

ORIGINAL ARTICLE

Investigating the Level of Moral Distress and its Related Factors among Nurses in Mazandaran Burn Center

Vida Shafipour¹,
Ravanbakhsh Esmaeili²,
Mohammad Reza Heidari³,
Naierah Aghaei⁴,
Seyed Reza Saadatmehr⁵,
Akram Sanagoo⁶

¹ Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nasibeh Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran.

² Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nasibeh Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran

³ Assistant Professor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

⁴ Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nasibeh Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran

⁵MSc in Medical-Surgical Nursing, Zareh Burn Hospital, Sari, Iran

⁶ Associate Professor, Department of Nursing , Faculty of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

(Received March 2, 2015 ; Accepted July 1, 2015)

Abstract

Background and purpose: Moral distress is a common phenomenon in nursing professional and burn nurses are constantly faced with making different moral decisions for patients who are in terrible conditions. Therefore, nurses in burn units experience moral distress as mental tension. This study was conducted to determine the severity of moral distress and the factors associated with that in burn nurses.

Materials and methods: A descriptive- analytical study was conducted using census sampling on 172 nurses working in Mazandaran burn center, 2014. Data was collected through identifying demographic and occupational characteristics of the nurses (using relevant questionnaires) and Corley's Moral Distress Scale. Data analysis was performed applying Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test.

Results: The mean score for moral distress was 105.65 ± 52.39 which indicates a moderate level experienced by nurses. Kruskal-Wallis test showed a significant positive correlation between educational level and level of moral distress ($P=0.011$). There was no significant association between moral distress and other individual and professional characteristics ($P>0.05$).

Conclusion: Moral distress is accompanied by many complications that have direct effects on nurses' professional practice. Therefore, nurse managers should consider this issue and plan for programs on appropriate coping strategies.

Keywords: Moral distress; nurses; burn unit

J Mazandaran Univ Med Sci 2015; 25(126): 58-67 (Persian).

بررسی شدت پریشانی اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در مرکز سوختگی مازندران

ویدا شفیق پور^۱
روانبخش اسمعیلی^۲
محمدرضا حیدری^۳
نیره آقایی^۴
سیدرضا سعادت مهر^۵
اکرم ثناگو^۶

چکیده

سابقه و هدف: پریشانی اخلاقی پدیده‌ای شایع در حرفه پرستاری است و پرستاران بخش سوختگی نیز به طور مداوم با تصمیم‌گیری‌های مختلف اخلاقی در برخورد با بیمارانی که در شرایط هولناک بسر می‌برند، مواجه می‌باشند و آن را به صورت تنش روانی تجربه می‌نمایند. این مطالعه با هدف تعیین شدت پریشانی اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران سوختگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی تحلیلی، به روش سرشماری بر روی ۱۷۲ پرستار مرکز سوختگی بیمارستان مازندران در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، خصوصیات شغلی و پریشانی اخلاقی ۳۶ سوالی Corley انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی من ویتنی، کروسکال والیس انجام شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات شدت پریشانی اخلاقی در حد متوسط بوده است ($52/39 \pm 105/65$). بر اساس آزمون کروسکال والیس بین سطوح پریشانی اخلاقی و سطح تحصیلات ارتباط آماری معنی دار وجود داشت ($p=0/011$)، ولی این ارتباط با سایر مشخصات فردی و خصوصیات شغلی پرستاران، معنی دار نبود ($p>0/05$).

استنتاج: با توجه به عوارض ناشی از پریشانی اخلاقی و تاثیر مستقیم آن در عملکرد حرفه‌ای پرستاران، آشنایی هر چه بیشتر مدیران به این پدیده، علل پیدایش و ارائه راهبردهای مقابله‌ای آن پیشنهاد می‌گردد.

واژه های کلیدی: پریشانی اخلاقی؛ پرستاران؛ بخش سوختگی

مقدمه

پیشرفت دانش و فن آوری‌های پزشکی عصر حاضر
با افزایش گفتمان مبتنی بر رعایت اخلاق حرفه ای و
کاربرد آن در محیط‌های بالین همراه شده است(۱).
پرستاری حرفه‌ای است که همواره بنا بر ماهیت ذاتی

E-mail: a_sanagu@yahoo.com

مؤلف مسئول: اکرم ثناگو- گرگان: دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات پرستاری،

۱. استادیار، دکتری آموزش پرستاری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، دکتری آموزش پرستاری، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. استادیار، دکتری آموزش پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

۴. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵. کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان زارع، ساری، ایران

۶. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۴/۱/۱۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۴/۴/۱۰

خود با مسائل اخلاقی زیادی مواجه است یکی از این موضوعات اخلاقی، پریشانی اخلاقی است که امروزه مورد توجه بسیاری از محققین قرار گرفته است (۹). زیرا همواره مراقبت از بیماران با مقوله اخلاق و ملاحظات اخلاقی مرتبط است (۳). پدیده پریشانی اخلاقی اولین بار توسط جامپتون مطرح شد وی آن را پدیده‌ای می‌داند که فرد علی‌رغم داشتن آگاهی به دلیل محدودیت‌های موجود نمی‌تواند عمل صحیح اخلاقی را انجام دهد (۲) احساس ناراحتی در موقعیتی که در آن پرستار احساس می‌کند قادر به حفظ منافع و ارزش‌های در معرض خطر نیست (۲،۱). عدم انجام اقدام مناسب اخلاقی علی‌رغم تشخیص آن به علت موانعی نظیر نداشتن وقت کافی، مخالفت مقام مافوق، محدودیت‌های پزشکی، سیاست‌های سازمان‌های کار و ملاحظات اخلاقی فردی یا اعتقادی منجر به ایجاد استرس می‌شود (۱). در سیستم ارائه مراقبت سلامت و به ویژه حوزه عملکرد بالینی به دلیل پیچیدگی‌های نظام خدمات مراقبتی، پرستاران با تعارضات اخلاقی بی‌شماری روبه‌رو می‌گردند (۳). به طوری که مسائل اخلاقی بخش قابل ملاحظه‌ای از استرس شغلی پرستاران را به خود اختصاص می‌دهد (۴). تحقیقات انجام شده در زمینه پریشانی اخلاقی نشان می‌دهد، پرستاران هنگامی که قادر نیستند کار درست را انجام دهند و همین‌طور زمانی که قادر نیستند وکیل مدافع بیماران باشند، به‌طور مکرر پریشانی اخلاقی را تجربه و گزارش می‌کنند (۵،۶). نتایج مطالعه راسل (۲۰۱۲) در زمینه بررسی پریشانی اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه نیز نشان داد، پریشانی اخلاقی پدیده‌ای چند فاکتوری و پیچیده است (۷). در همین زمینه عباس زاده به نقل از کورلی (۲۰۰۲) بیان می‌کند: وجود پریشانی اخلاقی می‌تواند سبب شود که پرستار در زمینه مراقبت دچار تعارض شده و از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت با کیفیت به‌وی اجتناب کند. این شرایط خود زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری در بیمار فراهم می‌سازد (۸).

از آنجایی که پریشانی اخلاقی یک مشکل رایج و جدی در حرفه پرستاری است. بنابراین ضرورت شناخت عواملی که سبب این مشکل در پرستاران می‌شوند، به خصوص در رابطه با مشکلات اخلاقی، می‌تواند به این گروه کمک کند که از عهده وظایف حرفه‌ای‌شان برآیند (۹). در همین رابطه Rushton (۲۰۰۶) اظهار می‌دارد تجارب افراد از شرایط استرس‌زا می‌تواند نقش مهمی در زمینه اصلاح و رشد حرفه‌ای‌شان داشته و با ترویج ارزش‌های مثبت، باعث ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران شود (۱۰). نتایج مطالعه بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) میزان پریشانی اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را در سطح بالا گزارش نموده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی را دانسته است (۳). نتیجه مطالعه‌ای در همین زمینه حاکی از آن است که ۶۷ درصد از پرستاران بخش مراقبت‌های تخصصی پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند (۱۱). پریشانی اخلاقی مداوم منجر به دل‌سردی از زندگی حرفه‌ای، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، بیزاری از کار، کاهش ماندگاری در شغل، تغییر وضعیت شغلی، ترک حرفه و در نهایت تعامل حداقل با بیمار و خانواده و تشدید کمبود نیروی پرستاری می‌گردد (۳). مطالعات نشان داده‌اند که پریشانی اخلاقی در پرستاران، مراقبت از بیمار را به مخاطره می‌اندازد و ممکن است به‌طور آشکار در رفتارهایی مثل کناره‌گیری کردن از مراقبت بیمار دیده شود (۵،۶). همین‌طور پرستاران، ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی را تجربه کرده و نمی‌توانند نیازهای بیماران را برآورده کنند و تعدادی از آن‌ها احساس ناتوانی در انجام وظایف و تعهدات خود نسبت به بیماران را تجربه می‌کنند (۶). شدت پریشانی اخلاقی با تخصصی شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت آنان در مراقبت از بیماران بدحال افزایش می‌یابد. زیرا در بخش‌های تخصصی و مراقبت‌های ویژه به‌خصوص سوختگی علی‌رغم فشار کاری جسمی، پرستاران با فشارهای شدید روانی مواجه‌اند. آن‌ها به کرات با نیاز

گسترده به اتخاذ تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران در وضعیت‌های بحرانی مواجه می‌شوند به طوری که رویارویی پرستاران با این شرایط اضطراری سبب می‌گردد تا بروز پریشانی اخلاقی در آنان افزایش یابد. بنابراین با توجه به عوارض ناشی از پریشانی اخلاقی پرستاران و تاثیر مستقیم آن در عملکرد حرفه‌ای آن‌ها، شناخت و بررسی میزان پریشانی اخلاقی اولین قدم در شناسایی و میزان درگیری پرستاران و کادر مراقبت سلامت با این مسئله مهم است. علی‌رغم مطالعات انجام شده در زمینه پریشانی اخلاقی در بخش‌های مختلف، تاکنون مطالعه‌ای اختصاصی روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های سوختگی در ایران انجام نشده است. لذا این مطالعه با هدف تعیین شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف سوختگی طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی روی پرستاران شاغل در بخش‌های مرکز سوختگی مازندران در شهر ساری در سال ۱۳۹۳ به شیوه سرشماری انجام شد که از ۱۹۲ پرستار، ۱۷۲ نفر در این مطالعه شرکت کردند. معیارهای ورود شامل دارا بودن مدرک کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و یادگیری پرستاری، داشتن سابقه کاری بیش از ۶ ماه در بخش‌ها و یا درمانگاه‌های سوختگی، نداشتن سابقه استرس شدید (مانند مرگ نزدیکان، طلاق و یا تصادف شدید) در ۱ ماه گذشته و تمایل به تکمیل پرسشنامه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، خصوصیات شغلی و پریشانی اخلاقی بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی و خصوصیات شغلی شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، محل سکونت، سابقه کار پرستاری در بالین، سابقه کار در بخش‌های مختلف سوختگی، وضعیت استخدامی، داشتن سمت سازمانی (مسئول بخش یا مسئول شیفت)، نوع نوبت کاری،

داشتن شغل دوم علاوه بر کار بیمارستان، تعداد غیبت و مرخصی در ماه، میزان رعایت کدهای اخلاقی (مستولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی، صداقت در بیان حقیقت و حمایت از بیمار و حفظ اسرار وی)، تجربه حضور در کلاس‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای و برقراری ارتباط و میزان تمایل به ادامه خدمت به بیماران سوختگی بود. پرسشنامه پریشانی اخلاقی شامل ۳۶ سوال است و شدت پریشانی اخلاقی را بر اساس موقعیت‌های بالینی ایجاد کننده بررسی می‌نماید. در این پرسشنامه، شدت پریشانی اخلاقی برای هر موقعیت در مقیاس لیکرت صفر تا شش مورد سنجش قرار می‌گیرد. در این مقیاس عدد شش بیش‌ترین شدت پریشانی اخلاقی و عدد صفر عدم وجود پریشانی اخلاقی را نشان می‌دهد. مجموع کل نمرات سوال‌های پرسشنامه پریشانی اخلاقی بین صفر تا ۲۱۶ است که میزان شدت پریشانی اخلاقی در سه سطح کم، متوسط و شدید ارزیابی می‌گردد، یعنی نمرات بین صفر تا ۷۲ نشان‌دهنده پریشانی اخلاقی کم، نمرات بین ۷۳ تا ۱۴۴ نشان‌دهنده پریشانی اخلاقی متوسط و نمرات بین ۱۴۵-۲۱۶ تا ۲۱۶ نمایانگر پریشانی اخلاقی شدید می‌باشد (۳). پرسشنامه پریشانی اخلاقی توسط Corley توسعه یافته و در ایران بعد از روان‌سنجی و بومی‌سازی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۳). رویایی پرسشنامه به روش اعتبار محتوی توسط ۱۲ استاد صاحب‌نظر بررسی و مورد تایید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه به روش آزمون مجدد تعیین شد. بدین منظور پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از افراد با مشخصات همسان با جامعه پژوهش در فاصله زمانی دو هفته تکمیل و ضریب همبستگی درونی محاسبه شد ($ICC=0/92$). جهت تعیین پایایی درونی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد ($\alpha=0/93$). پرسشنامه با رعایت کامل موارد اخلاقی در اختیار پرستاران قرار داده شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ انجام شد، و از آزمون‌های آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) برای بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و خصوصیات شغلی و از

آمار استنباطی (من ویتنی، کروسکال والیس) برای تعیین سطح شدت پریشانی اخلاقی استفاده شد.

یافته ها

این مطالعه روی ۱۷۲ پرستار (۷۳/۸ درصد زن) و با میانگین سنی ۳۴/۰۳ با محدوده سنی ۲۰- تا ۵۴ انجام شد. اکثریت (۵۲/۳ درصد) در محدوده سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشته، ۸۰/۲ درصد متأهل و سطح تحصیلات ۸۰/۲ درصد کارشناسی بود. ۷۹/۱ درصد در نوبت کاری در گردش بودند. ۹۲/۴ درصد به کار دوم اشتغال نداشتند. میانگین سابقه کار پرستاران با بیماران سوختگی در اورژانس سوختگی ۱/۵ ± ۰/۸ (محدوده زیریکسال تا ده سال)، درمانگاه ترمیمی ۲/۸ ± ۰/۲ (محدوده زیریکسال تا شش سال)، بخش بستری سوختگی ۲/۷ ± ۱/۶

زیریکسال تا بیست و یک سال)، بخش ترمیم ۱/۸ ± ۰/۸ و بخش ICU ۱/۸ ± ۰/۹ (محدوده زیریکسال تا نه سال) و اتاق عمل ۲/۳ ± ۰/۷ (محدوده زیریکسال تا پانزده سال) بود. آزمون کروسکال والیس بین وضعیت تاهل، رده‌های مختلف سنی، سابقه کار، سطوح غیبت و مرخصی در ماه با شدت پریشانی اخلاقی ارتباط آماری معناداری ن نشان نداد ($p > 0/05$). براساس آزمون من ویتنی بین جنسیت، وضعیت استخدامی، شیفت کاری، سمت سازمانی، اشتغال به کار دیگر، و محل سکونت با شدت پریشانی اخلاقی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). هم‌چنین بر اساس آزمون کروسکال والیس، بین سطح تحصیلات و شدت پریشانی اخلاقی ارتباط آماری معنی داری وجود داشت ($p < 0/011$) (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: رابطه شدت پریشانی اخلاقی با مشخصات فردی و خصوصیات شغلی

متغیرها	تعداد (درصد)	میزان پریشانی اخلاقی انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی داری	نوع آزمون
جنسیت	زن ۱۲۷ (۷۳/۸) مرد ۴۵ (۲۶/۲)	۵۴/۰۸ ± ۱۰۶/۸۳ ۴۷/۶۹ ± ۱۰۲/۳۳	$p = 0/907$	من ویتنی
سن (سال)	۲۰-۳۰ ۵۵ (۳۲) ۳۱-۴۰ ۹۰ (۵۲/۳) ۴۱-۵۰ ۲۳ (۱۳/۴)	۴۷/۳۲ ± ۱۰۱/۱۸ ۵۳/۹۸ ± ۱۰۸/۱۱ ۶۰/۱۳ ± ۱۱۳/۰۴	$p = 0/251$	کروسکال والیس
سطح تحصیلات	بالاتر از ۵۰ ۳ (۱/۷) کاردان ۲۶ (۱۵/۱) کارشناس ۳۸ (۲۱/۸) کارشناس ارشد ۸ (۴/۷)	۲۶/۲۷ ± ۶۹/۳۳ ۵۱/۷۵ ± ۸۲/۸۴ ۵۱/۶۲ ± ۱۰۸/۷۹ ۵۲/۲۶ ± ۱۲۵/۶۲	$p = 0/011$	کروسکال والیس
تعداد فرزندان	بدون فرزند ۶۹ (۴۰/۱) ۱-۲ ۹۹ (۵۷/۶) ۳ و بالاتر ۴ (۲/۳)	۵۲/۳۶ ± ۱۰۰/۰۰ ۵۵/۰۵ ± ۱۰۵/۷۵ ۵۱/۹۹ ± ۱۰۰/۵۰	$p = 0/864$	کروسکال والیس
وضعیت تاهل	مجرد ۳۲ (۱۸/۶) متاهل ۳۸ (۲۱/۸) بیوه ۱ (۰/۶) مطلقه ۱ (۰/۶)	۵۰/۱۱ ± ۹۶/۱۲ ۵۲/۶۹ ± ۱۰۷/۳۰ ۰/۰۰ ± ۱۲۸/۰۰ ۰/۰۰ ± ۱۶۱/۰۰	$p = 0/336$	کروسکال والیس
محل سکونت	شهر ۶۲ (۳۶/۲) روستا ۲۹ (۱۶/۶) ۰-۱۰ ۳۴ (۱۹/۹)	۵۱/۴۸ ± ۱۰۶/۴۴ ۵۱/۵۰ ± ۱۰۸/۲۳ ۵۷/۳۳ ± ۱۰۱/۱۳	$p = 0/508$	من ویتنی
سابقه کاری	۰-۱۰ ۳۴ (۱۹/۹) ۱۱-۲۰ ۲۹ (۱۶/۶) ۲۱ و بالاتر ۷ (۴/۱)	۵۱/۵۰ ± ۱۰۸/۲۳ ۵۷/۳۳ ± ۱۰۱/۱۳ ۴۱/۳۹ ± ۶۸/۰۰	$p = 0/212$	کروسکال والیس
داشتن سمت سازمانی	مسئول بخش یا شیفت ۵۹ (۳۴/۳) نداشتن سمت ۱۱۲ (۶۵/۱)	۵۵/۰۵ ± ۱۱۳/۳۷ ۵۰/۵۹ ± ۱۰۱/۵۸	$p = 0/068$	من ویتنی
وضعیت استخدامی	غیر رسمی ۸۲ (۴۷/۸) رسمی ۹۰ (۵۲/۳)	۴۹/۳۸ ± ۱۰۱/۰۰ ۵۴/۹۱ ± ۱۰۹/۹۰	$p = 0/387$	من ویتنی
نوع نوبت کاری	ثابت (صبح، عصر، شب) ۳۵ (۲۰/۳) در گردش ۳۶ (۲۰/۳)	۵۲/۳۳ ± ۹۸/۸۰ ۵۲/۶۴ ± ۱۰۷/۴۴	$p = 0/320$	من ویتنی
تعداد غیبت در ماه	بدون غیبت ۴۳ (۲۴/۳) ۱-۳ ۸ (۴/۷) ۴ و بالاتر ۲۰ (۱۱/۶)	۵۴/۹۱ ± ۱۰۶/۱۸ ۱۰/۵۸ ± ۸۸/۰۰ ۴۱/۶۰ ± ۱۱۱/۸۰	$p = 0/935$	کروسکال والیس
تعداد مرخصی در ماه	بدون مرخصی ۸ (۴/۷) ۱-۳ ۴۹ (۲۸/۵) ۴ و بالاتر ۱۴ (۸/۳)	۵۶/۷۹ ± ۱۲۲/۸۷ ۵۲/۵۴ ± ۱۰۱/۶۳ ۵۲/۱۰ ± ۱۰۶/۷۴	$p = 0/723$	کروسکال والیس

بوده که ۳۷۸ درصد (۶۵ نفر) نمره پریشانی اخلاقی متوسط، ۳۳/۷ درصد (۶۵ نفر) در سطح کم و ۲۸/۵ درصد (۶۵ نفر) در سطح شدید گزارش نمودند. نتایج نشان داد از بین سوال‌های مورد بررسی، به ترتیب سوالات امکان‌پذیر نبودن درمان و مراقبت از بیمار و تسکین کامل درد؛ انجام اقدامات دارویی بدون ماساژ قلبی و لوله‌گذاری در احیاء قلبی ریوی؛ مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمانگر و مراقبت دهنده؛ تجویز شفاهی بدون حضور پزشک در بالین؛ و نیز کار کردن با رده‌های مختلف پزشکی و پرستاری فاقد صلاحیت، با میانگین شدت پریشانی اخلاقی بیش‌تری همراه بوده‌اند. هم‌چنین به ترتیب سوالات درخواست اهداء عضو از خانواده بیمار؛ ترخیص زود هنگام بیمار؛ اجازه انجام پروسیجرهای دردناک توسط دانشجویان علوم پزشکی؛ مشارکت در درمان و مراقبت بیمار بدون رضایت آگاهانه با میانگین شدت پریشانی اخلاقی کم‌تری همراه بوده است (جداول شماره ۳ و ۴).

بحث

نتایج این مطالعه بیانگر شدت پریشانی اخلاقی واحدهای مورد پژوهش (پرستاران) در حد متوسط بوده است که با نتایج مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) و Elpern و همکاران (۲۰۰۵) همسو (۱۲۸). شدت پریشانی اخلاقی در مطالعه Sannino (۲۰۱۴) در پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان و نیز مطالعه Sirilla (۲۰۱۴) در پرستاران واحد انکولوژی در حد کم تا متوسط گزارش

در زمینه رعایت کدهای اخلاق نیز ۱۳۴ نفر (۷۷/۹ درصد) مسؤولیت پذیر بوده و ۱۳۴ نفر (۷۷/۹ درصد) از بیمار حمایت می‌کردند. پرستاران هم‌چنین اظهار داشتند که ۱۲۹ نفر (۷۵ درصد) در بیان حقیقت به بیماران، صداقت را رعایت کرده بودند. از لحاظ میزان تمایل به کار با بیماران سوختگی نیز ۷۰ نفر (۴۰/۷ درصد) بیان نمودند که ممکن است در طی سال‌های آینده از کار کردن با بیماران سوختگی کناره‌گیری کنند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب میزان تمایل به کار

میزان تمایل به کار	تعداد	درصد
کناره‌گیری از کار با بیماران سوختگی در اولین فرصت	۴۰	۲۳.۳
کناره‌گیری از کار با بیماران سوختگی در طی سالهای آینده	۷۰	۴۰.۷
عدم کناره‌گیری از کار با بیماران سوختگی به صورت داوطلبانه	۱۴	۸.۱
ادامه دادن به کار تا حد امکان	۴۸	۲۷.۹
کل	۱۷۲	۱۰۰.۰

آزمون کروسکال والیس نشان داد، بین مسؤولیت پذیری، حمایت از بیمار، صداقت در بیان حقیقت به بیماران و تمایل به کار با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/355$, $p=0/232$, $p=0/475$), $p=0/339$). ۱۰۲ نفر (۵۹/۳ درصد) در کلاس آموزشی اخلاق رفتاری، ۱۲۸ نفر (۷۴/۴ درصد) در کلاس آموزشی برقراری ارتباط، شرکت داشته‌اند. براساس آزمون من ویتنی بین شرکت در کلاس آموزشی اخلاق حرفه‌ای و برقراری ارتباط با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/450$, $p=0/568$). در این مطالعه میانگین نمره شدت پریشانی اخلاقی $105/65 \pm 52/39$

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی گویه‌ها با میانگین سطح پریشانی اخلاقی بالا

گویه‌ها	شدت پریشانی اخلاقی			
	شدت پریشانی اخلاقی انحراف معیار \pm میانگین	شدید	متوسط	کم
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
درمان و مراقبت از بیمار زمانی که تسکین کامل درد امکان پذیر نیست	۳/۴۱ \pm ۱/۸۲	۳۰/۲)۵۲	۳۹/۵)۶۸	۳۰/۲)۵۲
انجام اقدامات دارویی بدون ماساژ قلبی و لوله‌گذاری در احیاء قلبی ریوی	۳/۰۹ \pm ۲/۵۶	۳۶/۵)۶۲	۲۶/۵)۴۵	۳۶/۶)۶۳
مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمانگر و مراقبت دهنده	۲/۳۱ \pm ۲/۲۶	۴۰/۹)۷۰	۱۸/۷)۳۲	۴۰/۴)۶۹
کار کردن با رده‌های مختلف پزشکی فاقد صلاحیت	۳/۲۹ \pm ۲/۲۸	۴۱/۳)۷۱	۲۰/۳)۳۵	۳۸/۴)۶۶
کار کردن با رده‌های مختلف پرستاری فاقد صلاحیت	۳/۲۷ \pm ۲/۱۸	۳۸/۴)۶۶	۲۳/۳)۴۰	۳۸/۴)۶۶
تجویز شفاهی بدون حضور در بالین	۳/۱۴ \pm ۲/۲۴	۳۲/۰)۵۵	۳۴/۳)۵۹	۳۳/۷)۵۸

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی گویه ها با میانگین سطح پریشانی اخلاقی پایین

گویه ها	شدت پریشانی اخلاقی انحراف معیار میانگین	شدت پریشانی اخلاقی		
		شدید	متوسط	کم
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
درخواست اهداء عضو از خانواده بیمار	۲/۲۳±۲/۰۳	۳۲ (۱۸/۶)	۴۱ (۲۳/۸)	۹۹ (۵۷/۶)
ترخیص زود هنگام بیمار	۲/۳۶±۲/۱۸	۴۰ (۲۳/۳)	۳۹ (۲۲/۷)	۱۹۳ (۵۴/۱)
اجازه انجام پروسیجرهای دردناک توسط دانشجویان علوم پزشکی	۲/۳۹±۲/۱۶	۴۰ (۲۳/۳)	۳۷ (۲۱/۵)	۲۹۵ (۵۵/۲)
مشارکت در درمان و مراقبت بیمار بدون رضایت آگاهانه	۲/۴۶±۱/۹۹	۳۴ (۱۹/۸)	۴۷ (۲۷/۳)	۰۹۱ (۵۳/۰)
توقف درمان و مراقبت بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌ها بنا بر مقررات	۲/۴۷±۲/۳۲	۴۷ (۲۷/۳)	۳۱ (۱۸/۰)	۹۴ (۵۴/۷)

نظر می‌رسد با توجه به شرایط بیماران سوختگی و شدت وخامت صدمات وارده به اندام‌های حیاتی، فضای مناسبی برای مطرح نمودن بحث اهدا عضو با همراهان در این موقعیت بالینی نمی‌باشد. نتایج مطالعه Pauly و همکاران (۲۰۰۹) در همین زمینه نشان داد: پرستاران هنگام اجرای اقدامات دارویی در شرایط کد احیای قلبی و ریوی بدون ماساژ و لوله‌گذاری و هنگام درخواست اهدا عضو از خانواده بیمار در حال مرگ، کم‌ترین پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند (۱۷). در حالی که در مطالعه بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) گزارش شد که در صورت توقف درمان و مراقبت از بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌ها بنابر مقررات سازمان؛ درمان و مراقبت بهتر در افراد با توانایی مالی و موقعیت اجتماعی بالاتر و تجویز موارد شفاهی بدون حضور پزشکان در بالین بیمار کم‌ترین شدت دیسترس اخلاقی را دارند (۳).

در مطالعه حاضر بین سن و سابقه کار با شدت پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت. مطالعات Sirilla (۲۰۱۴)، وزیری و همکاران (۱۳۸۷) و بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) با نتایج مطالعه حاضر همسو بوده است (۱۴، ۱۴، ۳). اما نتایج مطالعه برهانی و همکاران (۲۰۱۴)، عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) و Ferrell (۲۰۰۶) نشان داد که بین شدت پریشانی اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه آماری معنی‌دار وجود دارد و با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت واحدهای پژوهش، نمرات پریشانی اخلاقی کاهش یافته است (۱۹۸، ۲۰). هم‌چنین نتایج مطالعات شوریده و همکاران (۲۰۱۵) و Elpern (۲۰۰۵) نشان داد که با

شده بود (۱۴، ۱۳) در حالی که مطالعه دیگری که عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۰) در زمینه پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز درمانی شهر بم انجام دادند حاکی از میزان شدید پریشانی اخلاقی در موقعیت‌های مختلف بالینی نزد پرستاران بود (۱۵). هم‌چنین Janvier (۲۰۰۷) میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه نوزادان را در سطح بالا گزارش نمود (۱۶). به نظر می‌رسد علت تفاوت در میزان شدت پریشانی اخلاقی با مطالعه حاضر حساسیت خاص بخش مراقبت ویژه نوزادان باشد. در مطالعه حاضر طبق اظهارات پرستاران، به ترتیب سوال‌های، امکان پذیر نبودن درمان و مراقبت از بیمار و تسکین کامل درد، انجام اقدامات دارویی بدون ماساژ قلبی و لوله‌گذاری در احیاء قلبی ریوی، مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمانگر و مراقبت دهنده و تجویز شفاهی بدون حضور پزشک در بالین و کار کردن با رده‌های مختلف پزشکی و پرستاری فاقد صلاحیت، با میانگین شدت پریشانی اخلاقی بیشتری همراه بوده‌اند. که با نتایج مطالعه بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) همسو بوده است (۳). در حالی که نتایج مطالعه Pauly و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد: پرستاران در هنگام کار با پرسنلی که با آن‌ها احساس امنیت ندارند، شدیدترین دیسترس اخلاقی تجربه می‌کنند (۱۷). در مطالعه وزیری و همکاران (۱۳۸۷) نیز عدم صلاحیت حرفه‌ای و عملکردی پرستاران به عنوان یکی از دیسترس‌زاترین عوامل شناسایی شد (۱۸). هم‌چنین در این مطالعه کمترین میانگین شدت پریشانی مربوط به گویه درخواست اهدای عضو از خانواده بیمار بود که به

معنی داری بین رعایت کدهای اخلاقی و شدت پریشانی اخلاقی وجود نداشت و این یافته با نتایج مطالعه بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) هم جهت بوده است (۳).

در مطالعه حاضر، بین شرکت پرستاران در کلاس آموزشی اخلاق رفتاری و برقراری ارتباط با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی داری وجود نداشت که با نتایج مطالعه بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در یک راستا بوده است (۳). به نظر می‌رسد آموزش‌های مرسوم کمک چندانی نمی‌تواند به کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران نماید. این فرآیند نیازمند فضا و مکان بحث گروهی در مورد موضوعات و تئوری‌های اخلاقی متناسب با بستر عملکرد بالینی آنان است. در همین زمینه Hilliard (۲۰۰۷) اظهار داشت: برگزاری نشست‌های اخلاقی به تنهایی جهت واجهه با تعارضات اخلاقی کافی نیست و جهت مفید بودن آموزش‌های اخلاقی باید در ابتدا تعارضات و مسائل غامض اخلاقی مورد بحث و بررسی قرار گیرند تا بتوانند به پیشگیری از بروز پریشانی اخلاقی کمک نمایند (۲۲). از آنجایی که در این مطالعه شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف سوختگی در سطح متوسط ارزیابی گردید. تکرار هر چه بیشتر موارد ایجاد کننده این دیسترس‌ها، منجر به افزایش یافتن شدت پریشانی نزد این گروه از پرستاران می‌شود. از سویی پرستاران بنا به شرایط خاص بیماران سوختگی در مواجهه و ناگزیر به اخذ تصمیماتی مهم درباره روند درمان و مراقبت خاص از این بیماران هستند و با توجه به اثرات مهم پریشانی اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران، لازم است علاوه بر برنامه‌های آموزشی، راهبردهایی سازنده و کاربردی توسط سیستم بهداشت و درمان برای افزایش توانایی پرستاران برای مبارزه با اثرات سوء آنها تنظیم شود.

سپاسگزاری

این مطالعه نتیجه طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گلستان با کد ۳۵۹۰۶۱۶ است. همچنین از همکاری معاونت محترم

افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت، شدت پریشانی افزایش می‌یابد (۲۲، ۱۲). به نظر می‌رسد با تغییر در نوع بیماری و بخش میزان تنش‌ها و پاسخگویی به آن متفاوت می‌شود.

در این مطالعه بین جنس با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی داری وجود نداشت. در همین راستا مطالعات شوریده و همکاران (۲۰۱۵)، Janvier و همکاران (۲۰۰۷)، بیک مرادی و همکاران (۱۳۹۱)، عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱) و وزیری و همکاران (۱۳۸۷) در بررسی رابطه پریشانی اخلاقی با متغیر جنس بین دو گروه تفاوت معناداری مشاهده نشده است (۲۱، ۱۸، ۱۶، ۸، ۳). در مطالعه حاضر بین نوع استخدام با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی داری دیده نشد که با نتایج مطالعات عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱)، Elpern (۲۰۰۵)، Janvier و همکاران (۲۰۰۷)، همسو بوده است (۱۶، ۱۲، ۸). هم چنین در مطالعه Elpern و همکاران (۲۰۰۵) بین مشخصات فردی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با شدت پریشانی اخلاقی آنان ارتباط نداشت (۱۲).

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی داری مستقیم وجود داشت اما در مطالعه Sirilla (۲۰۱۴) بین سطح تحصیلات و میزان پریشانی اخلاقی همبستگی معنادار معکوس مشاهده شد (۱۴). در حالی که این رابطه در سایر مطالعات معنی دار نبود (۲۱، ۱۸، ۳). به نظر می‌رسد با متفاوت شدن نوع بخش و نوع ارائه مراقبت به بیماران خاص، نوع عوامل تاثیرگذار بر کاهش پریشانی اخلاقی متفاوت می‌شود به طوری که نمی‌تواند برای تمام کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت، عوامل یکسانی را در نظر گرفت. در مطالعه حاضر بین وضعیت تاهل و شیفت کاری با پریشانی اخلاقی رابطه آماری معنی داری وجود نداشت. که با نتایج مطالعه شوریده و همکاران (۲۰۱۵) همسو بوده است (۲۱). اکثریت پرستاران در زمینه رعایت کدهای اخلاق، مسؤولیت پذیر، حامی بیماران و ملزم به رعایت صداقت در بیان حقیقت به بیماران بودند هر چند ارتباط

مشغله کاری در این مطالعه همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تحقیقات و فناوری دانشگاه مازندران در اجرای طرح و کلیه پرستاران شاغل در مرکز سوختگی که علی‌رغم

References

1. de Veer A J, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2013; 50(1): 100-108.
2. Hekmat Afshar M, Jooybari L, Sanagou A, Kalantari S. Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies. *Journal of Education & Ethics In Nursing* 2013; 1(1): 22-28.
3. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi. Nurse's distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics & History Med* 2012; 5(2): 58-69.
4. Masters K. *Role Development in Professional Nursing Practice*. Boston: Jones and Bartlett; 2005.
5. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-73.
6. Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum V, Johnson MS. Moral distress in healthcare practice: the situation of nurses. *Health Forum* 2005; 17(1): 33-48.
7. Russell AC. Moral Distress in Neuroscience Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *J Neurosci Nurs* 2012; 44(1): 15-24.
8. Abbaszadeh A, Nakaei N, Borhani F, roshanzadeh M. Moral distress in nursing clinical function: cross-sectional study. *J Med Ethics* 2012; 6(21): 113-130.
9. Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics* 2007; 17(2): 225-232.
10. Rushton CH. Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Adv Critical Care* 2006; 17(2): 161.
11. Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2008; 10(4): 94-97.
12. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6): 523-530.
13. Sannino P, Gianni ML, Re LG, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *J Perinatol* 2015; 35(3): 214-217.
14. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clin J Oncol Nurs* 2014; 18(5): 536-541.
15. Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantary S. Moral distress of nurses working in the hospitals of the city of Bam in 1390. *Medical Ethics* 2011; 5(17): 119-140.
16. 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): 203-208.
17. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 561-573.
18. Vaziri MH, Emami M, Salsali M, Goshegir G. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Teb and Tazkieh* 2008; 17(3-4): 55-58 (Persian).
19. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *Journal of*

- Medical Ethics and History of Medicine 2014; 6(21): 113-130.
20. Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-930.
21. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 64-76.
22. Hilliard R, Harrison C, Madden S. Ethical conflicts and moral distress experienced by paediatric residents during their training. *Paediatr Child Health* 2007; 12(1): 29-35.