

Evaluation of the Moral Distress and Related Factors in Clinical Nurses of Shahroud City

Sadeghi¹ M (MSc.)- *Ebrahimi² H (Ph.D)- Aghayan³ Sh (Ph.D).

1-MSc in Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2- Associate Professor of Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.(Corresponding author)

E-mail: h_ebrahimi43@yahoo.com

3- Associate Professor, Department of Psychiatry, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Abstract

Introduction: The moral stressor situations is considered one of the issues and problems to professional nurses that can be affected negatively Their function and quality of care, the goal of present study is determining the amount and abundance of moral distress in clinical nurses and related factors in city of Shahroud.

Methods: In this Cross-sectional study; 261 nurses that worked in Imam Hussein and Fatemiyeh hospitals of shahroud were studied in 2013-2014. The instrument of collecting data was consisted of demographic and occupational form and Corley moral distress questionnaire. Data were analyzed with using descriptive statics and Pearson correlation coefficient, independent T test and one-way ANOVA statistical tests.

Results: The frequency and severity of moral distress in most of nurses was in the medium level and there was observed significant statistically difference between frequency and severity of moral distress in nurses ($p < 0.001$). In the aspect the frequency, emergency and psychiatric nurses and about intensity, nurses working in departments of emergency, orthopedic and ICU reported the highest score of moral distress. There was a significant negative correlation between the age ($p < 0.001$), job experience ($p = 0.01$) and total score of moral distress and There was a significant difference between the type of employment and the moral distress ($p < 0.05$) but there was no significant association between sexuality, marital status and monthly working hours with moral distress ($p > 0.05$).

Conclusion: Considering the prevalence of moral distress among nurses, presenting strategies to reduce according to the terms with any parts is necessary. Provide the necessary training and use of nurses with age more work experience in order to how to cope with moral tension is recommended.

Key words: Nurse, moral distress, nursing ethics.

Received: 20 December 2014

Accepted: 20 July 2015

بررسی شدت و فراوانی تنش اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود

مهدی صادقی^۱، *حسین ابراهیمی^۲، شاهرخ آقاییان^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: h_brahim43@yahoo.com

۳- استادیار، گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

نشریه روان پرستاری، دوره ۳ شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴ ۲۸-۲۰

چکیده

مقدمه: موقعیت‌های اخلاقی تنش‌زا یکی از مسایل و معضلات حرفه پرستاری به شمار می‌رود که می‌تواند بر کارکرد و کیفیت مراقبت آن‌ها تأثیر منفی بگذارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تنش اخلاقی در بین پرستاران بالینی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان شاهرود انجام شد.

روش‌ها: در این مطالعه توصیفی تحلیلی میزان تنش اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در ۲۶۱ نفر پرستار شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) و فاطمیه شهر شاهرود در سال ۱۳۹۳ بررسی گردید. ابزار مورد استفاده شامل فرم اطلاعات فردی و شغلی و پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی بود. اطلاعات کسب شده با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تنش اخلاقی در اکثر پرستاران، در هر دو بعد شدت و فراوانی در سطح متوسط قرار داشت و اختلاف آماری معنی‌دار بین فراوانی شدت تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف مشاهده شد ($P < 0/001$). در بعد فراوانی تنش اخلاقی، پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس و روان و در بعد شدت، پرستاران بخش‌های اورژانس، ارتوپدی و ICU بالاترین نمره تنش اخلاقی را گزارش کردند. بین نمره کل تنش اخلاقی با سن ($P < 0/001$) و سابقه کاری ($p = 0/01$) همبستگی منفی معنی‌داری وجود داشت. بین نوع استخدام و میزان تنش اخلاقی تفاوت معنادار بود ($P < 0/05$) اما بین میزان تنش اخلاقی با جنس، وضعیت تأهل و ساعت کار ماهیانه ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع تنش اخلاقی در بین پرستاران بخش‌های مختلف ارائه راهکارهایی در جهت کاهش آن با توجه به شرایط هر بخش ضروری است. ارائه آموزش‌های لازم و استفاده از تجارب پرستاران با سن و سابقه کاری بیشتر در زمینه چگونگی مقابله با تنش اخلاقی پیشنهاد می‌شود.

کلید واژه‌ها: پرستار، تنش اخلاقی، اخلاق.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۴/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۲۴

مقدمه

تنش اخلاقی به عنوان احساس ناراحتی یا حالت عدم تعادل روانی توصیف شده که با وجود تشخیص آن از طرف افراد، در نتیجه ی عدم انجام اقدام مناسب اخلاقی به علت وجود موانعی از قبیل نداشتن وقت کافی، مخالفت مقام مافوق، محدودیتهای پزشکی، سیاست های مؤسسه ای و ملاحظات اخلاقی به وجود می آید (۱). در حرفه پرستاری عوامل تنش زای فراوانی وجود دارد که تأثیرات نامطلوبی را در کارکنان به جا می گذارد. یکی از این تنش ها تنش اخلاقی است که با ابعاد مختلف مسائل اخلاقی ارتباط دارد (۲). تنش اخلاقی در پرستاری از سال ۱۹۸۰ به طور بطور گسترده مورد توجه قرار گرفت. Jameton برای اولین بار در سال ۱۹۸۴ به تعریف این مفهوم پرداخت و Wilkinson مدل تنش اخلاقی را معرفی نمود (۳). Jameton عقیده داشت که تنش اخلاقی به دلیل عواملی سازمانی از قبیل کمبود وقت، کمبود حمایت مدیران، قدرت پزشکان، قوانین موسسه و محدودیت های قانونی بوجود می آید. وی معتقد بود که تنش اخلاقی باعث ایجاد احساس ناخوشایند می شود که می تواند سبب عصبانیت، ناامیدی، اضطراب، سردرد، تغییرات گوارشی، غم و اندوه، احساس سرخوردگی، افسردگی و خطای اخلاقی گردد. همچنین وی معتقد بود تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یک سو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز از سوی دیگر یک منبع تنش اخلاقی برای پرستاران در محیط های بهداشتی است (۴).

Wilkinson تنش اخلاقی را به صورت عدم تعادل روانی و یک احساس منفی توضیح می دهد و زمانی که فرد در موقعیتی قرار می گیرد که قادر نیست تصمیمی درست برای حل آن مشکل اخذ نماید، اتفاق می افتد (۵). بنابراین تنش اخلاقی، پرستاران را در وضعیت عدم تعادل روانی قرار می دهد و مانع انجام اعمال و تصمیمات درست توسط آنان می شود و یا ناچاراً کاری را انجام می دهند که به اشتباه بودن آن اعتقاد دارند (۶). این اجبار ممکن است ناشی از نداشتن وقت و انرژی برای انجام آن عمل و یا قوانین سازمانی باشد. تنش های اخلاقی با ایجاد استرس های طولانی و شدید، افراد را در معرض ابتلاء به خستگی عاطفی، احساس گناه، مشکلات روانی، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و ترک شغل قرار می دهد (۷، ۶).

تنش اخلاقی تأثیر منفی بر کیفیت کار پرستاران از جمله مراقبت از بیماران دارد (۸) و در صورت حل نشدن مسائل اخلاقی در پرستاران مشکلاتی همچون کاهش عزت نفس، اختلال در روابط بین فردی، عوارض روحی روانی، علائم جسمی، تغییر رفتار (۹)، بی ثباتی، سردرگمی و تنش به وجود خواهد آمد (۱۰) و مواجهه مداوم با تنش های اخلاقی می تواند پرستاران را در معرض فرسودگی شغلی و نارضایتی قرار داده و موقعیت حرفه ای آن ها را به خطر اندازد (۱۱).

نتایج میزان تنش اخلاقی در مطالعات مختلف متفاوت بوده است. بطوری که در یک مطالعه میزان تنش اخلاقی در پرستاران بالا (۱۲) و در مطالعه دیگری پایین گزارش شده است (۱۳). ضمن این که نتیجه چند مطالعه از سطح متوسط تنش اخلاقی حکایت دارد (۹، ۱۴). در مطالعه جولایی و همکاران (۲۰۱۱) تفاوت معنادار در فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش های مختلف وجود نداشت اما ارتباط معناداری بین عواملی همچون سن، نوع استخدام و سطح درآمد با تنش اخلاقی گزارش گردید (۱۱). در مقابل در مطالعه بیگ مرادی و همکاران (۲۰۱۲) بین دیسترس اخلاقی و سایر مشخصات فردی از جمله سن، جنس، تحصیلات، سابقه کار در بالین، وضعیت تأهل، بخش محل کار، وضعیت استخدامی ارتباطی مشاهده نشد (۱۲). در مطالعات دیگر انجام شده ارتباطاتی بین تنش اخلاقی و برخی متغیرها گزارش شده است (۹، ۱۵). در مطالعه Fry و همکاران (۲۰۰۲) فضاهای اخلاقی حاکم بر محیط های بالینی از جمله عوامل مؤثر بر محیط های بالینی معرفی شده است (۱۶).

لذا به نظر می رسد میزان تنش اخلاقی در پرستاران تحت تأثیر شرایط مختلف متغیر بوده و با توجه به شرایط مختلف کاری، بررسی این موضوع که میزان تنش اخلاقی در بخش های مختلف چه میزان است و علاوه بر آن پاسخ به این سؤال که آیا خصوصیات فردی و شغلی بر میزان این مسئله ارتباط معناداری دارند یا نه؟، احساس می شود. علاوه بر این فهم عوامل ایجاد کننده تنش اخلاقی در پرستاران می تواند در ارائه راهکار و برنامه های پیشگیری از آن و نیز کاهش آن مثمر ثمر باشد (۱۶، ۱۷). با توجه به نتایج مطالعات مختلف مبنی بر تناقض در میزان تنش اخلاقی و وجود شواهدی مبنی بر ارتباط عوامل مؤثر فردی و شغلی با آن، انجام تحقیقات بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد. با عنایت به موارد ذکر شده، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تنش اخلاقی در پرستاران بالینی و عوامل مرتبط با آن در شهرستان شاهرود اجرا گردید.

روش مطالعه

در این پژوهش توصیفی تحلیلی، پرستاران شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) و فاطمیه شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در مراکز فوق تشکیل دادند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن حداقل مدرک لیسانس رشته پرستاری، داشتن یک سال سابقه کار بالینی و ۶ ماه حضور مداوم در بخش محل خدمت. نمونه گیری به صورت سرشماری از کلیه پرستاران واجد شرایط صورت پذیرفت. در مجموع ۲۱۶ نفر از پرستاران شاغل در بخش های مختلف اعم از اورژانس، داخلی-جراحی و همچنین بخش های مراقبت ویژه در مطالعه شرکت نمودند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش

آن دسته از پرستارانی که تمایل به شرکت در مطالعه نداشتند و یا پرسشنامه‌ها را به صورت ناقص تکمیل کردند از مطالعه خارج شدند. پس از تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات شده با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

اطلاعات به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد اکثر پرستاران مورد بررسی زن (۷۳/۶٪)، متأهل (۸۵/۶٪) و با استخدام پیمانی (۳۸٪) بودند (جدول شماره ۱). همچنین میانگین کلی فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش به ترتیب $1/17 \pm 0/179$ و $1/21 \pm 0/96$ بود که نشان دهنده سطح متوسط در هر دو بعد است (جدول شماره ۱). در بعد فراوانی، پرستاران شاغل در بخش اورژانس و روان‌بالاترین میزان تنش اخلاقی و پرستاران شاغل در بخش قلب و اورولوژی کمترین میزان را نسبت به پرستاران بخش‌های دیگر داشتند. در بعد شدت تنش اخلاقی نیز پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، ارتوپدی و ICU بالاترین نمره و شاغلین در بخش‌های قلب و اورولوژی کمترین نمره را بخود اختصاص دادند. همچنین نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه به طور کلی بیانگر اختلاف آماری معنی‌دار بین فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف بود ($P < 0/001$)، در آنالیز نتایج این آزمون، بخش‌های اورژانس با سایر بخش‌ها (بجز روان، ارتوپدی و ICU) تفاوت معنادار در فراوانی و شدت تنش اخلاقی مشاهده شد. همچنین بخش روان در بعد فراوانی بجز بخش‌های اورژانس، روان، ارتوپدی و ICU با سایر بخش‌ها و در بعد شدت فقط با بخش‌های دیالیز، نورولوژی، اورولوژی و قلب تفاوت معنادار داشت.

شامل فرم جمع‌آوری اطلاعات فردی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، متوسط ساعات کاری در ماه و نوع استخدام) و پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی بود. در پرسشنامه فوق فراوانی و شدت تنش اخلاقی بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای بوده و گزینه‌ها در بعد فراوانی، از هرگز مواجه نشده‌ام (نمره معادل صفر) تا بسیار مواجه شده‌ام (نمره معادل چهار) و در بعد شدت، از تنش در من ایجاد نمی‌کند (معادل نمره صفر) تا تنش بسیار زیادی در من ایجاد می‌کند (نمره معادل چهار) امتیازبندی شدند. نمره افراد با توجه به میانگین ۲۴ سؤال موجود در پرسشنامه بین صفر تا چهار بوده و بر اساس نمره، میزان تنش اخلاقی به چهار دسته کم (۱-۰)، متوسط (۲-۱)، زیاد (۳-۲) و خیلی زیاد (۴-۳) طبقه‌بندی شدند که هر چه نمره فرد بیشتر باشد، نشانه شدت و فراوانی بیشتر تنش اخلاقی در وی است (۱۸). روایی پرسشنامه کورلی در مطالعات انجام شده در ایران به روش روایی محتوا انجام و ضریب پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد و آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۳ به دست آمده است (۱۱، ۱۹). همچنین پایایی این ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ توسط جلیلی و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه انجام شده بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ۰/۸۶ بدست آمده بود (۱۴) که نشان دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از تشریح اهداف و ماهیت پژوهش به افراد و اخذ رضایت آگاهانه از آنها، به کلیه افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند. جمع‌آوری اطلاعات به صورت خودگزارش‌دهی بود و پس از در اختیار قرار دادن پرسشنامه‌ها به پرستاران، از آن‌ها خواسته شد در فرصت زمانی مناسب (در طی شیفت یا خارج از آن) که امکان پاسخ با دقت و در کمال آرامش وجود داشته باشد، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند و فرصت زمانی سه روزه به این منظور به آنها داده شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی میانگین و انحراف معیار تنش اخلاقی پرستاران بر حسب بخش

| بخش | فراوانی | تنش اخلاقی | |
|----------|---------|--------------------|------------------------|
| | | شدت (mean ± SD) | فراوانی (mean ± SD) |
| اورژانس | ۳۱ | $2/05 \pm 0/19$ | $1/92 \pm 0/14$ |
| روان | ۱۸ | $1/99 \pm 0/18$ | $1/91 \pm 0/25$ |
| ارتوپدی | ۱۶ | $2/04 \pm 0/17$ | $1/83 \pm 0/09$ |
| ICU | ۳۸ | $2/04 \pm 0/24$ | $1/82 \pm 0/18$ |
| جراحی | ۱۶ | $1/97 \pm 0/17$ | $1/80 \pm 0/09$ |
| داخلی | ۱۵ | $1/97 \pm 0/23$ | $1/79 \pm 0/10$ |
| CCU | ۱۸ | $1/96 \pm 0/11$ | $1/79 \pm 0/08$ |
| دیالیز | ۱۷ | $1/94 \pm 0/12$ | $1/77 \pm 0/14$ |
| نورولوژی | ۱۶ | $1/89 \pm 0/19$ | $1/70 \pm 0/19$ |
| اورولوژی | ۱۶ | $1/80 \pm 0/14$ | $1/66 \pm 0/08$ |
| قلب | ۱۵ | $1/75 \pm 0/17$ | $1/59 \pm 0/12$ |
| مجموع | ۲۱۶ | $1/96 \pm 0/21$ | $1/79 \pm 0/17$ |

همچنین نتایج جدول شماره ۲ نشان داد بین شدت و فراوانی تنش اخلاقی پرستاران بر حسب متغیرهای جنس و وضعیت تاهل آنها تفاوت معنی داری وجود ندارد اما بین فراوانی و شدت تنش اخلاقی آنها از نظر نوع استخدام تفاوت معناداری مشاهده شد به طوری که در فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران طرحی با پرستاران رسمی، پیمانی و قرار دادی تفاوت معنادار وجود داشت، اما بین این سه گروه اخیر اختلاف معنی داری در نمره فراوانی و تنش اخلاقی وجود نداشت.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار تنش اخلاقی پرستاران بر حسب جنس، وضعیت تاهل و نوع استخدام

| P_value | | $\mu \pm SD$ | | تعداد/ درصد | ویژگی مورد بررسی | | |
|---------|---------|--------------|-------------|-------------|------------------|-------------|----------|
| شدت | فراوانی | شدت | فراوانی | | | | |
| *۰/۸۱ | *۰/۱۴ | ۱/۹۷ ± ۰/۲۱ | ۱/۸۲ ± ۰/۱۵ | ۵۷ (۲۶/۴٪) | مرد | جنس | |
| | | ۱/۹۶ ± ۰/۲۰ | ۱/۷۹ ± ۰/۱۸ | ۱۵۹ (۷۳/۶٪) | | | زن |
| *۰/۷۱ | *۰/۳۹ | ۱/۹۶ ± ۰/۱۹ | ۱/۸۱ ± ۰/۱۷ | ۳۱ (۱۴/۴٪) | مجرد | وضعیت تاهل | |
| | | ۱/۹۷ ± ۰/۲۱ | ۱/۷۹ ± ۰/۱۷ | ۱۸۵ (۸۵/۶٪) | | | متاهل |
| **۰/۰۰۱ | **۰/۰۰۲ | ۱/۹۱ ± ۰/۲۰ | ۱/۷۴ ± ۰/۱۴ | ۳۹ (۱۸/۱٪) | رسمی | نوع استخدام | |
| | | ۱/۹۵ ± ۰/۱۹ | ۱/۷۹ ± ۰/۱۶ | ۸۲ (۳۸٪) | | | پیمانی |
| | | ۲/۰۹ ± ۰/۱۹ | ۱/۸۶ ± ۰/۱۷ | ۳۴ (۱۵/۷٪) | | | طرحی |
| | | ۱/۹۵ ± ۰/۲۱ | ۱/۷۹ ± ۰/۱۸ | ۶۱ (۲۸/۲٪) | | | قراردادی |

مطابق با نتایج مطالعه، همبستگی منفی معنی داری بین سن با فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران گزارش گردید. همچنین بین سابقه کار پرستاران با فراوانی تنش اخلاقی همبستگی منفی و معنی داری دیده شد ولی بین سابقه کار با شدت تنش اخلاقی ارتباط معناداری وجود نداشت. همچنین ساعت کار ماهیانه پرستاران با فراوانی و شدت تنش اخلاقی همبستگی معناداری نداشت (جدول شماره ۳).

جدول ۳: همبستگی ارتباط فراوانی و شدت تنش اخلاقی با سن، سابقه کار و ساعات کاری پرستاران

| متغیر | $\mu \pm SD$ | فراوانی | شدت |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------|
| سن | ۳۳/۳۸ ± ۵/۶۸ | r=-۰/۳۸ P<۰/۰۰۱ | r=-۰/۳۹ P<۰/۰۰۱ |
| سابقه کار | ۹/۳۳ ± ۴/۹۲ | r=-۰/۱۷ P=۰/۰۱ | r=-۰/۰۷ P=۰/۱۶ |
| ساعت کار ماهیانه | ۲۴۱/۴۳ ± ۲۷/۷۹ | r=-۰/۰۲ P=۰/۷۵ | r=-۰/۱۰ P=۰/۱۴ |

محیط انجام خدمت، وضعیت اقتصادی و تسهیلات محل کار، قوانین و مقررات سازمانی و ناآگاهی پرستاران در چگونگی مواجهه با موضوع تنش اخلاقی می‌توانند در این زمینه نقش داشته باشند (۱۱، ۱۲). در بعد فراوانی تنش اخلاقی، پرستاران بخش‌های اورژانس و روان و در بعد شدت، پرستاران بخش‌های اورژانس، ارتوپدی و ICU بالاترین نمره تنش اخلاقی را گزارش کردند و تفاوت معنادار بین میزان تنش اخلاقی در هر دو بعد فراوانی و شدت در بخش‌های مختلف وجود داشت. در تحقیق جولایی و همکاران (۱۳۹۰) نیز میزان تنش اخلاقی پرستاران در بخش‌های ICU و اورژانس در هر دو بعد فراوانی و شدت بالاتر از بخش‌های دیگر بود که با نتیجه مطالعه حاضر هم سو می‌باشد ولی آن‌ها بین میزان فراوانی و شدت تنش اخلاقی در بخش‌های مورد مطالعه تفاوت آماری معناداری

بحث

میانگین کلی نمرات تنش اخلاقی در پژوهش حاضر حاکی از سطح متوسط فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران بود. در همین راستا در مطالعه جلیلی و همکاران (۲۰۱۱)، شدت تنش اخلاقی پرستاران به میزان ۱/۷۷ بود (سطح متوسط) ولی میانگین فراوانی تنش اخلاقی ۲/۰۲ بود (بالا) (۱۴). در مطالعه Elpern و همکاران (۲۰۰۵) نیز شدت تنش اخلاقی در شرکت کنندگان به طور کلی در سطح متوسط بود (۳) که با نتیجه مطالعه حاضر هم‌خوانی دارد. اما در تحقیق median (۲۰۰۸) در کشور آمریکا میزان تنش اخلاقی پرستاران در سطح پایین‌تری گزارش شد (۱۳) که در تضاد با نتیجه این مطالعه است. عوامل مختلفی همچون فشار و حجم کار،

سایر پرستاران تجربه کرده بودند. در مطالعه ابراهیمی نیز اختلاف معنی‌دار آماری بین وضعیت شغلی و تنش اخلاقی وجود داشت (۱۵) که با نتیجه مطالعه حاضر هم خوانی دارد.

در مطالعه حاضر بین سن با فراوانی و شدت تنش اخلاقی ارتباط معنی‌دار و همبستگی منفی وجود داشت به این معنی که پرستاران با افزایش سن، از نمره تنش اخلاقی پایین‌تری برخوردار بودند. در مطالعه جولایی و همکاران (۲۰۱۱) نیز بین این دو متغیر همبستگی منفی معنادار مشاهده شد (۱۱) که با نتیجه این مطالعه مشابه است. همچنین ارتباط معنادار بین سن و میزان تنش اخلاقی در مطالعات دیگر نیز نشان داده شده است (۲۵،۲۷). بنظر می‌رسد با بالا رفتن سن، کارکنان راهکارهای سازگاری با این تنش‌ها را در خود پیدا و با تجربه‌های کسب شده به مرور به سازش می‌رسند.

همچنین همبستگی منفی و معنی‌داری بین سابقه کاری با بعد فراوانی تنش اخلاقی مشاهده شد و پرستاران با افزایش سابقه کار میزان تنش کمتری را نیز گزارش کردند. در همین راستا رابطه معنادار منفی بین سابقه کار در بالین و میزان تنش اخلاقی در مطالعه Corley و همکاران (۲۰۰۱) گزارش شده است (۲۸). همچنین ارتباط معنی‌دار آماری بین سابقه کار در بالین و میزان تنش اخلاقی در مطالعه Elpern و همکاران (۲۰۰۵) نیز مشاهده شد (۹) که با نتیجه مطالعه حاضر هم سو می‌باشد. این امر احتمالاً می‌تواند به دلیل افزایش تجربه در پرستاران در رابطه با تعدیل فشارها و تنش‌های شغلی باشد. کورلی و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود به نقش مثبت تجربه در رویارویی با موضوع تنش اخلاقی اشاره کرده‌اند (۲۷). در مقابل در تحقیق ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۴) ارتباط معنی‌دار آماری بین سابقه کاری و تنش اخلاقی وجود نداشت (۱۵). همچنین در مطالعات انجام شده دیگر ارتباط معنادار بین این دو متغیر گزارش نشد (۱۲،۲۶) که نتایج مطالعات فوق مغایر با پژوهش حاضر است. تفاوت در ابزار مورد استفاده (تغییر در گویه‌های ابزار) و همچنین شرایط کاری حاکم بر پرستاران می‌تواند علل احتمالی این تفاوت باشد.

در این مطالعه بین ساعت کار ماهیانه با فراوانی و شدت تنش اخلاقی همبستگی معناداری مشاهده نگردید که مطالعه ای در این زمینه یافت نشد. نتایج کلی مطالعه بیانگر شیوع تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف به میزان متوسط بود؛ هرچند مقادیر آن در دو بعد فراوانی و شدت در بخش‌های مختلف متغیر گزارش شد. با توجه به اینکه پرستاران در طی کار روزانه‌ی خود به طور مستمر با تنش اخلاقی مواجه می‌شوند، این امر می‌تواند آنها را در معرض فرسودگی شغلی و ناراضی‌تی قرار داده و موقعیت فضای حرفه‌ای آنها

گزارش نکردند (۱۱) که با نتیجه مطالعه حاضر هم خوانی ندارد. به نظر می‌رسد عوامل مختلفی همچون نوع بیماران، فشار و حجم کار در تفاوت میزان تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف نقش داشته باشند. Ohnishi نیز در تحقیق خود گزارش کرد؛ تجربه تنش اخلاقی پرستاران به نوع بخشی که در آن کار می‌کنند وابسته است (۲۰). بخش‌های ویژه و اورژانس با توجه به شرایط خاص خود فشارها و تنش‌های روانی مضاعفی بر پرستاران وارد می‌کنند. در این راستا نتیجه یک مطالعه در یونان نشان داد پرستارانی که در بخش‌های اورژانس کار می‌کنند سطوح بالاتری از استرس و فرسودگی شغلی وابسته به آن را نسبت به دیگر پرستاران تجربه می‌کنند (۲۱). در واقع می‌توان گفت پرستاران بخش اورژانس به دلیل جو پر استرس ناشی از برخورد مستقیم بیماران و همراهانشان با پرسنل و حاد بودن مشکلات مراجعه‌کنندگان در معرض تنش‌های روانی و اخلاقی بیشتری نسبت به دیگر بخش‌ها قرار دارند. نتیجه مطالعه حیرانی و همکاران (۲۰۰۸) نیز نشان داد محیط اورژانس به دلیل فشار کاری زیاد، عدم وجود امکانات لازم و عدم حضور به موقع پزشکان بر بالین بیماران آن را بک محیط پرتنش و پراسترس برای پرستاران تبدیل نموده است (۲۲). نتیجه مطالعه Kamchuchat و همکاران (۲۰۰۸) نیز در این زمینه بیانگر بالا بودن میزان تنش در پرستاران اورژانس به علت مواجهه‌ی آنها با موارد تهدیدکننده زندگی و یا بیماران با وضعیت ناپایدار است (۲۳).

میزان تنش اخلاقی در بعد فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش ICU نیز در سطح بالایی قرار داشت. نتیجه مطالعات متعدد نشان می‌دهد، پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه از سطح بالای تنش اخلاقی برخوردار هستند (۱۴،۲۴). در همین راستا در تحقیق بیگ مرادی و همکاران (۲۰۱۲) (۱۲) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۴) (۱۵) میزان تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه نسبت به سایر بخش‌ها بالاتر بود.

در بررسی عوامل فردی در مطالعه حاضر، بین میانگین شدت و فراوانی تنش اخلاقی بر حسب جنسیت و وضعیت تأهل پرستاران تفاوت معنی‌داری دیده نشد. در مطالعه ابراهیمی نیز تفاوت معنی‌دار آماری بین جنس و تنش اخلاقی وجود نداشت (۱۵). در مطالعات دیگر انجام شده نیز بین جنس و وضعیت تأهل با میزان تنش اخلاقی تفاوت معناداری گزارش نگردید (۹،۲۶) که مشابه با نتیجه پژوهش حاضر است.

میزان تنش اخلاقی از لحاظ استخدام پرستاران در هر دو بعد فراوانی و شدت تفاوت معنی‌داری را نشان داد به طوری که پرستاران طرحی شدت و فراوانی تنش اخلاقی بالاتری را نسبت به

شده تا تعمیم بهتری از نتایج با روشن شدن عوامل پیشگویی مربوط به تنشهای موجود در هر بخش حاصل گردد.

نتیجه گیری نهایی

از آنجا که در این پژوهش میزان تنش اخلاقی در پرستاران به طور کلی در حد متوسط قرار داشت و این امر می تواند سبب کاهش کیفیت کاری و کاهش رضایت مددجویان گردد، ضرورت تدوین راهکارها و استراتژی های حمایتی و تعدیل برخی از عوامل مؤثر برای پیشگیری از بروز این گونه تنش ها احساس می شود. همچنین با توجه به ارتباط قوی برخی عوامل با مسئله تنش اخلاقی از جمله کاهش میزان آن با بیشتر شدن سن و سابقه کاری، لازم است پرستاران در برخورد با شرایط دشوار اخلاقی ضمن در نظر گرفتن ویژگیهای فردی خود، از تجارب دیگر پرستاران باتجربه در زمینه چگونگی مقابله با تنش اخلاقی استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب با شماره ۹۲۰۵ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می باشد که از بذل مساعدت این معاونت به دلیل حمایت های مالی و معنوی و همچنین تمام پرستارانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.

را به خطر اندازد (۱۱). از طرف دیگر با توجه به اینکه حرفه پرستاری با مفاهیم مراقبت از بیمار، ارتباط با همکاران دیگر رشته ها و خود آن سازمان در ارتباط است، پرستاران و مدیران پرستاری می بایست با ارائه راهکارهایی فضای اخلاقی محیط کار را مدیریت کرده و شرایط کاری را بهبود بخشند (۲۹). لذا ضروری است مسئولین با شناسایی عوامل و معضلات کاری این گروه، حتی الامکان برنامه های قابل اجرا و کاربردی همچون کاهش ساعات کاری، بررسی عوامل نارضایتی و تنش زا در محیط کاری و بهبود امکانات و تسهیلات رفاهی را در راستای افزایش کیفیت کاری و بهبود توان جسمی و روحی پرستاران بالینی در دستور کار خود قرار دهند. همچنین لزوم آموزش های لازم در زمینه چگونگی رویارویی با تنش های اخلاقی در محیط بالین و فعال نمودن کمیته های اخلاق در بیمارستانها و مراکز درمانی در جهت حمایت از پرستاران در این زمینه می بایست در دستور کار مسئولین قرار گیرد.

از جمله محدودیت های مطالعه حاضر در کسب نتایج دقیق تر می توان به تکمیل پرسشنامه ها به روش خود گزارش دهی اشاره نمود که خصوصیات فردی مثل وضعیت روانی و شرایط شغلی می تواند پاسخ به سوالات پرسشنامه را تحت تأثیر خود قرار دهد که با دادن فرصت زمانی مناسب به پرستاران سعی گردید تا حد امکان این عوامل به حداقل برسد. در این راستا لازم است تحقیقات بیشتری در شرایط و محیط های گوناگون و به روش کیفی انجام

References

- 1- Mobley MJ, Radya MY, Verheijdeb JL, Patel B, Larsona JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256-63.
- 2- Harding L. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community *Nursing Philosophy*. 2004;5:127-34.
- 3- Elpern E, Covert B. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2005;14(6):523-30.
- 4- Ganske, Kathryn M. Moral Distress in Academia. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2010.
- 5- Wilkinson J. Moral distress in nursing practice: experience and effect *Nursing Forum*. 1987;88(23):16-29.
- 6- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses moral sensitivity and hospital ethical climate: A Literature review. *Nursing Ethics*. 2008;15(3):305-21.
- 7- Radzvin L. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice *AANA Journal*. 2010;79(1):39-45.

- 8- Austin et al. Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. Health care ethics committee Forum. 2005;17(1):33-48.
- 9- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. American Journal of Critical Care. 2005;14(6):523-30.
- 10- Cohen J, Erickson J. Ethical dilemmas and Moral distress in oncology nursing practice. Clin J Oncol Nurse. 2006;10:775-80.
- 11- Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haggani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;4(4):56-66.(Persian)
- 12- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi M. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Iran J Med 2012;5(2):58-69.(Persian)
- 13- Maiden JM, editor A Quantitative and Qualitative Inquiry Into Moral Distress, Compassion Fatigue, and Medication Error in Critical Care Nurses. 20th International Nursing Research Congress Focusing on Evidence-Based Practice; 2009.
- 14- jalili H. The relationship of moral distrss, ethical climate and job satisfactionb among critical care nurses. Master Thesis, Tehran University of Medcal Sciences. 2011.(Persian)
- 15- Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest medical of Iran. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;4:80-8.(Persian)
- 16- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing Ethics. 2002;9(4):373-87.
- 17- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. American Journal of Critical Care. 2004;13(3):202-8.
- 18- ameri m, Safavi Bayat z, Ashktorab T, Kavooosi a, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013;6(1):64-73.(Persian)
- 19- Beikmoradi a, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi, Mohammad Ali. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012;5(2):58-69.
- 20- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. Nursing Ethics. 2010;17(6):726-40.
- 21- Adali E, Priami M. Burnout among nurses in intensive care units, internal medicine wards, and emergency departments in Greek hospitals. ICUs and Nursing Web Journal. 2002;11:1-19. www.nursing.gr/burnout.pdf. [0 March 2011).
- 22- Hebrani P, Behdani F, Mobtaker M. Evaluation of stress factors in nurses of different hospital wards. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2008;10(39):231-237.
- 23- Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace

violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *Journal of occupational health*. 2008;50(2):201-7.

24- Hamric A, Blackhall J. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medecin*. 2007;35:422-9.

25- Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses: ProQuest; 2007.

26- Vaziri M, Alizadegan S, Motavvaliyan S. Developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. *Iran J Psychiatr*. 2008;3:55-8. (Persian)

27- Corley M, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethic*. 2005;12(4):381-90.

28- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001;33(2):250-6.

29- Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4):345-9.