

دیسترس اخلاقی در پرستاران و ارتباط آن با فرسودگی شغلی

فریبا برهانی

محمد اسماعیلی آبدر

فریده رزبان

مصطفی روشن زاده^۱

چکیده

دیسترس اخلاقی یکی از موضوعات شایع مطرح شده در زمینه اخلاق پزشکی است و به حالتی اطلاق می‌گردد که فرد در آن علی‌رغم داشتن آگاهی و توانایی برای عملکرد اخلاقی، تحت شرایط موجود از انجام عمل صحیح اخلاقی ناتوان است. اهمیت این پدیده تا آنجایی است که در صورت وقوع می‌تواند تأثیرات متفاوتی را بر عملکرد پرستاران و همچنین کیفیت مراقبت ارائه شده توسط آن‌ها داشته باشد. یکی از تأثیرات مهم دیسترس اخلاقی بر زندگی کاری پرستاران، فرسودگی بوده که خود می‌تواند عواقبی همانند خستگی از محیط کار و عدم رضایت شغلی را به دنبال داشته باشد. لذا در این راستا مطالعه مورد نظر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی پرستاران با فرسودگی شغلی آن‌ها در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انجام شد. روش انتخاب نمونه سهمیه‌ای بوده که با توجه به حجم نمونه مورد محاسبه و تعداد پرستاران در بیمارستان‌های مورد بررسی انتخاب شده و اطلاعات مورد نظر توسط پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی^۱ و فرسودگی شغلی ماسلاچ^۲ جمع‌آوری گردید. نتایج داده‌ها نشان‌دهنده وجود ارتباط مثبت و معنی‌داری ($P < 0/05$) بین شدت ($r = 0/4$) و تکرار ($r = 0/8$) دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در واحد‌های مورد پژوهش بود. میانگین شدت دیسترس اخلاقی در واحد‌های مورد پژوهش ($M = 3/54$) و میانگین تکرار آن ($M = 3/11$) بوده و همچنین میانگین فرسودگی شغلی در پرستاران در این مطالعه ($M = 4/5$) گزارش شد. با توجه به این نتایج، لزوم ارائه راهکارهایی در جهت پیشگیری

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری؛ پژوهشگر گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق

و کنترل هرچه بیشتر دیسترس اخلاقی در پرستاران و در نتیجه جلوگیری از عواقب متعدد آن احساس می‌شود.

واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی، پرستاران

Archive of SID

مقدمه

دیسترس اخلاقی^۳ احساس منفی و عدم تعادل روانی است که در افراد به واسطه ناتوان بودن در به اجراء آوردن تصمیم گیری اخلاقی شان به وجود می آید. این پدیده یکی از موضوعات مهم اخلاقی بوده که برای اولین بار توسط جامپتون^۴ مطرح شده است. وی دیسترس اخلاقی را شرایطی می داند که افراد به دلیل محدودیت های موجود قدرت انجام آن را نداشته و بین تصمیم اخلاقی صحیح و عملی که بر خلاف آن بایستی انجام دهند، دچار حالت تعارض می شوند. (جامیتون، ۱۹۹۳ م.) بر پایه این تعریف در سال ۲۰۰۲ تئوری دیسترس اخلاقی مطرح شده که به طور وسیع این پدیده را مورد بررسی قرار داده و جنبه ها و تأثیرات آن را بیان کرده است. در این تئوری دیسترس اخلاقی به عنوان پدیده ای بیان شده که می تواند بر روی پرستار، بیمار و سیستم های بهداشتی تأثیرات متفاوتی را داشته و منجر به عواقب مهمی شود. دیسترس اخلاقی می تواند در پرستاران باعث نارضایتی و استرس و همچنین فرسودگی و ترک حرفه شده و بیماران نیز به دنبال این شرایط با افت کیفیت مراقبت مواجه شده و زمان بستری شدن شان در محیط های درمانی افزایش می یابد. نهایتاً سازمان ها نیز از تأثیرات دیسترس اخلاقی بی بهره نمانده و با هزینه های سنگینی به دنبال از دست دادن کارکنان و عدم رضایت بیماران مواجه می شوند. (کورلی، ۲۰۰۲ م.)

علل مطرح شده در زمینه دیسترس اخلاقی متفاوت اند. فشار کار و کمبود نیروی کاری، جو محیط کار، مراقبت بیهوده و آزمایشات و اقدامات غیر ضروری صورت گرفته برای بیماران، عدم صلاحیت پزشکان و همکاران در تیم بهداشتی، خواسته های بیمار و خانواده اش و تصمیم گیری برای بیماران در مراحل انتهایی زندگی جز علل شایع دیسترس اخلاقی به حساب می آیند. (مک کارتی، ۲۰۰۸ م.)

وقتی شرایط ایجاد دیسترس فراهم می‌شود ویژگی‌های شخصیتی و مکانیزم‌های سازگاری متفاوت افراد سبب می‌شود که افراد در مواجهه با آن به گونه‌ای متفاوت رفتار کنند. برخی دچار حالت افسردگی و ناامیدی شده و مکانیزم‌های غیر تطابقی را پیش می‌گیرند. برخی سعی در تغییر شرایط کرده و در نتیجه با سازمان مربوطه و سایر اعضای تیم بهداشتی دچار تعارضاتی می‌شوند. برخی نیز شرایط موجود را پذیرفته و در طولانی مدت به طور ناخودآگاه تحت تأثیر اثرات پنهانی دیسترس اخلاقی قرار گرفته و دچار نارضایتی و فرسودگی می‌شوند. (فایرست، ۲۰۰۱ م.)

فرسودگی شغلی^۵ اولین بار برای توصیف حالات خستگی مشاهده شده در کارمندان مطرح شد و در اواسط سال ۱۹۷۰ مورد توجه محققان قرار گرفت. (پینس، ۲۰۰۰ م.) فرسودگی شغلی سندرمی روانی است که با علائم خستگی عاطفی، کاهش احساس موفقیت و مسخ شخصیت مشخص می‌شود. وقتی فردی در معرض فرسودگی قرار می‌گیرد اثرات طولانی مدت فشارهای وارده به فرد از سوی محیط کاری فرد را دچار درماندگی می‌کند. (ماسلاچ، ۱۹۸۲ م.) این پدیده در مشاغل حمایتی همانند: پرستاران، مددجویان اجتماعی و معلمان بیشتر دیده می‌شود. (ماسلاچ، ۱۹۹۶ م.)

علل متفاوتی در بروز فرسودگی نقش دارند. علاوه بر عوامل فردی، عوامل بین فردی و سازمانی نیز در بروز آن مؤثرند. بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که افراد در محیط‌های کاری یکسان به یک نسبت دچار فرسودگی نمی‌شوند. این خود حاکی از تعامل این عوامل با همدیگر در بروز فرسودگی است. به طور کلی می‌توان فشار کار بالا و شرایط استرس زای محیط کاری همانند: ابهام نقش، تعارض نقش و محیط نامناسب را نیز در بروز فرسودگی مؤثر دانست. برخی از

محققین نیز توقعات بالای کاری را در طولانی مدت و همچنین کمبود درآمد را جز عوامل خطر فرسودگی معرفی می‌کنند. (ویزر و همکاران، ۲۰۰۳ م.)

پرستاری نمونه‌ای از مشاغلی است که به علت ماهیت و نوع خدمت ارائه شده در معرض فرسودگی بالایی است. در این حرفه فرد ساعات متمادی را صرف تبادل با مددجویان کرده و این عمل منجر به تخلیه ذخایر عاطفی وی شده که یک علامت محوری در فرسودگی است. صاحب نظران شیوع بالای فرسودگی در پرستاران را ناشی از مواجهه مکرر با موقعیت‌های استرس زایی دانسته‌اند که پرستاران به طور روزانه با آن مواجه هستند. (موور، ۲۰۰۰ م.) به طور کلی می‌توان گفت پرستاران به دلیل ماهیت شغلی و تقاضای هیجانی‌شان نسبت به این پدیده مستعدترند. فرسودگی خود با پیامدهایی همانند کاهش سطح سلامتی جسمی و روانی پرستاران، غیبت از محل کار، تغییر شغل، افت کیفیت مراقبت از بیمار و کاهش رضایت آن‌ها همراه بوده و روشن است که این روند افت کیفی و کمی خدمات بهداشتی را به دنبال خواهد داشت. (دی استاب کرونین، ۱۹۸۵ م.)

پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه اهمیت پدیده دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی را بیشتر آشکار می‌کند. این پژوهش‌ها ضمن تأکید بر اهمیت دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی محیط کار را در بروز فرسودگی مؤثر دانسته‌اند. همچنین این مطالعات نشان می‌دهند که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیط‌های ویژه بوده و پرستاران در مواجهه با آن احساس فرسودگی، استرس شغلی و عدم رضایت شغلی را دارند. (کورلی و همکاران، ۲۰۰۵ م.) کامینگز نیز در پژوهش خود سطوح بالای دیسترس اخلاقی و استرس شغلی در پرستاران را با فرسودگی و ترک حرفه مرتبط دانسته است. (کامینگز، ۲۰۰۹ م.) لوپز و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در طی یک بررسی مشاهده کردند که بین ویژگی‌های فردی، اجتماعی و

جنسی با فرسودگی شغلی ارتباط وجود دارد. همچنین سندرم فرسودگی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نیز مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج حاکی از این بوده که بیش از یک سوم واحدهای مورد پژوهش سطح بالایی از فرسودگی شغلی را داشته اند. مطالعاتی که در ایران نیز صورت گرفته است، حاکی از سطوح متوسط به بالای فرسودگی شغلی در پرستاران می‌باشد. (پیامی بوردساری و همکاران، ۱۳۸۱ ش؛ شاکرنیا، ۱۳۸۹ ش؛ مومنی و همکاران، ۱۳۷۸ ش).

با توجه به این که دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی یکی از موضوعات مهم و رو به رشد حرفه پرستاری بوده که می‌تواند با توجه به ماهیت خود تأثیرات زیادی را بر روی کیفیت زندگی کاری پرستاران داشته و این اثرات خود می‌تواند زمینه‌ساز افت عملکرد پرستاران شده و همچنین بر دستیابی به اهداف سلامتی در امر مراقبت تأثیرگذار باشد و با توجه به این که اثبات ارتباط بین این متغیرها نیاز به تحقیقات بیشتری خصوصاً در ایران و با ساختارهای خاص اداری و پرستاری‌اش دارد؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران انجام گرفت.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای ارتباطی از نوع مقطعی است که به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۱ پرداخته است. تعداد نمونه‌های مورد نظر ۳۰۰ پرستار بوده که به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی سهمیه‌ای از چهار بیمارستان افضل‌پور، شفا، باهنر و شهید بهشتی جمع‌آوری شده است. تعداد نمونه‌های مورد نظر در هر بیمارستان بر اساس تعداد پرستاران آن بیمارستان و

تعداد کل نمونه‌های مورد نظر تعیین گردید. از بیمارستان آموزشی شفا ۸۷ نفر، افضل‌پور ۱۰۷ نفر، باهنر ۷۴ نفر و شهید بهشتی ۳۲ نفر انتخاب شدند. نمونه‌گیری از تمامی بخش‌های بالینی این بیمارستان‌ها انجام گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی و سابقه حداقل یک سال کار در بخش‌های بالینی بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی و فرسودگی شغلی ماسلاچ بود. علاوه بر آن اطلاعات دموگرافیک افراد نیز شامل: سن، جنس، نوع بخش و تعداد سال‌های محل خدمت و نوع استخدام افراد نیز جمع‌آوری شده است. پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی شامل ۲۱ سؤال است که از نظر شدت و تکرار مورد بررسی قرار می‌گیرد. گویه‌های پرسشنامه دیسترس اخلاقی در مورد شدت از صفر تا پنج از اصلا تا بسیار زیاد و در مورد تکرار نیز از صفر تا پنج از هرگز تا مکررا گسترش یافته است. پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ شامل ۲۲ سؤال بوده که گویه‌های آن از یک تا هفت به صورت هرگز، چند بار در سال، یک بار در ماه، چند بار در ماه، یک بار در هفته، چند بار در هفته و هر روز آرایش یافته است. این پرسشنامه به روش ترجمه دوطرفه از انگلیسی به فارسی و از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و سپس دو نسخه از نظر همخوانی مورد تطابق قرار گرفته است. این پرسشنامه به صورت ترکیبی مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. روایی آن توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی کرمان صورت گرفته و شاخص روایی محتوای (CVI) آن به صورت ۰.۸۹ گزارش شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰.۹۲ محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت کامل موارد اخلاقی با مراجعه به بیمارستان‌های مربوطه به طور تصادفی 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 بر این نکته تأکید شد که این مطالعه در نهایت رازداری انجام و از ذکر نام و اطلاعاتشان خودداری خواهد شد. پرسشنامه پس از یک هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها سه 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. برای بررسی میزان دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی از میانگین و انحراف معیار و برای بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است.

نتایج

در مطالعه حاضر ۳۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان شرکت داشتند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ۱۴/۱۲ (SD=۴/۲) سال و در دامنه بین ۲۴ تا ۴۵ سال قرار داشت. از نظر جنس ۱۴٪ از واحدهای مورد پژوهش مرد و ۸۶٪ زن بودند. میانگین تعداد سال‌های خدمت در واحدهای مورد پژوهش ۷/۵ (SD=۵/۲) سال بوده که کم‌ترین میزان آن یک سال و بیشترین میزان آن ۲۸ سال گزارش شد. از نظر نوع استخدام نیز واحدهای پژوهش در سه گروه رسمی، قراردادی و طرحی قرار گرفتند که پرستاران رسمی با ۵۱/۶ درصد بیشترین و پرستاران طرحی با ۲۱/۳۳ درصد کم‌ترین فراوانی را به خود اختصاص

دادند. از نظر بخش محل خدمت پرستاران در ۷ گروه جراحی، مراقبت ویژه، کودکان، زنان، داخلی، اورژانس و روانپزشکی قرار گرفتند. بخش‌های مراقبت ویژه شامل: CCU، ICU و NICU 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 داشتند. جدول شماره ۱ اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش را برحسب نوع بخش محل خدمت نشان می‌دهد.

اطلاعات گزارش شده در جدول شماره ۲ میزان دیسترس اخلاقی را از نظر شدت و تکرار و فرسودگی شغلی در پرستاران مورد بررسی را نشان می‌دهد. میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی $3/54$ از کل نمره صفر تا پنج بوده است. میانگین تکرار دیسترس اخلاقی نیز $3/11$ از کل نمره صفر تا پنج گزارش شده است. نمره کل فرسودگی شغلی در پرستاران نیز از کل نمره یک تا هفت، $4/5$ گزارش شده است.

در بررسی پرسشنامه دیسترس اخلاقی بیشترین شدت و تکرار مربوط به سؤال ۲ ($SD=0/4, M=2/28$) و کم‌ترین شدت و تکرار مربوط به سؤال ۷ ($SD=0/6, M=1/09$) بوده است. در مورد فرسودگی شغلی نیز بیشترین میانگین مربوط به سؤال ۴ ($SD=0/7, M=3/08$) و کم‌ترین مربوط به سؤال ۲۱ ($SD=0/8, M=1/89$) بوده است.

بررسی ارتباط بین میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی در پرستاران حاکی از وجود ارتباط معناداری بین آنها است ($P<0/05$). نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است.

بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی با متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد که بین متغیرهای سن، جنس، نوع استخدام با دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$). متغیر نوع بخش محل خدمت با دیسترس و فرسودگی رابطه‌ای معنادار داشته‌اند ($P < 0/05$) و بیشترین دیسترس و فرسودگی در بخش مراقبت ویژه و کم‌ترین در بخش زنان گزارش شده است (جدول ۴).

بحث

هدف اصلی مطالعه حاضر تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران بوده است. نتایج به دست آمده در این زمینه حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی در ابعاد شدت و تکرار و فرسودگی شغلی ارتباط معنی‌دار و مثبتی وجود دارد. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نیز نشان دهنده ارتباط معنی‌دار مثبتی بین این متغیرها است. (کورل و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ ملتزر و همکاران، ۲۰۰۴ م؛ ردمن و همکاران، ۱۹۹۷ م). در ایران نیز مطالعات صورت گرفته حاکی از وجود ارتباط معنی‌داری بین این متغیرها بوده است. (شاکرنیا، ۱۳۸۹ ش؛ مقیمیان و همکاران، ۱۳۸۳ ش). در این مطالعات به این نکته اشاره شده است که دیسترس اخلاقی یکی از مسائل در حال گسترش در محیط‌های بالینی بوده که می‌تواند عوارضی همانند فرسودگی را به دنبال داشته باشد. نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر حاکی از آن است که ارتباط بین تکرار دیسترس اخلاقی و فرسودگی از میزان بالاتری در مقایسه با شدت دیسترس برخوردار بوده است. یکی از مواردی که تأثیر مسائل اخلاقی را افزایش می‌دهد شاید تکرار آن باشد. مواجهه مکرر پرستاران با مسائل اخلاقی خود عامل مهمی در تأثیرپذیری از آن است. یک

حادثه اخلاقی هر چند شدید با یک بار وقوع، تأثیرات حادی را در فرد ایجاد خواهد کرد. حال آنکه وقوع مکرر این حوادث باعث ایجاد طیف مزمنی از تأثیرات در فرد خواهد شد. پرستار با مواجه مکرر با این وقایع دچار کاهش قوای مقاومتی شده و به تدریج بسمت عوارضی همانند فرسودگی سوق داده خواهد شد. فرسودگی شغلی نیز خود پدیده‌ای نبوده که شرایط حاد اخلاقی آن را در فرد ایجاد کنند، بلکه تکرار حوادث به همراه ویژگی‌های فردی همانند بستری شرایط لازم برای بروز این پدیده را در فرد به وجود می‌آورد. به طور کل می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکرار مسائل اخلاقی ارتباط بیشتری با بروز پدیده فرسودگی شغلی دارد.

بررسی میزان دیسترس اخلاقی در پرستاران نشان می‌دهد که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران در سطح متوسطی است. مطالعات صورت گرفته در این مورد اکثراً دیسترس اخلاقی را به طور اختصاصی در بخش‌های خاصی مورد بررسی قرار داده و سطح آن را نیز متوسط به بالا گزارش کرده‌اند. (الپرن و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ جانویر و همکاران، ۲۰۰۷ م.) بیکمرادی و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در ایران انجام دادند میزان دیسترس اخلاقی را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند. (۱۳۹۱ ش.) به طور کلی برای بررسی دیسترس اخلاقی ۲۱ سؤال مطرح شده است. بررسی نتایج مربوط به میانگین سؤالات از نظر شدت و تکرار دیسترس اخلاقی حاکی از آن است که بیشترین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۲ بوده است. این سؤال به مشغله کاری فراوان پرستاران اشاره دارد. مطالعات گذشته نیز یک از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را فشار کار فراوان و کمبود نیروی کار در محیط‌های بالینی ذکر می‌کنند. (مک کارتی، ۲۰۰۸ م؛ کورلی، ۲۰۰۲ م.) کم‌ترین شدت و تکرار دیسترس مربوط به سؤال ۷ است. این سؤال مربوط به

اقدامات حیات بخش است و اشاره دارد که پرستار در صورتی که بتواند باعث ادامه حیات بیمار شود بایستی اقدام به عملیات حیات بخش بکند. در مطالعات گذشته انجام دادن اقدامات غیر ضروری که نتیجه‌ای برای ادامه حیات بیمار در بر ندارد جز عوامل شایع دیسترس‌زا مطرح شده است. (جامپتون، ۱۹۹۳ م؛ کورلی، ۲۰۰۲ م.) علت تفاوت در این نتایج می‌تواند ناشی از این نکته باشد که در ایران با توجه به ساختارهای مذهبی و فرهنگی و همچنین قانونی موجود پرستاران بایستی در هر صورت اقدام به عملیات نجات برای ادامه حیات بیمار بکنند، حال آنکه ممکن است نتیجه‌ای را در بر نداشته باشد.

بررسی فرسودگی شغلی در پرستاران نیز نشان دهنده وجود سطح متوسطی از فرسودگی در پرستاران است. مطالعات صورت گرفته سطح فرسودگی را متفاوت بررسی کرده‌اند. نیکلا میزان فرسودگی شغلی را در بیمارستان‌های آموزشی انگلیس در حد کم گزارش کرد (۲۰۰۱ م.) نتایج تعدادی از مطالعات نیز حاکی از سطوح متفاوت فرسودگی در پرستاران بوده است. (سوبرال، ۱۹۹۹ م؛ کابالیرو، ۲۰۰۱ م.) مطالعات زیادی در ایران نیز در این رابطه صورت گرفته که سطوح متفاوتی را از فرسودگی شغلی در پرستاران را ذکر کرده‌اند. (خاقانی‌زاده و همکاران، ۱۳۸۷ ش؛ مقیمیان و همکاران، ۱۳۸۳ ش.) همچنین این مطالعات حاکی از آن‌اند که میزان فرسودگی با توجه به نوع بخش متفاوت بوده است و میزان آن در بخش‌های ویژه و اورژانس بالاتر بوده است. در زمینه فرسودگی شغلی نیز از ۲۲ سؤال استفاده شد. بررسی نتایج حاکی آن است بیشترین میانگین فرسودگی شغلی مربوط به سؤال ۴ است این سؤال مربوط به طاقت فرسای بودن و فشار کاری بالای این حرفه اشاره دارد. در ایران با توجه به کمبود پرستار خصوصا در بخش‌های بالینی و همچنین با توجه به روند رو به رشد بیماری‌های مزمن در جامعه که مدت بستری افراد را در

محیط‌های بیمارستانی افزایش داده و این افزایش طول مدت بستری، خود نیاز بیشتری برای مراقبین خصوصا پرستاران را طلب می‌کند. کمبود نیروی پرستاری در محیط‌های بالینی سبب می‌شود که حجم کاری افراد افزایش یافته و این خود به دلیل ایجاد شرایطی همانند خستگی، داشتن فرصت کم‌تری برای استراحت و اشتغال ذهنی و همچنین افزایش شرایطی همانند خطاهای پزشکی و درگیری با مدیران و سایر همکاران بتدریج روند فرسودگی را در پرستاران شکل می‌دهد. بررسی مطالعات گذشته نیز یکی از علل فرسودگی در پرستاران را فشار کاری بالای این حرفه و استرس ناشی از آن دانسته‌اند. (لاندرسی، ۱۹۸۹ م؛ فوکسال و همکاران، ۱۹۹۰ م؛ پونسیت سیسیل مری، ۲۰۰۷ م.)

کم‌ترین میزان فرسودگی شغلی نیز مربوط به سؤال ۲۱ بوده است، این سؤال به بی‌اهمیت بودن پرستار نسبت به بیمار اشاره دارد. که با توجه به این که این گزینه با توجه به ماهیت انسانی شغل پرستاری و همچنین ویژگی‌های شخصیتی افرادی که وارد آن می‌شوند غیر محتمل است، در نتیجه از درجه اهمیت کم‌تری در بروز فرسودگی برخوردار بوده است. پرستاری حرفه انسانی بوده که با انسان‌ها و حفظ سلامتی آن‌ها سروکار دارد. لذا افرادی که وارد این حرفه می‌شوند نیز با این دیدگاه آشنایی داشته و اکثرا برای بیماران ارزش قائل بوده و هرگز بیماران را بی‌اهمیت نمی‌شمارند. این مورد خصوصا با توجه به ماهیت اخلاقی و معنوی پرستاران در ایران بیشتر نمود دارد.

نتایج بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی با ویژگی‌های دموگرافیک مطالعه نیز نشان‌دهنده آن است که سن، جنس و نوع استخدام با شدت و تکرار دیسترس و فرسودگی رابطه معنی‌داری نداشته است. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نیز نتایج این مطالعه را مورد تأیید قرار داده‌اند و رابطه این

متغیرها با دیسترس و فرسودگی را کم‌اهمیت دانسته‌اند. این مطالعات تأثیر عوامل محیطی را بر متغیرهای دیسترس و فرسودگی را خیلی بیشتر از این عوامل دموگرافیک بیان کرده‌اند. توجه به این نکته حائض اهمیت است که این عوامل نمی‌تواند به تنهایی در بروز دیسترس و فرسودگی تأثیر داشته باشد و چه بسا حضور فرد در محیط‌های کاری مختلف با ویژگی‌های متفاوت در کنار زمینه شخصیتی افراد باعث بروز این حالات خواهد شد. لذا با توجه به اهمیت عوامل محیطی؛ این عوامل نسبت به سایر عوامل از درجه ارزشی کم‌تری برخوردار بوده است. (الپرن، ۲۰۰۵؛ م؛ پائینس، ۲۰۰۰).

در ایران نیز تحقیقاتی که صورت گرفته حاکی از عدم ارتباط معنی‌داری بین آن‌ها بوده است. (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱؛ ش؛ پیامی بوساری، ۱۳۸۱؛ ش). بین متغیر نوع بخش محل خدمت با دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی رابطه معنی‌داری بیان شد. بیشترین مطالعات صورت گرفته نیز میزان دیسترس و فرسودگی را در بخش‌های مختلف متفاوت دانسته و میزان آن را در بخش‌های مراقبت ویژه بالاتر دانسته‌اند. (الپرن و همکاران، ۲۰۰۵؛ م) و وزیری و همکارانش نیز میزان آن را در بخش‌های ICU بالا گزارش کرده است. (۱۳۸۷؛ ش).

تحقیقات ملتزر و همکارانش و همچنین جورج حاکی از آن است که شرایط حاد بخش‌های مراقبت ویژه نقش مهمی در پیدایش دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در این بخش‌ها دارد. (۲۰۰۲؛ م؛ ۲۰۰۴؛ م) بالاتر بودن میزان دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران این بخش‌ها حاکی از آن است که موقعیت‌های مختلف کاری و همچنین جو محیط می‌تواند نقش مهمی در بروز این پدیده‌ها داشته و لذا بایستی بیشتر مورد توجه قرار گیرد. با توجه به این که دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی می‌تواند عمر کاری مفید پرستاران را کاهش داده و بر رضایت

کاری آن‌ها و کیفیت مراقبت ارائه‌شده تأثیر منفی داشته باشد. لذا بایستی تمهیداتی اندیشیده شود که پرستاران در این بخش‌ها بیشتر از نظر دیسترس و فرسودگی مورد پایش قرار گرفته و با ارائه تسهیلاتی در جهت کاهش هرچه بیشتر میزان دیسترس و فرسودگی‌شان تلاش شود. راهکار دیگر مورد استفاده تغییر محل خدمتشان در صورت تمایل است که معمولاً انتقال‌شان به بخش‌ها و محیط‌هایی که با سطح پایین‌تری از دیسترس و فرسودگی روبرو هستند، می‌تواند در کاهش میزان دیسترس و فرسودگی‌شان نقش مؤثری داشته باشد.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که سطح دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران در حد متوسط بوده و بین دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار با فرسودگی شغلی ارتباط معنی داری وجود دارد. این ارتباط حاکی از آن است که با افزایش سطح دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی نیز در پرستاران افزایش می یابد. توجه به این نکته حائز اهمیت است که پدیده دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی با توجه به نوع محیط بالینی متفاوت بوده و در محیط‌هایی که با مراقبت‌های حیاتی‌تر روبرو هستند میزان پدیده دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی نیز بالاتر است. همچنین بسیاری از علل بروز دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی ناشی از ماهیت کاری پرستاران بوده و بایستی با ارائه راهکارهایی شرایط زمینه‌ساز این پدیده‌ها را مدیریت کرده تا بتوان به طور مؤثری از بروز این پدیده‌ها جلوگیری کرده یا از گسترش آن‌ها جلوگیری نماید. به هر حال اهمیت و تبعات این پدیده‌ها لزوم توجه هرچه بیشتر مسئولان و برنامه‌ریزان را در این امر می‌طلبد. با توجه به این که مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان انجام شده است، انجام مطالعات بیشتر در سایر مناطق کشوری توصیه می‌گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمان که در این مطالعه شرکت داشتند کمال تشکر و قدردانی را داریم. از معاونت تحقیقات، فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان به دلیل حمایت مالی طرح تشکر و قدردانی می‌گردد.

جدول ۱: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر اساس نوع بخش محل خدمت

نوع بخش محل خدمت	فراوانی	درصد فراوانی
جراحی	۸۶	۲۸/۶۶
داخلی	۵۴	۱۸
مراقبت ویژه	۷۸	۲۶
اورژانس	۳۰	۱۰
کودکان	۱۰	۳/۳۳
زنان	۱۲	۴
روانپزشکی	۳۰	۱۰
کل	۳۰۰	۱۰۰

جدول ۲: میانگین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران

دامنه	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۰-۵	۰/۳	۳/۵۴	شدت	دیسترس اخلاقی
-۵	۰/۶	۳/۱۱	تکرار	
۱-۷	۰/۵	۴/۵	فرسودگی شغلی	

جدول ۳: ارتباط بین میانگین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران

متغیر	میانگین شدت دیسترس اخلاقی	میانگین تکرار دیسترس اخلاقی
میانگین فرسودگی	$P=0/02$	$P=0/03$
شغلی	$r=0/4$	$r=0/8$

جدول ۴: ارتباط بین فرسودگی شغلی و دیسترس اخلاقی با نوع بخش محل خدمت در واحدهای مورد پژوهش

نوع بخش محل خدمت	شدت دیسترس اخلاقی (M±SD)	تکرار دیسترس اخلاقی (M±SD)	فرسودگی شغلی (M±SD)
جراحی	$3/76 \pm 0/5$	$3/17 \pm 0/44$	$4/48 \pm 0/55$
داخلی	$3/6 \pm 0/53$	$3 \pm 0/4$	$4/21 \pm 0/47$
مراقبت ویژه	$4/02 \pm 0/58$	$3/8 \pm 0/42$	$5/11 \pm 0/5$
اورژانس	$3/91 \pm 0/36$	$3/29 \pm 0/51$	$4/5 \pm 0/4$
کودکان	$3/56 \pm 0/3$	$2/9 \pm 0/5$	$4/01 \pm 0/62$
زنان	$2/95 \pm 0/6$	$2/11 \pm 0/45$	$3/33 \pm 0/42$
روانپزشکی	$3/11 \pm 0/42$	$2/58 \pm 0/8$	$4/15 \pm 0/26$
سطح معنی داری	$0/02$	$0/03$	$0/01$

پی‌نوشت‌ها

1. Colly
2. Maslach
3. Moral distress
4. Jampton
5. Job burnout

فهرست منابع

منابع فارسی:

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

پیمایی بورساری، م. (۱۳۸۱ ش.). فرسودگی شغلی و برخی عوامل مرتبط با آن در پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زنجان. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. شماره ۴۰، صص ۵۱-۴۷.

شاکرنیا، ا. (۱۳۸۹ ش.). رابطه آشفتگی اخلاقی، سرسختی روانشناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر رشت. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*. دوره ۴، صص ۶۹-۵۶.

خاقانی، م. سیرتی، م. عبدی، ف. کاویانی، ح. (۱۳۸۷ ش.). بررسی میزان فرسودگی شغلی در پرستاران. *مجله علوم رفتاری*. دوره ۲، شماره ۱، صص ۹-۵۱.

بحری، ب. باج، ن. مقیمیان، م. عطارباشی، م. قرچه، م. (۱۳۸۳ ش.). بررسی ارتباط فرسودگی شغلی و سلامت روان در حرفه پرستاری و مامایی. *مجله دانشکده علوم پزشکی گناباد*. شماره ۲۹، صص ۱۰۱-۹۹.

مومنی، ح. صالحی، ا. سراجی، ا. (۱۳۸۸ ش.). مقایسه فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بخش درمان و آموزش دانشگاه علوم پزشکی اراک. *مجله علمی پژوهشی اراک*. شماره ۴، صص ۲۳-۱۱۳.

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

منابع انگلیسی:

- Caballero, MM. Bermejo, FF. Nieto, GR. Caballero, MF. (2001). Prevalence & factors associated in health area. *Aten Primaria*. 27 (5): 313-7.
- Corley, MC. Elswick, RK. Gorman, M. Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 33 (2): 250-6.
- Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 9 (6): 636-50.
- Corley, MC. Minnick, P. Elswick, RK. Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 12 (4): 381-90.
- Cummings, CL. (2009). The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. *University of North Florida*.
- D Stubbs - Cronin, EBJ. (1985). Burnout: can social support save the psych nurse. *psychosocial nurse. Mental Health services*. 23: 8-13.
- Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 14 (6): 523-31.
- Foxall, MLZ. Standly, R. Bene, C. (1990). A comparison of frequency and nursing job stress perceived by intensive care hospice and medical-surgical nurses. *J adv Nurse*. 15: 577-840.
- Fuerst, D. Hamrice, AB. (2001). Strategies for coping with moral distress in: managing moral distress in clinical practice. *Presented at nursing leadership initiative, uva health system. Charlott esville virginia*.
- Georges, JJ. Grypdonck, M. (2002). Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nursing Ethics*. 9 (2): 155-78.

- Jameton, A. (1993). Dilemmas of oral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS clin issues perinat women's health nurse*. 4: 542-51.
- Janvier, A. Nadeau, S. Nadeau, S. Deschênes M. Couture, EK. Barrington, KJ. (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *Journal of perinatology*. 27 (4): 203-8.
- Lopez-Franco, MR. Fernandez, NA. Sanmartin, M. Marcos-Alonso, S. Martinon Torres, F. Martinon Sanchez, JM. (2005). Burnout syndrome among health workers in pediatric. *An Pediatr*. 62 (3): 248-51.
- Lindsey, ECA. (1989). Staff nurses perception of support in an acute care work place. *Can J Nurse Res*. 21 (2): 15-25.
- Maslach, C. (1982.). *Burnout the cost of caring*. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice – Hall, c:1982. Published by ISHK. P.O.BOM176.
- Maslach C, I. S. J., Maslash M (1996). *Burnout in ventory manual*. Palo Alto calif: consulting psychologists press.
- 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): 202-8.
- McCarthy, J. Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 15 (2): 254-62.
- Moore, J. (2000). Nurse's burnout: an existential psychodynamic prespectiver. *J Psykosoc Nurse Ment Health Serv*. 38 (2): 23-32.
- PA, M. (2000). Nurse's burnout. *J of Psychoses Nurse Ment Health Serv*. 38: 23-33.
- Payne, N. (2001). Occupational stressors & copying determinants of burnout. *J Adv Nurse*. 33: 396-405.
- Nicla, P. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurse*. 33 (3): 39-60.
- Paines, A. (2000). Nurses burnout. *J of Psychosoc Nurse Ment Health Serv*. 38: 23-33.

- Poncet-Cecile-Marie, TP. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 175: 698-704.
- Redman BK, S. F. (2000). Nurses ethical conflicts: what is really known about them?. *Nurse Ethics*. 6: 360-6.
- Sobral, S. Vega, D. Urdaniz, P. (1999). Study of burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas ESP Psiquitar*. 27 (5): 310-20.
- Visser-mrm, ES. Fj-ort, H. Haes, DE. (2003). Stress, satisfaction and burnout among dutch medical specialits. *Can Med A SSOC J*. 168 (3): 271-5.

یادداشت شناسه مؤلفان

فریبا برهانی: استادیار، دکترای آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

محمد اسماعیلی آبدر: کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

فریده رزبان: کارشناسی ارشد مراقبت ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مصطفی روشنزاده: کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، پژوهشگر گروه اخلاق پرستاری مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: mroshanzadeh62@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۴/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۹