

# آشفتگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی در پرستاران

## شهر یزد

ایرج شاکری نیا<sup>۱</sup>

### چکیده

مقدمه: پژوهش‌ها نشان داده‌اند که برخی پرستاران پس از چند سال کار کردن و در مواجهه با انبوه مشکلات و فشارهای روانی شغلی، فرسوده شده، حتی مایلند از کار خود کناره‌گیری نمایند، در این میان از علل شایع می‌توان آشفتگی اخلاقی<sup>۱</sup>، کاهش بهداشت روانی<sup>۲</sup> و فرسودگی شغلی<sup>۳</sup> را نام برد.

روش: با توجه به اهمیت و ضرورت مؤلفه‌های روان‌شناختی در فعالیت‌های شغلی و حرفه‌ای و با هدف بررسی ارتباط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی و بهداشت روانی در پرستاران، ۳۰۰ پرستار زن شاغل در بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی شهر یزد پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل کردند.

یافته‌ها: نتیجه تحقیق نشان داد که آشفتگی اخلاقی در پرستاران بیمارستان‌های خصوصی بیشتر می‌باشد ( $p > 0/01$ ) و فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی بیشتر است ( $p > 0/01$ ). بین آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه‌ای وجود ندارد اما بین آشفتگی اخلاقی و بعد عزت نفس بهداشت روانی آن‌ها رابطه مثبت معنادار وجود دارد ( $p > 0/01$ ). همچنین بین ابعاد فرسودگی شغلی و ابعاد بهداشت روانی در پرستاران رابطه مثبت معنادار وجود دارد ( $p > 0/01$ )؛ همچنین بعد عاطفی و روانی متغیر فرسودگی شغلی در بهداشت روانی پرستاران مؤثر می‌باشد ( $p > 0/01$ ).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، پیشنهاد می‌شود که مدیران و مسؤولان بیمارستان‌ها، سیستم‌های حمایتی جهت شناسایی و جلوگیری از به وجود آمدن محیطی که موجب افزایش آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی و کاهش سلامت روانی این قشر مهم از جامعه می‌شود ایجاد کنند.

**واژگان کلیدی:** آشفتگی اخلاقی، فرسودگی شغلی، بهداشت روانی.

۱- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

Email: irajeshakerinia@guilan.ac.ir

## مقدمه

در بین کادر درمان در بیمارستان‌ها به پرستارانی بر می‌خوریم که هنگام ورود به شغل پرستاری، افرادی منظم، دلسوز و علاقمند بوده‌اند اما معمولاً پس از چند سال کار کردن و مواجه شدن با انبوه مشکلات و استرس‌های شغلی در محیط کار، احساس خستگی کرده و حتی مایلند از کار خود کناره‌گیری نمایند، در این میان از علل شایع می‌توان آشفته‌گی اخلاقی<sup>۴</sup>، کاهش بهداشت روانی<sup>۵</sup> و فرسودگی شغلی<sup>۶</sup> را نام برد.

آشفته‌گی اخلاقی<sup>۷</sup> در ابتدا توسط جیمتون<sup>۸</sup> (۱۹۸۴)، به عنوان احساسات رنج آور یا عدم تعادل و فقدان آسودگی ذهنی، توصیف شد. وی مشکلات اخلاقی را در ۳ گروه اصلی قرار داد: آشفته‌گی اخلاقی، بلا تکلیفی اخلاقی، وضعیت دشوار اخلاقی. به نظر این محقق، آشفته‌گی اخلاقی در مواقعی که پرستار به علت وجود مشکلات سازمانی نمی‌تواند درباره چیزی که می‌داند ضروری و اخلاقی است کاری انجام دهد، تجربه می‌شود. کورلی<sup>۹</sup> (۲۰۰۱) یکی دیگر از محققان این حوزه معتقد است که پرستاران وقتی از بیمارانشان مراقبت می‌کنند حس مسؤولیت پذیریشان در مقایسه با قدرت تصمیم‌گیری‌شان قوی‌تر است، تعارض بین حس مسؤولیت در پرستار، قدرت پزشک و مدیریت بیمارستان باعث ایجاد عدم تعادل بین قدرت و مسؤولیت و سرانجام آشفته‌گی اخلاقی می‌شود. بر طبق مشاهدات بر روی کارکنان حرفه‌های سلامت، همریچ<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰)، تعریف جیمتون (۱۹۸۴) را بسط داد و شامل کسانی کرد که معتقدند که عمل مناسب اخلاقی را می‌دانند اما «آشفته‌اند» چون اطلاعاتی که دارند ناکافی است. اگر این کارکنان پزشکی اطلاعاتی اضافی که تصویر اخلاقی را روشن می‌کند به دست آورند (برای مثال از دیگر کارکنان، بیمار یا اعضای خانواده) آشفته‌گی آن‌ها از بین می‌رود. در همین

رابطه بارتلومی<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۸) آشفتگی اخلاقی را به عنوان یک مسأله بحرانی برای آن‌هایی که در تصمیم‌گیری‌های پزشکی احساس ضعف می‌کنند تشخیص داد. پژوهش‌ها شیوع آشفتگی اخلاقی را در بین پرستاران نشان می‌دهند برای مثال کورلی (۲۰۰۱)، بر روی ۲ گروه از پرستاران ICU تحقیق کرد، در اولین بخش تحقیقش ۱۸٪ پرستاران، یا با فکر و از روی اندیشه شغلشان را ترک کرده بودند یا در حقیقت به علت آشفتگی اخلاقی آن‌ها را رها کرده بودند، در دومین بخش تحقیق، ۲۶٪ از پرستاران، شغل پیشین را به خاطر آشفتگی اخلاقی ترک کرده بودند. در تحقیق الپرن، کاورت و کلاین پل<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۵)، و همکاران سطح متوسطی از آشفتگی اخلاقی گزارش داده شد. در تحقیق پاولی، وارکویی، استورچ و نیوتن<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۹)، نیز پرستاران میزان متوسطی از آشفتگی اخلاقی گزارش دادند (۶). همچنین در بررسی سولومون، اودانل و جنینگ<sup>۱۴</sup> (۱۹۸۸)، مشخص شد که تقریباً ۵۰٪ پرستاران که خدمات مراقبتی برای بیماران رو به مرگ ارائه می‌دادند دچار آشفتگی اخلاقی بودند. ویلکینسون<sup>۱۵</sup> (۱۹۸۸) و میل<sup>۱۶</sup> (۱۹۹۴)، نیز با انجام مطالعات کیفی نشان دادند که حدود ۴۵ تا ۵۰٪ از پرستاران مجبور به ترک بخش شده یا به اجبار و با آشفتگی اخلاقی مراقبت از بیماران را انجام دادند.

آشفتگی اخلاقی مشکلات روانشناختی زیادی را برای پرستاران ایجاد می‌کند. آشفتگی اخلاقی اولیه با احساس ناکامی، خشم و اضطراب وقتی که پرستار با موانع سازمانی<sup>۱۷</sup> و تعارضات بین فردی مواجه می‌شود مرتبط است. مدارک موجود نشان می‌دهد که آشفتگی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثر گذاشته، مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران ایجاد می‌کند (رایس، ریدی همریچ، ورهایج و پندر گست<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۸ و کورتیس و بارت<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳). با ادامه شرایط استرس‌زا، منابع مقاومت در پرستاران در هم شکسته و پی‌آمدهایی

نظیر رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود و نهایتاً پرستارانی که دچار آشفتگی اخلاقی هستند، بیشتر احتمال دارد که محل کار خود را تغییر داده و یا حرفه پرستاری را ترک کنند (میلت<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۴ و کورلی، مینیک و سویک، ۲۰۰۵). همریچ<sup>۲۱</sup> (۲۰۰۱)، نشان می‌دهد که آشفتگی شغلی از جمله عوامل بروز افسردگی شغلی پرستاران است. آنان اکثراً سخت‌تر و طولانی‌تر کار کرده و احساس درماندگی می‌کنند، این پرستاران، سرپرستاران را غیرحمایت‌گر درک کرده کاهش اعتماد را نسبت به همکاران خود تجربه می‌کنند، پرستاران در این موقعیت‌های دشوار احساس انزوای بیشتر کرده در یک دور بسته باطل گرفتار می‌شوند، در این دور، آشفتگی اخلاقی بر کمبودهای روانشناختی و این کمبودها نیز موجب افزایش آشفتگی اخلاقی می‌شوند.

علاوه بر آشفتگی اخلاقی، از جمله متغیرهای سازمانی در حرفه پرستاری، فرسودگی شغلی است. استوارت<sup>۲۲</sup> و ساندین<sup>۲۳</sup> (۱۹۸۷)، فرسودگی شغلی را برای توصیف شاغلینی به کار می‌برند که در موقعیت شغلی، تا بدان نقطه از استرس رنج می‌برند که از حد تحمل آنها بیرون بوده و دیگر عملکرد مؤثر و باروری ندارد. به نظرماسلاچ<sup>۲۴</sup>، شاو فیلا<sup>۲۵</sup> و لیوتر<sup>۲۶</sup> (۲۰۰۱)، فرسودگی شغلی یک نشانگان روان شناختی است و بیشتر در مشاغلی دیده می‌شود که فرد ساعت زیادی را در تماس نزدیک با انسان‌های دیگر می‌گذراند. از دیگر علائم این نشانگان کاهش احساس لیاقت و افت عملکرد شخصی می‌باشد که ناشی از ارزیابی منفی از خود در رابطه با کارشان است. این محققین بر همین اساس، یک مفهوم سه بعدی از فرسودگی شغلی ارائه کرده‌اند که شامل تحلیل عاطفی<sup>۲۷</sup>، مسخ شخصیت<sup>۲۸</sup> و عدم موفقیت فردی<sup>۲۹</sup> می‌باشد. فرسودگی شغلی نشانه‌های جسمی و رفتاری گوناگونی را در مبتلایان آشکار می‌سازد. ساعتچی (۱۳۷۶)، معتقد است: اولین مشکل قربانی

فرسودگی شغلی این است که از فرسودگی جسمی - روانی رنج می‌برند. بارون و گرینبرگ<sup>۳۰</sup> (نقل از عابدی، ۱۳۸۲)، علایم فرسودگی شغلی را به شرح زیر بیان می‌کنند:

- ۱- خستگی جسمی، افراد فرسوده سطح انرژی پایینی دارند و در اکثر اوقات احساس خستگی می‌کنند.
  - ۲- خستگی هیجانی، مثل افسردگی، احساس درماندگی، احساس گیر کردن در شغل.
  - ۳- خستگی نگرشی یا ذهنی مانند بدبینی نسبت به دیگران، نسبت به خود، نسبت به شغل خویش، سازمان و محل کار خود و حتی کل زندگی.
  - ۴- عدم موفقیت در انجام وظایف محوله و عدم انجام کارها. تحقیقات زیادی بیانگر شیوع فرسودگی شغلی در حرفه پرستاری می‌باشند (نظریان، ۱۳۷۶، کلفدر، پاور و ولز<sup>۳۱</sup>، ۲۰۰۱ و عبدی ماسوله، کاویانی، خاقانی زاده مومنی عراقی، ۱۳۸۶).
- عوامل زیادی در به وجود آمدن فرسودگی شغلی نقش دارند یکی از آن عوامل، عوامل بین فردی<sup>۳۲</sup> است از نمونه این عوامل می‌توان نقش حمایت در فشار روانی و فرسودگی شغلی را نام برد (هیوبر<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۰). عامل به وجود آورنده دیگر عوامل درون فردی<sup>۳۴</sup> است، عدم آمادگی برای احراز شغل، متغیرهای جمعیت شناختی (مثل سن، جنس، وضعیت تأهل) و ویژگی‌های شخصیتی افراد به عنوان عوامل درون فردی در فرسودگی شغلی شناخته شده است (جلد کار، ۱۳۷۹). از عوامل دیگر فرسودگی شغلی عوامل سازمانی شامل ویژگی‌های نقش (ابهام نقش، گرانباری نقش، کمباری نقش، تعارض نقش) و ویژگی‌های شغل می‌باشند (کالیمر البطوی، ۱۳۷۹). کارکنانی که شغلشان در پایین‌ترین سلسله مراتب قرار دارد بیشتر دستخوش فرسودگی شغلی می‌شوند.

بهداشت روانی نیز از جمله متغیرهای مهم در روابط شغلی است. سازمان بهداشت جهانی سلامت را به صورت بهزیستی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است نه صرف فقدان بیماری و ناراحتی (خدارحیمی، ۱۳۸۳). در فرهنگ لغت لاروس بهداشت روانی چنین تعریف شده است: استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود، توانایی داشتن (گنجی، ۱۳۸۲). به نظر هوگان<sup>۳۵</sup> (۱۹۹۵)، معمولاً سلامت روانی را به سه شکل می‌توان تعریف کرد: به معنای خودآگاهی<sup>۳۶</sup> یا فقدان خود فریبی<sup>۳۷</sup>، حل تعارضات و کشمکش‌های درونی و پذیرش پیروی از سرنوشت و تقدیر بشریت. تحقیقات زیادی بیانگر سطح سلامت روانی کم در پرستاران می‌باشند (خاقانی‌زاده، سیرتی. عبدی و کاویان، ۱۳۸۷). بر اساس تحقیقات موجود، از ۱۳۰ شغل مورد بررسی موجود در جامعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در مراجعه به پزشک جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی کسب کرده‌اند (یعقوبی نیا، ۱۳۷۹). پرستاری یک حرفه پرتنش است، عوامل تنش‌زای فراوان موجود در این حرفه آثار زیادی در کارکنان آن به جا گذاشته است. فرسودگی شغلی در واقع پیامد نهایی استرس و فشار روانی ناشی از کار است که روابط فردی، شغلی و سازمانی را درگیر می‌کند. لذا لزوم انجام این مطالعه با در نظر گرفتن این نکته که تحقیقات کمی در کشور انجام گرفته احساس شد و تحقیق با در نظر داشتن این نکته برای پاسخ دادن به سؤالات ذیل طراحی شد:

آیا بین آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران زن مشارکت کننده در

تحقیق رابطه وجود دارد؟

آیا بین آشفته‌گی اخلاقی و بهداشت روانی پرستاران زن مشارکت کننده در تحقیق رابطه وجود دارد؟

آیا بین فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران زن مشارکت کننده در تحقیق رابطه وجود دارد؟

آیا بهداشت روانی پرستاران زن مشارکت کننده در تحقیق را می‌توان از روی آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی پیش بینی کرد؟

آیا بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی به لحاظ متغیرهای سه گانه تحقیق (آشفته‌گی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی) تفاوت معنی دار وجود دارد؟

روش کار:

این شکر بی

در پژوهش توصیفی- همبستگی حاضر، محقق پس از کسب مجوز انجام تحقیق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد، جهت اجرای پژوهش، از جامعه ی پژوهش که عبارت بودند از کلیه پرستاران زن شاغل در بخش‌های بیمارستانی بیمارستان‌های دولتی و غیر دولتی شهر یزد، ( $N=826$ )، با استفاده از جدول مورگان، ۳۰۰ نفر از پرستاران را برای تحقیق انتخاب کرد. از میان این ۳۰۰ نفر، ۳۷ درصد سهم بیمارستان‌های خصوصی و ۶۳ درصد سهم بیمارستان‌های دولتی شد. با توجه به اینکه نسبت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های خصوصی به کل جامعه برابر با ۳۷ درصد و نسبت پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی به کل جامعه برابر با ۶۳ درصد است، از بیمارستان‌های خصوصی ۱۱۱ پرستار و از بیمارستان‌های دولتی ۱۸۹ پرستار به طور تصادفی و وزن داده شده انتخاب شدند. با مراجعه حضوری پرسشنامه‌ها بین پرستاران توزیع شد و توضیحات لازم داده شد و در صورت امکان بلافاصله و یا بعضاً روزهای بعد تحویل گرفته می‌شدند. کلیه

پرستاران مشارکت کننده در تحقیق را زنان تشکیل داده و مدرک کارشناسی پرستاری داشتند. اگر فردی واجد شرایط نبود از نمونه حذف شده و فرد دیگری به شیوه تصادفی جایگزین می‌شد. بدین ترتیب ۳۰۰ پرستار پرسشنامه‌های آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان شناختی و فرسودگی شغلی را تکمیل کردند.

پرسشنامه آشفتگی اخلاقی کورلی (۱۹۹۵)، که برای اندازه گیری تجربه پرستاران از آشفتگی اخلاقی تدوین شده است برای این پژوهش ترجمه، اعتباریابی و پایایی سنجی شد. برای اعتباریابی از روش اعتبار محتوایی استفاده شد، بدین ترتیب که متن انگلیسی ترجمه شده در اختیار اساتید گروه زبان انگلیسی قرار گرفته مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و پس از اصلاح و ترجمه نهایی در اختیار چند تن از اساتید گروه روان شناسی قرار گرفت و با اصلاح سؤالات و حذف چند سؤال، پرسشنامه نهایی با ۳۳ آیتم تدوین شد آیت‌های پرسشنامه با فعالیت‌های عام پرستاران جهت ارائه خدمت در بیمارستان‌ها مطابقت دارد. دامنه نمره در این پرسشنامه ۳۳ تا ۱۶۵ است و بر اساس نمره گذاری هر چه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، آشفتگی اخلاقی وی نیز بیشتر است. برای پایایی سنجی نیز از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. به دست آوردن ضریب ۰/۸۳ نشان دهنده این است که این پرسشنامه از پایایی مطلوبی برخوردار است. لازم به ذکر است که این پرسشنامه در تحقیق شاکری نیا (۱۳۸۹)، مورد استفاده قرار گرفته است. در جدول ۱ برخی از مواد پرسشنامه آشفتگی اخلاقی و نمره گذاری آن ارائه شده است:



جدول ۱ تعدادی از مواد پرسشنامه آشفستگی اخلاقی و نمره گذاری آن

با علاقمندی زیاد	با رضایتمندی	بدون نظر	با نارضایتی	با اکراه زیاد	گویه
					اگر بفهمم فعالیت‌های من مرگ بیمار را به تأخیر می‌اندازد، در ارائه کمک به او لحظه‌ای درنگ نمی‌کنم.
					با اینکه می‌دانم برخی آزمایشات و درمان‌ها به بهبود بیماران کمک نمی‌کنند ولی آنها را مطابق دستور پزشک انجام می‌دهم.
					با پزشکانی که شایستگی درمان بیماران را ندارند، همکاری می‌کنم.
					با پرستارانی که رفتارشان برای زندگی بیماران خطر آفرین است، همکاری می‌کنم.

ابرج شاکری نیا

پرسشنامه فرسودگی شغلی تدیم<sup>۳۸</sup> شامل ۲۲ سؤال است و با مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، نظری ندارم، گاهی اوقات، همیشه) با دامنه نمره گذاری ۱۱۰-۲۲ تنظیم شده و سه جنبه از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط کورانیان، خسروی و اسماعیلی (۳۲) ترجمه و به کار گرفته شد این محققین پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی سنجیده، ضریب همبستگی  $r = 0/86$  را به دست آوردند. جهت تعیین اعتبار علمی این پرسشنامه نیز از روش آزمون - بازآزمون کمک گرفته شد. این پرسشنامه میزان فرسودگی شغلی در واحدهای پژوهش را مورد بررسی قرار می‌دهد. لازم به ذکر است که تعداد ۴ سؤال از سؤالات پرسشنامه (سوال ۳،

۶، ۲۰، ۲۱) به صورت معکوس نمره گذاری می‌شود. در جدول ۲ برخی از مواد پرسشنامه فرسودگی شغلی و نمره گذاری آن ارائه شده است:

جدول ۲ تعدادی از مواد پرسشنامه فرسودگی شغلی Tedium و نمره گذاری

آن

زمانی که مشغول کار هستید چه میزان از موارد زیر را تجربه می‌نمائید؟ در مقابل هر مورد پاسخ صحیح خود را علامت بزنید.

گویه	هرگز	بندرت	بعضی اوقات	غالباً	همیشه
۱- خستگی					
۲- احساس افسردگی					
۳- داشتن یک روز خوب					
۴- از نظر جسمی فرسوده بودن					
۵- از نظر عاطفی فرسوده بودن					
۶- خوشحالی					

یکی دیگر از مقیاس‌های پژوهش، پرسشنامه سلامت روانی (GHQ-12)<sup>۳۹</sup> می‌باشد. عبادی، حریرچی شریعتی، گرمارودی، فاتح و منتظری (۱۳۸۱)، تحقیقی را با هدف ترجمه، بررسی پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزاری جهت سنجش وضعیت بهداشت روانی جوانان و سایر اقشار جامعه ایرانی طراحی و اجرا کردند. به عنوان اولین قدم در اجرای مطالعه نامبرده، نسخه اصلی پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی با استفاده از روش استاندارد Backward-Forward از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه گردید. در این روش ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه توسط دو مترجم مستقل به صورت همزمان از زبان انگلیسی به فارسی ترجمه شده، سپس این نسخه مجدداً توسط دو مترجم مستقل از

مترجمان مرحله نخست به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت یک نفر به عنوان هماهنگ کننده با کنار هم قرار دادن ترجمه فارسی و انگلیسی به دست آمده پرسشنامه فارسی سلامت عمومی (نسخه ۱۲ سؤالی) را تهیه نمود. برای نمره گذاری این پرسشنامه سه روش وجود دارد: روش نمره گذاری سنتی، روش نمره گذاری ساده لیکرت و روش نمره گذاری تعدیلی لیکرت. با عنایت به شیوه‌های مذکور، در مطالعه حاضر با استفاده از روش ساده لیکرت سؤالات پرسشنامه نمره گذاری گردیده شد. به منظور تعیین پایایی پرسشنامه از روش ثبات داخلی ابزار استفاده شد. برای تعیین روایی پرسشنامه نیز روش تحلیلی مقایسه گروه‌های شناخته شده و تست تحلیل واریانس مورد استفاده قرار گرفت. در نتیجه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه گردید. همچنین به منظور تعیین حساسیت ویژگی و بهترین نقطه برش از منحنی ویژگی عملی گیرنده استفاده گردید و در نتیجه بهترین نقطه برش در مورد پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت عمومی برابر ۳/۵ با حساسیت ۸۷ درصد و ویژگی ۶۰ درصد محاسبه شد. در نهایت مشخص شد که نسخه ایرانی پرسشنامه ۱۲ سؤالی عمومی که در جریان این مطالعه تهیه گردید ابزاری با پایایی و روایی مناسب جهت اندازه گیری وضعیت بهداشت و سلامت روانی در بین جوانان ایران است (۳۳).

لازم به ذکر است که پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت روانی غالباً به صورت یک بعدی به کار رفته است، اما در تحقیقاتی که انجام شده مثل گریتر<sup>۴۰</sup> ۱۹۹۱ و لوپز و درش<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۸، نشان داده شده است که پرسشنامه ۱۲ سؤالی سلامت روانی چند بعدی است و ابعاد سه گانه «کنار آمدن با مسائل به طور موفقیت آمیز»، «عزت نفس» و «استرس» را می‌سنجد که در این تحقیق نیز این سه بعد سنجیده شده‌اند.

در جدول ۳ برخی از مواد پرسشنامه سلامت روانی و نمره گذاری آن ارائه شده است:

جدول ۳ تعدادی از مواد پرسشنامه سلامت روانی و نمره گذاری آن

۱- آیا شما اخیراً به دلیل نگرانی زیاد دچار بی خوابی شده‌اید؟
الف- اصلاً <input type="checkbox"/> ب- نه بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ج- کمی بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> د- خیلی بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/>
۲- آیا شما اخیراً قادر به تمرکز بر روی کارها و امور خود بوده‌اید؟
الف- بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ب- نه بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ج- کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/> د- خیلی کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/>
۳- آیا شما اخیراً احساس کرده‌اید که نقش مهمی در انجام کارها داشته‌اید؟
الف- بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ب- نه بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ج- کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/> د- خیلی کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/>
۴- آیا شما اخیراً قادر به تصمیم‌گیری در امور خود بوده‌اید؟
الف- بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ب- نه بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ج- کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/> د- خیلی کمتر از حد معمول <input type="checkbox"/>
۵- آیا شما اخیراً احساس کرده‌اید که دائماً تحت فشار هستید؟
الف- اصلاً <input type="checkbox"/> ب- نه بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> ج- کمی بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/> د- خیلی بیشتر از حد معمول <input type="checkbox"/>

پس از جمع‌آوری اطلاعات و وارد کردن داده‌ها به نرم‌افزار SPSS، به تجزیه و تحلیل نتایج پرداخته شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول و نمودارها، ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

### نتایج

مطالعه حاضر بر روی ۳۰۰ نفر از پرستاران انجام شد. برای کنترل متغیر جنسیت و افزایش همگنی، پرستاران زن برای پژوهش انتخاب شدند. این پرستاران دارای دامنه سنی ۲۱ تا ۴۳ سال و میانگین سنی ۳۱/۹۹ سال با انحراف معیار ۶/۴۹۴ بودند. ۲۶/۷ درصد مجرد و ۷۳/۳ درصد متأهل بودند. میانگین سابقه کار

پرسنل ۸/۳۷ سال با انحراف معیار ۵/۷۴ سال بود. ۶۳٪ از پرستاران در بیمارستان‌های دولتی و ۳۷٪ آنها در بیمارستان‌های خصوصی مشغول به کار بودند. همه آزمودنی‌ها دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند. ۵۳/۷٪ آنها در وضعیت استخدامی قراردادی، ۲۹/۶٪ رسمی، ۱/۷٪ طرحی، ۷/۷٪ شبه پیمانی و ۷/۳٪ حجم کاری بودند.

در رابطه با فراوانی فرسودگی شغلی، ۵/۳٪ از پرستاران فرسودگی شغلی پایین، ۶۹/۷٪ از آنها فرسودگی شغلی متوسط و ۲۵٪ آنها فرسودگی شغلی بالا داشتند. برای بررسی ارتباط آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران مورد بررسی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴- ضریب همبستگی بین آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی و بهداشت روانی

(n=۳۰۰)

متغیر	آشفته‌گی اخلاقی	بهداشت روانی	فرسودگی شغلی
آشفته‌گی اخلاقی	۱	۰/۰۲۳	۰/۰۰۵
بهداشت روانی	۰/۰۲۳	۱	۰/۶۱۶*
فرسودگی شغلی	۰/۰۰۵	۰/۶۱۶*	۱

\* همبستگی در سطح  $p > 0.05$  معنی دار است.

همان‌گونه که از داده‌های جدول ۴ مشخص است مقدار معناداری آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین فرسودگی شغلی و بهداشت روانی تقریباً برابر صفر (کوچکتر از  $\alpha=0.05$ ) و در سایر موارد بزرگتر از  $\alpha=0.05$  شده است، بنابراین بین بهداشت روانی و فرسودگی شغلی رابطه معنادار وجود دارد؛ ولی بین آشفته‌گی اخلاقی و بهداشت روانی و همچنین بین آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی

همبستگی معنی دار وجود ندارد. به منظور بررسی رابطه بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد بهداشت روانی (استرس، کنار آمدن با مشکلات به صورت موفقیت آمیز، عزت نفس) نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۵).

جدول ۵: ماتریس ضریب همبستگی بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد بهداشت روانی ( $n = 300$ )

ابعاد بهداشت روانی			آشفتگی اخلاقی	متغیر
عزت نفس	کنار آمدن با مشکلات به صورت موفقیت آمیز	استرس	۱	آشفتگی اخلاقی
۰/۵۶۱*	۰/۱۴۱	۰/۲۳۱		

\*همبستگی در سطح  $p > 0/05$  معنی دار است.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود بین آشفتگی اخلاقی و عزت نفس رابطه وجود دارد. به منظور بررسی رابطه بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی (جسمی، عاطفی و روانی) نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۶).

جدول ۶: ماتریس ضریب همبستگی بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی ( $n = 300$ )

ابعاد فرسودگی شغلی			آشفتگی اخلاقی	متغیر
روانی	عاطفی	جسمی	۱	آشفتگی اخلاقی
۰/۱۳	۰/۰۹۵	۰/۱۱۵		

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می شود بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی رابطه معنادار وجود ندارد.

به منظور بررسی رابطه بین ابعاد فرسودگی شغلی و ابعاد بهداشت روانی نیز از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۷).

جدول ۷ ماتریس ضریب همبستگی بین ابعاد فرسودگی شغلی و ابعاد بهداشت روانی

(n = ۳۰۰)

متغیر	استرس	کنار آمدن با مشکلات به صورت موفقیت آمیز	عزت نفس
جسمی	۰/۴۳۳*	۰/۴۴۵*	۰/۴۶۷*
عاطفی	۰/۴۹۹*	۰/۴۶۷*	۰/۶۱۹**
روانی	۰/۴۷۰*	۰/۴۶۰*	۰/۵۷۳***

\* همبستگی در سطح  $p > ۰/۰۵$  معنی دار است. \*\* همبستگی در سطح  $p > ۰/۰۱$  معنی دار است.

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود بین ابعاد فرسودگی شغلی و

ابعاد بهداشت روانی رابطه معنادار وجود دارد.

یکی دیگر از اهداف تحقیق بررسی و مقایسه متغیرهای تحقیق (فرسودگی شغلی، آشفتگی اخلاقی و بهداشت روانی) در پرستاران شاغل بخش‌های خصوصی و دولتی بود یافته‌های دیگر نشان داد که میانگین فرسودگی شغلی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی ۱۵/۴۲ و در بیمارستان‌های خصوصی ۱۳/۵۱ می‌باشد (جدول ۸).

جدول ۸: میانگین متغیرهای فرسودگی شغلی، آشفتگی اخلاقی، بهداشت روانی پرستاران در

بیمارستان‌های دولتی و خصوصی

متغیر	بخش محل کار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی شغلی	دولتی	۱۸۹	۵۶/۵۱۵	۱۵/۴۲۰
	خصوصی	۱۱۱	۴۸/۲۹۷	۱۳/۵۱۳
آشفتگی اخلاقی	دولتی	۱۸۹	۱۰۷/۷۹۶	۱۷/۴۴۸
	خصوصی	۱۱۱	۱۱۳/۶۵۹	۱۳/۸۷۱
بهداشت روانی	دولتی	۱۸۹	۱۳/۷۶۴	۶/۸۴۴
	خصوصی	۱۱۱	۱۲/۰۱۸	۶/۲۷۷

جهت مقایسه میانگین نمرات فرسودگی شغلی، آشفتگی اخلاقی، بهداشت روانی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی از آزمون t-test استفاده شد (جدول ۹).

جدول ۹: نتایج آزمون T برای مقایسه میانگین نمرات فرسودگی شغلی، آشفتگی اخلاقی، بهداشت روانی در پرستاران بیمارستانهای دولتی و خصوصی

متغیر	وضعیت اشتغال در بیمارستان	میانگین	تفاوت میانگین	t	درجه آزادی	سطح معنی داری
فرسودگی شغلی	دولتی	۵۶/۵۱۵	۸/۲۱۸	۲/۷۹	۲۹۸	۰/۰۰۰۱
	خصوصی	۴۸/۲۹۷				
آشفتگی اخلاقی	دولتی	۱۰۷/۷۹۶	-۱۲/۳۸	-۵/۸۶۳	۲۹۸	۰/۰۰۳
	خصوصی	۱۱۳/۶۵۹				
بهداشت روانی	دولتی	۱۳/۷۶۴	۵/۸۲	۱/۷۴۶	۲۹۸	۰/۰۲۹
	خصوصی	۱۲/۰۱۸				

با مشاهده جدول ۹ مشخص می‌شود که بین میانگین‌های فرسودگی شغلی، آشفتگی اخلاقی و بهداشت روانی پرستاران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تفاوت وجود دارد و این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار است.

یکی دیگر از اهداف تحقیق پیش بینی اثرگذاری متغیرهای پژوهش بر بهداشت روانی پرستاران بوده است. برای دستیابی به این هدف از تحلیل رگرسیون چند گانه به شیوه گام به گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۱۰ آمده است. نتایج نشان داد که از بین متغیرهای مورد بررسی، بعد عاطفی و روانی متغیر فرسودگی شغلی توانسته‌اند بهداشت روانی پرستاران را پیش بینی کند،



مقادیر بتا حاکی از این است که بعد عاطفی بیشتر از بعد روانی تأثیر گذار بوده است.

جدول ۱۰: نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی تأثیر آشفتگی اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی بر بهداشت روانی پرستاران

سطح معناداری آزمون	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل رگرسیونی
		B	خطای استاندارد	
۰/۹۲۴		۰/۱۹۳	۰/۰۱۸	مقدار ثابت
۰/۱۶۱	۰/۱۰۲	۰/۰۵۲	۰/۰۷۴	جسمی
۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۲	۰/۶۶۶	۰/۲۵۷	عاطفی
۰/۰۴۹	۰/۱۸۱	۰/۰۷۹	۰/۱۵۳	روانی
۰/۶۷۵	-۰/۰۱۹	۰/۰۴۹	-۰/۰۲۱	آشفتگی اخلاقی

### بحث

از پژوهش حاضر که برای بررسی رابطه آشفتگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی در پرستاران شهر یزد به انجام رسیده است، نتایج زیر بدست آمد: ضرایب همبستگی نشان می‌دهد که بین آشفتگی اخلاقی پرستاران با فرسودگی شغلی آنها ارتباط معنادار ندارد، این یافته با برخی از تحقیقات همسویی ندارد؛ در تحقیق شاکری نیا (۱۳۸۹) مشخص شد بین آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. شو ونزرو وانگ<sup>۴۲</sup> (۳۶) دریافتند که پرستارانی که سطوح بالایی از آشفتگی اخلاقی را تجربه می‌کنند از رضایت شغلی کمتر و فرسودگی شغلی بیشتری رنج می‌برند. ملترز و ها کابای<sup>۴۳</sup> (۲۰۰۴)، در

تحقیقشان یافتند که میزان آشفتگی اخلاقی پرستاران رابطه معناداری با تجربه تحلیل عاطفی، عنصر اساسی فرسودگی شغلی دارد. الپرن و همکاران (۲۰۰۵)، نیز گزارش دادند که آشفتگی اخلاقی بر رضایتمندی شغلی، حفظ کردن شغل، سلامت جسمانی و روانی، خودانگاره و معنویت اثر می‌گذارد. در تحلیل این یافته می‌توان به برخی متغیرهای جزئی‌تر جمعیت شناختی و سازمانی که موجب بروز تفاوت می‌شود اشاره کرد.

یافته دیگر این است که بین آشفتگی اخلاقی پرستاران و بعد عزت نفس بهداشت روانی در آن‌ها رابطه معنادار وجود دارد، بدین معنی که هرچه عزت نفس در آن‌ها بیشتر باشد آشفتگی اخلاقی کمتر است و برعکس. در این رابطه تحقیقات کمی انجام شده است اما این یافته همسو با تحقیق جانسدوتیر، راجر، هادزیبا، بورجیسون اهلببرگ<sup>۴۴</sup> (۲۰۱۰)، می‌باشد که نشان می‌دهد بهداشت روانی بالا، از جمله اضطراب و استرس کمتر، فعالیت جسمی بیشتر، عزت نفس بالاتر پیش بینی کننده آشفتگی اخلاقی کمتری هستند.

نتیجه دیگر تحقیق این است که فرسودگی شغلی با بهداشت روانی رابطه معنادار دارند. این یافته با تحقیقات زیادی همسو می‌باشد، به عنوان مثال بحری بینا باج، مقیمیان، عطارباشی، قرچه (۱۳۸۲) دریافتند که بین فرسودگی شغلی ماماها و پرستاران و نمرات GHQ در آنها همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. پروسر، جانسون، کوپرس، زموک، بینگتون و توریگراف<sup>۴۵</sup> (۱۹۹۷)، نشان دادند که استرس ناشی از برخورد با ارباب رجوع با مسخ شخصیت که جزئی از فرسودگی شغلی می‌باشد، مرتبط است. عاطف وحید، ویسی و رضایی (۱۳۷۹)، در تحقیقات خود نشان دادند که بین خشنودی شغلی و سلامت روان پرستاران رابطه معنادار مثبت و بین استرس شغلی و سلامت روان رابطه معنادار منفی وجود دارد. صابری،

صدر، قدیانی، یزدی و شاهمرادی (۱۳۸۷)، دریافتند که بین متغیر سلامت روانی و فرسودگی شغلی در جامعه مورد تحقیقشان همبستگی معنادار وجود دارد (۴۲). همچنین در تحقیق یعقوبی نیا و همکاران نشان داده شده است که عزت نفس با تحلیل عاطفی و مسخ شخصیت از ابعاد فرسودگی شغلی رابطه معکوس معنادار دارد و از طرفی عزت نفس و فقدان موفقیت فردی ارتباط خطی مستقیم معناداری دارند (یعقوبی نیا، ۱۳۷۹). محمدی (۱۳۸۵)، در پژوهشی که انجام داد دریافت که همبستگی مثبتی بین فرسودگی شغلی (تحلیل عاطفی و مسخ شخصیت) و متغیرهای سلامت روان وجود دارد.

یافته دیگری که با استفاده از آزمون t-test جهت مقایسه میانگین آشفستگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی انجام شد این است که بین میانگین میانگین آشفستگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی تفاوت معنادار وجود دارد به این معنی که میانگین فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران در بیمارستان‌های دولتی بیشتر از بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد و این که میانگین آشفستگی اخلاقی پرستاران در بیمارستان‌های خصوصی بیشتر از بیمارستان‌های دولتی است. این یافته همسو با تحقیق ابراهیمی و همکاران است که نشان دادند در بیمارستان‌های خصوصی پرستاران بیشتر از بیمارستان‌های دولتی از آشفستگی اخلاقی رنج می‌برند (ابراهیمی، نیکروش، اسکویی، احمدی ۲۰۰۷).

نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که بعد عاطفی و روانی متغیر فرسودگی شغلی می‌تواند بهداشت روانی را در پرستاران پیش بینی کند (جدول شماره ۱۰). در این رابطه پژوهش عبدی ماسوله و همکاران نشان داد که فرسودگی شغلی

پرستاران با سلامت روان آنها رابطه دارد و آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کامینگز<sup>۴۶</sup>، ۲۰۰۹).

### نتیجه گیری

آشفته‌گی اخلاقی عنصر مهم حرفه پرستاری است؛ عنصری که با جنبه‌های روان‌شناختی دیگر نظیر فرسودگی شغلی و بهداشت روانی رابطه معنی‌دار دارد. به گونه‌ای که در صورت تشدید آن ممکن است، پی‌آمدهایی را به دنبال داشته باشد که در مؤلفه‌های حرفه‌ای و سازمانی بسیار اثرگذار است. به عنوان مثال پرستاران را به تصمیم‌گیری جدی برای باقی ماندن یا ترک شغل به تردید اندازد، نظیر پژوهش کامینگز (۲۰۰۹)، که نشان داد پرستارانی که از آشفته‌گی اخلاقی در محل کار رنج می‌برند تلاش می‌کنند بخش محل کار خود را در بیمارستان تغییر دهند. این تغییر و جابجایی خصوصاً برای بخش‌های حساس بیمارستان کمبود کادر مجرب پرستاری را به دنبال دارد؛ کمبود پرستار به خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌ها بحران‌ساز است و در ارائه خدمات به بیماران اثر جدی می‌گذارد. بنابراین با توجه به یافته بنیادی پژوهش جاری، پیشنهاد کاربردی تحقیق این است که متولیان ارتقاء آموزش پرستاری برای محدود ساختن یا رفع آشفته‌گی اخلاقی در مجتمع‌های بیمارستانی گام‌های جدی برداشته، برنامه‌های کارگاهی، همایش‌ها و حتی واحدهای درسی را پیش‌بینی کنند و به بخش‌های آسیب‌پذیر پرستاری توجه بیشتری کنند. فرسودگی ناشی از بلا تکلیفی و حتی آشفته‌گی‌های اخلاقی می‌تواند فرد مبتلا را دچار صدمات جدی عاطفی و حتی شناختی کرده از میزان بهره‌وری وی بکاهد. پیشنهاد پژوهشی تحقیق جاری نیز این است که محققین دیگر به جنبه‌های متعدد آشفته‌گی اخلاقی پرداخته با توجه به فرهنگ غنی اسلامی و ایرانی زمینه‌سازها و راهکارهای مقابله‌ای را مورد شناسایی

قرار داده، درالگو سازی و اجرایی کردن آنها بیش از پیش از عناصر بومی بهره برداری کنند.

#### قدردانی

محقق وظیفه خود می داند که از کلیه پرستاران مشارکت کننده و مدیرانی که زمینه انجام تحقیق را فراهم آورده اند تقدیر و تشکر نماید.

#### پی نوشت ها

- <sup>1</sup> Moral distress
- <sup>2</sup> Mental health
- <sup>3</sup> occupational Burnout
- <sup>4</sup> Moral distress
- <sup>5</sup> Mental health
- <sup>6</sup> occupational Burnout

۴- جهت دریافت اطلاعات دقیق تر در خصوص مفهوم آشفتگی اخلاقی به مقاله‌هایی که از نویسنده در شماره‌های (اسفند ۱۳۸۹ (۴) ویژه نامه: ۶۹-۵۶) و (خرداد ۱۳۹۰؛ ۴ (۳): ۲۶-۳۷) مجله اخلاق و تاریخ پزشکی چاپ شده است مراجعه شود.

- <sup>8</sup> - jamton
- <sup>9</sup> -Corley
- <sup>10</sup> -Harmic
- <sup>11</sup> -Bartholome
- <sup>12</sup> -Elpern, Covert & Kliempell
- <sup>13</sup> -Pauly, varcoe, storch & Newton
- <sup>14</sup> -Solomon, O'donnell, Jennings
- <sup>15</sup> -Wilkinson
- <sup>16</sup> -Millette
- <sup>17</sup> -Institutional constraints
- <sup>18</sup> Rice, Rady, Harmic, verheijde & pendergast
- <sup>19</sup> -Curtis & Burt
- <sup>20</sup> - Millette
- <sup>21</sup> - Harmic
- <sup>22</sup> -Stuart
- <sup>23</sup> -Sundeen
- <sup>24</sup> -Maslach
- <sup>25</sup> -Schau feli
- <sup>26</sup> -Leuter

- 27 Emotional exhaustion  
 28 Depersonalization  
 29 Decreased personal accomplishment  
 30 - Baron & Greenburg  
 31 - kilfedder CJ, Power & Wells  
 32 Inter personal factors  
 33 - Hueber  
 34 -Intra personal factors  
 35 -Hogan  
 36 Self-awareness  
 37 Self-deception  
 38 -Tedium Burnout Inventory  
 39 -General Health Questionnaire-12  
 40 -Graetz  
 41 - Lopez & Dresch  
 42 -Schwenzer & Wang  
 43 -Meltzer & Huckabay  
 44 -Jonsdottir, RodJer, Hadziba, Borjesson & Ahlberg  
 45 - Prosser, Johnson, Kuipers, Szmukle, Bebbington & Thornicroff  
 46 - Cummings

#### فهرست منابع

- بحری ب، باج ن، مقیمیان م، عطاریاشی م، قرچه م بررسی ارتباط فرسودگی شغلی و سلامت روانی در حرفه مامایی و پرستاری. مجله دانشکده پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد. ۱۳۸۲؛ ۹(۱): ۹۹ تا ۱۰۴.
- جلدکار م. مقایسه فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های روانپزشکی و غیر روانپزشکی بیمارستان‌های نور، فارابی و توانبخشی مدرس. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده تحصیلات تکمیلی. ۱۳۷۹.
- خاقانی زاده م. سیرتی م. عبدی ف و کاویان ح. بررسی میزان فرسودگی شغلی پرستاران. مجله علوم رفتاری؛ ۱۳۸۷، ۲(۱): ۵۹-۵۱.
- خدارحیمی س. ر. مفهوم سلامت روان شناختی. تهران، جاودان خرد، ۱۳۷۴.
- خلیفه سلطانی ا. ا. بررسی فرسودگی شغلی مدیران آموزشی شهر اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، دانشکده تحصیلات تکمیلی، ۱۳۷۷.
- ساعتچی، م. روان شناسی بهره وری. تهران: نشر ویرایش، ۱۳۷۶.
- شاکری نیا ا. رابطه آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر رشت. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۸۹؛ ۴: ۵۶-۶۹.

صابری س.م. صدر س.ش. قدریانی م.ح. یزدی س.م. بهاری ف و شاه مرادی. رابطه فرسودگی شغلی با سلامت عمومی قضات و دادیاران شاغل در مراجع قضایی شهر تهران، مجله علمی پزشکی قانونی؛ ۱۳۸۷، ۱۴(۲): ۹۸-۹۲.

عابدی، م. ر. شادی در خانواده، تهران، مطالعات خانواده، ۱۳۸۳.

عاطف وحید م. ویسی م و رضایی م. تأثیر استرس شغلی بر خشنودی شغلی و سلامت روان: اثر تعدیل کننده سرسختی و حمایت اجتماعی. مجله اندیشه و رفتار، ۱۳۷۹، ۶؛ (۲ و ۳): ۲۳-۳۲.

عبادی م. حریرچی ا. م. شریعتی م. گرمارودی غ. ر. فاتح ا و منتظری ع. ترجمه، تعیین پایایی و روایی پرسشنامه ۱۲ سوالی سلامت عمومی (GHQ-12). فصلنامه پایش؛ ۱۳۸۱، ۱(۳): ۳۹-۴۶.

عبدی ماسوله ف. کاویانی ح. خاقانی زاده م و مؤمنی عراقی ا. بررسی رابطه فرسودگی شغلی با سلامت روان: مطالعه در ۲۰۰ پرستار. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، ۱۳۸۶، ۶۵ (۶): ۶۵-۷۵.

کالیمور. البطوی م. ا. مدیریت عوامل روانی-اجتماعی محیط کار. ترجمه براهنی، م. ن. تهران، نشر رسانش، ۱۳۷۹.

کورانیان ف، خسروی ع و اسمعیلی ح. ارتباط بین سرسختی روانشناختی، مکان کنترل و فرسودگی شغلی در پرستاران. مجله علوم پزشکی گناباد، ۱۳۸۱، ۱(۱): ۵۸-۶۷.

گنجی ح. بهداشت روانی. تهران، انتشارات ارسباران، ۱۳۸۲.

محمدی ش. مقایسه مکانیسم‌های مقابله‌ای، فرسودگی شغلی و سلامت روانی در بین دبیران ایران و هند. فصلنامه نوآوری‌های آموزشی، ۱۳۸۵، ۱(۱۶): ۶۰-۹۶.

نظریان، ع. بررسی سندروم روانشناختی فرسودگی شغلی در بین پرستاران بیمارستان‌های روانی و غیرروانی و مکانیسم‌های مقابله‌ای آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، ۱۳۷۶.

یعقوبی نیا، ف. بررسی ارتباط عزت نفس با فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. مشهد: دانشگاه علوم پزشکی. ۱۳۷۹

Bartholome W. Moral Distress. Medical college of Wisconsin bioethics discussions. Mcw- bioethics @ post. Its. Mcw. Edu. 1998; Dec 10.

Corley MC. Moral Distress of critical Nurses. Am J critcare 1995; 4: 280-85.

Corly MC, Minick p, Elswick Rk, Jacobs M. Nurses Moral Distress and ethical work environment. Nurd Ethics 2005; 12: 381-90.

Corely Mc, Elswick RK, Gorman M, clor T. Development and evaluation of a Moral Distress scale. J Adv Nurs 2001; 33: 250-256.

- Cummings CL. The Effect of Moral Distress and Professional Stress on Nursing Retention in the Acute Care Setting. Nursing, University of North Florida, Jacksonville, FL 2009 .
- Curtis JR, Burt RA. Why are critical care clinicians so powerfully distressed by family demands for futile care? J crit care 2003; 18(1): 22-4.
- Ebrahimi H, Nikraves M, Oskouei f & Ahmadi FA. Stress: Major reaction of Nurses to the context of ethical Decision Making. Journal of IRAN University of Medical Sciences. 2007; 14 (54): 7-14.
- Elpern E, covert B, klienpell R. Morsl Distress of staff Nurses in a Medical intensive care unit . AJCC 2005; 14: 523-530.
- Graetz B. Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1991; 26, 132-128.
- Harmic AB. Moral Distress in everyaay elhics. Nurs outlook 2000; 48: 199-207.
- Hogan R. Personality theory: the personological tradition. prentice-Hall. Englewood cliffs. New Jersey, 1976.
- Hueber E. Professional under stress. psychology in schools , 2000; 3 : 40-52.
- Jamton A .The ethical issues, prentice-Mall Series in the Philosophy of Medicine. N: prentice-Hall-Nursing Practice 1984; 331.
- Jonsdottir IH, RodJer L, Hadziba JE, Borjesson M & Ahlberg G. A prospective study of Leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. Preventive medicine 2010; 51:373-377.
- Lopez MS & Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire(GHQ12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008; 20(4): 839-843.
- Kilfedder CJ, Power KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing 2001; 34:396-383.
- Maslach C, Schau feli WB & Leuter MP. Job burnout: Annual Review of Psychology. 2001; 52: 422-397.
- Meltzer IS & Huckabay M. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J crit care 2004; 13(3): 202-8.
- Millette BE. Using Gillian's framework to analyze nurses stories of moral chices. West. J nurs Res 1994; 16: 660-74.



- Pauly B, varcoe C, storch J, Newton L. Registered Nurses perceptions of Moral Distress and Ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-573.
- Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukle G, Bebbington P & Thornicroff G. Perceived Sources of work Stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Psychosomatic research* 1997;43(1):51-59.
- Rice EM, Rady My, Harmic A, verheijde JL, pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical Nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 360-730.
- Schwenzer kj & wang K. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Crit care Med* 2006; 34(12):2967-73.
- Solomon M, o'donnell L, Jennings B, et al. Decisions near the end of life: professional views on life sustaining treatments. *Am J public health* 1993; 83: 14-25.
- Stuart G.W.Sundeen S.J.principles and practice of psychiatric nursing. 3<sup>rd</sup> ed.st louis:the CV mosby 1987; 2(5):26.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs forum* 1987-1988; 23(1): 16-29.

## یادداشت شناسه مؤلف

ایرج شاکری نیا: استادیار گروه روان شناسی دانشگاه گیلان، گیلان، ایران.

پست الکترونیک: irajeshakerinia@guilan.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۷/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۱۰/۱۰