

دیسترس اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران:

یک مطالعه توصیفی - مقطعی

عباس عباسزاده

نوذر نخعی

فریبا برهانی

مصطفی روشنزاده^۱

چکیده

دیسترس اخلاقی پدیده‌ای شایع در حرفه پرستاری است که می‌تواند زندگی کاری پرستاران را تحت تأثیر قرار داده و تأثیرات متفاوتی را بر کارکنان، بیماران و سازمان‌های بهداشتی داشته باشد. مطالعه توصیفی حاضر جهت بررسی دیسترس اخلاقی در ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند با استفاده از پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی صورت گرفته است. این پرسشنامه ۲۱ سؤال پس از ترجمه مورد روایی و پایایی قرار گرفته و روایی آن به صورت ۸۸ درصد و پایایی آن (آلفای کرونباخ) ۹۳ درصد محاسبه شد. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین شدت دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش ۲/۲۵ (از کل ۵-۰) و میانگین تکرار آن ۲/۱۱ (از کل ۵-۰) بوده است. بین دیسترس اخلاقی و ویژگی‌های دموگرافیک افراد همانند نوع بخش محل خدمت رابطه معنی‌داری وجود داشته است ($P < 0/05$)، ولی این ارتباط با نوع استخدام و جنس پرستاران معنی‌دار نبوده است ($P > 0/05$). با توجه به بالاتر بودن سطح شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران توجه هرچه بیشتر در جهت آشنایی آن‌ها با این پدیده و علل پیدایش آن بایستی مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، اخلاق در حرفه پرستاری، پرستاران

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، پژوهشگر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی شهید بهشتی. تهران. ایران. (نویسنده‌ی مسئول)

Email: mroshanzadeh62@gmail.com

مقدمه

یکی از مسائل اخلاقی شایع در حرفه پرستاری دیسترس اخلاقی است که امروزه توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است؛ مفهوم دیسترس اخلاقی اولین بار توسط جامپتون ارائه شده و سپس توسط پژوهشگران زیادی مورد بررسی قرار گرفته و گسترش یافته است. وی مفهوم دیسترس اخلاقی را به طور اولیه در سال ۱۹۸۳ بررسی کرده و بیان می‌کند که پرستاران در مواجهه با چهار اصل به تصمیم‌گیری اخلاقی اقدام می‌کنند. (۱) صلاحیت یک وظیفه برای پرستاران است. (۲) پرستاران نایستی از موقعیت خود جهت بهره‌برداری از بیماران استفاده کنند. (۳) بهبودی بیمار نگرانی اولیه پرستاران است. (۴) پرستاران بایستی به یکدیگر وفادار باشند. وی بیان می‌کند که پرستاران در مواجهه با شرایطی که نسبت به عمل صحیح آگاهی داشته ولی قادر به انجام آن نیستند دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند (جامپتون، ۱۹۹۳ م، ص ۵۱-۵۴۲). نکته قابل توجه در تعریف بیان شده این است که فرد توانایی و آگاهی لازم را دارد ولی به دلیل محدودیت‌های ذهنی یا واقعی موجود از انجام آن ناتوان است (ناتانیل، ۲۰۰۶ م، ص ۴۸-۴۱۹).

ویلکینسون مفهوم دیسترس اخلاقی را گسترش داده و آن را این گونه مطرح می‌کند که اگر فرد نتواند تصمیم اخلاقی خود را به قابلیت اجرا درآورد، دچار یک احساس منفی و عدم تعادل روانی می‌شود که دیسترس اخلاقی نامیده می‌شود (ویلکینسون، ۱۹۸۷-۱۹۸۸ م، ص ۲۹-۱۶). ارلن دیسترس اخلاقی را ناشی از محدودیت‌های سازمانی دانسته که مانع از اجرای عمل صحیح می‌شود. وی در این زمینه به سه محدودیت مستند کردن اجباری مراقبت، کمبود مراقبین و سیاست‌های بیمارستان اشاره می‌کند (ارلن، ۲۰۰۱ م، ص ۸۰-۷۶).

دیسترس اخلاقی به روش‌های متعددی مورد طبقه‌بندی قرار گرفته است. طبقه‌بندی اولیه دیسترس اخلاقی به صورت انواع اولیه و واکنشی است. منظور از دیسترس اخلاقی اولیه تعارض ارزشی است که فرد در اولین تماسش با شرایط دیسترس‌زا به آن دچار می‌شود. دیسترس اخلاقی واکنشی هنگامی روی می‌دهد که فرد به علت دیسترس اخلاقی اولیه قادر به انجام فعالیت صحیح نیست. این دیسترس با نوعی ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس و علایمی همچون افسردگی همراه است (جامپتون، ۱۹۹۳ م، ص ۵۱-۵۴). طبقه‌بندی دیگری که در مورد دیسترس اخلاقی صورت گرفته آن را به سه حیطه تقسیم می‌کند. حیطه اول به مسائل اخلاقی مؤسسات و محیط‌های بالینی و درمانی می‌پردازد. حیطه دوم مربوط به عملکرد حرفه‌ای بوده و به مباحثی همچون کدهای اخلاقی و مفاهیم اخلاقی در حرفه می‌پردازد، در حیطه سوم نیز مسائل مربوط به تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط‌های بالینی اشاره می‌شود (ماکهیوجی، ۲۰۰۹ م، ص ۵۸-۴۵).

در زمینه علل پیدایش دیسترس اخلاقی پرستاران شرایطی همانند کمبود نیروی پرستاری، حجم زیاد کار، تعارضات بین گروه‌های درمانی و همکاران و سیاست‌های غلط مؤسسات را عامل مهمی برای دیسترس در خود معرفی می‌کنند. این نکته قابل ذکر است که وجود بیماران در سیستم‌های بهداشتی هیچگاه از طرف پرستاران منبعی برای دیسترس اخلاقی به حساب نیامده است (کاریمارک، ۲۰۰۴ م، ص ۶۳-۷۶). بیشترین دیسترس اخلاقی پرستاران صرف نظر از کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده و سیاست‌های سازمانی (کورلی، ۲۰۰۲ م، ص ۵۰-۶۳) شامل درمان‌های تهاجمی، بیماران مشرف به مرگ، آزمایشات غیرضروری، تقلب در آزمایشات، درمان ناکافی و ناکامل توسط همکاران، توزیع ناعادلانه قدرت بین همکاران و فقدان حمایت سازمان (مک کارتی، ۲۰۰۸ م، ص ۶۲-

۲۵۴) درد و رنجش ناشی از روش‌های تهاجمی، تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به منظور رفع نیازهای سازمان، طولانی‌تر کردن زمان وقوع مرگ بدون کسب رضایت از بیمار و خانواده وی و محدودیت بودجه هست (کورلی، ۲۰۰۲ م، ص ۵۰-۶۳۶).

نکته قابل توجه دیگر در روند ایجاد دیسترس اخلاقی، مشکلات ساختاری موجود در نظام سلامتی است که مهم‌ترین افرادی که از آن متأثر می‌شوند پرستارانند. ملزم بودن پرستاران برای اطلاعات از مدیران مؤسسات و داشتن استقلال عملکردی پایین در حیطه تخصصی‌شان، باعث کاهش اعتماد به نفس پرستاران شده و انگیزه نارضایتی را در آن‌ها به وجود می‌آورد. این شرایط همانند بستری است که قدرت تصمیم‌گیری و عمل را از پرستاران در حیطه عملکردی‌شان گرفته و سبب می‌شود که در شرایطی همانند شرایط دیسترس‌زا این افراد علی‌رغم متخصص بودن در حیطه حرفه‌شان نتوانند در زمینه برطرف کردن شرایط موجود اقدامی انجام دهند (لیسن، ۱۹۹۷ م، ص ۸۷).

دیسترس اخلاقی می‌تواند پیامدهای زیادی را در حیطه‌های مختلف مربوط به پرستار، بیمار و نظام سلامت به دنبال داشته باشد (کورلی، ۲۰۰۲ م، ص ۵۰-۶۳۶). شرایط دیسترس‌زا در پرستار باعث ایجاد حالاتی همانند احساس محرومیت، غمگینی و افسردگی و رنجوری و بی‌فایده‌گی می‌شود (جامپتون، ۱۹۹۳ م، ص ۵۱-۵۴۲). میزان و شدت این حالات با توجه به ویژگی‌های فردی و محیطی پرستاران متفاوت است. افراد با توجه به ویژگی‌های شخصیتی و الگوهای مختلف سازگاری راهکارهای گوناگونی را برای مواجهه با این شرایط اتخاذ می‌کنند. عده‌ای سعی در تغییر شرایط کرده و از اجرای دستورات پزشکان اجتناب می‌کنند. بعضی دچار عذاب وجدان شده و گزارش خطا تنظیم کرده و سرپرستار را مطلع می‌کنند

(فیرست، ۲۰۰۱ م.). برخی از شرایط فاصله گرفته و ترجیح می‌دهند از آن فرار کنند (اسزالتسکی، ۱۹۹۶ م.، ص ۴۳-۲۷). به هر حال این شرایط در پرستاران به عنوان یک عضو مراقبتی می‌تواند طیف متفاوتی از عواقبی همچون فرسودگی، استرس و عدم رضایت شغلی را به دنبال داشته که همگی بر کیفیت مراقبت ارائه‌شده توسط پرستاران مؤثر است (جامپتون، ۱۹۹۳ م.، ص ۵۱-۵۴۲). وجود دیسترس اخلاقی می‌تواند سبب شود که پرستار در زمینه مراقبت دچار تعارض شده و از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به وی اجتناب کند. این شرایط خود زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری در بیمار فراهم می‌سازد (کورلی، ۲۰۰۲ م.، ص ۵۰-۶۳۶). از یک طرف ارائه مراقبت با کیفیت پایین با افزایش نارضایتی و همچنین افزایش شکایات قانونی از مؤسسات درمانی همراه بوده و از طرف دیگر نارضایتی پرستاران از حرفه خود باعث روند رو به رشد غیبت از کار و در نهایت ترک حرفه می‌شود (ملترز و هاکابی، ۲۰۰۴ م.، ص ۰۸-۲۰۲). در کنار نتایج منفی، دیسترس اخلاقی با اثرات مثبتی نیز همراه است (هاردینگ، ۱۹۸۰ م.، ص ۷۵-۴۹). تجارب افراد از شرایط دیسترس‌زا می‌تواند نقش مهمی را در زمینه اصلاح و رشد حرفه‌ای‌شان داشته و با ترویج ارزش‌های مثبت، باعث ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران شود (راشتون، ۲۰۰۶ م.، ص ۱۶۱).

مطالعات متعددی در رابطه با دیسترس اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است. شواهد حاکی از این است که پدیده دیسترس اخلاقی در پرستاران شیوع متوسط تا بالایی را به خود اختصاص داده است. لازارین نیز میزان دیسترس اخلاقی را یک مشکل شایع تجربه شده در بخش‌هایی که با مراقبت پایان زندگی مواجه هستند بیان می‌کند (۲۰۱۲ م.، ص ۹۵-۱۸۳). در سال ۲۰۱۲ م.، در طی مطالعه‌ای که با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه صورت

گرفت، دیسترس اخلاقی به صورت پدیده‌ای چند فاکتوری و پیچیده معرفی شده و عواقب آن نیز مبهم بیان شده است (راسل، ۲۰۱۲ م، ص ۱۵). کورلی نیز در مطالعه‌اش شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران را در سطح متوسط گزارش کرده و جو اخلاقی محیط کار را در ایجاد دیسترس اخلاقی مؤثر دانسته و بیان می‌کند که حدود ۲۵ درصد از پرستاران به دنبال دیسترس حرفه خود را ترک کرده‌اند (۲۰۰۵ م، ص ۹۰-۳۸۱). در مطالعه‌ای که در ایران با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه صورت گرفته، میزان دیسترس اخلاقی در سطح بالا گزارش شده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش، ص ۶۳-۵۳).

دیسترس اخلاقی پدیده‌ای غیرقابل انکار بوده که می‌تواند در روند دستیابی به اهداف سیستم مراقبتی مداخله ایجاد کرده و در نهایت بر الگوی سلامتی جامعه نیز تأثیرات سویی بگذارد. با توجه به اهمیت پدیده دیسترس اخلاقی و شیوع رو به رشد آن در حرفه پرستاری و با توجه به این که این پدیده هنوز به طور کامل در ایران مورد بررسی قرار نگرفته و جهت روشن شدن ابعاد مختلف آن نیاز به پژوهش‌های متعددی وجود دارد. لذا این مطالعه به منظور بررسی دیسترس اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران انجام گرفته است.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع مقطعی است که به بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران پرداخته است. نمونه مطالعه حاضر شامل ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند بودند. واحدهای مورد پژوهش به صورت سرشماری و از دو بیمارستان امام رضا(ع) و ولیعصر(عج) شهر بیرجند انتخاب

شدند. تعداد پرستاران انتخابی از بیمارستان امام رضا(ع) ۱۰۰ نفر و از مرکز ولیعصر(عج) ۱۲۰ نفر بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و داشتن یک سال سابقه کار در بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه دو قسمتی است. بخش اول اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، تحصیلات، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و نوع بخش خدمتی است. بخش دوم شامل ۲۱ پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی است. این پرسشنامه از ۲۱ سؤال تشکیل شده و گزینه‌های مربوط نیز در مورد هر سؤال شدت و تکرار را می‌سنجند. گویه‌های آن در مورد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در مورد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (پنج) مرتب شده است (کورلی، ۲۰۰۱ م، ص ۲۶-۲۵). این پرسشنامه به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. این پرسشنامه به طور ترکیبی و در قالب یک پرسشنامه مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. روایی آن با استفاده از ۱۰ نفر از اساتید متخصص در اخلاق در کشور صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۸۸ درصد به دست آمد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفا کرونباخ) ۹۳ درصد محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت کامل موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آنها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آنها برای شرکت یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش خاطر نشان شد که اطلاعاتشان فقط برای استفاده در مطالعه است و در اختیار افراد دیگر قرار

نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها دو هفته بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بیان سطح دیسترس اخلاقی نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و دیسترس اخلاقی نیز با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس محاسبه گردید.

نتایج

در این مطالعه ۲۲۱ پرستار از دو بیمارستان آموزشی امام رضا (ع) (۱۰۰) و ولیعصر (عج) (۱۲۰) شهر بیرجند شرکت داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۱/۱۲ سال بوده است و دامنه سنی این افراد نیز ۲۳-۴۷ سال گزارش شد. ۱۲/۷ درصد از پرستاران را مردان و ۸۵/۹ درصد از آن‌ها را زنان به خود اختصاص دادند. از نظر تعداد سال‌های خدمت، کمترین تعداد سال خدمت در پرستاران ۱ سال و بیشترین سال خدمت ۲۴ سال بوده است. از نظر بخش محل خدمت پرستاران در ۷ گروه قرار گرفتند که درصد پرستاران در هر بخش شامل: جراحی (۲۶/۵)، مراقبت ویژه (۳۶/۸)، کودکان (۳/۲)، زنان (۲/۷)، داخلی (۱۵)، اورژانس (۹/۱) و روانپزشکی (۳/۶) بوده است. پرستاران در مورد نوع بخش به ترتیب فراوانی در بخش‌های مراقبت ویژه، جراحی، داخلی، اورژانس، روان، کودکان و زنان قرار داشتند.

بخش‌های مراقبت ویژه شامل: NICU، ICU و CCU بوده است. در بخش‌های جراحی نیز: ارتوپدی، ارولوژی، جراحی اعصاب، حلق و گوش و بینی، جراحی عمومی و در بخش‌های داخلی: داخلی اعصاب، ریه، روماتولوژی، عفونی، گوارش جای دارند. جدول شماره ۱ مشخصات دموگرافیک پرستاران را نشان می‌دهد.

نتایج بیان شده در جدول شماره ۲ میزان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را در پرستاران نشان می‌دهد. دامنه نمره دیسترس اخلاقی در پرستاران از ۰-۵ بوده که پرستاران از این دامنه سطح متوسطی از شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را گزارش کرده‌اند. همچنین بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی رابطه کاملاً معنی‌دار گزارش شده است ($P=0/00$, $r=1$).

در زمینه بررسی سؤالات مربوط به دیسترس اخلاقی نتایج حاکی از آن است که سؤال شماره ۱۲ پرسشنامه بیشترین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و سؤال شماره ۴ کمترین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را در بین کل سؤالات به خود اختصاص داده‌اند.

ارتباط بین تکرار و شدت دیسترس اخلاقی و متغیر دموگرافیک سن و تعداد سال‌های خدمت حاکی از این است که بین شدت دیسترس اخلاقی و سن رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد ($P=0/03$, $r=-0/14$). رابطه بین تکرار دیسترس اخلاقی و سن معنی‌دار گزارش نشده است ($P=0/17$, $r=-0/09$). در زمینه ارتباط بین شدت دیسترس و تعداد سال‌های خدمت نیز نتایج حاکی از وجود رابطه معنی‌دار است ($P=0/02$, $r=-0/15$). بین تکرار دیسترس اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت نیز رابطه معنی‌داری وجود دارد ($P=0/006$, $r=-0/18$).

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و متغیرهای جنس و نوع بخش و نوع استخدام در جدول ۱ نشان داده شده است. نتایج حاکی از آن است که بین شدت و تکرار

دیسترس اخلاقی در زن و مرد تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است ($P > 0/05$). ارتباط بین دیسترس اخلاقی و نوع بخش محل خدمت پرستاران رابطه معنی‌داری بوده و بیشترین شدت و تکرار دیسترس مربوط به بخش کودکان و کمترین آن مربوط به بخش اورژانس بوده است ($P < 0/05$). رابطه بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی پرستاران با نوع استخدامشان رابطه معنی‌داری ندارد ($P > 0/05$).

بحث

هدف کلی این مطالعه بررسی میزان دیسترس اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران می‌باشد. بر این اساس بررسی میزان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط گزارش شده است. برای بررسی دیسترس اخلاقی به طور کلی ۲۱ سؤال مطرح شده است. از این سؤالات بیشترین سؤالی که با میانگین شدت و تکرار بالای دیسترس اخلاقی روبرو بوده ۱۲ است که مربوط به اهمیت دادن به احساسات و عواطف بیماران می‌شود. از نظر واحدهای مورد پژوهش درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده وی به عنوان یک عامل دیسترس‌زای مهم شناخته شده است. کمترین میانگین نمره دیسترس از نظر شدت و تکرار مربوط به سؤال ۴ است. این سؤال به وقوع کشمکش با مدیران رده بالاتر اشاره دارد. ریس نیز در مطالعه خود یکی از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را مسائل عاطفی بیمار و خانواده وی و همچنین درگیری با سوپروایزرها و مدیران سازمان مطرح می‌کند (۲۰۰۸ م.). میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد بر می‌گردد. به طور کلی نمره دیسترس اخلاقی در این مطالعه در حد متوسط بوده است. در مطالعه‌ای که توسط ارلن

صورت گرفت شرکت کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند (۲۰۰۵ م، ص ۷۶-۸۰). در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۷ م، صورت گرفت نیز میزان دیسترس اخلاقی را سطح بالا گزارش شده است (جانویر، ۲۰۰۷ م، ص ۰۸-۲۰۳). در مطالعات قبلی میزان دیسترس اخلاقی با توجه به نوع بخش محل خدمت متفاوت بوده، ولی در اکثر موارد در حد متوسط به بالا گزارش شده است. در مطالعه حاضر نمره دیسترس اخلاقی در کلیه بخش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. در مطالعاتی که این میزان بالاتر گزارش شده شاید به این علت است که این پژوهش‌ها اختصاصاً پرستاران را در بخش‌های خاصی همانند مراقبت ویژه مورد بررسی قرار داده‌اند و لذا نمره دیسترس اخلاقی آن‌ها نسبت به سایر بخش‌ها مورد مقایسه قرار نگرفته است.

بررسی متغیرهای دموگرافیک حاکی از آن است که واحدهای مورد پژوهش از نظر سن در محدوده ۲۳-۴۷ سال و از نظر تعداد سال‌های خدمت در محدوده ۱-۲۴ قرار داشتند. بیشترین شرکت کننده در مطالعه از نظر جنس زنان بودند که با توجه به تعداد بیشترشان در مشاغل درمانی این نسبت طبیعی است. میزان فراوانی بالای پرستاران در سه بخش مراقبت ویژه و جراحی و داخلی مربوط به تعدد بخش‌های اطلاق شده در این گروه‌ها است. همچنین نوع مراقبت خصوصاً در بخش‌های ویژه تعداد بیشتری از پرسنل را می‌طلبد. در بررسی متغیر نوع استخدام بیشترین فراوانی نیروها مربوط به گروه استخدام رسمی بودند و کمترین آن‌ها مربوط به پرستاران طرحی که این روند با توجه به شرایط استخدامی در ایران طبیعی است. در ایران بیشترین تمرکز کارکنان به صورت استخدام رسمی و بعد قراردادی است. همچنین تعداد پرستاران طرحی نیز با توجه به خروجی دانشگاه‌ها

و تقاضای آن‌ها برای کار در محیط‌های بالینی متغیر است، ولی اکثراً تعداد کمی را نسبت به سایر موارد استخدام به خود اختصاص داده‌اند.

بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی با متغیرهای دموگرافیک سن و تعداد سال‌های خدمت حاکی از آن است که بین شدت دیسترس اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه منفی معنی‌داری وجود داشته که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت واحدهای پژوهش دیسترس اخلاقی‌شان کاهش یافته است. بین تکرار دیسترس اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. ریس در مطالعه‌اش بین دیسترس اخلاقی با سن رابطه معنی‌داری مشاهده نکرده است، ولی رابطه بین شدت دیسترس اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار دانسته و بیان می‌کند که افزایش تعداد سال‌های خدمت خود باعث افزایش تجربه کاری شده و تطابق فرد را با عوامل دیسترس‌زا افزایش داده و فرد به دنبال آن کمتر دچار دیسترس اخلاقی می‌شود (ریس، ۱۹۹۹ م.). در مطالعه دیگری نیز ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت با شدت دیسترس اخلاقی معنی‌دار معرفی شده و بیان می‌کند که با افزایش سن و تجربه کاری دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد (فیرل، ۲۰۰۶ م.). در مطالعه دیگری نیز رابطه بین سن و تعداد سال‌های خدمت معنی‌دار معرفی شده و بیان شده است که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمتی شدت دیسترس افزایش می‌یابد. این یافته مربوط به آن است وی فقط بخش‌های مراقبت ویژه را مورد بررسی قرار داده و همچنین متوسط سنی افرادی که وی در بخش‌های مراقبت ویژه مورد بررسی قرار داده بالاتر بوده است (الپرن، ۲۰۰۵ م، ص ۳۱-۵۲۳). رابطه بین تکرار دیسترس اخلاقی و سن معنی‌دار نبوده است. مطالعات دیگر نیز به نتایج مشابهی دست یافته‌اند (لازارین، ۲۰۱۲ م، ص ۹۵-۱۸۳). در مطالعه‌ای که در ایران صورت گرفته نیز رابطه بین دیسترس اخلاقی و

سن در پرستاران را معنی‌دار گزارش نکرده است (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۶۳-۵۳). رابطه بین تکرار دیسترس و تعداد سال‌های خدمت معنی‌دار بوده که مطالعات دیگر نیز در این زمینه به نتایج یکسانی اشاره دارد (الپرن، ۲۰۰۵ م.، ص ۳۱-۵۲۳).

در بررسی رابطه دیسترس اخلاقی با متغیر جنس در زمینه شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است. این نتایج با نتایج مطالعات مشابه در این زمینه همخوانی دارد (ملترز و هاگابی، ۲۰۰۴ م.، ص ۰۸-۲۰۲؛ جانویر و همکاران، ۲۰۰۷ م.، ۰۸-۲۰۳). در مطالعات انجام‌شده در ایران نیز نتایج این مطالعه مورد تأیید قرار می‌گیرد (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.، ص ۶۳-۵۳؛ وزیری و همکاران، ۱۳۸۷ ش.، ص ۵۵-۴۶).

بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و نوع بخش معنی‌دار بوده و حاکی از آن است که بیشترین نمره دیسترس اخلاقی مربوط به بخش کودکان و کمترین میزان آن مربوط به بخش اورژانس بوده است. الپرن در مطالعه خود میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های مراقبت ویژه در حد متوسط گزارش کرده است (الپرن، ۲۰۰۵ م.، ص ۳۱-۵۲۳). مطالعات دیگر نیز که میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های داخلی-جراحی و مراقبت ویژه مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان آن را در سطح بالا گزارش می‌کند (کامینگز، ۲۰۰۹ م.؛ کورلی، ۲۰۰۲ م.، ص ۵۰-۶۳۶). در مطالعه حاضر پرستاران در کلیه بخش‌ها مورد بررسی قرار گرفتند حال آن‌که در بیشتر مطالعات صورت گرفته هدف مطالعه بررسی دیسترس اخلاقی در بخش‌هایی خاص همانند ویژه بوده است و مقایسه‌ای با سایر بخش‌ها صورت نگرفته بود. همچنین میزان دیسترس اخلاقی نیز در مطالعه حاضر از سطح بالایی در بخش‌های مراقبت ویژه و داخلی-جراحی برخوردار بوده است. پایین بودن میزان دیسترس در بخش‌های اورژانس می‌تواند به دلیل این باشد که مدت زمان بستری بیماران در

این بخش کم است و بیماران یا مرخص شده یا به بخش‌های دیگر منتقل می‌شوند. لذا ممکن است پرستاران در این بخش کمتر با موقعیت‌های اخلاقی مواجه شده و یا در صورت مواجه کمتر به آن توجه نمایند.

در مطالعه حاضر بین دیسترس اخلاقی و نوع استخدام رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است. مطالعات مختلف در این زمینه نتایج را مورد تأیید قرار می‌دهد (الپرن، ۲۰۰۵ م، ص ۳۱-۵۲۳؛ جانویر و همکاران، ۲۰۰۷ م، ص ۰۸-۲۰۳) مطالعه بیکمرادی و همکاران نیز در ایران رابطه‌ای را مشاهده نکرده است. این خود حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی برای کلیه پرستاران جدا از بخش محل خدمتشان می‌تواند وجود داشته باشد (۲۰۰۵ م، ص ۶۳-۵۳).

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده در این مطالعه حاکی از این است که دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار در میان پرستاران از سطح متوسطی برخوردار بوده و متغیرهای زیادی از جمله متغیرهای دموگرافیک افراد نیز می‌تواند تأثیرات متفاوتی روی سطح دیسترس افراد داشته باشند. بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی نیز رابطه معنی‌دار مثبتی وجود داشته است. سطوح دیسترس اخلاقی لزوم توجه هر چه بیشتر مسئولین را در جهت بکارگیری استراتژی‌ها و راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش عوامل مؤثر در دیسترس را طلب می‌کند. در زمینه محدودیت‌های مطالعه نیز می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطالعه فقط در شهر بیرجند انجام شده و جهت تعمیم هرچه بیشتر نتایج نیاز به انجام مطالعه در مکان‌های دیگر نیز وجود دارد.

تقدیر و تشکر

از کلیه پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

جدول شماره ۱: میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بر اساس برخی ویژگی های دموگرافیک

انحراف معیار	میانگین شدت دیسترس اخلاقی	انحراف معیار	میانگین تکرار دیسترس اخلاقی	درصد فراوانی	فراوانی	گروه
۰/۶۱	۲/۲۴	۰/۵۸	۲/۰۹	۸۵/۹	۱۸۹	زن
۰/۴۷	۲/۲۴	۰/۴۲	۲/۲۵	۱۲/۷	۲۸	مرد
	(P=۰/۹۹)		(P=۰/۱۷)	۱/۴	۳	بدون پاسخ
				۱۰۰	۲۲۰	کل
۰/۵۹	۲/۰۷	۰/۶۱	۲/۱۹	۴۷/۷	۱۰۵	رسمی
۰/۵۴	۲/۱۲	۰/۵۷	۲/۲۷	۳۸/۶	۸۵	قراردادی
۰/۵۲	۲/۲۷	۰/۶۱	۲/۴۴	۱۳/۲	۲۹	طرحی
	(P=۰/۱۴)		(P=۰/۲۳)	۰/۵	۱	بدون پاسخ
				۱۰۰	۲۲۰	کل
۰/۵۷	۲/۲۱	۰/۵۲	۲/۳۵	۲۹/۵	۶۵	جراحی
۰/۵۸	۲/۰۹	۰/۵۵	۲/۲۸	۳۶/۸	۸۱	مراقبت ویژه
۰/۳۰	۲/۵۵	۰/۲۶	۲/۶۳	۳/۲	۷	کودکان
۰/۶۲	۲/۱۱	۰/۵۷	۲/۳۴	۲/۷	۶	زنان
۰/۵۳	۲/۰۱	۰/۵۸	۲/۳۵	۱۵	۳۳	داخلی
۰/۳۶	۱/۷۳	۰/۴۵	۱/۳۷	۹/۱	۲۰	اورژانس
۰/۴۲	۲/۵۲	۰/۴۰	۲/۵۴	۳/۶	۸	روانپزشکی
	(P=۰/۰۰۰)		(=P۰/۰۲۰)	۰	۰	بدون پاسخ
				۱۰۰	۲۲۰	کل

جدول شماره (۲): میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران

انحراف معیار	میانگین (دامنه)	متغیر	
۰/۶	۲/۲۵(۰-۵)	دیسترس	شدت تکرار
۰/۵۶	۲/۱۱(۰-۵)	اخلاقی	

دیسترس اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران

فهرست منابع

منابع فارسی:

بیکمرادی ع، ربیعی س، خطیبیان م، چراغی م. (۱۳۹۱). دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت های ویژه: یک مطالعه پیمایشی در مراکز آموزشی درمانی شهر همدان. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی؛ دوره ۵ (شماره ۲): ۶۳-۵۳.

وزیری م، امامی م، صلصالی م، گوشه گیر ج. (۱۳۸۷). توسعه و اعتبار سنجی مقیاس پریشانی اخلاقی در جامعه پرستاران ایران. طب و تزکیه. دوره ۳-۴: ۵۵-۴۶.

منابع انگلیسی:

- Buerhaus, I., D. K., Ulrich B.T, Doroche S .C, Dittus R (2007). " trends in the exleriences of hospital - employed registerd nurses : results form three national surveys." *Nursing Economics*. 25: 69-79.
- Caremarks, M. (2004). "Moral distress." *AACN*. 11(1): 63-76.
- Corley, M. C., R. K. Elswick, et al. (2001). "Development and evaluation of a moral distress scale." *Journal of advanced nursing* 33(2): 250-256.
- Corley, M. C. (2002). "Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda." *Nursing Ethics* 9(6): 636-650.
- Corley, M. C., Minnick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). "Nurse moral distress and ethical work environment." *Nursing Ethics* 12(4): 381-390.
- Cummings, C. L. (2009). *The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting*, University of North Florida.
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). "Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit." *American Journal of Critical Care* 14(6): 523-531.
- Erlen, J. A. (2001). Moral distress: A pervasive problem. *Orthopedic Nursing*, 20(2), 76-80.
- Ferrell, B. R. (2006). Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care, *Onc Nurs Society*
- Fuerst D, H. A. (2001). "strategies for cophng with moral distress in: managing moral distress in clinical practice." Presented at nursing leadership initiative, uva health system. charlott esville virginia.
- Guitierrez, K. M. (2005). "Critical care nurses perceptions of and responses to moral distress." *Dimensions of Critical Care Nursing* 24(5): 229-241.
- Harding, S. (1980). "Value-laden technologies and the politics of nursing." *Nursing: Images and Ideals*. New York: Springer Publishing: 49-75.
- Jameton, A. (1993). "dilemmas of oral distress: moral responsibility and nursing practice." *AWHONNS clin issues perinat womens health nurs* 4: 542-551.
- Janvier, A., S. Nadeau, et al. (2007). "Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience." *Journal of perinatology* 27(4): 203-208.

- Lassen, A. A., D. M. Fosbinder, et al. (1997). "Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost." *Nursing economics* 15(2): 87.
- Lazzarin, M., A. Biondi, et al. (2012). "Moral distress in nurses in oncology and haematology units." *Nursing Ethics* 19(2): 183-195.
- McCarthy, J. and R. Dedy (2008). "Moral distress reconsidered." *Nursing Ethics* 15(2): 254-262.
- Meltzer, L. S., & Huckabay, L. M. (2004). "Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout" *American Journal of Critical Care* 13(3): 202-208.
- Mukherjee, D., R. Brashler, et al. (2009). "Moral distress in rehabilitation professionals: Results from a hospital ethics survey." *PM&R* 1(5): 450-458.
- Nathaniel, A. (2006). "moral reckoning in nursing." *West J Nurs Res* 28: 419-448.
- Rice, E. M., Rady, M. Y., Hamrick, A., Verheijde, J. L., & Pendergrast, D. K. (2008). "Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute."
- Rice, P. L. (1999). *Stress and health*, Brooks/Cole Publishing.
- Rushton, C. H. (2006). "Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders." *AACN Advanced Critical Care* 17(2): 161.
- Russell, A. C. (2012). "Moral Distress in Neuroscience Nursing: An Evolutionary Concept Analysis." *Journal of Neuroscience Nursing* 44(1): 15.
- Szulanski, G. (1996). "Exploring internal stickiness: Impediments to the transfer of best practice within the firm." *Strategic management journal* 17: 27-43.
- Wilkinson JM. (1987-1988). "moral distress in nursing practice: experience and effect" *Nurs forum* 23(1): 16-29.

یادداشت شناسه مولف

عباس عباس زاده: دکترای پرستاری، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 نوذر نخعی: متخصص پزشکی اجتماعی. استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ مرکز تحقیقات علوم اعصاب
 فریبا برهانی: دکترای پرستاری، استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و مدیر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 مصطفی روشن زاده: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، پژوهشگر گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۵/۲۱