

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران:

یک مطالعه توصیفی ارتباطی

عباس عباسزاده

فریبا برهانی

گلناز فروغ عامری

ساره نجمی دولت‌آبادی^۱

چکیده

پرستاران با معضلات عملکردی در محیط کار روبرو هستند که موجبات دیسترس را در آن‌ها فراهم می‌کند. دیسترس اخلاقی به عنوان نگرانی عملکردی شناخته شده است. تعلق کاری رویکردی جهت فهم بهتر تجربه کاری پرستاران است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران انجام گرفت. این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی است که پرسشنامه‌ها در بین ۱۸۴ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان سیرجان پخش شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه دیسترس اخلاقی و تعلق کاری جمع‌آوری شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش پرستاران مورد مطالعه شدت متوسطی از دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کردند و رابطه مثبت معنی‌دار بین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی وجود داشت. همین‌طور بین شدت دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران ارتباط معنی‌دار مثبت وجود داشت ($R=0.188$ و $p=0.011$). پیشنهاد می‌گردد مدیران پرستاری راهکارهایی برای از عهده‌برآیی دیسترس اخلاقی توسط پرستاران در نظر بگیرند تا پرستاران ضمن برخورداری از تعلق کاری بالا، دیسترس اخلاقی کمتری را تجربه کنند.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، تعلق کاری، پرستاران

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی،

دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)

مقدمه

دیسترس اخلاقی، احساس دردناک یا عدم تعادل و آسایش روانی است که برای اولین بار توسط Andrew Gamton در سال ۱۹۸۴ میلادی توصیف شد. در مواردی که پرستار درباره پاسخ اخلاقی درست آگاه است، ولی به دلیل موانع سازمانی و تشکیلاتی نظیر نبود حمایت از جانب مافوق، کمبود زمان، ملاحظات قانونی و ساختار قدرتی پزشک نمی‌تواند پاسخ درستی داشته باشد، دیسترس اخلاقی تجربه شده و پرستار تحت فشار اخلاقی قرار می‌گیرد. (مراقبتی خویی، وزیری و همکاران، ۲۰۰۸ م.)

پرستاران با معضلات عملکردی روبرو هستند که موجبات دیسترس و واکنش مربوط به استرس را در آن‌ها فراهم می‌کند. معضلات ممکن است مربوط به نامناسب بودن منابع، نگرانی‌های مراقبت از بیمار یا کشمکش حرفه‌ای باشند. (الپرن، ۲۰۰۵ م.) دیسترس اخلاقی به عنوان نگرانی عملکردی در حرفه‌های بهداشتی که درگیر تصمیم‌گیری بالینی و همین‌طور تضادهای اصول اخلاقی‌اند شناخته شده است. به طور مثال هنگامی که پرستار کوشش می‌کند تعادلی بین اختیار بیمار با انجام احسن کار و به دور از آسیب‌رساندن به وی برقرار کند. (زازلو، ۲۰۰۷ م.)

ارتقای سطح سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها، احترام به حقوق بشر شامل: حق زندگی و حفظ شأن افراد، خانواده‌ها در کار و اجتماع از جمله اهداف مهم در حرفه پرستاری هستند. چنانچه دستیابی به این اهداف امکان‌پذیر نباشد، احتمال دیسترس اخلاقی افزایش می‌یابد. (رانگ و روترهام، ۲۰۰۹ م.) تحقیقات انجام‌شده در زمینه دیسترس اخلاقی نشان می‌دهد، پرستاران هنگامی که قادر نیستند کار درست را انجام دهند، (پالی و وارکو، ۲۰۰۹ م.) و همین‌طور زمانی که قادر نیستند وکیل مدافع بیمارانشان باشند به طور مکرر دیسترس اخلاقی را تجربه و گزارش می‌کنند.

(اوستین، لمرمیر و همکاران، ۲۰۰۵ م.) در مطالعه‌ای که به منظور تعیین ارتباط بین جنبه‌های اخلاقی پرستاری و کیفیت مراقبت از بیمار انجام شد نتایج نشان داد که طولانی کردن زندگی و درمان‌های غیر ضروری برای پرستاران دیسترس اخلاقی ایجاد می‌کنند. (ویلیکینسون، ۱۹۹۸ م.)

مطالعات نشان داده‌اند که دیسترس اخلاقی پرستاران مراقبت از بیمار را به مخاطره می‌اندازد و ممکن است به طور آشکار در رفتارهایی مثل کناره‌گیری کردن از مراقبت بیمار دیده شود. (پالی و وارکو، ۲۰۰۹ م.) همین‌طور پرستاران ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی را تجربه کرده و نمی‌توانند نیازهای بیمارانشان را برآورده کنند و تعدادی از آن‌ها احساس ناتوانی در انجام وظایف و تعهداتشان نسبت به بیمارانشان را دارند. (اوستین، لمرمیر و همکاران، ۲۰۰۵ م.) یافته‌هایی شبیه به این موارد در پرستاران ارتوپدی یافته شد که آن‌ها احساس ضعف در بخش‌های بالینی داشتند. (الپرن، ۲۰۰۱ م.)

مطالعات انجام‌شده بیان کرده‌اند که به علت دیسترس اخلاقی ۸۴٪ از پرستاران بخش‌های ویژه جراحی خودشان را بی‌قدرت و غیر مؤثر توصیف کرده‌اند. همین‌طور پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در تصمیم‌گیری برای بیمارانشان به دلیل اختلاف در تعارضات اخلاقی احساس عجز کردند، پرستاران مراقبت تسکینی به دلیل موقعیت خود در پایین سلسله مراتب احساس ناتوانی در عمل به عنوان مدافع بیمار و احساس خشم، سرخوردگی و خستگی نمودند. (الپرن، ۲۰۰۵ م.) مطالعات دیسترس اخلاقی را به عنوان مشکل بزرگی در حرفه پرستاری مشخص کرده‌اند. (ناتانیل، ۲۰۰۶ م؛ کورلی، ۲۰۰۲ م.) از آنجایی که دیسترس اخلاقی در پرستاران به عنوان عاملی که همراه با ترک حرفه و سرانجام ایجاد یک محیط مراقبتی غیر ایمن جهت بیمار شناخته شده است، (جیمتون، ۱۹۹۳ م.) و همین‌طور اثرات مخرب

روی ابقای پرستاران در حرفه دارد (کوری، ۲۰۰۱ م.) حائز اهمیت است. همین طور دیسترس اخلاقی همراه با فرسودگی شغلی، ناامیدی، کناره گیری، استعفا، نارضایتی شغلی و ترک پرستاران از محل کار و حرفه است. (ناتانیل، ۲۰۰۶ م؛ اپرن، ۲۰۰۵ م؛ کوری، ۲۰۰۲ م.) پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دیسترس اخلاقی هم برای بیماران و هم برای پرستاران پیامدهای نامطلوبی دارد. (ویلکینسون، ۱۹۸۸ م.) پرستارانی که دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند برای سالیان متمادی از مشکلات جسمی و روانی رنج می‌برند. (کوری، مینینک و همکاران، ۲۰۰۵ م.) همین طور دیسترس اخلاقی یک مشکل رایج و جدی در حرفه پرستاری است. بنابراین ضرورت شناخت عواملی که سبب دیسترس در پرستاران می‌شوند، به خصوص در رابطه با مشکلات اخلاقی می‌تواند به این گروه کمک کند که از عهده وظایف حرفه‌ای‌شان برآیند. (رانگ و روترهام، ۲۰۰۹ م.) درک بیشتر درباره عوامل ایجادکننده دیسترس اخلاقی در پرستاران به مدیران پرستاری کمک می‌کند تا راهکارهایی را برای پیشگیری و کاهش این دیسترس‌ها بیابند تا بتوانند تأثیرات منفی آن را کاهش دهند. (فرای، هوری و همکاران، ۲۰۰۲ م.) شواهد حاکی از آن است که عوامل مختلفی مانند نژاد، ملیت، عوامل اجتماعی و فرهنگی و... می‌توانند در شدت دیسترس اخلاقی تأثیر داشته باشند. همچنین نژاد و ملیت سبب اختلاف در دیسترس اخلاقی می‌گردند. (رانگ و روترهام، ۲۰۰۹ م.)

تعلق کاری رویکردی جهت فهم بهتر تجربه کاری پرستاران و متضاد فرسودگی شغلی است. تعلق کاری یکی از مفاهیم اساسی در رابطه با انجام کار است و یافته‌های مطالعات نشان می‌دهد که کارکنان متعلق خصوصیات ذیل را دارا می‌باشند: ۱- خوشبختی، شادی، و شور و شوق؛ ۲- سلامت بهتر جسمی و روانی؛ ۳- بهبود عملکرد شغلی؛ ۴- افزایش توانایی خلاقیت در کار و منابع

انسانی، (به عنوان مثال، پشتیبانی از دیگران) و ۵- توانایی انتقال تعهد خودشان به دیگران. (بیکر و شفلی، ۲۰۰۸ م.)

تعلق کاری وضعیت ذهنی مثبت در رابطه با انجام کار است که به سه حیطة قدرت، اختصاص و مزدویت تقسیم بندی می شود. قدرت: اشاره به سطح بالای انرژی، انعطاف پذیری در زمان کار و کوشش، پافشاری و سماجت در انجام کار دارد، حتی در مواقعی که از نظر زمان فرد مشکل دارد. اختصاص: حیطة عاطفی - شناختی است که فرد در رابطه با کار احساس اشتیاق، الهام بخشی، غرور و افتخار و چالش برانگیزی می کند که این سطح درگیر شدن محکم با کار است که به سمت شناسایی سطوح کار پیش می رود. مزدویت: فرد عمیقاً مشغول کار بوده، تمرکز کامل روی کار دارد که در چنین وضعی زمان سریع می گذرد و جدا کردن فرد از کار مشکل است. کارمندان دارای تعلق کاری بالا، کارشان را بامعنی، رغبت برانگیز و چالشی می دانند به طوری که آنها تمایل به بکاربردن دانش، مهارت و منابع جهت توسعه کاری دارند. (بیکر و دمروتی، ۲۰۰۸ م؛ شفلی، مالانوا و همکاران، ۲۰۰۲ م.)

فشارهای بوروکراتیک و فشارهای ناشی از عملکرد غیر اخلاقی بر پرستاران منجر به دیسترس اخلاقی در آنها شده که به طبع آن تصمیماتی مانند: ۱- ترک موقعیت؛ ۲- ترک حرفه؛ ۳- کناره گیری از مراقبت می گیرند. مطالعات نشان داده اند که ۵۰-۱۵ درصد از پرستارانی که دیسترس اخلاقی را تجربه کردند تصمیم به ترک موقعیت گرفته، ۵۰-۱۷ درصد از آنها حرفه را ترک کرده و تعدادی از پرستاران رفتار مشترکی مثل کناره گیری کردن از مراقبت بیمار را در پیش گرفتند که همه این موارد تعلق کاری را کاهش می دهند. (کورلی و الزویک، ۲۰۰۱ م.) بیشتر از ۴۰٪ پرستارانی که در محیط بیمارستان کار می کنند در مقایسه

با ۱۰٪ از کارکنان حرفه‌ای و ۱۵٪ از سایر کارکنان عمومی نارضایتی شغل را گزارش کردند. در بین دلایل مشترک این نارضایتی شغلی دیسترس اخلاقی نقش بیشتری در نارضایتی و کاهش تعلق کاری داشت. (آیکن، کلارک و همکاران، ۲۰۰۱ م.) بر طبق مطالعات قبلی پرستارهایی که دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند بیشتر احتمال دارد که حرفه و موقعیت را ترک کنند یا رفتارهایی مثل کناره‌گیری کردن از مراقبت بیمار را در پیش گیرند. (جرج و کریپ دانگ، ۲۰۰۲ م.)

تعلق کاری در پرستاری، هنوز به طور مناسب درک نشده است و مقالات اخیر در پرستاری تحقیقات بیشتری در این زمینه را پیشنهاد می‌کنند به طوری که مدیران پرستاری اطلاعات بیشتری درباره تأثیر تعلق روی نتایج کاری سازمان داشته باشند. (اگویر، بنا و همکاران، ۲۰۰۶ م.) با توجه به کمبود مطالعات در این زمینه و نتایج ضد و نقیضی که در مورد ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری وجود دارد، بنابراین نیاز به بررسی‌های بیشتر وجود دارد، لذا لزوم بررسی آن در جوامع و فرهنگ‌های مختلف می‌تواند نتایج ارزشمندی را فراهم آورد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران طراحی شده است.

روش

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی می‌باشد که در پاییز ۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه پژوهش را تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های سیرجان (که در بخش‌های جراحی، داخلی، اطفال، اتاق عمل، زنان و زایمان، اورژانس، دیالیز، اعصاب و روان، سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو) مشغول به کار بودند و در زمان پژوهش دارای مدرک تحصیلی کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری بوده

و حداقل ۶ ماه سابقه کار داشتند، را تشکیل می‌داد. در این مطالعه کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان سیرجان که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به صورت سرشماری نمونه‌گیری شدند که در مجموع پرستاران شاغل در این بیمارستان‌ها ۲۰۰ نفر بودند که ۱۸۴ نفر از آن‌ها در مطالعه شرکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش اطلاعات از طریق پرسشنامه گردآوری شده است که شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه دیسترس اخلاقی، پرسشنامه تعلق کاری می‌باشند. هر دو این ابزار به صورت ترجمه دوطرفه توسط دو نفر متخصص و آشنا به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، از انگلیسی به فارسی و بالعکس برگردانده شد و مطابقت دو نسخه انگلیسی با هم مورد سنجش قرار گرفت که این بررسی به صورت توصیفی بود. جهت کسب روایی صوری و محتوایی و نیز اطمینان از ترجمه صحیح، پرسشنامه حاوی متن ترجمه‌شده به همراه متن انگلیسی در اختیار هشت نفر از اساتید هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار گرفت. پس از جمع‌آوری نظرات و انجام تغییرات لازم بر اساس پیشنهادات اساتید مجدداً ابزارها به تأیید استاد راهنما رسید و اعتبار محتوای آن مورد تأیید قرار گرفت. به این ترتیب که مرتبط بودن، وضوح و سادگی سؤالات با تخصیص اعداد ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) سنجیده شد. نمرات گویه‌ها از نمره ۰/۲۵ برای انتخاب ۱ تا نمره ۱ برای انتخاب ۴ اختصاص یافت و در انتها میانگین نمرات با نرم‌افزار SPSS محاسبه شد. نمره شاخص اعتبار محتوا برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۰/۹۳ و برای پرسشنامه تعلق کاری ۰/۸۹ محاسبه گردید. همین‌طور پایایی به روش همسانی درونی انجام شد که در مورد پرسشنامه دیسترس اخلاقی نمره ۰/۹۱، و در مورد پرسشنامه تعلق کاری نمره ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی (Corley Moral Distress) که شامل ۲۱ گویه همراه بایک پرسش آزاد (چنانچه در موقعیت‌های دیگری دیسترس اخلاقی را تجربه کرده‌اید بنویسید و نمره دهید) است. (کورلی، الزویک و همکاران، ۲۰۰۱ م.) باتوجه به سیستم ارائه خدمات سلامت در ایران پژوهشگر با نظر اساتید ۲ گویه دیگر نیز به آن افزود در کل پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش دارای ۲۳ گویه بوده است. این ابزار فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی پرستاران را بر حسب مقیاس لیکرت پنج بخشی در بعد فراوانی از «هرگز مواجه نشدم» (معادل صفر) تا «بسیار مواجه شدم» (معادل ۴) و در بعد شدت از «دیسترسی در من ایجاد نمی‌کند» (معادل صفر) تا «دیسترس زیادی در من ایجاد می‌کند» (معادل ۴) اندازه‌گیری می‌کند. محدوده نمرات در این ابزار بین صفر تا چهار می‌باشد. هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد، نشانه شدت و فراوانی بیشتر دیسترس اخلاقی در وی است. (هامریک و بلک‌هال، ۲۰۰۷ م.) برای محاسبه نمره دیسترس اخلاقی میانگین ۲۳ گویه محاسبه شده است.

پرسشنامه تعلق کاری بر اساس پرسشنامه تعلق کاری شفلی و بکر (Utrecht Work Engagement Scale) در سال ۲۰۰۲ تهیه شده است. (بیکر و شفلی، ۲۰۰۲ م.) این پرسشنامه در اکثر کشورها (چین، فنلاند، یونان، ژاپن، جنوب آفریقا، اسپانیا) استفاده شده است که از روایی و پایایی بالایی برخوردار بوده است. (بیکر، شفلی و همکاران، ۲۰۰۸ م.) این پرسشنامه دارای ۱۷ گویه است که تعلق کاری را در سه مقیاس فرعی اندازه‌گیری می‌کند. قدرت: که ۶ گویه، آن را اندازه‌گیری می‌کنند. این ابزار در مقیاس لیکرت هفت بخشی که در آن پاسخ‌ها از (۰-۶) دسته‌بندی شده‌اند، قرار دارد. گزینه‌ها در گستره تقریباً هیچ‌وقت (معادل صفر) تا همیشه و هر روز (معادل ۶) قرار دارند، همچنین محدوده نمرات در این ابزار بین

صفر تا شش بوده و هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد، تعلق کاری بیشتری دارد. (بیکر و شفلی، ۲۰۰۴ م.) برای محاسبه نمره تعلق کاری میانگین ۱۷ گویه محاسبه شده است. در این ابزار پاسخ‌دهندگان به سه مقیاس قدرت (موارد ۱، ۴، ۸، ۱۲، ۱۵ و ۱۷)، اختصاص (موارد ۲، ۵، ۷، ۱۰ و ۱۳)، مجذوبیت (موارد ۳، ۶، ۹، ۱۱، ۱۴ و ۱۶) پاسخ دادند.

پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق، با دریافت معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به بیمارستان‌های مورد نظر مراجعه کرد. پس از کسب مجوز، مسؤولان دفتر پرستاری و سرپرستاران در جریان امر قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها از اول آبان‌ماه ۱۳۹۰ تا ۲۰ آبان‌ماه به مدت ۲۰ روز به طول انجامید. پس از هماهنگی با سرپرستار هر بخش، پژوهشگر هدف از پژوهش را برای واحدهای مورد پژوهش توضیح داد و رضایت آن‌ها را جهت شرکت در پژوهش به صورت شفاهی اخذ نمود. پس از آن پژوهشگر پرسش‌نامه‌ها را در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار داده و با آنان قراری برای سه روز بعد جهت جمع‌آوری پرسشنامه‌های تکمیل شده گذاشت. پرستاران به طریق خود گزارش‌دهی و در زمانی که خود احساس راحتی و امنیت داشتند پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و طبق قراری که با آن‌ها گذاشته شده بود سه روز بعد آن را به پژوهشگر تحویل دادند. لازم به ذکر است که از مجموع ۲۰۰ پرسشنامه ۱۸۴ پرسشنامه بازگردانده شد. داده‌های به دست آمده از پرسشنامه در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ ثبت شد و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و...) و آمار استنباطی (مجذور کای، ضریب همبستگی اسپیرمن، تی مستقل، آنالیز واریانس و...) برای رسیدن به اهداف پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد ۱۶۰ نفر (۸۷٪) از پرستاران مورد پژوهش زن و ۲۴ نفر (۱۳٪) مرد بودند. میانگین سنی پرستاران ۳۲/۷ سال با انحراف معیار ۵/۴۹ بود و در محدوده سنی ۲۳ تا ۵۵ سال قرار داشتند. بیشتر پرستاران مورد پژوهش متأهل (۱۳۶ نفر، ۷۳/۹ درصد) و دارای مدرک لیسانس (۱۷۹ نفر، ۹۷/۳ درصد) بودند و فقط ۲/۷ درصد از پرستاران مورد پژوهش از تحصیلات کارشناسی ارشد برخوردار بودند. میانگین سال‌های سابقه کاری آن‌ها نیز ۱۰ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در مطالعه ۷۶ نفر (۴۱/۳ درصد) استخدام رسمی بودند. بیشتر پرستاران مورد پژوهش (۹۲ نفر، ۵۰٪) درآمدشان را متوسط و پس از آن (۷۹ نفر، ۴۲/۹ درصد) آن را نامطلوب گزارش کردند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش با مطالعه شخصی (۳۸/۶ درصد) و از طریق واحد درسی (۳۵/۳ درصد) اخلاق پرستاری را یاد گرفته بودند و به شکل موردی کار می‌کردند ۸۳ نفر (۴۵/۴ درصد). بیشتر پرستارها ۱۱۳ نفر (۶۱/۴۵ درصد) با علاقه رشته پرستاری را انتخاب کرده بودند.

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش برابر با ۱/۵۰ از ۴ با انحراف معیار ۰/۷۰ و میانگین شدت دیسترس اخلاقی پرستاران مورد پژوهش برابر با ۱/۹۲ از ۴ با انحراف معیار ۰/۷۷ بود، همین‌طور میانگین نمره تعلق کاری در پرستاران مورد بررسی ۳/۵۰ از ۶ بود. (جدول ۱)

بر اساس یافته‌های مطالعه رابطه مثبت معنی‌دار بین فراوانی دیسترس اخلاقی و شدت دیسترس اخلاقی مشاهده شد. (جدول ۲)

همین‌طور بر اساس یافته‌های مطالعه بین فراوانی دیسترس اخلاقی با تعلق کاری رابطه معنی‌دار مشاهده نگردید، ولی بین شدت دیسترس اخلاقی با تعلق کاری ارتباط معنی‌دار مثبت به میزان ۰/۱۸۸ وجود داشت. (جدول ۳)

بحث

در مواردی که پرستار پاسخ اخلاقی درست را می‌داند، ولی به دلیل موانع سازمانی و تشکیلاتی نظیر نبود حمایت از جانب مافوق، کمبود زمان، ملاحظات قانونی و ساختار قدرتی پزشک نمی‌تواند کار درست را انجام دهد دیسترس اخلاقی تجربه می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین فراوانی دیسترس اخلاقی با تعلق کاری رابطه معنی‌دار وجود ندارد، ولی بین شدت دیسترس اخلاقی با تعلق کاری ارتباط معنی‌دار مثبت به میزان ۰/۱۸۸ وجود دارد. (جدول ۲) می‌توان چنین استنباط کرد که از آنجایی که افراد دارای تعلق کاری بالا پافشاری و سماجت در انجام کار، ارتباط مؤثر با کار دارند و در چنین محیطی فرد می‌کوشد که وظایف را به طور کامل انجام داده و به اهداف کاری دست یابد، در این صورت با افزایش تعلق کاری و احساس مسئولیت از یک طرف و از طرف دیگر قادرنبودن به انجام کار درست اخلاقی، پرستاران دیسترس اخلاقی را با شدت بیشتری تجربه می‌کنند. این نتیجه در مطالعات دیگر به نحو متفاوتی گزارش شده است به نحوی که لارنس (۲۰۰۹م) ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری در پرستاران را اندازه گرفت و ارتباط معنی‌دار منفی را گزارش کرد. همین‌طور بر طبق مطالعات قبلی پرستارانی که تجربه دیسترس اخلاقی را داشتند، بیشتر تمایل به ترک موقعیت داشتند (کورلی، مینیک و همکاران، ۲۰۰۵م) و همین چنین تمایل به ترک حرفه را

داشتند (هامریک و بلک‌هال، ۲۰۰۷ م.) یا رفتارهای کناره‌گیری و غیر موفقیت‌آمیز در مراقبت از بیمار داشتند (جرج و کریپ‌دانگ، ۲۰۰۲ م.) که همه این عوامل تعلق کاری را کاهش می‌دهند. محقق در این مطالعه نتیجه‌ای متفاوت با این یافته‌ها به دست آورد شاید به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی در جامعه مورد پژوهش در بکارگیری مکانیسم‌های از عهده‌برایی در خصوص دیسترس اخلاقی باشد که پرستاران محیط را ترک نکرده و به دلیل اعتقادات مذهبی‌شان مراقبت از بیمار را انجام می‌دهند یا ممکن است به دلیل وضعیت استخدامی و شرایط اقتصادی، ترک حرفه و استعفا که سبب کاهش تعلق کاری می‌شوند را جز گزینه انتخابی قرار نمی‌دهند که در این صورت فشار اخلاقی بیشتری را تحمل می‌کنند. در مجموع سطح تعلق کاری در پرستاران مطالعه حاضر در مقایسه با سایر مطالعات پایین‌تر بود. بنابراین مطالعات بیشتر در این زمینه کمک‌کننده خواهد بود.

در مطالعه کنونی بین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی رابطه مثبت معنی‌دار $p=0/000$ و $R=0/761$ (جدول ۲) وجود داشت، بیانگر این است که هرچه رویارویی و فراوانی دیسترس اخلاقی در محیط بیشتر باشد، دیسترس اخلاقی با شدت بیشتری تجربه خواهد شد.

در مطالعات مشابهی که انجام شده است بین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی رابطه مثبت گزارش شده است. در مطالعه‌ای که در این زمینه بین پرستاران استخدامی در بخش‌های داخلی و جراحی در دو بیمارستان انجام شد بین فراوانی دیسترس اخلاقی با شدت دیسترس اخلاقی رابطه مثبت را نشان دادند. (پالی و وارکو، ۲۰۰۹ م.)

همین‌طور در تأیید این یافته‌ها کورلی و همکاران (۲۰۰۵ م.) در مطالعه‌ای که بر روی ۱۰۶ پرستار جراحی انجام داده بودند، میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی را

۱/۴۵ از هفت و ارتباط بین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی را معنی‌دار گزارش کردند. (کورلی، مینیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.) بنابراین ممکن است دیسترس اخلاقی رویدادی باشد که امکان مواجهه با آن در محیط مورد مطالعه بالا نباشد، ولی زمانی که رخ می‌دهد با شدت بالایی در پرستاران تجربه می‌شود.

در مطالعه حاضر میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی برابر با ۱/۵۰ از ۴ با انحراف معیار ۰/۷۰ و میانگین شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد بررسی برابر با ۱/۹۲ از ۴ با انحراف معیار ۰/۷۷ بود که یافته‌های این مطالعه هم راستا است با یافته‌های جولایی (۱۳۸۸ ش.) است که در پرستاران مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام و فراوانی دیسترس اخلاقی ۱/۷۷ از ۴ و شدت آن ۲/۰۲ از ۴ را در پرستاران گزارش کردند و همین‌طور با یافته‌های پالی و وارکو (۲۰۰۹ م.) هم‌سو است که در آن فراوانی دیسترس اخلاقی برابر با ۱/۳۱ از ۶ و شدت آن ۳/۸۸ بود، ولی مایدن (۲۰۰۸ م.) نتایج متفاوتی را به دست آورد مبنی بر این که میانگین کلی شدت دیسترس اخلاقی ۳/۸۹ از هفت و فراوانی آن ۱/۶۱ بود. این نتایج بیانگر این است که زمینه فرهنگی، نژادی و ملیتی سبب اختلاف در تجربه دیسترس اخلاقی می‌شود. کورلی و همکاران (۲۰۰۱ م.) نشان دادند که پرستاران حرفه‌ای آن‌هایی که آفریقایی - آمریکایی بودند دیسترس اخلاقی بیشتری نسبت به سایر پرستاران حرفه‌ای تجربه کردند. بنابراین پژوهش در زمینه دیسترس اخلاقی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف از نظر برنامه‌ریزی و ارائه راهکارهای مقابله‌ای با آن اهمیت دارد.

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که میانگین تعلق کاری در پرستاران مورد بررسی برابر با ۳/۵۰ از ۶ با انحراف معیار ۱/۲۱ بود. این یافته نتایج تحقیق مانو و همکاران (۲۰۰۷ م.) را تأیید نمی‌کند که مطالعه طولی بود و ۲ سال به طول

انجامید همه ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی که شامل ۲۶۱ پرستار بودند در این مطالعه شرکت کردند، میانگین تعلق کاری را ۴/۴۵ از ۶ نشان دادند که در مقایسه با پرستاران مطالعه کنونی از تعلق کاری بالاتری برخوردار بودند.

لارنس نیز (۲۰۰۹ م.) میانگین تعلق کاری را ۴ از ۶ با انحراف معیار ۰/۸۸ در پرستاران آمریکایی گزارش کرد که میزان تعلق در آنها نیز بالاتر از پرستاران این مطالعه است. مانو و همکاران (۲۰۰۷ م.) مطالعه‌ای بین کارکنان بهداشتی فنلاند انجام دادند از عواملی که روی سطح پایه تعلق کاری تأثیر داشت کنترل کار را معرفی کردند. با توجه به این که این پژوهش‌ها در سایر کشورها انجام شده است و به جز مطالعه حاضر در کشورمان نیز مطالعه‌ای در این خصوص انجام نشده است در مورد تعلق کاری پرستاران کشورمان سطح پایه‌ای وجود ندارد، اما شاید بتوان این‌طور استنباط کرد که در نمونه کوچکی از پرستاران کشورمان تعلق کاری نسبت به سایر کشورها پایین است و نیاز به مطالعات بیشتری در این خصوص می‌باشد. به هر حال در زمینه تعلق کاری پرستاران محدودیت مقاله در دسترس وجود دارد که ضرورت مطالعات بیشتر در این خصوص جهت تأیید تنوع سطح تعلق کاری پرستاری، در تمامی کشورها را می‌طلبد.

نتیجه گیری

در این مطالعه بین شدت دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران ارتباط مثبت معنی دار وجود داشت. با افزایش تعلق کاری و احساس مسئولیت از یک طرف و از طرف دیگر قادر نبودن به انجام کار درست اخلاقی، پرستاران دیسترس اخلاقی را با شدت بیشتری تجربه می کنند. به نظر می رسد مدیران پرستاری باید در پی راهکارهایی برای از عهده برآیی و کاهش دیسترس اخلاقی در پرستاران باشند تا ضمن برخورداری از تعلق کاری بالا قادر باشند دیسترس اخلاقی را با شدت کمتری تجربه کنند. بعلاوه برنامه های آموزش پرستاری در آموزش دانشجویان پرستاری در خصوص مدیریت محیط کاریشان در زمینه اخلاق عملکردی پر رنگ تر عمل کنند اینطور به نظر می رسد که پرستاران راهکارهایی را برای تشخیص احساساتشان، کنترل و مدیریت دیسترس اخلاقی نیاموخته اند و حتی ممکن است دلیل معضلات اخلاقی را ندانند.

با استفاده از یافته های این پژوهش می توان با تعیین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در نمونه ای از بیمارستان های کشور اطلاعات مناسبی را جهت کاهش و پیشگیری از این معضل در اختیار مدیران بیمارستان ها قرار داد تا با اعمال راهکارهای مناسب محیط مراقبتی ایمن را جهت بیماران فراهم کنند. همین طور با استفاده از نتایج حاصل از این پژوهش می توان با تعیین سطح تعلق کاری در پرستاران شاغل در نمونه ای از بیمارستان های کشور اطلاعاتی را خصوصاً افزایش سطح تعلق کاری پرستاران و تأثیر تعلق روی نتایج کاری سازمانی و حرفه ای در اختیار مدیران پرستاری و بیمارستان ها قرار داد تا با استفاده از راهکارهای مناسب زمینه را جهت افزایش تعلق کاری پرستاری و نتیجتاً تأثیر آن در ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران فراهم کنند. با توجه به این که مطالعه

حاضر در یک شهر و روی نمونه کوچکی از پرستاران کشورمان انجام شده نیاز به مطالعات بیشتر در سایر مناطق نیز توصیه می‌شود.

سیاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند تا از همکاری مدیریت خدمات پرستاری، سرپرستاران و پرستاران بیمارستان‌های امام رضا (ع) و دکتر غرضی سیرجان که با پاسخ به پرسشنامه‌ها ما را در انجام این پژوهش که حاصل یک پایان نامه کارشناسی ارشد است، یاری نمودند صمیمانه تشکر و قدردانی کنند.

فهرست منابع

- Aiken, LH. Clarke, SP. Sloane, DM. Sochalski, JA. Busse, R. Clarke, H. Giovannetti, P. Hunt, J. Rafferty, AM. Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*. 20 (3): 43-5.
- Austin, W. Lemermeyer, G. Goldberger, L. Bergum, V. Johnson, M. (2005). Moral Distress in healthcare practice: The situation of nurses. *HEC Forum*. 17: 33-48.
- Bakker, AB. Demerouti, E. (2008). Towards a model of work engagement. *Career Development International*. 13: 209-23.
- Bakker, AB. Schaufeli, WB. Leiter, MP. Taris, TW. (2008). Work engagement: An emerging concept in Occupational health psychology. *Work & Stress*. 22 (3): 187-20.
- Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurse Ethics*. 9: 636-50.
- Corley, MC. mininck, p. elswick, PK. Jacobs's, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurse Ethics*. 12: 381-90.
- Corley, MS. Elswick, RK. Gorman, M. Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 33 (2): 250-6.
- Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *AJM*. 14: 523-30.
- Erlen, JA. (2001). Moral distress: A pervasive problem. *Orthopaedic Nursing*. 20: 62-80.
- Escriba`-Agu`ir, V. Marti'n-Baena, D. Pe´rez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 80: 127-33.

- Fry, ST. Horey, RM. Hurley, AC. Foley, BJ. (2002). Development of a model of moral distress in military nursing. *Nursing Ethics*. 4: 373-87.
- Georges, JJ. Gryphonck, M. (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: A literature review. *Nursing Ethics*. 9 (2): 155-78.
- Hamric, AB. Blackhall, LJ. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*. 35: 422-9.
- Lawrence, LA. (2009). Work engagement, moral distress' education level, and critical reflective practice in intensive care nurses. Arizona- University of Arizona. *Doctoral Thesis Nursing*. 2-199.
- Maiden, J. (2008). A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error, and critical care nursing. *Doctoral Thesis Nursing*. USA University of San Diego.
- Mauno, S. Kinnunen, U. Rookolainen, M. (2007). Job demands and resources as antecedents to work engagement: A longitudinal study. *Journal of Vocational Behavior*. 70: 149-71.
- Merghati-Khoiee, E. Vaziri, MH. Alizadegan, SH. Motevallian, A. Razzaghi kashani, O. Goushegir, SA. (2008). Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iran J Psychiatry*. 3: 55-8.
- Nathaniel, AK. (2006). Moral reckoning in nursing. *West j nurse res*. 28: 416-48.
- Pauly, BR. Varcoe, C. Storch, J. Newton, L. (2009). Registered Nurses' Perception of Moral Distress and Ethical Climate. *Nursing Ethics*. 16 (5): 561-73.
- Range, LM. Rotherham, AL. (2007). Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nursing Ethics*. 17 (2): 225-32.

- Schaufeli, WB. Bakker, AB. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi - sample study. *Journal of organizational behavior*. 25: 293-315.
- Schaufeli, WB. Salanova, M. Gonzalez-Romá, V. Bakker, AB. (2002). The measurement of engagement and burnout: a confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*. 3: 71-9.
- Wilkinson, JM. (1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurse forums*. 23 (1): 16-29.
- Zuzelo, p. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*. 14 (3): 344-54.

Archive of SID

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران مورد

مطالعه برحسب نوع بخش

نتیجه آزمون	انحراف معیار تعلق کاری	میانگین تعلق کاری	نتیجه آزمون	انحراف معیار شدت دیسترس اخلاقی	میانگین شدت دیسترس اخلاقی	نتیجه آزمون	انحراف معیار فراوانی دیسترس اخلاقی	میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی	متغیر نام بخش‌ها
f=۰/۸۸۶ p=۰/۵۴۷	۱/۴۷	۳/۹۰	f=۲/۸۰۱ p=۰/۰۰۳	۰/۸۳	۲/۰۸	f=۳/۸۷۱ p=۰/۰۰۰	۰/۴۸	۱/۵۰	سی سی یو
	۰/۹۸	۳/۹۴		۰/۷۳	۲/۲۷		۰/۵۲	۱/۹۲	آی سی یو
	۱/۱۸	۳/۵۵		۰/۷۸	۱/۸۵		۰/۶۷	۱/۴۴	جراحی
	۱/۱۸	۳/۴۱		۰/۷۷	۲/۰۴		۰/۷۵	۱/۶۸	اورژانس
	۱/۴۴	۳/۰۴		۰/۷۵	۱/۹۱		۰/۷۰	۱/۶۳	داخلی
	۰/۹۲	۳/۴۴		۰/۶۵	۱/۷۴		۰/۷۵	۱/۳۳	زنان
	۰/۹۹	۳/۴۵		۰/۴۵	۱/۱۰		۰/۲۹	۰/۷۶	دیالیز
	۱/۱۸	۳/۵۸		۰/۴۵	۰/۴۵		۰/۲۲	۰/۲۶	اعصاب و روان
	۱/۲۳	۳/۲۴		۰/۸۰	۱/۸۹		۰/۶۲	۱/۲۳	اطفال
	۱/۴۱	۳/۴۳		۰/۵۲	۱/۶۲		۰/۶۳	۱/۲۸	اتاق عمل
۱/۲۱	۳/۵۰	۰/۷۷	۱/۹۲	۰/۷۰	۱/۵۰	کل			

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای فراوانی دیسترس اخلاقی و شدت دیسترس

اخلاقی پرستاران مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

شدت دیسترس اخلاقی	متغیر
P=۰/۰۰	فراوانی
R=۰/۷۶۱	دیسترس اخلاقی

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران: یک مطالعه توصیفی ارتباطی

جدول ۳: ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرهای دیسترس اخلاقی و تعلق کاری پرستاران مورد پژوهش در سال ۱۳۹۰

متغیر	تعلق کاری
فراوانی دیسترس اخلاقی	$P=0/14$ $R=0/109$
شدت دیسترس اخلاقی	$P=0/011$ $R=0/188$

یادداشت شناسه مؤلفان

عباس عباسزاده: دانشیار، مرکز تحقیقات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

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

گلناز فروغ عامری: کارشناس ارشد پرستاری مربی دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی، کرمان، ایران.

ساره نجمی دولت‌آبادی: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: sareh.najmi@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۱۱/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۲/۱۹