



مقاله پژوهشی

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران

معصومه برخوردار شریف‌آباد*^۱، محمود حکایتی^۲، خدیجه نصیریانی^۳ 

۱. دکترای پرستاری، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.
۳. دکترای پرستاری، دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیسترس اخلاقی یکی از موضوعات شایع مطرح‌شده در پرستاری است که می‌تواند تأثیرات متفاوتی بر سلامت و عملکرد پرستاران و بیماران و سازمان‌های بهداشتی درمانی داشته باشد. تاب‌آوری، به عنوان ظرفیت‌های اجتماعی و شخصی برای بازیابی، سازگاری و تداوم در برابر سختی‌ها تعریف شده که می‌تواند به پرستاران در کاهش دیسترس اخلاقی کمک کند. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع همبستگی - مقطعی بر روی ۲۵۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی شهر یزد در سال ۱۳۹۸ که به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، دیسترس اخلاقی تعدیل‌شده همریک و همکاران و تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون تعقیبی توکی و پی‌رسون) در نرم‌افزار آماری SPSS 20 انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین میانگین نمره دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد ($P=0/67$, $r=0/027$). از بین ابعاد تاب‌آوری بین «کنترل» و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد ($P<0/05$). میانگین نمره دیسترس اخلاقی $31/36 \pm 9/99$ بود که نشان‌دهنده سطح متوسط دیسترس اخلاقی است. میانگین نمره تاب‌آوری پرستاران $64/87 \pm 11/11$ بود. بالاترین نمره مربوط به بعد «تأثیرات معنوی» ($68/05 \pm 20/22$) و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد «اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی» ($60/44 \pm 13/38$) بود. ارتباط آماری معنی‌داری بین دیسترس اخلاقی و جنس، وضعیت تأهل، وضعیت نوبت‌کاری، گروه‌های سنی، وضعیت استخدامی و سابقه کاری وجود داشت ($P<0/05$). همچنین تاب‌آوری با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت استخدامی ارتباط آماری معنی‌دار داشت ($P<0/05$).

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی تأیید شده است. ملاحظات اخلاقی نظیر تکمیل فرم رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه، توضیح اهداف تحقیق و اطمینان در مورد محرمانه بودن اطلاعات رعایت گردید.

نتیجه‌گیری: افراد با توانایی «کنترل» و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» بالاتر، دیسترس اخلاقی کم‌تری را تجربه می‌کنند، لذا می‌توان با به کار بردن استراتژی‌های آموزشی ارتقا‌دهنده این ابعاد و حمایت مدیران پرستاری، موجبات کاهش دیسترس اخلاقی و پیامدهای نظیر حفظ نیروی کار و ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار را فراهم نمود.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۶/۰۹

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۰۴

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۲/۳۰

واژگان کلیدی:

دیسترس اخلاقی
تاب‌آوری
پرستار

* نویسنده مسؤول: معصومه برخوردار شریف‌آباد
آدرس پستی: ایران، یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.
تلفن: ۰۵۴۰ ۳۸۲۱ ۰۳۵
نمبر: ۴۸۱۰ ۳۸۲۱ ۰۳۵
پست الکترونیک:
barkhordary.m@gmail.com

۱. مقدمه

تاب‌آوری، به عنوان توانایی‌های اجتماعی و فردی برای بازیابی، سازگاری و پایداری در واکنش به شرایط ناگوار تعریف شده است (۴، ۲۱-۲۰) و طبق گفته لاجمن (۲۰۱۶ م.) تاب‌آوری به افراد کمک می‌کند تا معضلات اخلاقی را شناسایی و به صورت مؤثر آن را بیان نموده و اقدامات لازم را انجام دهند (۲۲). افراد دارای سطح بالای تاب‌آوری با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند و اعتماد به نفس بالاتری دارند (۴). با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی می‌شود، از خود مقاومت نشان داده و بر آن‌ها غلبه نماید (۵). تاب‌آوری برای پرستاران، برای کاهش نتایج منفی و افزایش پیامدهای مثبت استرس بسیار مهم است (۲۳). همچنین درک مفهوم تاب‌آوری می‌تواند در ارائه پشتیبانی و توسعه برنامه‌هایی برای کمک به پرستاران در ارتقا و ماندگاری در پرستاری کمک کند (۲۴).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند تاب‌آوری به عنوان عاملی مهم موجب ارتقای رضایت پرستاران و ماندگاری شغلی در بخش‌های مختلف می‌شود (۲۸-۲۵). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مستقیم تاب‌آوری بر سلامت روانی و جسمی (۲۹)، کاهش استرس و احساس فرسودگی (۳۰) است. پژوهش دیگری در پاکستان نشان داد تاب‌آوری به عنوان عامل میانجی تأثیر مثبتی بر استرس شغلی و ترک خدمت کارکنان دارد. تاب‌آوری در پرستاران از طریق دانش، مهارت و تجربیات بالینی حاصل می‌شود که منجر به اعتماد به نفس و انعطاف‌پذیری پرستاران در مقابله و سازگاری با محیط‌های کار پیچیده می‌شود (۳۱).

در بررسی متون در مورد دو متغیر تاب‌آوری و دیسترس اخلاقی، مطالعه دقیقی که ارتباط بین تاب‌آوری و دیسترس اخلاقی پرستاران را بررسی کرده باشد، یافت نشد. در این راستا مطالعه مورد نظر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران انجام شد.

دیسترس اخلاقی یک مشکل شایع در میان متخصصان شاغل در زمینه مراقبت‌های بهداشتی است (۱). دیسترس اخلاقی زمانی رخ می‌دهد که فرد احساس کند، نمی‌تواند بر طبق ارزش‌ها و تعهدات محوری عمل کند یا اقدامات انجام‌شده در دستیابی به نتیجه مورد نظر با شکست مواجه می‌شود (۲). پرستاران به واسطه ماهیت شغلی‌شان بیش از سایر حرفه‌ها در معرض دیسترس اخلاقی قرار دارند (۳)، به طوری که دیسترس اخلاقی به عنوان یک مشکل عمده در حرفه پرستاری توصیف شده است (۵-۴). ویژگی‌های خاص پرستاری و فرهنگ کاری متفاوت در مؤسسات مراقبت بهداشتی مختلف، پرستاران را بیشتر در معرض خطر دیسترس اخلاقی قرار می‌دهد (۷-۶). پرستاران هنگامی دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند که در شرایطی قرار گیرند که به عملکرد درست اخلاقی اشراف داشته باشند، ولی تحت شرایط موجود امکان عملکرد درست برایشان میسر نباشد (۸).

دیسترس اخلاقی می‌تواند پیامدهای نامطلوبی را در حیطه‌های مختلف مربوط به پرستار، بیمار و نظام سلامت به دنبال داشته باشد (۹). اختلال جسمی نظیر سردرد و بی‌خوابی و همچنین احساس خشم، ناامیدی، احساس گناه و ناتوانی از پیامدهای دیسترس اخلاقی است (۲، ۱۳-۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دیسترس اخلاقی با افت کیفیت مراقبت، نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری و نارضایتی، اختلال در رسیدن به اهداف درمانی و ایجاد یک محیط مراقبتی غیر ایمن در ارتباط می‌باشد (۹، ۱۵-۱۴). همچنین دیسترس اخلاقی منجر به استرس شغلی و ترک خدمت همراه با هزینه‌های سنگینی به دنبال از دست‌دادن کارکنان و عدم رضایت بیماران و افزایش شکایات قانونی از مؤسسات درمانی می‌شود که اثر سوء بر سازمان دارد (۱۸-۱۶). تقویت عامل محافظتی تاب‌آوری ممکن است به پرستاران در کاهش تعارض اخلاقی کمک کند (۱۹).

۲. ملاحظات اخلاقی

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق KHUISF.REC.1398.060 در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۵ مورد تصویب قرار گرفته است. پرسشنامه‌ها پس از کسب مجوزهای قانونی از دانشگاه و بیمارستان‌های مذکور و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، فرم رضایت آگاهانه توسط تمام شرکت‌کنندگان تکمیل شد. علاوه بر این، محرمانه بودن اطلاعات به مشارکت‌کنندگان تأکید شد و تمام مشارکت‌کنندگان از اهداف تحقیق و ماهیت داوطلبانه مشارکت آنان مطلع بودند و به آن‌ها گفته شد که می‌توانند در هر مرحله از مطالعه شرکت کنند.

۳. مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۸ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری، به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انجام شد. بدین‌صورت که لیست پرستاران از دفتر پرستاری بیمارستان‌ها تهیه شد و از بین آن‌ها متناسب با حجم نمونه در بیمارستان‌های تحت پژوهش، نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. حجم نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با توجه به مقدار ضریب همبستگی (۰/۲۵) گزارش شده در پژوهش عزیزی و همکاران (۳۲)، تعداد ۲۵۰ نفر حجم نمونه تعیین شد. معیار ورود به مطالعه داشتن حداقل یک سال سابقه کار (۱۲) و دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری بود. پرستاران نیمه‌وقت دارای استعلاجی یا مرخصی بیش از یک ماه از مطالعه خارج شدند.

ابزارهای پژوهش، بعد از دسترسی به نمونه‌های منتخب، در پایان نوبت کاری در اختیار پرستاران قرار داده شد و پس از

شرح در مورد بخش‌های مختلف آن و روش پاسخگویی به سؤالات، طی مدت ۲۰ دقیقه، نمونه‌های پژوهش در حضور محقق اقدام به پاسخگویی به پرسشنامه نمودند.

داده‌ها در این پژوهش از طریق پرسشنامه سه قسمتی و به صورت خودگزارش دهی توسط پرستاران جمع‌آوری گردید.

۳-۱. **بخش اول اطلاعات دموگرافیک:** شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، نوبت کاری، سابقه کار و وضعیت استخدامی بود.

۳-۲. **بخش دوم پرسشنامه دیسترس اخلاقی:** این پرسشنامه توسط Hamric و همکاران در سال ۲۰۱۲ برای پرستاران طراحی شد (۳۳) که توسط عرب و برزگری (۱۳۹۳) ش. به فارسی ترجمه و مورد اعتباریابی قرار گرفت (۳۴). این پرسشنامه ۱۸ گویه‌ای در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی زیاد (۴)، زیاد (۳)، متوسط (۲)، کم (۱) و هیچ (۰)) نمره‌گذاری می‌شود. روایی محتوا و سازه ابزار در مطالعه سازندگان مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین آلفای کرونباخ برای پرستاران ۰/۸۹، برای پزشکان ۰/۶۷ و در کل برای تمام مشارکت‌کنندگان ۰/۸۸ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایا بودن ابزار است (۳۵). روایی صوری و محتوایی نسخه فارسی پرسشنامه نیز توسط اساتید خبره تأیید شده است و پایایی کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمده است که بیانگر پایایی مناسب است (۳۴). طیف نمرات از صفر تا ۷۲ است نمره بین ۰ تا ۴: دیسترس اخلاقی پایین، نمره بین ۲۵ تا ۴۸: دیسترس اخلاقی متوسط، نمره بالاتر از ۴۹: دیسترس اخلاقی بالا است.

۳-۳. **بخش سوم، پرسشنامه تاب‌آوری:** این پرسشنامه توسط Davidson و Connor در سال ۲۰۰۳ طراحی شد که شامل ۲۵ عبارت بود که در طیف لیکرت پنج درجه‌ای (کاملاً نادرست=۰، به ندرت=۱، گاهی درست=۲، اغلب درست=۳، همیشه درست=۴) نمره‌گذاری می‌شود. طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. این آزمون دارای پنج مؤلفه تصور شایستگی فردی

(۳۲/۲ درصد) و از نظر سابقه کار، اکثریت، بین ۵ تا ۱۰ سال (۳۵/۲ درصد) سابقه کار داشتند (جدول ۱). یافته‌ها نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره دیسترس اخلاقی پرستاران مورد پژوهش $31/36 \pm 9/99$ و تاب‌آوری $64/87 \pm 11/11$ بود و در زمینه ابعاد تاب‌آوری بر اساس نمره تعدیل‌شده، بالاترین نمره مربوط به بعد تأثیرات معنوی ($68/05 \pm 20/22$) و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد اعتماد به غریز فردی، تحمل عاطفه منفی ($60/44 \pm 13/38$) بود (جدول ۲).

نتایج آزمون آماری پیرسون حاکی از آن بود که بین میانگین نمره تاب‌آوری و میانگین نمره دیسترس اخلاقی پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($P > 0/05$) و از میان ابعاد تاب‌آوری، دو بعد «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» و «کنترل» با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌داری داشت ($P < 0/05$) (جدول ۳).

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل، بین جنس، وضعیت تأهل و نوبت کاری با میانگین نمره دیسترس پرستاران ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/05$)، اما بین میانگین نمره دیسترس اخلاقی با سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($P > 0/05$). همچنین بر اساس نتایج آزمون آماری آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین گروه‌های سنی پرستاران و میانگین نمره دیسترس اخلاقی آن‌ها تفاوت معنی‌داری یافت شد ($P = 0/013$)، آزمون تعقیبی توکی نشان داد بین پرستارانی که در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال بودند و بیشتر از ۴۰ سال داشتند تفاوت معنی‌دار است ($P = 0/006$). بین گروه‌های وضعیت استخدامی و دیسترس اخلاقی پرستاران نیز تفاوت معنی‌داری یافت شد ($P = 0/0001$)، آزمون تعقیبی توکی بین افرادی که وضعیت استخدامی رسمی داشتند با پیمانی و قراردادی تفاوت معنی‌داری نشان داد. همچنین پرستارانی که طرحی بودند با پیمانی و قراردادی تفاوت معنی‌داری داشتند ($P = 0/0001$). از دیگر یافته‌ها وجود تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های سابقه کاری و دیسترس اخلاقی پرستاران بود

(سؤالات ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۳، ۲۴، ۲۵، طیف نمرات از صفر تا ۳۲)، اعتماد به غریز فردی (تحمل عاطفه منفی) (سؤالات ۶، ۷، ۱۴، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، طیف نمرات از صفر تا ۲۸)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۸، طیف نمرات از صفر تا ۲۰)، کنترل (سؤالات ۱۳، ۲۱، ۲۲، طیف نمرات از صفر تا دوازده) و تأثیرات معنوی (سؤالات ۳، ۹، طیف نمرات از صفر تا هشت) است. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردیده است و ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایشی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است (۳۶). در ایران در پژوهش حق رنجبر و همکاران (۱۳۹۰ ش.) روایی این مقیاس با روش تحلیل عاملی محاسبه گردیده است (۳۷)، ضریب پایایی نسخه فارسی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۸).

با احتساب ۱۰٪ ریزش، ۲۷۵ پرسشنامه توزیع شد که ۲۵۶ پرسشنامه جمع‌آوری گردید و شش پرسشنامه به دلیل ناکامل بودن حذف گردید. در نهایت ۲۵۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش از نرم‌افزار آماری SPSS 20 استفاده شد. برای توصیف اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی) و برای تعیین ارتباط بین متغیرها و تفاوت بر اساس مشخصات دموگرافیک از آمار استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون تعقیبی توکی و ضریب همبستگی پیرسون) استفاده شد.

۴. یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۵۰ پرستار شرکت نمودند. بر اساس نتایج اکثریت واحدهای مورد پژوهش در گروه سنی ۲۵ تا ۳۰ سال (۴۱/۶ درصد)، زن (۶۸٪)، متأهل (۷۴/۸ درصد) و دارای مدرک کارشناسی (۹۴/۴ درصد) و نوبت‌کاری در گردش (۸۱/۲ درصد) بودند. از نظر وضعیت استخدامی اکثریت رسمی

اسپانیایی، را می‌توان به تاب‌آوری نسبت داد (۴۱). در برخی مطالعات ارتباط دیسترس (و نه دیسترس اخلاقی) و تاب‌آوری بررسی شده است به عنوان مثال در مطالعه Smith و Yang (۲۰۱۷ م.) نمرات مقیاس تاب‌آوری با میانگین نمره کل استرس ارتباط منفی داشت (۴۲). همچنین Delgado و همکاران (۲۰۱۹ م.) نشان دادند بین تاب‌آوری و کار هیجانی رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد (۴۳). به هر حال تفاوت نتیجه مطالعه حاضر با این مطالعات، می‌تواند ناشی از تفاوت در پرسشنامه، ماهیت خودگزارشی پرسشنامه و تفاوت فرهنگ‌های جوامع مختلف باشد. از آنجایی که در ایجاد دیسترس اخلاقی، علاوه بر عوامل فردی، عوامل دیگری نظیر ساختار سازمانی، کارکنان، ماهیت مراقبت و... دخالت دارند، لذا در کاهش دیسترس اخلاقی، هم رویکرد فردی و هم مشارکتی باید در نظر گرفته شوند. تاب‌آوری به عنوان رویکرد فردی در کنار رویکرد مشارکتی نظیر تقویت همکاری و ایجاد محیط بین حرفه‌ای ممکن است تأثیرگذار باشد.

از میان ابعاد تاب‌آوری، «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود داشت، بدین معنی که با افزایش این مؤلفه، دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد. هم‌راستا با نتایج مطالعه کنونی، مدلی برای کاهش دیسترس اخلاقی ارائه و به عنوان کاتالیزور برای تغییرات مثبت پیشنهاد شده است. این مدل فرآیندی شامل چهار مرحله پرسیدن، تأیید، بررسی و اقدام است که در نهایت به حفظ تغییر مطلوب و حل دیسترس اخلاقی ختم می‌شود (۴۴). از آنجایی که یکی از علل دیسترس اخلاقی ارتباطات ضعیف و عدم ثبات و تناقض در برنامه‌های مراقبتی مطرح شده است (۴۵)، لذا سطح بالای «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» موجب شده تا افراد انعطاف‌پذیر بوده و مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند (۴۶) که همین امر می‌تواند به کاهش دیسترس اخلاقی بیانجامد. این افراد بعد از برطرف شدن عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبود بازمی‌گردند (۴۶).

($P=0/0001$)، آزمون تعقیبی توکی بین افرادی که سابقه کار بیشتر از ۱۵ سال دارند، با کم‌تر از ۵ سال ($P=0/006$)، ۵ تا ۱۰ سال ($P=0/0001$)، ۱۰ تا ۱۵ سال ($P=0/0001$) تفاوت معنی‌داری نشان داد (جدول ۴). همچنین بین میانگین نمره تاب‌آوری پرستاران با جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P<0/05$)، اما بین میانگین نمره تاب‌آوری با نوبت کاری ارتباط معنی‌داری یافت نشد ($P>0/05$). نتایج پژوهش نشان داد بین وضعیت استخدامی با تاب‌آوری پرستاران تفاوت معنی‌داری وجود دارد که آزمون تعقیبی توکی نشان داد بین پرستاران پیمانی با رسمی ($P=0/0001$) و قراردادی ($P=0/005$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد اما بین سن و نوبت سابقه کاری با تاب‌آوری پرستاران تفاوت معنی‌داری یافت نشد (جدول ۴).

۵. بحث

این پژوهش با هدف تعیین همبستگی بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد/ ایران در سال ۱۳۹۸ صورت گرفت.

نتایج مطالعه نشان داد بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. این نتیجه با نتایج مطالعه Rushton و همکاران (۲۰۱۵ م.) هم‌راستا نیست. آن‌ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که دیسترس اخلاقی به عنوان پیش‌بینی‌کننده فرسودگی شغلی است و ارتباط قوی بین فرسودگی شغلی و تاب‌آوری وجود دارد و بیان می‌کنند تاب‌آوری بالاتر، پرستاران را از خستگی عاطفی محافظت می‌کند و به پیشرفت شخصی کمک می‌کند (۳۹). همچنین در مطالعه Krautscheid و همکاران (۲۰۱۹ م.) دو مورد از چهار زیرمجموعه عامل حفاظتی تاب‌آوری، ارتباط معکوس با نمره دیسترس اخلاقی داشت. (۴۰). پیشگویی و همکاران (۲۰۱۸ م.) نیز بیان می‌کنند که کم‌تر بودن سطح تعارض اخلاقی پرستاران ایرانی در مقایسه با پرستاران

حد متوسط می‌باشد (۵۳). میانگین نمره تاب‌آوری در پژوهشی که توسط Rushton و همکاران (۲۰۱۵ م.) بر روی پرستاران تایوانی انجام شد، بالاتر از میانگین نمره این پژوهش بود (۳۹). این تفاوت هم می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه پژوهش و نوع بخش مورد پژوهش باشد.

از دیگر نتایج به دست‌آمده در پژوهش حاضر تحلیل مؤلفه‌های تاب‌آوری است که بالاترین نمره مربوط به بعد تأثیرات معنوی و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد اعتماد به غریز فردی، تحمل عاطفه منفی بود. نتایج پژوهشی بر روی پرستاران فلسطینی مشابه با نتایج پژوهش کنونی است (۵۴). همچنین نتایج پژوهش گرامی نژاد و همکاران (۱۳۹۷ م.) با نتایج مطالعه حاضر هم‌راستا است (۵۵). افراد متناسب با تحمل عواطف منفی قادر خواهند بود با تمرکز و هدایت نیروهای روانی و استفاده بهینه از توانمندی‌های خود برای افزایش احتمال موفقیت اقدام کنند. همچنین افراد با تحمل عواطف منفی، انعطاف‌پذیری بیشتری در مقابل شرایط آسیب‌زا نشان می‌دهند و خود را در برابر این شرایط حفظ می‌کنند. پایین‌بودن این بعد در پرستاران، حمایت اعضای خانواده و همکاران و دیگر سامانه‌های اجتماعی را می‌طلبد.

بر اساس نتایج، بین نمره دیسترس اخلاقی با سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، وضعیت استخدامی و نوع نوبت کاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد، ولی این ارتباط با سطح تحصیلات معنی‌دار نیست. در برخی مطالعات، ارتباط بین سن، جنس و وضعیت تأهل و نوبت کاری گزارش شده است (۱۰، ۵۸-۵۶) که همسو با نتیجه تحقیق حاضر است، اما در مطالعه شفیع پور و همکاران (۱۳۹۴ ش.) بین جنسیت و وضعیت تأهل با شدت دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در مرکز سوختگی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت (۵۹). ارتباط بین دیسترس اخلاقی و سطح تحصیلات در مطالعه شفیع پور و همکاران (۱۳۹۴ ش.) و ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) گزارش شده است (۵۸-۵۹) که غیر همسو با نتایج پژوهش است که این تفاوت می‌تواند ناشی از کم‌بودن

از دیگر نتایج این پژوهش ارتباط معکوس و معنی‌دار بعد «کنترل» با دیسترس اخلاقی بود، بدین‌معنی که با افزایش کنترل، دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد. همسو با این نتایج، یافته‌های پژوهشی حاکی از آن بود که پرستاران باید جهت آمادگی برای اقدام در مقابل دیسترس اخلاقی، با ایجاد تغییرات فردی و برنامه خودمراقبتی، به عامل پایدار تغییر تبدیل شوند (۴۴). دیسترس اخلاقی با نحوه درک پرستاران از نقششان ارتباط دارد (۴۷) و اعتماد به نفس، سطح تسلط و اقتدار پرستار و احساس ناتوانی برای تغییر موقعیت در تجربه دیسترس اخلاقی تأثیرگذار است (۴۴، ۵۰-۴۸). مقصود از کنترل آن است که فرد به توانایی‌های خود برای اثرگذاری بر نتایج رویدادها باور داشته باشد (۴۶). احساس تسلط به اوضاع این باور را به وجود می‌آورد که تلاش‌های وی بر موقعیت‌های زندگی تأثیر خواهد گذاشت و او می‌تواند مسیر رویدادها را تغییر دهد که این امر می‌تواند دیسترس اخلاقی را کاهش دهد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که دیسترس اخلاقی پرستاران در سطح متوسط بود. سطوح متوسط دیسترس اخلاقی در پرستاران در پژوهش‌های مختلف گزارش شده است (۱۰، ۱۳، ۱۵)، هرچند در برخی دیگر از پژوهش‌ها سطح دیسترس اخلاقی بالا گزارش شده است (۱۲، ۵۱)، البته در مطالعات انجام‌شده در آمریکا میانگین نمرات دیسترس اخلاقی پرستاران نسبتاً پایین گزارش شده است (۳۷). همچنین در مطالعه‌ای که توسط Silen و همکاران (۲۰۱۱ م.) بر روی پرستاران در سوئد انجام شد، نمره دیسترس اخلاقی در محدوده کم ارزیابی گردید (۵۲) که ناهمسو با مطالعه حاضر است. تفاوت در عوامل فرهنگی، اعتقادی، سازمانی، جغرافیایی، آموزشی و فردی می‌تواند علت این ناهمسوئی نتایج بین مطالعات در کشورهای مختلف باشد.

بر اساس یافته‌ها پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه تاب‌آور هستند، اما تا بالاترین نمره فاصله، قابل توجه است. Moon و همکاران (۲۰۱۳ م.) گزارش کردند که تاب‌آوری پرستاران در

در این زمینه می‌توان دیسترس اخلاقی را تا حدی کاهش داد. فعالیت‌های آموزشی در این زمینه این پتانسیل را دارد که اثرات دیسترس اخلاقی را به حداقل برسانند و منجر به حفظ نیروی کار و در نهایت ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار شود.

۷. تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین محترم بیمارستان‌های دانشگاهی شهر یزد و پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه اعلام می‌نمایند.

۸. سهم نویسندگان

طراحی: معصومه برخوردار شریف‌آباد، محمود حکایتی، خدیجه نصیریانی.

گردآوری داده‌ها: محمود حکایتی.

تحلیل و تفسیر داده‌ها: معصومه برخوردار شریف‌آباد، خدیجه نصیریانی.

آماده‌سازی مقاله: محمود حکایتی، معصومه برخوردار شریف‌آباد.

۹. تضاد منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

قابل توجه تعداد پرستاران دارای سطح تحصیلات کارشناس ارشد شرکت‌کننده در مطالعه باشد.

بر اساس نتایج، تاب‌آوری به طور معنی‌داری با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت استخدامی در ارتباط بود، اما این ارتباط با نوع نوبت کاری، سن و سابقه کار معنی‌دار نبود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های دیگر هم‌راستا است (۵۵، ۶۱-۶۰)، اما در مطالعه گرمی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷ ش). نمره تاب‌آوری پرستاران با جنس و وضعیت تأهل از نظر آماری ارتباط معنی‌داری نداشت، ولی با سن ارتباط معنی‌دار بود (۵۵) Ang و همکاران (۲۰۱۸ م.) و Gillespie و همکاران (۲۰۰۹ م.) نشان دادند سن و سابقه کار ارتباط معنی‌داری با تاب‌آوری پرستاران دارد (۶۰، ۶۲) که نتایج غیر همسو با نتایج مطالعه حاضر است و می‌تواند علت آن، تفاوت در جامعه و ابزار پژوهش باشد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر خودگزارش‌دهی پرسشنامه‌ها است که نظیر دیگر ابزارهای خودگزارش‌دهی، احتمال خستگی و عدم فرصت کافی وجود دارد. از دیگر محدودیت‌ها، عدم امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر عوامل مؤثر بر دقت و تمرکز کارکنان هنگام تحویل پرسشنامه‌ها به دلیل حجم کار زیاد بود که سعی شد پرسشنامه‌ها در مواقعی که حجم کاری پرستاران کم باشد، نظیر اول نوبت کاری توزیع شود. همچنین محققین سعی نمودند زمان کافی در اختیار آن‌ها قرار دهند.

۶. نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد بین دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری در پرستاران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد، ولی از بین ابعاد تاب‌آوری، بین «کنترل» و «پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن» با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌داری وجود دارد و با افزایش این دو بعد، دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد، لذا با به کارگیری مداخلاتی همچون آگاه‌نمودن پرستاران از این نتایج و همچنین با حمایت مدیران پرستاری و برگزاری کارگاه

جدول ۱: فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	تعداد	درصد
سن	۱۰۴	۴۱/۶
	۳۵	۱۴
	۶۵	۲۶
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۸/۴
جنس	۸۰	۳۲
	۱۷۰	۶۸
وضعیت تأهل	۶۳	۲۵/۲
	۱۸۷	۷۴/۸
سطح تحصیلات	۲۳۶	۹۴/۴
	۱۴	۵/۶
نوبت کاری	۴۷	۱۸/۸
	۲۰۳	۸۱/۲
	۸۳	۳۳/۲
وضعیت استخدامی	۹	۳/۶
	۵۶	۲۲/۴
	۷۷	۳۰/۸
	۲۵	۱۰
	۶۴	۲۵/۶
سابقه کار	۸۸	۳۵/۲
	۳۳	۱۳/۲
	۶۵	۲۶
	کم‌تر از ۵ سال	۲۵/۶

جدول ۲: میانگین نمره دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در پرستاران

متغیر	میانگین \pm انحراف معیار	حداقل	حداکثر	نمره تعدیل شده (میانگین \pm انحراف معیار)
دیسترس اخلاقی	۳۱/۳۶ \pm ۹/۹۹	۱۰	۵۸	-
نمره کل تاب‌آوری	۶۴/۸۷ \pm ۱۱/۱۱	۲۳	۸۷	۶۴/۸۷ \pm ۱۱/۱۱
تصور از شایستگی فردی	۲۱/۱۷ \pm ۳/۷۲	۹	۲۹	۶۶/۱۶ \pm ۱۱/۶۳
اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی	۱۶/۹۲ \pm ۳/۷۴	۶	۲۳	۶۰/۴۴ \pm ۱۳/۳۸
پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن	۱۳/۴۷ \pm ۲/۸۸	۵	۱۸	۶۷/۳۸ \pm ۱۴/۴۳
کنترل	۷/۸۶ \pm ۱/۷۷	۳	۱۲	۶۵/۵۰ \pm ۱۴/۷۶
تأثیرات معنوی	۵/۴۴ \pm ۱/۶۱	۰	۸	۶۸/۰۵ \pm ۲۰/۲۲

جدول ۳: ارتباط میانگین نمره دیسترس اخلاقی با تاب‌آوری و ابعاد آن در واحدهای مورد پژوهش

دیسترس اخلاقی		متغیر
ضریب همبستگی	سطح معنی‌داری	
-۰/۰۲۷	۰/۶۷۴	تاب‌آوری کلی
-۰/۰۲۸	۰/۶۵۹	تصور از شایستگی فردی
-۰/۰۶۹	۰/۲۷۵	اعتماد به‌غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی
-۰/۱۶۲	۰/۰۱۱*	پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن
-۰/۱۹۹	۰/۰۰۲**	کنترل
-۰/۱۱۷	۰/۷۸۵	تأثیرات معنوی

* بین متغیرهای مورد مطالعه در سطح اطمینان ۹۵٪ رابطه معنی‌دار وجود دارد.

** رابطه در سطح ۹۹٪ معنی‌دار است.

جدول ۴: ارتباط دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران با مشخصات دموگرافیک

تاب‌آوری	دیسترس اخلاقی	متغیر	
		مرد	زن
۶۸/۹۷±۹/۶۱	۳۳/۷۵±۷/۷۳	میانگین±انحراف معیار	جنس
۶۲/۹۴±۱۱/۲۷	۳۰/۲۴±۱۰/۷۳	میانگین±انحراف معیار	جنس
۴/۱۲	۲/۹۳	مقدار T	جنس
۰/۰۰۰۱**	۰/۰۰۴**	سطح معنی‌داری	جنس
۶۹/۱۴±۵/۷۸	۲۸/۴۱±۱۱/۰۱	۶۳	وضعیت تأهل
۶۳/۴۳±۱۲/۱۰۸	۲۳/۳۶±۹/۴۴	۱۶۷	وضعیت تأهل
۴/۹۷	-۲/۷۵	مقدار T	وضعیت تأهل
۰/۰۰۰۱**	۰/۰۰۶**	سطح معنی‌داری	وضعیت تأهل
۶۴/۴۶±۱۱/۲۶	۳۱/۵۰±۱۰/۱۸	میانگین±انحراف معیار	سطح تحصیلات
۷۱/۷۸±۴/۱۱	۲۹/۱۴±۵/۴۴	میانگین±انحراف معیار	سطح تحصیلات
-۵/۵۳	۱/۴۷	مقدار T	سطح تحصیلات
۰/۰۰۰۱**	۰/۱۵	سطح معنی‌داری	سطح تحصیلات
۶۵/۵۷±۹/۶۲	۲۵/۸۷±۵/۱۰	میانگین±انحراف معیار	نوبت کاری
۶۴/۷۱±۱۱/۴۵	۳۲/۶۴±۱۰/۴۱	میانگین±انحراف معیار	نوبت کاری
۰/۴۷۷	-۶/۴۸	مقدار T	نوبت کاری
۰/۶۳	۰/۰۰۰۱**	سطح معنی‌داری	نوبت کاری
۶۴/۳۹±۹/۵۲	۳۳/۲۸±۱۰/۹۱	میانگین±انحراف معیار	سن
۶۶/۶۵±۷/۶۴	۳۱/۱۴±۹/۲۴	میانگین±انحراف معیار	سن
۶۶/۹۶±۷/۰۷	۳۱/۱۲±۱۰/۵۰	میانگین±انحراف معیار	سن
۶۱/۶۵±۱۸/۴۶	۲۷/۵۴±۵/۹۰	میانگین±انحراف معیار	سن
۲/۴۶	۳/۶۶	آماره F	سن
۰/۰۶	۰/۰۱۳*	سطح معنی‌داری	سن

۶۲/۱۵±۱۵/۹۴	۲۷/۱۵±۸/۹۴	میانگین±انحراف معیار	رسمی	وضعیت استخدامی
۶۵/۵۵±۵/۲۷	۳۳/۲۲±۲/۶۳	میانگین±انحراف معیار	رسمی آزمایشی	
۷۰/۳۳±۵/۴۰	۳۵/۰۵±۹/۰۵	میانگین±انحراف معیار	پیمانی	
۶۳/۷۱±۷/۰۲	۳۴/۷۵±۱۰/۷۲	میانگین±انحراف معیار	قراردادی	
۶۵/۰۰±۹/۰۳	۲۶±۶/۸۶	میانگین±انحراف معیار	طرحی	
۵/۱۶	۱۱/۲۸	آماره F		
۰/۰۰۱**	۰/۰۰۰۱**	سطح معنی داری		
۶۵/۶۸±۷/۹۳	۳۲/۰۹±۱۰/۵۵	میانگین±انحراف معیار	کمتر از ۵ سال	سابقه کار
۶۶/۰۴±۸/۸۹	۳۲/۷۸±۱۰/۲۵	میانگین±انحراف معیار	۵-۱۰ سال	
۶۶/۳۰±۹/۶۴	۳۵/۷۸±۸/۲۳	میانگین±انحراف معیار	۱۰-۱۵ سال	
۶۱/۷۶±۱۵/۵۸	۳۱/۳۶±۹/۹۹	میانگین±انحراف معیار	بیشتر از ۱۵ سال	
۲/۳۴	۸/۷۶	آماره F		
۰/۰۷	۰/۰۰۰۱**	سطح معنی داری		

* بین متغیرهای مورد مطالعه در سطح اطمینان ۹۵٪ رابطه معنی دار وجود دارد.

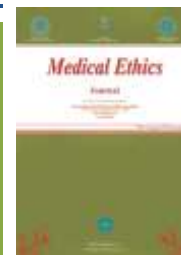
** رابطه در سطح ۹۹٪ معنی دار است.

References

- Lin FY, Rong JR, Lee TY. Resilience among caregivers of children with chronic conditions: A concept analysis. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2013; 6(1): 323-333.
- Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantary S. The moral distress of nurses in health centers in the city of Bam in 1390. *Medical Ethics Journal* 2016; 5(17): 119-140. [Persian]
- Bucknall TK. Critical care nurses' decision-making activities in the natural clinical setting. *J Clin Nurs* 2000; 9(1): 25-35.
- Ahmadi R, Sharifi Darmandi P. A Study of the Effect of Resilience Training on Mental Health of People with Drug Dependency at Touska Camp in Tehran. *Quarterly of Clinical Psychology Studies* 2014; 4(16): 1-17. [Persian]
- Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession. *Hayat* 2017; 23(3): 254-265. [Persian]
- King CA, Broom C. Ethics in Perioperative Practice Values, Integrity, and Social Policy. *AORN Journal* 2002; 76(6): 1047-1053.
- Massoudi R, Aetemadifar S, Afzali SM, Khayri F, Hassanpour Dehkordi A. The influential factors on burnout among nurses working in private hospitals in Tehran. *Iranian Journal of Nursing Research* 2008; 3(9): 47-58. [Persian]
- Seifert PC. Ethics in perioperative practice-duty to self. *Aorn J* 2002; 76(2): 306-308.
- Abbaszadeh A, Nakhaee N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress in the nurse's practical action: A descriptive-cross sectional study. *Medical Ethics Journal* 2016; 6(21): 113-130. [Persian]
- Mardani Hamooleh M, Iranshahi M, Seyedfatemi N, Haghani H. An evaluation of moral distress levels among the nursing staff of Malayer hospitals: A cross-sectional study. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2016; 9(2): 42-53. [Persian]
- Mohammadi Nafchi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and environmental empowerment for nurses in education hospitals in Kerman. *Medical Ethics Journal* 2015; 8(26): 91-113. [Persian]
- Robaee N, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Baghestani A, Barkhordari-Sharifabad M. Perceived organizational support and moral distress among nurses. *BMC Nursing* 2018; 17(2): 1-7.
- Haghighinezhad G, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Mohtashami J, Barkhordari-Sharifabad M. Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics* 2019; 26(2): 460-470.
- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh L, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2014; 7(2): 69-79. [Persian]
- Mahdavi Fashtami S, Mohammadehzadeh Zarankesh S, Esmaeilpour Bandboni M. Moral distress among emergency department nurses: frequency, intensity, effect. *Medical Sciences Journal of Islamic Azad University* 2016; 26(4): 248-255. [Persian]
- Borhani F, Esmaeli-Abdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Moral distress in the nursing and relationship with job burnout. *Medical Ethics Journal* 2012; 7(25): 123-144. [Persian]
- Abbaszadeh A, Borhani F, Foroogh Ameri G, Najmi Dolat-Abadi S. Relation between moral distress and Work engagement in nurse's cross-sectional-correlation study. *Medical Ethics Journal* 2015; 7(24): 33-53. [Persian]
- Abbaszadeh A, Borhani F, Sharif F, Toghray FA-S. The relationship between nurse's moral distress and end of life decision making in ICU. *Medical Ethics Journal* 2016; 7(22): 117-133. [Persian]
- Krautscheid L, Mood L, McLennon SM, Mossman TC, Wagner M, Wode J. Examining Relationships Between Resilience Protective Factors and Moral Distress Among Nursing Students. *Nursing Education Perspectives* 2020; 41(1): 43-45.
- Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology* 1990; 2(4): 425-444.
- Madewell AN, Ponce-Garcia E. Assessing resilience in emerging adulthood: The resilience scale (RS), Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), and scale of protective factors (SPF). *Personality and Individual Differences* 2016; 97(1): 249-255.
- Lachman VD. Moral resilience: managing and preventing moral distress and moral residue. *Medsurg Nursing* 2016; 25(2): 121-124.

23. Lin CC, Liang HF, Han CY, Chen LC, Hsieh CL. Professional resilience among nurses working in an overcrowded emergency department in Taiwan. *International Emergency Nursing* 2019; 42(1): 44-50.
24. Hart PL, Brannan JD, De Chesnay M. Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management* 2014; 22(6): 720-734.
25. Brown R, Wey H, Foland K. The relationship among change fatigue, resilience, and job satisfaction of hospital staff nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2018; 50(3): 306-313.
26. Hodges HF, Troyan PJ, Keeley AC. Career persistence in baccalaureate-prepared acute care nurses. *Journal of Nursing Scholarship* 2010; 42(1): 83-91.
27. Grafton E, Gillespie B, Henderson S. Resilience: the power within. *Oncology Nursing Forum* 2010; 37(6): 698-705.
28. Matos PS, Neushotz LA, Griffin MTQ, Fitzpatrick JJ. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International Journal of Mental Health Nursing* 2010; 19(5): 307-312.
29. Johnson SJ, Willis SM, Evans J. An examination of stressors, strain, and resilience in academic and non-academic UK university job roles. *International Journal of Stress Management* 2018; 25(1): 1-16.
30. Crowder R, Sears A. Building resilience in social workers: An exploratory study on the impacts of a mindfulness-based intervention. *Australian Social Work* 2017; 70(1): 17-29.
31. Cameron F, Brownie S. Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing* 2010; 29(2): 66-71.
32. Azizi A, Sepahvani M, Mohamadi J. Relationship between Moral Distress and Mental Health among Female Nurses. *Iran Journal of Nursing (IJN)* 2015; 27(92): 57-64. [Persian]
33. Khoshnazary S, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Bakhshi E. The Effect of Emotional Intelligence (EI) Training on Nurses' Resiliency in Department of Psychiatry. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPN)* 2016; 3(4): 28-37. [Persian]
34. Mohammadi J, Ghadampour E, Azizi A. Assessment the relationship between moral turmoil with job demand-control in Tabriz hospitals nurses. *Journal of Education and Ethics in Nursing* 2014; 3(3): 23-30. [Persian]
35. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research* 2012; 3(2): 1-9.
36. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
37. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-390.
38. Werner EE, Smith RS. Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery. New York: Cornell University Press; 2001.
39. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care* 2015; 24(5): 412-420.
40. Krautscheid L, Mood L, McLennon SM, Mossman TC, Wagner M, Wode J. Examining Relationships Between Resilience Protective Factors and Moral Distress Among Nursing Students. *Nursing Education Perspectives* 2019; 41(1): 43-45.
41. Pishgooie AH, Barkhordari-Sharifabad M, Atashzadeh-Shoorideh F, Falcó-Pegueroles A. Ethical conflict among nurses working in the intensive care units. *Nursing Ethics* 2019; 26(7-8): 2225-2238.
42. Smith GD, Yang F. Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education Today* 2017; 49(1): 90-95.
43. Delgado C, Roche M. Workplace resilience and emotional labour of Australian mental health nurses: Results of a national survey. *International Journal of Mental Health Nursing* 2020; 29(1): 35-46.
44. Rushton CH. Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care* 2006; 17(2): 161-168.
45. Henrich NJ, Dodek PM, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, Rodney P. Causes of moral distress in the intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Critical Care* 2016; 35(1): 57-62.
46. Siebert A. The resiliency advantage: Master change, thrive under pressure and bounce back from setbacks. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2005.

47. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nursing Ethics* 2013; 20(3): 312-324.
48. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 2009; 16(5): 561-573.
49. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 2008; 16(3): 360-373.
50. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics* 2010; 17(6): 726-740.
51. Wahlberg L, Nirenberg A, Capezuti E. Distress and Coping Self-Efficacy in Inpatient Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum* 2016; 43(6): 738-746.
52. Silen M, Svantesson M, Kjellstrom S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs* 2011; 20(23-24): 3483-3493.
53. Moon IO, Park SK, Jung JM. Effects of resilience on work engagement and burnout of clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration* 2013; 19(4): 525-535.
54. Elqerenawi A, Thabet A, Vostanis P. Job Stressors, Coping and Resilience among Nurses in Gaza Strip. *Clinical and Experimental Psychology* 2017; 3(159): 1-8.
55. Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei S, Ghorbani Moghaddam Z. Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units. *Iran Journal of Nursing* 2019; 31(116): 49-60.
56. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress in students: A cross-sectional study in educational environment. *Medical Ethics Journal* 2015; 9(31): 29-47. [Persian]
57. Etebari-Asl Z, Etebari-Asl F, Nemati K. A Survey on the Level of Moral Distress among Nurses of Special Wards Affiliated to Educational-Therapeutic Centers in Ardabil University of Medical Sciences in 2016: A Short Report. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2017;16(2): 169-178. [Persian]
58. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013; 6(4): 80-88. [Persian]
59. Shafipour V, Esmaeili R, Heidari MR, Aghaei N, Saadatmehr SR, Sanagoo A. Investigating the Level of Moral Distress and its Related Factors among Nurses in Mazandaran Burn Center. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2015; 25(126): 58-67. [Persian]
60. Ang SY, Uthaman T, Ayre TC, Mordiffi SZ, Ang E, Lopez V. Association between demographics and resilience-a cross-sectional study among nurses in Singapore. *International Nursing Review* 2018; 65(3): 459-466.
61. Tahghighi M, Brown JA, Breen LJ, Kane R, Hegney D, Rees CS. A comparison of nurse shift workers' and non-shift workers' psychological functioning and resilience. *Journal of Advanced Nursing* 2019; 75(11): 2570-2578.
62. Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M. The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46(7): 968-976.



ORIGINAL RESEARCH

The Relationship between Moral Distress and Resiliency in Nurses

Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad^{1*}, Mahmoud Hekayati², Khadijeh Nasiriani³

1. Ph.D. in Nursing, Assistant Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
2. M.Sc. Student of Medical-Surgical Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
3. PhD of Nursing, Associate Professor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery research center, Research Centre for Neonate & Mother Shahid Sadoughi University, Yazd, Iran

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 31 August 2019

Accepted: 23 April 2020

Published online: 19 May 2020

Keywords:

Moral Distress

Resilience

Nurse

* Corresponding Author: Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad

Address: Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Shohadaye Gornam Blvd., Safaiyeh, Yazd, Iran.

Postal Box: 8916871967

Tel: (+35) 3821 0540

Email: barkhordary.m@gmail.com

ABSTRACT

Background and Aim: Moral distress is one of the most common issues in nursing that can have different effects on health and performance of nurses and patients and health organizations. Resilience is defined as the social and personal capacity for recovery, adjustment, and persistence against adversity that can help nurses reduce moral distress. The purpose of this study was to determine the relationship between ethical distress and resilience in nurses working in hospitals affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd in 2019.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on 250 nurses working in hospitals affiliated to Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd, Iran. Samples were selected by stratified random sampling. Data collection tools included three questionnaires of demographic characteristics, modified ethical distress scale, and Connor and Davidson resilience scale. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics (independent t-test, one-way ANOVA, Tukey, Pearson tests) in SPSS 20 software.

Findings: The results showed that there was no significant relationship between the mean score of moral distress and resiliency of nurses ($r=-0.027$, $p=0.67$). Among the resilience dimensions, there was a significant inverse relationship between "control" and "positive acceptance of change, and secure relationships" with moral distress ($P<0.05$). The mean score of moral distress was 31.36 ± 9.99 , which shows a moderate level of moral distress. The mean score of resiliency of nurses was 64.87 ± 11.11 . The highest and lowest score of resiliency pertained to the dimension of "spiritual influences" (68.05 ± 20.22) and "trust in one's instincts, tolerance of negative affect" (60.44 ± 13.38), respectively. There was a significant relationship between moral distress with gender, marital status, shift status, age groups, employment status and work experience ($P<0.05$). Also, resilience had a significant relationship with gender, marital status, education level and employment status ($P<0.05$).

Ethical Considerations: This study is approved by the Ethics Committee on Medical Research. Ethical considerations such as completing the informed consent form voluntary participation, explaining research goals, and assurance of confidentiality were observed.

Conclusion: Individuals with higher ability to "control" and "accept positive change and secure personal relationships" experience less moral distress. Therefore, it is possible to reduce moral distress and consequences such as maintaining the workforce and improving the quality of patient care by applying educational strategies promoting these dimensions and supporting nursing managers.

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Barkhordari-Sharifabad M, Hekayati M, Nasiriani KH. The Relationship between Moral Distress and Resiliency in Nurses. *Med Ethics J* 2020; 14(45): e5.