

ارتباط دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان

سمیه محمدی نافچی

فریبا برهانی

مصطفی روشن زاده^۱

چکیده

دیسترس اخلاقی یکی از مسائل اخلاقی شایع در حرفه بهداشتی است که می‌تواند عواقب متفاوتی را برای پرستاران به دنبال داشته باشد. یکی از مسائلی که می‌تواند بر شدت این پدیده و همچنین واکنش پرستاران نسبت به آن تأثیر داشته باشد توانمندی آن‌ها در محیط‌های کاری است، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش ۳۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بودند که به روش سهمیه‌ای و مطابق با معیارهای ورود انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده پرسشنامه ۲۱ سؤالی دیسترس اخلاقی کورلی و پرسشنامه ۳۰ سؤالی توانمندی محیطی راندولف و بلانچارد بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار Spss 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی استفاده شد. نتایج حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار معکوسی بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران بوده است ($P < 0/05$). میانگین شدت دیسترس اخلاقی ۳ (دامنه ۰-۵) و میانگین تکرار دیسترس اخلاقی ۲/۴۴ (دامنه ۰-۵) بوده است. میانگین توانمندی محیطی پرستاران نیز ۴/۶۵ (دامنه ۱-۷) محاسبه شده است. وجود ارتباط منفی معنی‌دار بین متغیرهای موجود

۱. عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

حاکمی از آن است که با توانمند کردن هرچه بیشتر پرستاران در محیط‌های بالینی می‌توان دیسترس اخلاقی آن‌ها را کاهش داده و از بروز پیامدهای ناخوشایند آن جلوگیری نمود. این خود لزوم توجه به امر برنامه‌ریزی در زمینه توانمندسازی هرچه بیشتر پرستاران در محیط‌های بالینی را آشکار می‌سازد.

واژگان کلیدی

دیسترس اخلاقی، توانمندی محیطی، پرستاران، نارضایتی از حرفه

مقدمه

گسترش روزافزون علوم سلامتی، گروه مراقبین را با مسائل اخلاقی مختلفی مواجه ساخته است که در این میان دیسترس اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردار است (هامریک و همکاران، ۲۰۰۷ م.). دیسترس اخلاقی اولین بار توسط جامپتون^۱ مطرح شده (۱۹۸۴ م.) و شامل عدم تعادل روانشناختی ناشی از تصمیمات اخلاقی است که به دلیل محدودیت‌های سازمانی موجود به عملکرد اخلاقی منتهی نمی‌شود (ویلکینسون^۲، ۱۹۸۸-۱۹۸۷ م.؛ ناتانیل، ۲۰۰۶ م.) اسپلوتر^۳ و همکارانش بیان کرده‌اند که دیسترس اخلاقی می‌تواند به عنوان یک عامل بالقوه آسیب برای پرستاران محسوب شود. (۲۰۰۸ م.)

علل متعددی همانند مراقبت بیهوده، ارتباط غیر مؤثر با بیماران در حال مرگ و خانواده‌های آن‌ها، اقدامات درمانی غیر ضروری، توقعات بیماران و خانواده‌های آن‌ها می‌تواند در بروز دیسترس اخلاقی نقش داشته باشد. (کورلی^۴، ۲۰۰۲ م.) پرستاران همچنین در مواجهه با شرایط دیسترس‌زا به روش‌های متفاوتی واکنش نشان می‌دهند. عده‌ای از آن‌ها احساس گناه کرده و گزارش خطا تنظیم می‌کنند. تعدادی نیز با سایر اعضای تیم درمان به مقابله پرداخته و از انجام درمان‌های غیر ضروری خودداری می‌کنند، عده‌ای نیز سکوت می‌کنند. با ادامه روند دیسترس اخلاقی و شکست مکانیزم‌های تطابقی در پرستاران، عوارض ناشی از دیسترس اخلاقی بروز می‌کند. (فایرست، ۲۰۰۱ م.)

طیف تأثیرات دیسترس اخلاقی متفاوت است. دیسترس اخلاقی می‌تواند علاوه بر ایجاد علایم جسمی و روانی (اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و سردرد، کابوس) باعث افزایش استرس و فرسودگی شغلی و همچنین عدم رضایت از حرفه را در پرستاران به دنبال داشته باشد. این شرایط باعث افت کیفیت مراقبت و

توان افراد برای مقابله با شرایط موجود شده و غیبت از کار و ترک حرفه ایجاد خواهد شد. (کورلی و همکاران، ۲۰۰۵ م؛ اپرن و همکاران، ۲۰۰۵ م.) دیسترس اخلاقی همچنین می‌تواند به عنوان یک عامل بازدارنده و محدودکننده برای رفتار پرستاران عمل نماید. (هامریک و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ جامپتون، ۱۹۹۳ م.)

یکی از عواملی که می‌تواند دیسترس اخلاقی و شرایط ایجادکننده آن را تحت تأثیر قرار دهد، توانمندی پرستاران در محیط‌های مراقبتی است. (جامپتون، ۱۹۹۳ م.) توانمندی در معنای عام خود، عملکردی مداوم بوده که به قدرت بخشیدن و دادن آزادی عمل به افراد برای اداره خودشان اشاره داشته و می‌تواند عملکرد افراد را به حد نرمال آن نزدیک کند. (توماس و همکاران، ۱۹۹۰ م؛ لاسچینر و همکاران، ۲۰۰۰ م.) توانمندی شامل دو بعد روانی و محیطی است که هر کدام از این ابعاد به حیطه خاصی از توانمندی اشاره دارد. توانمندی محیطی از ۳ بعد: نگرش‌ها (به اشتراک‌گذاری اطلاعات با کارکنان در سازمان)، روابط (مسئولیت افراد در تیم درمانی و همکاری در سازمان) و ساختارهای سازمانی (استفاده از ساختارهای سنتی و غیر شفاف با ساختارهایی روشن و شفاف که بر اقتدار افراد مبتنی است) تشکیل شده است. (ارستاد، ۱۹۹۷ م.) این ابعاد حاکی از آن هستند که از طریق به اشتراک‌گذاری اطلاعات مورد لزوم سازمانی با کارکنان، برقراری ارتباط مؤثر و ساختارهای سازمانی فردمحور و شفاف، می‌توان توانمندی محیطی پرستاران را افزایش داد. توانمند کردن محیط کار می‌تواند با ارتقای ایمنی و سلامت محیط کار موقعیت مناسبی را برای ارتقای شغلی کارکنان و کاهش فشارها و تنش‌های موجود در محیط کار فراهم آورد. توانمندی ابزاری کاربردی است که باعث رشد و ارتقای دانش و مهارت افراد شده و بکارگیری آن آرمانی آشکار برای ارتقای سلامت جوامع محسوب می‌شود. (بیه‌ر، ۱۹۹۵ م.)

افزایش توانمندی محیطی باعث ارتقای قدرت و تجزیه و تحلیل کارکنان شده و آن‌ها را قادر می‌سازد راه حل‌های مناسبی برای مشکلات خود پیدا کنند. همچنین افراد توانمند می‌توانند خود را با شرایط جدید محیطی و تغییرات آن هماهنگ کرده و دستیابی به اهداف و خواسته‌هایشان را امکان‌پذیر کنند. (ارستاد، ۱۹۹۷ م.) توانمندی همچنین روی افراد و محیط‌های کاری آن‌ها در جهت کاهش استرس و دیسترس اخلاقی مؤثر بوده و می‌تواند عامل مؤثری در عملکرد و کارایی پرستاران و خصوصاً امنیت بیماران باشد. توانمندی در سازمان‌ها می‌تواند چه به صورت مستقیم و چه به صورت غیرمستقیم بر پیامدهای سازمانی تأثیرگذار باشد. از جمله پیامدهای مهم آن می‌توان به افزایش انگیزش و اشتیاق شغلی و بروز رفتارهای نوآورانه اشاره کرد که می‌تواند باعث اثربخشی کار شود. (بیه‌ر، ۱۹۹۵ م.) احساس توانمندی به افراد کمک می‌کند که تمایل آن‌ها برای مدیریت شرایط دیسترس‌زا افزایش یافته و از بسیاری از عواقب ناخوشایند آن خودداری شود.

مطالعات متعددی در رابطه با دیسترس اخلاقی در پرستاران صورت گرفته است. کورلی در مطالعه‌اش شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران را در سطح متوسط گزارش کرده و جوّ اخلاقی محیط کار را در ایجاد دیسترس اخلاقی مؤثر دانسته است. (۲۰۰۵ م.) لازارین^۵ نیز میزان دیسترس اخلاقی را یک مشکل شایع تجربه‌شده در بخش‌هایی که با مراقبت پایان زندگی مواجه هستند بیان می‌کند. (۲۰۱۲ م.) در سال ۲۰۱۲ در طی مطالعه‌ای که با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه صورت گرفت، دیسترس اخلاقی به صورت پدیده‌ای چند فاکتوری و پیچیده معرفی شده و عواقب آن نیز مبهم بیان شده است. (راسل، ۲۰۱۲ م.) در مطالعاتی که در ایران با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران صورت گرفته، میزان دیسترس اخلاقی در سطح متوسط به بالا گزارش

شده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند. (بیکمرادی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ جولایی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.)
مطالعات صورت گرفته در زمینه توانمندی این نکته را آشکار می‌کند که توانمندی به عنوان عاملی برای افزایش کارایی پرستاران و کاهش تنش‌های شغلی در آن‌ها مطرح است. (فانیگولد و همکاران، ۲۰۰۰ م.) همچنین عدم توانمندسازی محیطی به عنوان دلیل اصلی ترک حرفه در پرستاران شناخته شده است. (بارک، ۲۰۰۱ م.) نصیرپور و سعادت‌نی نیز در مطالعه‌شان میزان توانمندی را در پرستاران بالا دانسته و ارتباط آن را با رضایت شغلی معنی‌دار بیان کرده‌اند. (۲۰۱۱ م.) شیخی و همکارانش نیز توانمندسازی پرستاران را در مقابله با تنش‌های شغلی مثبت ارزیابی می‌کند. (شیخی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.)

با توجه به این که دیسترس اخلاقی می‌تواند در کیفیت کاری پرستاران مؤثر بوده و کیفیت مراقبت ارائه‌شده به عنوان هدف نهایی سازمان‌ها را به طور غیر مستقیم تحت تأثیر قرار دهد و با مد نظر قراردادن این مسأله که توانمندی پرستاران نیز می‌تواند نقش مهمی در کاهش تنش‌های شغلی و پیامدهای آن‌ها داشته باشد و همچنین با توجه به کمبودهای احساس‌شده در این زمینه در ایران این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران پرداخته تا بتواند با استفاده از نتایج این مطالعه، راهکارهایی را در جهت کاهش دیسترس اخلاقی و اثرات و پیامدهای آن در محیط‌های درمانی ارائه دهد.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی بوده که با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران صورت گرفته

است. واحدهای مورد پژوهش ۳۳۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمان بودند که از چهار بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان مطابق با معیارهای ورود انتخاب شدند. واحدهای مورد پژوهش به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و با استفاده از حجم نمونه مورد محاسبه و تعداد کل پرستاران در هر بیمارستان اختصاص یافتند. تعداد واحدهای مورد پژوهش در هر بیمارستان به صورت افصلی پور ۱۱۸، شفا ۹۵، باهنر ۸۷ و شهید بهشتی ۳۰ بوده است. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن حداقل مدرک لیسانس پرستاری و داشتن سابقه خدمت در بخش‌های بالینی بود. ابزار جمع‌آوری داده شامل پرسشنامه سه قسمتی است. بخش اول جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک افراد مورد استفاده قرار گرفت. در این بخش اطلاعاتی همانند سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، نوع استخدام و تعداد سال‌های خدمت جمع‌آوری گردید. بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی بوده و بخش سوم شامل پرسشنامه توانمندی محیطی است که در سال ۱۹۹۷ توسط راندولف و بلانچارد^۶ گسترش یافت. پرسشنامه دیسترس اخلاقی از ۲۱ سؤال تشکیل شده و گزینه‌های مربوط نیز در مورد هر سؤال شدت و تکرار را می‌سنجند. گویه‌های آن در مورد شدت از اصلا (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در مورد تکرار از هرگز (صفر) تا مکررا (پنج) مرتب شده است. (۲۰۰۱ م). پرسشنامه توانمندی محیطی شامل ۳۰ سؤال در سه حیطه (به اشتراک‌گذاری اطلاعات، ساختارهای واضح و مسؤولیت تیمی) است. گزینه‌های آن بر طبق مقیاس لیکرت ۷ تایی از تقریبا هرگز (۱) تا تقریبا همیشه (۷) مرتب شده است. (راندولف و همکاران، ۱۹۹۷ م). این پرسشنامه‌ها به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین این پرسشنامه‌ها به

طور جداگانه مورد روایی و پایایی قرار گرفته است. روایی آن‌ها با استفاده از ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۸۸٪ و برای پرسشنامه توانمندی محیطی ۸۹٪ محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) محاسبه گردید. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۹۰٪ و برای پرسشنامه توانمندی محیطی ۹۱٪ گزارش گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای ورود و یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش خاطر نشان شد که اطلاعاتشان فقط برای استفاده در مطالعه بوده و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها پس از دو هفته (۱۳۹۱/۱۱/۱۷ تا ۱۳۹۱/۱۲/۴) با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بیان سطح دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده گردید.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که واحدهای مورد پژوهش از نظر سنی در دامنه بین ۲۳-۵۳ قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۲۸ سال بوده است. ۱۱٪ از پرستاران را مردان و ۸۹٪ از آن‌ها را زنان به خود اختصاص دادند. میانگین تعداد سال‌های خدمت در واحدهای مورد پژوهش ۱۶ سال بوده و در دامنه ۱ تا ۲۸ سال قرار داشت. از نظر نوع استخدام نیز واحدهای مورد پژوهش در سه طبقه رسمی ۶۰٪، قراردادی ۲۹٪ و طرحی ۱۱٪ جای گرفتند. جدول یک توزیع فراوانی پرستاران را بر اساس بخش محل خدمت نشان می‌دهد.

نتایج حاکی از آن است که میانگین شدت دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش $2/7 \pm 0/57$ (از کل ۵-۰) و میانگین تکرار دیسترس اخلاقی نیز $3/24 \pm 0/43$ (از کل ۵-۰) بوده است. همچنین میانگین توانمندی محیطی نیز $4/55 \pm 0/88$ (از کل ۷-۱) بوده است.

در زمینه بررسی سؤالات مربوط به دیسترس اخلاقی نتایج حاکی از آن است که سؤال «به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم» بیشترین میانگین شدت $(3/5 \pm 0/9)$ و تکرار $(3/7 \pm 1/2)$ دیسترس اخلاقی و سؤال «در محیط کار با مدیران و سوپروایزها کشمکش داشته‌ام» کم‌ترین میانگین شدت $(1/55 \pm 0/8)$ و تکرار $(1/05 \pm 0/8)$ دیسترس اخلاقی را در بین کل سؤالات به خود اختصاص داده‌اند.

در زمینه توانمندی محیطی بیشترین میانگین $(5/2 \pm 0/8)$ مربوط به سؤال «برای ایجاد گروه‌های کاری مؤثر و خود هدایت‌گر تلاش می‌کنیم» و کم‌ترین میانگین $(3/8 \pm 1/2)$ مربوط به سؤال «در مدیریت سازمانی بایستی به تفاوت‌ها و گوناگونی افراد در سطوح مختلف سازمانی توجه شود» بوده است.

ارتباط بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در جدول ۲ نشان داده شده است.

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و متغیرهای دموگرافیک حاکی از آن است که بین نمره کل دیسترس اخلاقی با سن ($r = -0.4$ ؛ $P < 0.05$) و تعداد سال‌های خدمت ($r = -0.63$ ؛ $P < 0.05$) رابطه معنی‌دار منفی وجود دارد. همچنین بین نمره کل دیسترس اخلاقی و نوع بخش محل خدمت نیز رابطه معنی‌داری گزارش شد (جدول ۱). بین دیسترس اخلاقی با سایر متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P < 0.05$).

ارتباط بین توانمندی محیطی با متغیرهای دموگرافیک حاکی از آن است که بین توانمندی محیطی با سن ($r = 0.35$ ؛ $P < 0.05$) و تعداد سال‌های خدمت ($r = 0.4$ ؛ $P < 0.05$) رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. بین توانمندی محیطی با سایر متغیرهای دموگرافیک رابطه معنی‌داری مشاهده نشده است ($P < 0.05$).

بحث

نتایج بدست آمده در زمینه ارتباط دیسترس اخلاقی در ابعاد شدت و تکرار با توانمندی محیطی حاکی از وجود ارتباط منفی معنی‌داری بوده است. به عبارت دیگر می‌توان گفت که وقتی که توانمندی پرستاران در بعد محیطی افزایش می‌یابد، شدت و تکرار دیسترس اخلاقی آن‌ها کاهش می‌یابد. مطالعات صورت گرفته در این زمینه نتایج مطالعه حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهند. (کاوکانین، ۲۰۰۰ م؛ هانسون و همکاران، ۲۰۰۹ م.) لاسچینگر و اسپنسیان نموده‌اند که سطوح پایین توانمندی محیطی می‌تواند با واکنش‌های نامناسب کارکنان همانند فرسودگی و دیسترس اخلاقی رابطه داشته باشد. آن‌ها ضمن بیان ارتباط معنی‌دار

بین توانمندی و فشار روانی، به تغییر ساختار سازمانی به عنوان مهم‌ترین عامل در توانمند نمودن پرستاران اشاره کرده و بیان می‌نماید که بهبود ساختار محیط کار پرستاران می‌تواند سبب کاهش استرس کاری و بهبود نتایج سازمانی شده و نتایجی همانند ارتقای مراقبت از بیماران را به همراه داشته باشد. (۲۰۰۱ م.) مانوچلوویک نیز ارتباط بین توانمندی عملکردی پرستاران را با تعهد سازمانی و رضایت شغلی‌شان مثبت دانسته است. (مانوچلوویک، ۲۰۰۵ م.) نول و لانگ در مطالعه‌شان ضمن بررسی تأثیر توانمندی روانی و محیطی بر روی پرستاران بیان نموده‌اند که توانمند کردن پرستاران در تمام عرصه‌ها خواهد توانست نقش مهمی در رضایت شغلی و کاهش تنش‌های اخلاقی و حرفه‌ای داشته باشد. (نول و همکاران، ۲۰۰۶ م.) برونینگ در مطالعه‌اش بین توانمندی و شدت دیسترس اخلاقی رابطه مثبت معنی‌داری مشاهده کرده و بیان می‌کند که شاید وقتی افراد از سطح توانایی بالاتری برخوردار باشند حساسیت و پابندی بیشتر آن‌ها به مسائل اخلاقی خود سبب شود که سطح دیسترس اخلاقی آن‌ها افزایش یابد. (۲۰۰۳ م.) کورلی نیز در سال ۲۰۰۵ در بررسی دیسترس اخلاقی بیان نموده است که محیط کاری پرستاران می‌تواند نقش مهمی در دیسترس اخلاقی‌شان داشته باشد به طوری که در محیط‌هایی که پرستاران از عملکرد اخلاقی بالاتری برخوردارند، میزان دیسترس اخلاقی پایین‌تر است. هیچ ارتباط بین شدت دیسترس و توانمندی را مثبت و ضعیف معرفی کرده است. وی ارتباط بین تکرار دیسترس اخلاقی و توانمندی را منفی و معنی‌دار دانسته است و بیان می‌کند که وقتی افراد توانمندتر می‌شوند محدودیت‌های موجود انجام عمل اخلاقی درست بیشتر باعث افزایش دیسترس اخلاقی‌شان می‌شود. (۲۰۰۸ م.) در توضیح نتایج مطالعات مورد بررسی شاید بتوان گفت که وقتی پرستاران از سطح توانمندی بالایی برخوردار باشد، عوامل مختلف

استرس‌زا از جمله مسائل اخلاقی بر روی آن‌ها تأثیر کم‌تری داشته و به عبارت دیگر شاید بتوان گفت توانمندبودن پرستاران در بعد محیطی یا ساختاری باعث افزایش سطح اقتدار و صلاحیت‌شان شده و تأثیر عوامل دیسترس‌زا را در آن‌ها کاهش می‌دهد. همچنین هرچه میزان توانمندی محیطی پرستاران بیشتر باشد در حقیقت توانایی آن‌ها برای تأثیر بر محیط اطرافشان بیشتر بوده و در نتیجه شاید از یک طرف بسیاری از علل دیسترس اخلاقی به واقعیت تبدیل نشده و از طرف دیگر در صورت بروز شرایط دیسترس اخلاقی نیز افراد به خاطر توانمندی و صلاحیت‌شان کم‌تر تحت تأثیر آن قرار گرفته و از شیوه‌های مؤثری برای حل آن استفاده می‌کنند. در حقیقت افرادی که توانمندی آن‌ها بالاتر است، میزان اقتدارشان بیشتر بوده و توانایی بیشتری برای تأثیر بر آنچه که می‌توانند انجام دهند، دارند.

میزان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط گزارش شده است. در مطالعه‌ای که توسط ارلن صورت گرفت، شرکت کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند. (۲۰۰۱ م.) جانویر و نادیا نیز در مطالعه‌شان میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران سطح بالا گزارش کردند. (۲۰۰۷ م.) عباس‌زاده و همکاران نیز سطح دیسترس اخلاقی را در سطح متوسط به بالا گزارش کردند. (۱۳۹۱ ش.) برای بررسی دیسترس اخلاقی به طور کلی ۲۱ سؤال مطرح شده است. بیشترین میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال «به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم» است. از نظر واحدهای مورد پژوهش درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده وی به عنوان یک عامل دیسترس‌زای مهم شناخته شده است. کم‌ترین میانگین نمره دیسترس از نظر شدت و تکرار مربوط به سؤال «در محل کار با سوپروایزرها و/یا مدیران

کشمکش داشته‌ام» است. ریس نیز در مطالعه خود یکی از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را مسائل عاطفی بیمار و خانواده وی و همچنین درگیری با سوپروایزرها و مدیران سازمان مطرح می‌کند. (۲۰۰۸ م.) میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد نیز بر می‌گردد.

توانمندی محیطی پرستاران در حد متوسط بوده است. در مطالعه‌ای که در آمریکا صورت گرفته است، میانگین توانمندی محیطی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در حد متوسط گزارش شده است. (مارتین، ۲۰۰۷ م.) ترزا و سارمنتو در مطالعه‌اش نشان داده است که میزان توانمندی محیطی در مریبان پرستاری کانادا متوسط بوده است. (۲۰۰۴ م.) مطالعات صورت گرفته در ایران نیز سطح توانمندی محیطی پرستاران را در حد مطلوبی گزارش کرده است. (نصیرپور و همکاران، ۲۰۱۱ م.؛ اللهیاری و همکاران، ۲۰۱۱ م.) برای بررسی توانمندی محیطی به طور کلی ۳۰ سؤال مطرح شده است. بیشترین میانگین توانمندی محیطی مربوط به سؤال «برای ایجاد گروه‌های کاری مؤثر و خود هدایت گر تلاش می‌کنیم» و کم‌ترین میانگین نیز مربوط به سؤال «در مدیریت سازمانی بایستی به تفاوت‌ها و گوناگونی افراد در سطوح مختلف سازمانی توجه شود» بوده است. در مطالعه فدیاء عدم دسترسی آسان به دریافت اطلاعات مرتبط با سازمان در پرستاران ترکیه‌ای، کم‌ترین میانگین را به خود اختصاص داده است. (۲۰۱۰ م.) در مطالعه دیگری نیز عدم دسترسی به اطلاعات در مورد شرایط کار، پایین‌ترین میانگین توانمندی محیطی را داشته است. (نصیرپور و همکاران، ۲۰۱۱ م.) بروئینگ نیز بیشترین میانگین توانمندی محیطی را مربوط به واگذاری اطلاعات مورد نیاز به کارکنان می‌داند. (۲۰۱۳ م.) کم‌ترین میانگین نیز مربوط به سؤال «هنگام بروز اشتباه سعی می‌کنیم از آن درس بگیریم» بوده است. به طور کل می‌توان گفت از دید پرستاران این

پژوهش تلاش در جهت ایجاد گروه‌های کاری که به ارتقای کیفیت کاری‌شان کمک کند بیشترین میانگین را داشته است. شاید بتوان گفت از دید این پرستاران ایجاد گروه‌های کاری مؤثر و خود هدایتگر که بتواند در دستیابی بیماران به اهداف سلامتی کمک کند از اهمیت بیشتری نسبت به دستیابی به اطلاعات داشته است. کم‌ترین میانگین نیز شاید به دلیل این که به میزان کم‌تری در سیستم‌ها اجرایی می‌شود از اهمیت کم‌تری برخوردار بوده است.

بررسی ارتباط دیسترس با متغیرهای دموگرافیک سن و تعداد سال‌های خدمت حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه منفی معنی‌داری وجود داشته که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت واحدهای پژوهش دیسترس‌شان کاهش یافته است. ریس در مطالعه‌اش بین دیسترس اخلاقی با سن رابطه معنی‌داری مشاهده نکرده است، ولی رابطه بین دیسترس اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار دانسته و بیان می‌کند که افزایش تعداد سال‌های خدمت خود باعث افزایش تجربه کاری شده و تطابق فرد را با عوامل دیسترس‌زا افزایش داده و فرد به دنبال آن کم‌تر دچار دیسترس اخلاقی می‌شود. (ریس و همکاران، ۲۰۰۸ م.) در مطالعه دیگری نیز ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت با شدت دیسترس اخلاقی معنی‌دار معرفی شده و بیان می‌کند که با افزایش سن و تجربه کاری دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد. (فیرل، ۲۰۰۶ م.). الپرن رابطه بین سن و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار معرفی کرده و بیان شده است که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت شدت دیسترس افزایش می‌یابد. این یافته مربوط به آن است وی فقط بخش‌های مراقبت ویژه را مورد بررسی قرار داده و همچنین متوسط سنی افرادی که وی در بخش‌های مراقبت ویژه مورد بررسی قرار داده بالاتر بوده است. وی همچنین رابطه بین دیسترس

اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار دانسته است. (الپرن، ۲۰۰۵ م.) بیکمرادی و همکارانش رابطه بین دیسترس اخلاقی و سن در پرستاران را معنی‌دار گزارش نکرده است. (۱۳۹۱ ش.) عباس‌زاده و همکاران رابطه بین دیسترس اخلاقی و سن و تعداد سال‌های خدمت را منفی و معنی‌دار گزارش کرده است. (عباس‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) در توضیح این نتایج شاید بتوان گفت که وقتی سن و تعداد سال‌های خدمت پرستاران افزایش می‌یابد تجربه آن‌ها در مواجهه با حوادث دیسترس‌زای اخلاقی افزایش یافته و این خود سبب می‌شود که اولاً شناخت و آگاهی آن‌ها از این مسائل در مواجهه‌های مکرر با آن افزایش یافته و از طرفی دیگر پرستاران به مرور زمان از مکانیزم‌های سازگاری مؤثرتری برای مواجهه با آن استفاده کرده و در نتیجه تأثیر شرایط دیسترس‌زا در آن‌ها پایین‌تر باشد.

بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و نوع بخش معنی‌دار بوده و حاکی از آن است که بیشترین نمره دیسترس اخلاقی مربوط به بخش کودکان و کم‌ترین میزان آن مربوط به بخش اورژانس بوده است. الپرن در مطالعه خود میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های مراقبت ویژه در حد متوسط گزارش کرده است. (الپرن، ۲۰۰۵ م.) مطالعات دیگر نیز که میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های داخلی - جراحی و مراقبت ویژه مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان آن را در سطح بالا گزارش می‌کند. (کامینگز، ۲۰۰۹ م؛ کورلی، ۲۰۰۲ م.) در این مطالعه دیسترس اخلاقی علاوه بر بخش کودکان در بخش‌های مراقبت ویژه و داخلی - جراحی نیز در سطح بالایی بوده است. شاید بتوان گفت شرایط خاص بخش‌های کودکان چه از نظر نوع مراقبت و چه از نظر طیف سنی خاص دریافت‌کننده مراقبت سبب می‌شود که پرستاران این بخش‌ها با معضلات اخلاقی بیشتری مواجه بوده و در نتیجه دیسترس اخلاقی بیشتری را تجربه کنند. پایین بودن میزان دیسترس اخلاقی

در بخش‌های اورژانس شاید به این دلیل باشد که مدت زمان بستری بیماران در این بخش کم است و بیماران یا مرخص شده یا به بخش‌های دیگر منتقل می‌شوند، لذا ممکن است پرستاران در این بخش کم‌تر با موقعیت‌های اخلاقی مواجه شده و یا در صورت مواجه کم‌تر به آن توجه نمایند.

بررسی ارتباط توانمندی محیطی با متغیرهای دموگرافیک سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران حاکی از آن است که بین توانمندی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. در بیشتر تحقیقات نیز بین تعداد سال‌های خدمت به کار و توانمندی ارتباط وجود داشته است. (لاسچینر و همکاران، ۲۰۰۴ م.) بروئینگ در پژوهشی ضمن اشاره به میانگین متوسط توانمندی روانی و ارتباط آن را با سن و سال‌های خدمت در بخش‌های مراقبت ویژه در آمریکا معنی‌داری گزارش کرده است. (۲۰۱۳ م.) در مطالعات دیگر نیز توانمندی با سال‌های خدمت رابطه مثبتی داشته است. (نول، ۲۰۰۹ م.) با توجه به ابعاد توانمندی روانی و محیطی شاید بتوان این نکته را بیان نمود که افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران خود می‌تواند در افزایش سطح توانمندی آن‌ها نقش داشته باشد. پرستاران با داشتن تجربه خدمت در بخش‌های بالینی مختلف و قرارگیری در وضعیت‌های مختلف توانایی‌شان در ابعاد مختلف افزایش یافته و شاید بتوان گفت توانمندی‌شان را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار خواهد داد.

نتیجه گیری

نتایج به دست آمده از این پژوهش حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران رابطه منفی معنی داری وجود دارد. با توجه به این نتایج و همچنین سطوح متوسط دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران می توان به این نکته توجه نمود که کلیه اقداماتی که به افزایش توانمندی پرستاران در محیط کارشان منتهی شود، خواهد توانست شرایطی از جمله شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را کاهش دهد. در نتیجه شاید بتوان با برنامه ریزی مناسب در جهت توانمند نمودن محیط کاری پرستاران و همچنین آموزش آن ها گام مؤثری در جلوگیری از عواقب جبرانناپذیر دیسترس اخلاقی برداشت. در زمینه محدودیت های این مطالعه می توان به این نکته اشاره نمود که این مطالعه در نقطه خاصی از ایران صورت گرفته و همچنین نمونه گیری نیز به روش سهمیه ای بوده که کلیه این عوامل بر تعمیم پذیری نتایج مؤثر خواهد بود.

سیاسگزاری

بدین وسیله از کلیه پرستاران شرکت کننده در مطالعه و همچنین کلیه افرادی که در این پژوهش همکاری داشته اند، تشکر و قدردانی می شود.

جدول ۱: میانگین دیسترس اخلاقی بر حسب بخش محل خدمت

میانگین و انحراف معیار دیسترس اخلاقی	درصد فراوانی	فراوانی	بخش محل خدمت
۲/۳۵±۰/۶	۳۰	۹۰	جراحی
۲/۳۰±۰/۵۵	۲۷	۸۱	داخلی
۲/۲۸±۰/۶۸	۲۳/۳۳	۷۰	مراقبت ویژه
۱/۳۸±۰/۴۵	۱۰/۶۶	۳۲	اورژانس
۳/۶±۰/۶۶	۶	۱۸	کودکان
۲/۳۴±۰/۵	۵۲/۳۳	۱۶	زنان
۲/۵۴±۰/۴۴	۷۲/۶۶	۲۳	روانپزشکی
	۱۰۰	۳۳۰	کل
		P=۰/۰۳	سطح معنی داری

جدول ۲: ارتباط دیسترس اخلاقی و توانمندی محیطی در پرستاران

توانمندی محیطی	متغیر
r= -۰/ P=۰/۰۳	شدت دیسترس اخلاقی
r= -۰/۴ P=۰/۰۴	تکرار دیسترس اخلاقی

پی‌نوشت‌ها

1. Jameton
2. Wilkinson
3. Schluter
4. Corly
5. Lazzarin
6. Randolph & Blanchard

فهرست منابع

- Abasszadeh, A. Nakhee, N. Borhane, F. Roshanzadeh, M. (1391). The survey of moral distress in the nurse's clinical practice: a cross-sectional study. *Journal of Medical Ethics and Law*. 6 (21): 113-30
- Allahyari, R. Shahbazi, B. Mirkamali, SM. Kharazi, K. (2011). Survey of relationship between the psychological empowerment of employees with organizational learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 30: 1549-54.
- Beehr, T. (1995). Psychological stress in the workplace. *Morrow and Company*. 206.
- Bykmorady, A. Rabi, C. Khatibian, M. Cheraghy, M. (1391). Moral distress in the intensive care unit nurses: a survey in care – educational hospital of Hamadan city. *Journal of Medical Ethics and history*. 5 (2): 53-63.
- Blanchard, K. Randolph, A. (1997). The Environmental Empowerment Scale. *Mental Measurements Yearbook*. 16.
- Browning, AM. (2013). Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adult during end of life. *American Journal of Critical (AJCC)*. 22 (2): 143-51.
- Burke, J. (2001). Toward a New Classification of Non-experimental Quantitative Research. *Educational Researcher*. 30 (2): 3-13.
- Corley, MC. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 9 (6): 636-50.

- Corley, MC. Elswickl, RK. Jacobs, M. (2005). Nursing moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 12: 381-90.
- Corley, MC. Elswick, RK. Gorman, M. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 33 (2): 250-6.
- Cummings, CL. (2009). The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. *University of North Florida*.
- Elpern, EHCB. Kleipell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American journal of critical care*. 14: 523-30.
- Erstad, M. (1997). Empowerment organization change. *International journal of contemporary hospitality management*. 325-33.
- Erlen, JA. (2001). Moral distress: A pervasive problem. *Orthopedic Nursing*. 20 (2): 76-80.
- Fedai, M. Yeter, D. (2010). The Impacts of Structural and Psychological Empowerment on Burnout: A Research on Staff Nurses in Turkish State Hospitals. *Canadian Social Science*. 6 (4): 63-72.
- Finegold, D. Lawler, EE. (2000). Past, Present and Future. *Organizational Dynamics*. 29 (1): 1-15.
- Fuerst, DHA. (2001). Strategies for coping with moral distress in: managing moral distress in clinical practice. *Presented at nursing leadership initiative, uva health system. charlottesville Virginia*.
- Ferrell, BR. (2006). Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *OncNurs Society*. 922-30.
- Hamric, AB. Blackhall, LJ. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Critical Care Medicine*. 35 (2): 422-9.
- Hamric, AB. Davis, WS. Childress, MD. (2006). Moral distress in health care professional. *Pharos journal of the Netherlands institute at Athens*. 69 (1): 16-23.

Hansen, L. Goodell, T. Dehaven, J. (2009). Nurses' perceptions of end-of-life care after multiple interventions for improvement. *American Journal of Critical Care*. 18 (3): 263-71.

Huck, S. (2008). Reading statistics & research. *Inc*. 33-6.

Jameton, A. (1984). Nursing practice: the ethical issues Englewood Cliffs. Copyright Jim W. Summers. *Business and Professional ethics Journal*. 4 (1): 83.

Jameton, A. (1993). *Dilemmas of oral distress: moral responsibility and nursing practice*. 4: 542-51.

Janvier, A. Nadeau, S. (2007). Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *Journal of perinatology*. 27 (4): 203-8.

Joliaee, C. Jaleli, HR. Hagebabai, F. Haqqani. V. (1391). Relationship between moral distress and job satisfaction in nursing. *Journal of Tehran medical science nursing and midwifery college (Haeat)*. 18 (1): 42-51.

Kuokkanen, L. Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*. 31 (1): 235-41.

Knol, J. Linge, RV. (2009). Innovative behavior: the effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 65 (2): 359-70.

Laschinger, HKS. Finegan, J. Shamian, J. Wilk, P. (2000). Testing a model of organizational empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's Model. *Journal of Nursing Administration*. 31 (5): 260-72.

Laschinger, HKS. Spence, HK. (2001). Promoting nurses' health: Effect of empowerment on job strain and work satisfaction. *Nursing Economic*. 19 (2): 42-53.

Lazzarin, M. Biondi, A. (2012). Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*. 19 (2): 183-95.

- Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*. 37 (4): 367-73.
- Martin, SH. (2007). The Relationship between Nurses' Environmental and Psychological Empowerment on Psychological Strain in Critical Care Nursing Work Environments. *North Carolina North Carolina State University Under the direction of Doctor*. 146-8.
- Nathaniel, A. (2006). Moral reckoning in nursing. *Western Journal of Nursing Research*. 28: 419-48.
- Nasiripour, AA. Siadati, A. (2011). A Propose Model for Nurses Empowerment through Characteristics of Workplace and Management Strategies, A Study in Iranian Hospitals. *Australian Journal of Basic and Applied Sciences*. 5 (6): 906-11.
- Rice, EM. Rady, MY. Hamrick, A. Verheijde, JL. Pendergrast, DK. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management*. 16: 360-73.
- Russell, AC. (2012). Moral Distress in Neuroscience Nursing: An evolutionary Concept Analysis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 44 (1): 15.
- Schluter, J. Winch, S. Holzhauser, K. Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*. 15 (3): 304-21.
- Sheikhe, M. Sarehloo, MA. Gavadei, A. Morady, M. (1387). The affection nursing empowerment in coping with job strine in Quds and Boalicina care- educational hospital of Qazvin. *Journal of Qazvin Medical science*. 12 (4): 38-42.
- Thomas, KW. Velthouse, BA. (1990). Cognitive elements of empowerment. *Academy of Management Review*. 15: 666-81.
- Sarmiento, TP. (2004). Nurse Educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*. 46 (2): 134-43.
- Wilkinson, JM. (1987-1988). Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 23 (1): 16-29.

یادداشت شناسه مؤلفان

سمیه محمدی نافچی: کارشناس ارشد آموزش پرستاری. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

فریبا برهانی: استادیار گروه داخلی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مصطفی روشنزاده: مربی؛ عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: mroshanzadeh62@bums.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۲۵