۲۹ سال بوده و از نظر اضافه‌کار، ۸۲/۵ درصد اضافه کار داشتند.

در خصوص میزان تنیدگی نتایج حاکی از آن است که میزان تنیدگی اخلاقی کل و تمامی حیطه‌ها در حد متوسط می‌باشد. (جدول ۱)

در زمینه بررسی رابطه بین حیطه‌های تنیدگی اخلاقی و متغیرهای دموگرافیک شامل سن، سابقه کار، و سابقه کار در بخش فعلی، نتایج حاکی از آن است که بین متغیر سن ($F=0/008$ ، $p=0/916$)، سابقه کار ($F=0/037$ ، $p=0/61$) و سابقه کار در بخش فعلی ($F=0/080$ ، $p=0/26$) با میزان تنیدگی اخلاقی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p>0/05$) (جدول ۲).

میانگین میزان تنیدگی اخلاقی در زنان ۵۷/۲۳، در مردان ۶۲/۱۳، در پرستاران متأهل ۵۶/۶۸ و در پرستاران مجرد ۶۰/۲۵ درصد گزارش شد. میانگین میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران دارای مدرک کارشناسی ۵۷/۶۸ و در پرستاران دارای مدرک کارشناسی ارشد، ۶۰/۶۱ گزارش شد و رابطه معنی‌داری بین متغیرهای نام برده و میزان تنیدگی اخلاقی یافت نشد ($p<0/05$) (جدول ۳)

میانگین نوبت‌های کاری صبح ۵۵/۳۹، صبح و عصر ۵۵/۸۰، عصر و شب ۲۷/۴۲، در گردش ۵۵/۳۸، بخش‌های داخلی ۵۴/۹۸، بخش‌های جراحی ۵۹/۸۴

گزارش شده و رابطه آماری معنی داری بین متغیرهای نام برده و میزان تنیدگی اخلاقی یافت نشد. ($p < 0.05$) (جدول ۴).

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد، اکثریت پرستاران از حد متوسطی از تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند. در برخی از بیمارستان‌های ایران، خط‌مشی مشخصی واضحی برای کنترل تعارض موجود نیست. فقدان این خط‌مشی‌ها، سبب می‌گردد، پرستار در تصمیم‌گیری‌ها به ویژه تصمیم‌گیری‌هایی که بر پایه اصول اخلاقی است، دچار تردید شده و در نهایت دچار تنیدگی اخلاقی گردد. در مطالعات کورلی و همکاران، (۲۰۰۱ م.) آلپرن و همکاران (۲۰۰۵ م.) و آتش‌زاده (۱۳۹۱ ش.) نیز اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای سطح متوسطی از تنیدگی اخلاقی بودند (۱۴۶، ۱۱۱). کورلی و سلیگ (۱۹۹۴ م.) گزارش کردند که بیش از ۸۰٪ پرستاران میزان متوسط تا زیادی از تنیدگی اخلاقی را تجربه کرده بودند. پرستاران مشارکت‌کننده یک سوم پرستاران در بررسی ردمن و فرای (۲۰۰۰ م.) تجربه تنیدگی اخلاقی داشتند. همچنین در بررسی سولومون و همکاران (۱۹۹۳ م.) تقریباً ۵۰٪ پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران رو به مرگ، دچار تنیدگی اخلاقی در حد متوسط بودند. ویلکینسون (۸۸-۱۹۸۷) و میل (۱۹۹۴) به این نتیجه رسیدند که حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از پرستاران به علت تنیدگی‌های اخلاقی در مراقبت از بیماران مجبور به ترک محل خدمت خود شده و یا به اجبار به کار خود ادامه داده‌اند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت، اکثریت پرستاران در موقعیت‌های پر تنش اخلاقی قرار دارند و این پدیده می‌تواند سلامتی آنها را به مخاطره بیاندازد و یا در عملکرد حرفه‌ای آنها تأثیر منفی بگذارد.

نتایج این مطالعه از نظر میزان تنیدگی با مطالعه‌های زیوزلو، (۲۰۰۷ ش.) رنگ و رترهام، (۲۰۱۰ م.) عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰ م.) و سلام‌زاده (۱۳۹۲ م.) متفاوت بود. در این مطالعات، شدت و میزان تنیدگی اخلاقی بالایی را گزارش نموده‌اند. این عدم همخوانی می‌تواند ناشی از آن باشد که محیط و شرایط کاری پرستاران در مطالعات فوق متفاوت از مطالعه حاضر بوده است و پرستاران در شرایط پرتنش‌تری کار می‌کرده‌اند. در تأیید این مطلب، آتش‌زاده و همکاران میزان تنیدگی اخلاقی بالایی را در بعد تخصیص نامناسب مسؤولیت‌ها و صلاحیت‌ها، و در بعد خطاهای حرفه‌ای گزارش نمودند. (آتش‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) در این پژوهش نیز میزان تنیدگی در بعد خطاهای حرفه‌ای بالاتر از دیگر حیطه‌ها بود. این امر بیانگر این مسأله است که در حرفه پرستاری نگرانی از خطاهای حرفه‌ای، پرستاران را تهدید می‌کند. در خصوص علت بالابودن تنیدگی‌های حرفه‌ای، یاسکو^۳ می‌گوید هرچه مقدار تنیدگی درک‌شده در محیط کار بیشتر باشد، میزان تنیدگی اخلاقی نیز افزایش می‌یابد. بنابراین، لازم است، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی توجه بیشتری به شدت و پیامدهای تنیدگی در کارکنان پرستاری از جمله افسردگی، دوری‌گزینی از بیماران، غیبت و کاهش کیفیت کاری نموده و حمایت‌های اجتماعی و مدیریتی در محیط کار را در جهت کاهش میزان و اثرات مخرب تنیدگی اخلاقی در دستور کار خود قرار دهند.

در مطالعه‌ای که میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران نیروهای مسلح مورد بررسی قرار گرفته است، نتایج حاکی از آن است که اکثریت واحدهای مورد پژوهش از تنیدگی اخلاقی در سطح بالایی رنج می‌بردند (۵۹/۹ درصد) (سلام‌زاده، ۱۳۹۲ ش.) این امر می‌تواند به علت تفاوت ماهیت محیط کار واحدهای مورد پژوهش باشد، زیرا در بیمارستان‌های نیروهای مسلح تابع قوانین نظامی هستند و

پرستاران از اختیارات کم‌تری برای تصمیم‌گیری مستقل اخلاقی برخوردارند. از سوی دیگر، برنامه‌های آموزش ضمن خدمت در خصوص تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و توانمندسازی برای پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به طور مستمر برگزار می‌شود. برگزاری این دوره‌های آموزشی در زمینه اخلاق حرفه‌ای می‌تواند در کاهش تنیدگی‌های اخلاقی پرستاران مؤثر باشد. علوی ارجمند و همکاران (۱۳۹۱ ش.) نیز نشان دادند که پس از اجرای آموزش مدیریت استرس، میزان استرس کاری و تعارض کار - زندگی پرستاران کاهش یافت. به طوری که قبل از اجرای آموزش، میزان استرس کاری و تعارض کاری - زندگی پرستاران در حد بالایی گزارش شده بود، ولی پس از اجرای مداخله، این میزان به طور قابل توجهی کاهش یافت. (علوی ارجمند و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) همچنین، رسولی و همکاران (۱۳۸۶ ش.) نشان دادند که آموزش مدیریت زمان بر کنترل تعارض کار - زندگی پرستاران مؤثر می‌باشد. (رسولی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.)

یکی دیگر از اهداف جزئی پژوهش تعیین رابطه بین تنیدگی اخلاقی (نمره کل و خرده‌قیاس‌ها) و برخی از مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران بود. هیچ کدام از متغیرهای سن، جنس و سابقه کار با شدت و فراوانی تنیدگی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند. این نتایج با یافته‌های برهانی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) و بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) همسو می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت، عوامل نام‌برده، نقش تأثیرگذاری بر میزان تنیدگی پرستاران ندارد و در مطالعات آتی باید عوامل دیگری را مورد جستجو و بررسی قرار داد.

یکی دیگر از ویژگی‌های دموگرافیک مورد مطالعه سطح تحصیلات بود که در مطالعه حاضر ۹۱٪ از پرستاران مدرک کارشناسی و ۹٪ از آنان مدرک کارشناسی

ارشد داشتند. ارتباط معنی‌دار آماری بین میزان تنیدگی و سطح تحصیلات مشاهده نگردید. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های آتش‌زاده شوریده، (۱۳۹۱ ش.) بیک‌مرادی (۱۳۹۱ ش.) و سلام‌زاده (۱۳۹۲ ش.) همخوانی دارد. شاید بتوان گفت چون در برنامه درسی آموزش پرستاری کشور، درس اخلاق پرستاری و روش‌های حل مشکلات اخلاقی گنجانیده نشده است، بنابراین ارتباطی بین سطح تحصیلات با میزان تنیدگی اخلاقی مشاهده نشده است، لذا انجام مطالعات بیشتر در این زمینه توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج پژوهش و با در نظر گرفتن اثرات منفی تنیدگی اخلاقی بر عملکرد پرستاران و کیفیت مراقبت ارائه‌شده در سیستم سلامت، به نظر می‌رسد مدیران سازمانی و پرستاری باید ساختارهایی طراحی کنند که شرایط استرس کاری پرستاران را کاهش داده و از پرستارانی که تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند، حمایت نمایند. این ساختارها باید درست و بی‌طرفانه بوده و در حالت ایده‌آل توسط پرستاران طراحی شوند. با توجه به عدم مشاهده ارتباط معنی‌دار تنیدگی اخلاقی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پرستاران در این پژوهش، نیاز به بررسی‌های بیشتری از نظر تعیین سایر عوامل اثرگذار بر تنیدگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه احساس می‌شود.

با توجه به این که بررسی‌ها نشان می‌دهد که میزان تنیدگی در پرستارانی که دوره‌های آموزشی در زمینه مباحث اخلاق حرفه‌ای و تصمیم‌گیری اخلاقی را گذرانیده‌اند، کم‌تر است، تلاش برای کاهش بیش‌تر میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران و بررسی سایر عوامل اثرگذار توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از همه پرستاران و افرادی که در این مطالعه همکاری و مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش برحسب میزان تنیدگی اخلاقی

میزان تنیدگی اخلاقی		پایین		متوسط		بالا		جمع	
حیطه تنیدگی اخلاقی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد
حیطه مسؤولیت	۷۰	۳۵	۸۶	۴۳	۴۴	۲۲	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰
حیطه خطا	۵۵	۲۷/۵	۱۰۲	۵۱	۴۳	۲۱/۵	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰
حیطه اصول اخلاقی	۵۶	۲۸	۹۵	۴۷/۵	۴۹	۲۴/۵	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰
تنیدگی کل	۵۹	۲۹/۵	۱۰۱	۵۰/۵	۴۰	۲۰	۲۰۰	۱۰۰	۲۰۰

جدول ۲: رابطه بین حیطه‌های تنیدگی اخلاقی و ویژگی‌های دموگرافیک سن، سابقه کار پرستاری و سابقه کار در بخش فعلی

متغیر	سن	سابقه کار پرستاری	سابقه کار در بخش فعلی
حیطه مسؤولیت و صلاحیت‌ها	$r = -0/036$ $P = 0/615$	$r = -0/062$ $P = 0/38$	$r = 0/037$ $P = 0/61$
حیطه خطا	$r = -0/013$ $P = 0/85$	$r = 0/015$ $P = 0/83$	$r = 0/05$ $P = 0/48$
حیطه عدم رعایت اصول اخلاقی	$r = 0/033$ $P = 0/64$	$r = 0/051$ $P = 0/47$	$r = 0/138$ $P = 0/54$
تنیدگی اخلاقی کل	$r = -0/008$ $P = 0/916$	$r = 0/037$ $P = 0/61$	$r = 0/080$ $P = 0/26$

جدول ۳: بررسی وضعیت تنیدگی اخلاقی (کل و حیطه‌ها) واحدهای مورد پژوهش

بر حسب برخی ویژگی‌های دموگرافیک

انحراف میانگین معیار		انحراف میانگین معیار		تنیدگی اخلاقی
زن		مرد		
۱۰/۲۱	۱۷/۸۷	۱۰/۲۰	۲۰/۷۹	حیطه مسؤولیت
۱۰/۷۲	۲۱/۳۰	۱۱/۳۷	۲۲/۴	حیطه خطا
۹/۳۳	۱۸/۰۶	۹/۰۲	۱۸/۹۳	حیطه عدم رعایت اصول اخلاقی
۲۷/۶۹	۵۷/۲۳	۲۶/۹۹	۶۲/۱۳	تنیدگی اخلاقی کل
متأهل		مجرد		تنیدگی اخلاقی
۱۰/۲۰	۱۷/۹۸	۱۰/۳۵	۱۸/۸۵	حیطه مسؤولیت
۱۰/۸۹	۲۰/۹۰	۱۰/۶۳	۲۲/۴۷	حیطه خطا
۹/۰۳	۱۷/۷۹	۹/۷۱	۱۸/۹۱	حیطه عدم رعایت اصول اخلاقی
۲۷/۳۲	۵۶/۶۸	۸/۰۹	۶۰/۲۵	تنیدگی اخلاقی کل
کارشناسی ارشد		کارشناسی		تنیدگی اخلاقی
۱۱/۷۰	۲۰/۰۰	۱۰/۱۰	۱۸/۱۲	حیطه مسؤولیت
۱۱/۵۵	۱۹/۷۲	۱۰/۷۴	۲۱/۶۳	حیطه خطا
۹/۰۹	۲۰/۸۸	۹/۲۷	۱۷/۹۲	حیطه اخلاق
۲۸/۶۵	۶۰/۶۱	۲۷/۵۴	۵۷/۶۸	تنیدگی اخلاقی کل
جراحی		داخلی		تنیدگی اخلاقی
۱۰/۵۱	۱۹/۰۴	۹/۷۴	۱۷/۱۲	حیطه مسؤولیت
۱۱/۵۸	۲۲/۰۱	۹/۴۶	۲۰/۶۰	حیطه خطا
۹/۲۸	۱۸/۷۸	۹/۲۳	۱۷/۲۵	حیطه عدم رعایت اصول اخلاقی
۲۸/۶۷	۵۹/۸۴	۲۵/۶۹	۵۴/۹۸	تنیدگی اخلاقی کل

جدول ۴: بررسی وضعیت تنیدگی اخلاقی واحدهای مورد پژوهش برحسب نوبت کاری

متغیر	صبح کار	صبح و عصر	عصر و شب	در گردش
تنیدگی اخلاقی	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار
حیطه مسؤولیت و صلاحیت‌ها	۱۶/۹۳±۱۰/۵۹	۱۷/۰۵±۹/۹۰	۱۹/۵۹±۱۰/۱۶	۱۹/۳۳±۱۰/۵۲
حیطه خطا	۲۰/۹۳±۱۰/۷۱	۲۰/۸۶±۱۱/۱۵	۲۲/۸۰±۱۰/۵۶	۱۸/۹۵±۱۱/۰۹
حیطه عدم رعایت اصول اخلاقی	۱۷/۵۲±۹/۷۶	۱۷/۸۸±۹/۰۳	۹/۲۲±۹/۲۲	۱۷/۰۹±۹/۳۱
تنیدگی اخلاقی کل	۵۵/۳۹±۲۸/۰۱	۵۵/۸۰±۲۶/۸۴	۲۷/۴۲±۲۷/۴۲	۵۵/۳۸±۲۹/۵۹

پی‌نوشت‌ها

۱. Jameton
۲. American Association of critical care Nurses
۳. Yasko

فهرست منابع

- 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.
- Abbaszadeh, A. Borhani, F. Kalantari, S. (2011). Ethical distress in nurses working in Bam therapeutic centers. *Journal of Medical Ethics*. 5 (17): 119-40.
- Akbarbegloo, M. Valizadeh, L. (2009). Professional stress and adjustment strategies in nurses working in mental Department of Razi hospital in Tabriz. *Journal of Modern Cares*. 8 (1): 45-51.
- Alavi Arjmand, N. Kashaninia, Z. Hoseini MA. Rezasoltani, P. (2013). Study effect of stress management on professional stress and conflict of work and live in nurses. *Hayat, Journal of Nursing and Midwifery*. 4 (18): 81-91.
- Ameri, M. (2012). Study stress and its related factors from perspective of nurses working in Oncology department of educational hospitals in Tehran. Mastering Thesis, Nursing and midwifery school of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.
- Atashzadeh Shourideh, F. (2012). ICU nurses' ethical stress: Design the tools and test of method. Thesis of nursing PhD. Nursing and Midwifery school of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.
- Atashzadeh Shourideh, F. Ashktorab, T. Yaghmay, F. (2012). Response of ICUs nurses to moral distress: A qualitative Study. *Journal of Critical Care Nursing*. 4 (4): 159-68.

- Bigdeli, I. Karimzadeh, S. (2006). The effect of tension factors on mental health nurses in Semnan. *Sci J Semnan Univ Med Sci*. 8 (2): 21-6.
- Borhani, F. Alhani, F. Mohammadi, E. Abbaszadeh, A. (2009). Professional Ethical Competence in nursing: the role of nursing instructors. *Journal of Medical Ethics and History*. 2 (3): 27-38.
- Corley, MC. Elswick, RK. Gorman, M. Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (2): 250-6.
- Corley, MC. Selig, P. (1994). Prevalence of principled thinking by critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*. 13 (2): 96.
- 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): 523-30.
- Hamric, AB. Davis, WS. Childress, MD. (2006). Moral distress in health care professionals. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society Alpha Omega Alpha*. 69 (1): 16.
- Heydari, A. Mazlum, SR. Ildarabadi, E. (2012). *Nursing in the health care delivery system in Iran*. 7 (25): 37-44.
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: the ethical issues* Englewood Cliffs. Copyright Jim Summers. *Business and Professional Ethics Journal*. 4 (1): 83-7.
- Joolaie, S. Jalili, H. Rafiee, F. Haghghani, H. (2010). Study relationship between nurses' understanding from moral tension and ethical environment in selected departments of educational-therapeutic centers of Tehran University of Medical sciences. *Journal of Medical Ethics and History*. 4 (4): 56-66.
- Millette, BE. (1994). Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. *Western Journal of Nursing Research*. 16 (6): 660-74.

- Range, LM. Rotherham, AL. (2007). Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nursing Ethics*. 17 (2): 225-32.
- Rasuli, M. Tafrashi, Z. Mohammadnejad, E. (2014). Challenges in clinical nursing education in Iran and strategies. *Journal of Clinical Excellence*. 1 (2): 11-22.
- Redman, B. Fry, ST. (2000). Nurses ethical conflicts: what is really known about them? *Nurse Ethics*. 7 (4): 360-6.
- Salamzadeh, E. Saghafi, A. Khaghanizadeh, M. Salari, M. (2012). Study ethical stress in nurses working in selected hospital of armed forces. Mastering Thesis, Nursing School of Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran.
- Salsali, M. Cheraghi, MA. Zaghari Tafreshi, M. Noktedan, H. Mehrdad, N. Maddah, B. Givari, A. (2011). *Professional standards of nursing care*. First edition. Tehran: Publications Mehr Ravash.
- Solomon, MZ. O'Donneu, L. Jennings, B. Guilfooy, V. Wolf, SM. Nolan, K. Jackson, R. Koch Weser, D. DonneDley, S. (1993). Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments. *American Journal of Public Health*. 83 (1):14-23.
- Wilkinson, JM. (1987-1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect" *Nurse Forum*. 23 (1): 16-29.
- Zuzelo, PR. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 14 (3): 344-59.

یادداشت شناسه مؤلفان

محمود عباسی: دانشیار مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فرزانه حاجتمند: کارشناس ارشد برنامه‌ریزی درسی و پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مرتضی خاقانی‌زاده: استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران.
(نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: khaghanizade@bmsu.ac.ir

علیرضا عسکری گشت‌رودخانی: دانشجوی کارشناسی ارشد، برنامه‌ریزی سیستم‌های اقتصادی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران.

Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences

Mahmoud.Abbasi

Farzaneh.Hajatmand

Morteza.Khaghanizadeh

Alireza.Askari Gashtroudkhani

Abstract

Introduction: Moral distress due to adverse effects such as disappointment and feeling sin, insecurity, fear, discouragement and depression in nurses can effect on their professional characteristic and operation. This study was carried out with the aim of determining the rate of moral distress in employed nurses of dependent training hospitals to Shahid Beheshti University of medical sciences, in 2014.

Method: This cross-sectional descriptive study was done on 200 employed nurses selected by random sampling method. We used Corley moral distress questionnaire for data gathering. Data analyzed by SPSS V.21 software.

Results: The level of ethical distress was average. Average distress in the field of professional mistakes were upper than other fields. Findings revealed that there wasn't any significant relationship between demographic characteristics of nurses and their moral distress ($P>0/05$).

Conclusion: Regarding to average level of moral distress in participant nurses, institutional and nursing managers should design structures to decreasing nurses' moral distress and support nurses who suffer from moral distress. So, efforts to decreasing nurses' moral distress and study of other influencing factors are suggested.

Keywords

Moral Distress, Nursing Profession, Professional Ethics