

مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره هفتم، شماره ۳، شهریور ۱۳۹۳

بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران

سمیه محمدی^۱، فریبا برهانی^۲، مصطفی روشن زاده^{۳*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

دیسترس اخلاقی در پرستاران، چالشی است که می‌تواند عواقب مختلفی ایجاد کند. در این میان، شجاعت پرستاران برای انجام تصمیم درست اخلاقی، می‌تواند در پیشگیری از دیسترس اخلاقی و در نتیجه راحتی اخلاقی آن‌ها نقش مهمی ایفا کند. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است. در این مطالعه ۳۱۳ پرستار از بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی به‌طور سهمیه‌ای انتخاب شده و از ابزار دیسترس اخلاقی Corley و شجاعت اخلاقی Sekerka برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در زمینه‌ی ارتباط بین شدت دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی، نتایج حاکی از وجود ارتباط منفی معنی‌دار، بین شدت دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی است ($P=0/03, r=-0/44$). میانگین دیسترس اخلاقی، در بعد شدت $3/7 \pm 0/5$ و در بعد تکرار $3/55 \pm 0/86$ از دامنه‌ی (۰-۵) بوده است. میانگین شجاعت اخلاقی نیز در دامنه (۱-۵) $3/33 \pm 0/46$ بوده است. ارتباط معنی‌دار بین شدت دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی، حاکی از آن است که ایجاد سطوح بالای شجاعت اخلاقی در پرستاران، نقش مهمی در کنترل شدت دیسترس اخلاقی دارد. تعیین عوامل مؤثر در شجاعت اخلاقی، و یافتن راهکارها و فراهم کردن زمینه‌ی مناسب برای ایجاد جو کاری اخلاقی، می‌تواند، نقش مهمی در افزایش رفتارهای شجاعانه و کنترل سطح دیسترس اخلاقی داشته باشد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، شجاعت اخلاقی، راحتی اخلاقی، پرستاران

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان آیت الله کاشانی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۳ مربی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، خراسان

* نشانی: خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان غفاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، تلفن: ۰۹۳۹۷۹۵۲۵۲۲

مقدمه

می‌آورد (۷).

از دیگر عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی می‌توان به عملکرد درمانی غیر ضروری پزشک در درمان بیماران اشاره کرد. مواجهه پرستاران با این شرایط و اجبار آن‌ها برای انجام اقدامی غیر ضروری خصوصاً برای بیمارانی که در مراحل انتهایی زندگی به سر می‌برند، می‌تواند پرستاران را با این چالش اخلاقی مواجه ساخته (۳) و عواقب مختلفی را در آن‌ها به همراه داشته باشد.

دیسترس اخلاقی می‌تواند تأثیرات مستقیم و غیر مستقیمی را بر روی پرستاران برجای بگذارد. اختلالات جسمی همانند کابوس، سردرد، اضطراب و اختلال در روند زندگی شخصی پرستارانی که در معرض دیسترس اخلاقی بوده‌اند، گزارش شده است. افت کیفیت کاری و نارضایتی شغلی یکی دیگر از تأثیرات منفی این پدیده بر روی پرستاران است. ادامه روند نارضایتی و عدم برطرف شدن علل دیسترس اخلاقی می‌تواند استرس و فرسودگی را افزایش دهد. پرستاران در مواجهه با این شرایط، با توجه به میزان حساسیت و تعهدشان ممکن است نسبت به شرایط بی‌تفاوت شده و از ارائه‌ی خدمت مناسب اجتناب کنند یا حتی توانایی ادامه خدمت در این سیستم را نداشته و حرفه‌ی خود را ترک کنند (۸، ۹).

نکته مورد توجه در شرایط ایجاد کننده‌ی دیسترس اخلاقی، ناتوانی پرستاران برای عملکرد درست است. این ناتوانی، ناشی از عدم آگاهی به موارد اخلاقی نیست بلکه آن‌ها در حقیقت در موقعیتی قرار می‌گیرند که از انجام عملکرد صحیح می‌ترسند (۱۱، ۱۰). برای غلبه بر این ترس، پرستاران نیازمند شجاعت در زمینه‌ی عملکرد اخلاقی هستند (۱۳، ۱۲). شجاعت اخلاقی به صورت ایستادگی در برابر آنچه درست است تعریف شده و مستلزم یک تعهد ثابت در زمینه‌ی اصول اخلاقی علیرغم وجود خطرات بالقوه‌ای است که موقعیت شغلی پرستار را تهدید می‌کند (۱۵، ۱۴). افرادی

گسترش روز افزون علوم مراقبتی، عملکرد پرستاران در محیط‌های درمانی را با معضلات اخلاقی پیچیده‌ای همراه کرده است. این معضلات می‌تواند مسؤلیت اخلاقی پرستاران که شامل توانایی شناخت و پاسخ درست در مواجهه با موارد اخلاقی در امر مراقبت از بیماران است را با اشکال مواجه سازد. در این هنگام پرستار احساس می‌کند در موقعیت انجام دادن و انجام ندادن امری قرار گرفته، معضلات اخلاقی در وی افزایش می‌یابد (۲، ۱).

یکی از این چالش‌ها، دیسترس اخلاقی است. Jameton دیسترس اخلاقی را به‌عنوان یک احساس دردناک و عدم تعادل روحی توصیف می‌کند که در شرایطی ایجاد می‌شود که پرستاران خود را از انجام کار درست، ناتوان می‌بینند. وی محدودیت‌های ساختاری و درونی را به‌عنوان موانع انجام عملکرد درست معرفی کرده است (۳). Harrowing و Mill بیان می‌کنند که در شرایط دیسترس اخلاقی، دسترسی به اهداف اخلاقی مدنظر میسر نبوده و آگاهی فرد نمی‌تواند به راه‌حل منتهی شود (۴). Schluter و همکاران علت بروز این چالش اخلاقی را افت کیفیت مراقبت ارائه شده، مراقبت بیهوده، حمایت ناکافی و تقاضای غیر واقعی دانسته‌اند (۵). افت کیفیت مراقبت، روندی خطرناک است که به‌طور مستقیم بیماران و به‌طور غیرمستقیم پرستاران را در معرض خطر قرار می‌دهد و علل متفاوتی همانند کاهش تعداد کارکنان می‌تواند در بروز آن مؤثر باشد. در این میان عواملی از جمله خطاهای پزشکی، عدم فرصت برای برطرف کردن نیاز بیماران نیز می‌تواند مطرح شود (۶). مراقبت بیهوده نیز شرایطی ایجاد می‌کند که پرستار را با تعارض اخلاقی مواجه می‌کند. از یک سو عدم فایده‌ی درمان و اقدامات مراقبتی و از سوی دیگر وظیفه‌ی مراقبتی پرستار تعارضی ایجاد می‌کنند که زمینه‌ی مناسب را برای ایجاد دیسترس اخلاقی در پرستاران فراهم

همچنین، به این نکته اشاره می‌کند که اگر افراد توانایی و شجاعت عدم انجام اقدام مخالف با موازین اخلاقی را داشته باشند دیسترس اخلاقی را کمتر تجربه خواهند کرد (۱۴). Murray و Aultman بیان می‌کنند که پرستاران در مواجهه با چالش‌های اخلاقی از شجاعت کافی برخوردار نبوده و این خود عاملی برای بروز دیسترس اخلاقی در آنها است (۲۵)، (۲۴).

با توجه به اهمیت موضوع دیسترس اخلاقی و تأثیراتی که می‌تواند بر روی پرستاران و کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط آنها داشته باشد و نقش شجاعت اخلاقی در ممانعت از بروز دیسترس اخلاقی، این مطالعه به انجام رسیده است.

روش کار

مطالعه‌ی ارتباطی حاضر در اسفند ماه سال ۱۳۹۲ در استان خراسان جنوبی انجام شده است. پرستاران مورد پژوهش، شامل ۳۱۳ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس و از بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU، CCU)، NIJCU و دیالیز) از بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی انتخاب شدند. بر اساس تعداد پرستاران در هر بیمارستان، پرستاران دارای معیارهای ورود به آزمون انتخاب شده و وارد آزمون گردیدند. داشتن حداقل مدرک لیسانس پرستاری، تمام وقتی، سابقه‌ی یک سال کار در بخش‌های بالینی و اشتغال فعلی در کار بالینی، به‌عنوان معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسش‌نامه‌ی سه قسمتی بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بود که ویژگی‌های سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، سنوات خدمت و نوع استخدام را مورد بررسی قرار می‌دهد. بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی بود که این پرسش‌نامه توسط Corley و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی و در سال ۲۰۰۱ مورد تجدید نظر قرار گرفته و شامل ۲۱ سؤال است (۲۶). هر یک از سؤالات شامل موقعیتی

که دارای شجاعت اخلاقی هستند، می‌دانند که در ازای عملکرد درست ممکن است چیزی را از دست بدهند. این افراد ممکن است با تهدید آبرو، شرمندگی، اضطراب، طرد شدن از جمع همکاران، تلافی و از دست دادن کار روبه‌رو شوند (۱۶). برای پرستارانی که دارای عملکرد اخلاقی شجاعانه هستند، تعهد به بیماران، مهم‌تر از نگرانی‌هایی است که آن‌ها ممکن است در رابطه‌ی با خطر مربوط به خودشان داشته باشند (۱۷، ۱۶). پرستارانی که شجاعت اخلاقی دارند قادر هستند بر ترس‌های شخصی خود فائق آیند و در شرایط موجود می‌دانند که چگونه بیش‌ترین سود را به بیماران برسانند (۱۸).

Sekerka و همکارانش اشاره می‌کنند که پرستاران هنگامی با شجاعت اخلاقی عمل می‌کنند که با شرایطی مواجه شوند که به‌طور مستقیم مراقبت از بیمار را تهدید کند (۱۷). وقتی فردی از عملکرد صحیح اخلاقی ناتوان می‌شود شجاعت اخلاقی به وی کمک می‌کند تا بدون توجه به عواقب آن برای دستیابی به هدف نهایی تلاش کند (۱۹). این جرات اخلاقی، هویت اخلاقی فرد و چهارچوب اعتقادیش را، حفظ کرده و هم‌چنین، فرد را از عواقب دیسترس اخلاقی مصون می‌دارد (۲۰).

مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی دیسترس اخلاقی، حاکی از سطح متوسط به بالای آن در پرستاران است (۲۳ - ۲۱، ۶). میزان دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، بالاتر است (۸، ۶). Cummings در مطالعه‌اش به عواقب دیسترس اخلاقی اشاره کرده، استرس حرفه‌ای و ترک حرفه را با آن مرتبط دانسته و بیان می‌کند که پرستاران به‌دنبال نارضایتی از کارشان مجبور به ترک حرفه می‌شوند (۹). Gallagher نیز به بررسی دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران پرداخته و شجاعت اخلاقی را به عنوان یک فاکتور ضروری جهت پیشگیری از دیسترس اخلاقی، در محیط‌های بالینی معرفی می‌کند. وی

روند تکمیل پرسش‌نامه، توضیحات لازم برای هر یک از سؤالات به واحدهای مورد پژوهش داده شد. از کل ۳۴۰ پرسش‌نامه توزیع شده، ۳۱۸ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد. از این تعداد ۵ پرسش‌نامه به دلیل نقص در پاسخ‌گویی قابل استفاده نبوده و از مطالعه حذف شدند. جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها یک ماه به طول انجامید. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ و توسط آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و تحلیلی (T-test، آنالیز واریانس، Pearson Correlation test و Chi-square) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

در این مطالعه ۳۱۳ پرستار، با میانگین سنی $37 \pm 2/46$ ، در دامنه‌ی ۵۳-۲۵ سال شرکت داشتند. کم‌ترین و بیش‌ترین سابقه‌ی کار به ترتیب ۲ و ۲۶ سال و میانگین سنوات خدمت $12 \pm 1/32$ بوده است. از نظر نوع بخش نیز، پرستاران در ۴ گروه جای گرفتند. از نظر وضعیت استخدامی نیز، پرستاران به سه گروه رسمی، طرحی و قراردادی تقسیم شدند. جدول شماره‌ی یک ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش را نشان می‌دهد.

میانگین دیسترس اخلاقی در دامنه‌ی (۵-۰) $3/7 \pm 0/5$ و فراوانی آن، $3/55 \pm 0/86$ بوده است. میانگین شجاعت اخلاقی در دامنه‌ی (۵-۱) $3/33 \pm 0/46$ است.

در بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی، نتایج، حاکی از وجود ارتباط منفی معنی‌دار، بین شدت دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی است ($r = 0/44$ ، $P = 0/03$). ارتباط بین تکرار دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی معنی‌دار نبوده است ($P > 0/05$).

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و ویژگی‌های دموگرافیک، حاکی از ارتباط معنی‌دار بین دیسترس اخلاقی و سن، سابقه‌ی کار و بخش محل خدمت است. ارتباط بین شجاعت اخلاقی

حاکی از دیسترس اخلاقی است. گزینه‌های این پرسش‌نامه در دو بعد شدت و تکرار تنظیم شده و مطابق معیار لیکرت، در بعد شدت، از صفر (اصلاً) تا ۵ (بسیار زیاد) و در بعد تکرار، از صفر (هرگز) تا (مکرراً) آرایش یافته است. این پرسش‌نامه در ایران نیز توسط Merghati Khoiee و همکارانش در سال ۲۰۰۸ مورد ارزیابی قرار گرفته و بومی سازی شده است (۲۲). پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی عباس‌زاده و همکاران با آلفای کرونباخ $0/93$ و روایی آن به روش CVI^1 معادل ۸۸ درصد گزارش شده است (۲۳). بخش سوم، شامل پرسش‌نامه‌ی شجاعت اخلاقی بود که توسط Sekerka و همکارانش در سال ۲۰۰۹ طراحی شده است (۱۷). این پرسش‌نامه شامل ۱۵ سؤال در پنج حیطه‌ی عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، حساسیت اخلاقی و اهداف اخلاقی است. این پرسش‌نامه شامل پنج گویه در مقیاس لیکرت است که از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مرتب شده است. ابتدا این پرسش‌نامه به روش دوطرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی ترجمه شده؛ سپس جهت تعیین روایی توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در زمینه‌ی اخلاق پزشکی، از نظر شفاف بودن گزینه‌ها، مربوط بودن و ساده بودن آن‌ها، مورد بررسی قرار گرفته و CVI آن ۸۱ درصد محاسبه شده است. پایایی آن نیز با حجم نمونه ۳۰ نفری از پرستاران مورد پژوهش (آلفای کرونباخ) $0/85$ محاسبه شده است.

این پرسش‌نامه، پس از کسب مجوزهای لازم توسط همکار پژوهشگر، در محیط‌های پژوهش توزیع شد. قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها از افراد رضایت‌نامه‌ی شفاهی کسب شده و به آن‌ها خاطر نشان شد که اطلاعات این پرسش‌نامه بدون نام و محرمانه بوده و همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان برای ورود و خروج از مطالعه، آزادی کامل دارند. همچنین، در طی

¹ Contact validity index

و سابقه‌ی کار، سن و نوع استخدام نیز معنی‌دار بوده است. (جدول شماره‌ی ۱).

جدول شماره‌ی ۱ - میانگین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی بر حسب متغیرهای دموگرافیک در پرستاران

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی	دیسترس اخلاقی (Mean±SD)	تکرار دیسترس اخلاقی (Mean±SD)	شجاعت اخلاقی (Mean±SD)
رشد رشد	ICU	۱۶۲	۴/۲±۰/۸۸	۳/۹±۰/۶۸	۳/۳±۰/۴
	CCU	۷۶	۳/۱±۰/۵۶	۲/۸±۰/۱۶	۴/۱±۰/۶۶
	NICU	۴۵	۳/۱۸±۰/۴۳	۳±۱/۲	۲/۵۵±۰/۴۶
	دیالیز	۳۰	۲/۴۴±۰/۶۶	۳/۱۱±۰/۷۷	۳/۷±۰/۵۶
	کل	۳۱۳	۱۰۰		
سطح معنی‌دار			$P=۰/۰۳$	$P=۰/۰۴$	$P=۰/۰۷$
رشد	زن	۲۴۰	۳/۲۲±۰/۵۱	۳/۵۱±۱/۱	۳/۷۵±۱/۲
	مرد	۷۳	۴/۲±۰/۶۱	۲/۹۶±۰/۵۸	۳/۱۲±۰/۶۲
	کل	۳۱۳	۱۰۰		
	سطح معنی‌دار			$P=۰/۰۱$	$P=۰/۰۱$
رشد استخدام	رسمی	۱۸۵	۳/۷۶±۰/۸	۳/۲±۰/۶۵	۳/۸±۰/۳۸
	قراردادی	۷۷	۳/۵±۰/۷۷	۳±۰/۶۶	۳/۲±۰/۹
	طرحی	۵۱	۴±۰/۹	۲/۸۸±۰/۵	۳±۰/۶۹
	کل	۳۱۳	۱۰۰		
سطح معنی‌دار			$P=۰/۰۱$	$P=۰/۰۱۲$	$P=۰/۰۰۲$

ICU= Intensive Care Unit; CCU= Cardiac Care Unit ; NICU= Neonatal Intensive Care Unit

بحث

مطالعه‌ی حاضر، نشانگر ارتباط معنی‌دار بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی بوده است. بین شدت دیسترس اخلاقی با شجاعت اخلاقی رابطه‌ی معنی‌دار و منفی وجود داشته است. این بدان معنی است که هر چه سطح شجاعت اخلاقی در پرستاران افزایش یابد، شدت دیسترس اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یابد. اما بین شجاعت اخلاقی و فراوانی دیسترس اخلاقی رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشده است. LaSala و Bjarnason در مطالعه‌شان ایجاد محیطی حاکی از شجاعت اخلاقی را در کاهش چالش‌های اخلاقی مؤثر

جدول شماره‌ی ۲ - ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت

اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران

متغیر	دیسترس اخلاقی	شجاعت اخلاقی
سن	$P=۰/۰۳$	$r=-۰/۰۳$
	$P=۰/۰۳$	$r=۰/۰۱۵$
تعداد سال‌های خدمت	$P=۰/۰۴$	$r=-۰/۰۴$
	$P=۰/۰۴$	$r=۰/۰۱۴$

سطح شجاعت اخلاقی پرستاران در این مطالعه، در حد متوسط ارزیابی شده است. Aultman در مطالعه‌اش بیان می‌کند که امروزه فقدان شجاعت اخلاقی در بین افراد، شایع شده است. لذا باید عواملی مانند جرأت‌ورزی و پایبندی به اصول اخلاقی (درستکاری اخلاقی) را ترویج داد تا در نهایت شجاعت اخلاقی افزایش یابد (۲۴). Day در مطالعه‌اش، میزان شجاعت اخلاقی در محیط‌های بهداشتی - درمانی را پایین دانسته و عوامل بسیاری مانند عدم اطمینان شغلی را از جمله موانع گرایش پرستاران به رفتارهای شجاعانه می‌داند (۱۱). Kidder نیز معضلات اخلاقی موجود در سیستم‌های بهداشتی را به دلیل عدم شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی دانسته است. وی هم‌چنین، بیان می‌کند که جو اخلاقی سالم، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از چالش‌های اخلاقی داشته باشد (۱۲). مطالعات مرور شده نشان می‌دهند که شجاعت اخلاقی در پرستاران بالا نبوده، و می‌توان عوامل متفاوتی از جمله محدودیت‌های مدیریتی و سازمانی را به‌عنوان علل آن برشمرد. در حقیقت بیش‌تر پرستاران در عمل، گرایش به درستکاری دارند، ولی در بیش‌تر مواقع، موانع واقعی و ذهنی موجود، از جمله سیستم‌های مدیریتی، فرد را وادار می‌کند که قبل از اجرای عمل اخلاقی، تمایل به انجام آن را سرکوب کرده و ترجیح دهد از تأثیرات منفی آن مصون بماند.

ارتباط بین دیسترس اخلاقی با سن و سابقه‌ی کار، رابطه‌ای معنی‌دار و منفی است. Corley و همکاران بیان می‌کنند که با افزایش سابقه‌ی کار در پرستاران، دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد. آن‌ها هم‌چنین، بیان می‌کنند احتمالاً پرستارانی که سن و سابقه‌ی کاری بیش‌تری دارند، به‌واسطه داشتن تجربه بیش‌تر اولاً در مواجهه‌ی با چالش‌های اخلاقی، کم‌تر دچار تعارض اخلاقی می‌شوند و ثانیاً در مواجهه‌ی با این چالش‌ها از مکانیزم‌های انطباقی استفاده می‌کنند که تأثیرات شرایط موجود را در آن‌ها به حداقل می‌رساند (۱). Lazzarin و همکاران ارتباط بین دیسترس اخلاقی با سابقه‌ی کار در پرستاران را

دانسته‌اند (۱۸). Gallagher نیز، وجود شجاعت اخلاقی در پرستاران را به‌عنوان عاملی مهم در کاهش دیسترس اخلاقی معرفی کرده و بیان می‌کند که تصمیم‌گیری شجاعانه پرستاران در مواجهه‌ی با چالش‌های اخلاقی می‌تواند باعث حفظ چهارچوب‌های اخلاقی شده و از آشفتگی اخلاقی آن‌ها جلوگیری کند (۱۴). Murray نیز در مطالعه‌اش بیان می‌کند که تقویت شجاعت اخلاقی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از عواقب نامطلوب چالش‌های اخلاقی داشته باشد که به‌طور معمول در محیط‌های درمانی به‌وجود می‌آیند. تصمیم‌گیری شجاعانه پرستاران به منظور دستیابی به اهداف اخلاقی، می‌تواند از ایجاد تعارضات اخلاقی جلوگیری کند (۲۵). مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات قبل، حاکی از این نکته است که رفتار شجاعانه پرستاران در هنگام مواجهه‌ی با تعارضات اخلاقی، از ایجاد دیسترس در آن‌ها پیشگیری کرده و باعث راحتی اخلاقی در آن‌ها می‌شود. به عبارت دیگر شجاع بودن در اجرای اخلاقیات علیرغم وجود موانع ذهنی و سازمانی، تأثیرات منفی تعارضات اخلاقی را در پرستاران کاهش داده و باعث دستیابی به اهداف اخلاقی می‌شود.

میزان دیسترس اخلاقی در پرستاران معمولاً بیش از حد متوسط است. Corley در مطالعه‌ای، سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران را بالا گزارش کرده است (۶). Cummings نیز در مطالعه‌ی خود شیوع پدیده دیسترس اخلاقی در پرستاران را بالا دانسته و این پدیده را در ایجاد ترک حرفه در پرستاران مؤثر معرفی می‌کند (۹). عباس‌زاده و همکارانش نیز سطح این پدیده را در پرستاران شایع دانسته و جو اخلاقی محیط کاری را در ایجاد آن مهم ارزیابی کرده‌اند (۲۳). Schluter و همکارانش نیز، در مرور متون گسترده، به بررسی دیسترس اخلاقی پرداخته و آن را در محیط‌های درمانی شایع گزارش کرده‌اند (۵). به‌طور کلی می‌توان گفت، دیسترس اخلاقی در محیط‌های درمانی بیش از حد متوسط بوده که البته میزان آن بستگی به نوع محیط‌های مراقبتی دارد.

معنی‌دار دانسته و معتقدند، کارکنان تازه‌کار، به دلیل عدم آشنایی با شرایط و چالش‌های محیط، بیش‌تر تحت تأثیر قرار گرفته و دچار استرس و دیسترس می‌شوند (۸). عباس‌زاده و همکاران نیز، در مطالعه‌شان ارتباط بین دیسترس اخلاقی با سن و سابقه‌ی کار را معنی‌دار دانسته و معتقدند با افزایش سن و سابقه‌ی کار، پس از رویارویی با حوادث مختلف، پرستاران کم‌تر دچار آشفتگی اخلاقی می‌شوند (۲۳).

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و بخش محل خدمت نیز رابطه‌ای معنی‌دار است. شدت فراوانی دیسترس اخلاقی در بخش ICU نسبت به سایر بخش‌ها بالاتر است. Corley و همکاران در مطالعه‌ی خود میزان چالش‌های اخلاقی و دیسترس را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نسبت به سایر بخش‌ها بیش‌تر می‌دانند. آن‌ها در این مطالعه شرایط حاد مراقبتی این بخش‌ها را عامل این تفاوت ذکر کرده‌اند (۱).

Mill و Harrowing در مطالعه‌ی کیفی خود، دیسترس اخلاقی، در پرستارانی که مسؤول مراقبت از بیماران مبتلا به ویروس نقص ایمنی اکتسابی (HIV) هستند را بالا دانسته و علت آن را، ویژگی‌های ذاتی این محیط‌های مراقبتی می‌دانند (۴). Janvier و همکاران نیز، دیسترس اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان را بالا دانسته و بیان می‌کنند که رویارویی پرستاران با بیمارانی که نیاز به مراقبت‌های شدیدتری دارند و در شرایط بحرانی هستند، زمینه‌ی ایجاد چالش‌های اخلاقی در پرستاران را تشدید می‌کند (۷). به‌طور کلی می‌توان گفت جو خاصی که بر بخش‌های مراقبت‌های ویژه حاکم است و لزوم تصمیم‌گیری‌های حیاتی برای بیماران، پرستاران را بیش‌تر با چالش‌های اخلاقی روبه‌رو می‌سازد.

رابطه‌ی بین شجاعت اخلاقی با سن و سابقه‌ی کار نیز معنی‌دار بوده و حاکی از آن است که با افزایش سن و سابقه‌ی کار سطح شجاعت اخلاقی در پرستاران افزایش می‌یابد. Murray در مطالعه‌اش بیان می‌کند که هر چه تجربه و سابقه

کار در پرستاران افزایش می‌یابد، تأثیر موانع موجود در محیط کاری در عملکرد پرستاران کاهش یافته و شجاعت اخلاقی افزایش می‌یابد (۲۵). Aultman معتقد است که شجاعت اخلاقی با گذشت زمان و مشاهده‌ی رفتارهای شجاعانه‌ی دیگران، آموخته می‌شود. وی بیان می‌کند با افزایش تجربه‌ی کاری و رویارویی مکرر با چالش‌های درمانی، بروز رفتارهای شجاعانه در پرستاران زیاد می‌شود (۲۴). Gallagher بیان می‌کند که بعضی پرستاران بدون داشتن سن و تجربه‌ی زیاد، شجاعت اخلاقی از خود نشان می‌دهند. ولی عموماً بالا رفتن سن و سابقه‌ی کار و آشنایی با جو محیط کاری و زیاد شدن رفتارهای قاطعانه پرستاران، شجاعت اخلاقی آن‌ها را افزایش می‌دهد (۱۴).

در این مطالعه نشان داده شده است که بین شجاعت اخلاقی و نوع استخدام پرستاران، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. افرادی که کارمند رسمی هستند و ثبات شغلی دارند، رفتارهای شجاعانه زیادتری از خود نشان می‌دهند. این نظر توسط Gallagher و LaSala نیز تأیید شده است (۱۸، ۱۴). نهایتاً می‌توان گفت، ممکن است که پرستاران برای حفظ موقعیت شغلی خویش، در مواجهه با چالش‌های اخلاقی از انجام عملکرد صحیح خودداری کنند لذا با ایجاد ثبات شغلی، می‌توان شجاعت اخلاقی را در پرستاران افزایش داد.

نتیجه‌گیری

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است. نتایج حاکی از آن است که بین شدت دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی، رابطه‌ی منفی معنی‌داری وجود دارد. همچنین، سطح دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران از حد متوسطی برخوردار است. این نتایج نشان می‌دهد رفتارهای شجاعانه پرستاران در مواجهه‌ی با چالش‌های اخلاقی شدت دیسترس اخلاقی را در آن‌ها کاهش می‌دهد. با توجه به این که شجاعت اخلاقی با سن و سابقه‌ی

منابع

- 1- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
- 2- Pendry PS. Moral distress: recognizing it to refrain nurses. *Nurs Econ* 2007; 25(4): 217-21.
- 3- Jameton A. Dilemmas of oral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-51.
- 4- Harrowing JN, Mill J. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(6): 723-31.
- 5- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-21.
- 6- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
- 7- Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *J Perinatol* 2007; 27(4): 203-8.
- 8- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and hematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-95.
- 9- Cummings CL. The Effect of Moral Distress on Nursing Retention in the Acute Care Setting [dissertation]. Florida (USA). University of North Florida; 2009.
- 10- Clancy T. Courage and today's nurse leader. *Nurs Adm Q* 2003; 27(2): 128-32.
- 11- Day L. Courage as a virtue necessary to good nursing practice. *Am J Crit Care* 2007; 16(6): 613-16.
- 12- Kidder RM. *Moral Courage*. New York: Harper Collins Publishers; 2005.
- 13- Lachman V. Moral courage: A virtue in need of development? *Medsurg Nurs* 2007; 16(2): 131-3.
- 14- Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs* 2010; 16(2): 8.

کاری و نوع استخدام رابطه‌ای معنی‌دار، داشته است، می‌توان گفت رفتارهای شجاعانه‌ی اخلاقی در پرستاران با تجربه، فراوانی بیشتری دارد. در راستای گسترش این رفتارهای شجاعانه می‌توان گفت که بالا بردن سطح آگاهی پرستاران از اصول اخلاقی و افزایش حساسیت اخلاقی، برداشتن موانع سازمانی مانند تنبیه و اخراج به‌خاطر رفتارهای شجاعانه، و تشویق پرستاران به انجام بحث باز در مورد مسائل و چالش‌های اخلاقی می‌تواند نقش مؤثری در گسترش رفتارهای شجاعانه پرستاران داشته باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نمونه‌گیری غیرتصادفی (سه‌میه‌ای) به‌کار رفته در این مطالعه اشاره کرد که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

تقدیر و تشکر

از کلیه پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه و هم‌چنین، افرادی که در اجرای مراحل پژوهش شرکت داشتند قدردانی می‌شود.

- 21- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi M. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 58-69. [in Persian]
- 22- Merghati Khoiee E, Vaziri MH, Shahrzad Alizadegan SH, et al. Developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. *Iran J Psychiatr* 2008; 3: 55-58.
- 23- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(2): 57-66. [in Persian]
- 24- Aultman J. Moral courage through a collective voice. *Am J Bioeth* 2008; 8(4): 67 – 69.
- 25- Murray JS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3): 2.
- 26- Corley M, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.
- 15- Lachman VD. Moral courage in action: case studies. *Medsurg Nurs* 2007; 16(4): 275–7.
- 16- Lachman VD. Moral courage: a clinical case example. *ASBH Exchange Newsletter* 2007; 10(2): 8-12.
- 17- Sekerka EL, Bagozzi RP, Charnigo R. Facing ethical challenges in the workplace: conceptualizing and measuring professional moral courage. *J Bus Ethics* 2009; 89: 565–79.
- 18- LaSala CA, Bjarnason D. Creating workplace environments that support moral courage. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3): 4.
- 19- Purtilo RB. Moral courage in times of change: visions for the future. *J Phys Ther Educ* 2000; 14(3): 4 – 6.
- 20- Edmonson C. Moral courage and the nurse leader. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3): 5.

Relationship between moral distress and moral courage in nurses

Somayeh Mohammadi¹, Fariba Borhani², Mostafa Roshanzadeh^{*3}

¹MSc in Nursing, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

²Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³Mentor, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Abstract

In the nursing profession, moral distress is a challenge that can have different consequences. The nurses' moral courage to make the right decision can play an important role in the prevention of moral distress, and thus promote moral comfort. The present study examined the relationship between moral distress and moral courage in nurses. In this study, 313 nurses from hospitals in southern Khorasan Province were selected through quota sampling, and Corley's Moral Distress Scale and the Professional Moral Courage Scale by Sekerka, et al. were used for data collection. The collected data were analyzed by descriptive and analytical statistics. The findings showed a significant relationship between the intensity of moral distress and moral courage ($P = 0.03$, $r = -0.44$). From a range of 0 - 5, the mean of moral distress was 3.7 ± 0.5 in terms of intensity, and 3.55 ± 0.86 in terms of frequency. The mean score of moral courage was calculated at 3.33 ± 0.46 from a range of 1 - 5.

The significant correlation between moral distress and moral courage strongly suggests that high levels of moral courage in nurses can play an important role in controlling moral distress. Determining the factors that create moral courage and developing strategies and circumstances such as promoting an appropriate moral climate could play a major role in encouraging moral behavior and controlling moral distress.

Keywords: moral distress, moral courage, moral comfort, nurses

*Email: mroshanzadeh62@bums.ac.ir