

تنش اخلاقی در پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی شمال غرب کشور

حسین ابراهیمی^۱، عبدالحسن کاظمی^۲، محمد اصغری جعفرآبادی^۳، آرزو آزر^{۴*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

یکی از پدیده‌های مهم در اخلاق پرستاری، تنش اخلاقی است. تنش اخلاقی که پرستاران از آن رنج می‌برند، یکی از شدیدترین مشکلات روان‌شناختی است. هدف این مطالعه تعیین تنش اخلاقی از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شمال غرب ایران است. این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی است که در آن ۴۱۸ نفر از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی در شمال غرب کشور در سال ۱۳۹۱ به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای شرکت نمودند برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس استاندارد تنش اخلاقی (MDS) با روایی بالا استفاده گردید. برای تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه) استفاده شد.

میانگین تنش اخلاقی کلی پرستاران مراکز آموزشی-درمانی شمال غرب کشور ۱۴۸/۴۹ (انحراف معیار = ۳۲/۹۳) بود و ۲۲۲ نفر (۵۳ درصد) از پرستاران تنش اخلاقی در سطح شدید داشتند. در بین سه استان، استان زنجان با میانگین ۱۵۲/۴۶ (انحراف معیار ۳۵/۸۸)، بالاترین میزان تنش اخلاقی و در بین بخش‌ها، بخش مراقبت‌های ویژه با میانگین ۱۵۲/۷۲ (انحراف معیار ۳۳/۳۶) بالاترین میزان تنش اخلاقی را داشت. از بین متغیرهای مشخصات فردی-اجتماعی پرستاران، استان محل خدمت ($P < 0/01$)، تحصیلات ($P < 0/05$)، نوع نوبت کاری ($P < 0/05$) و وضعیت شغلی ($P < 0/05$) با میزان تنش اخلاقی ارتباط معنی‌داری داشت.

با توجه به تنش اخلاقی بالا در حرفه‌ی پرستاری، مقابله با تنش اخلاقی توجه زیادی می‌طلبد. انجام مطالعاتی در مورد عوامل مؤثر و پیشگویی‌کننده‌ی تنش اخلاقی در بخش‌های مختلف و آموزش در مورد راهکارهای مقابله با آن ضروری است.

واژگان کلیدی: تنش اخلاقی، پرستاری، اخلاق پرستاری

^۱ دانشیار، گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی و گرمسیری تبریز، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی تبریز، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

* نشانی: تبریز، خیابان شریعتی جنوبی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، کدپستی: ۵۱۳۸۹۴۷۹۷۷، صندوق پستی: ۳۴۷-۵۱۷۴۵،

تلفن: ۰۴۱۱-۴۷۹۶۷۷۰، Email: arezo.azarm@yahoo.com

مقدمه

پرستاری ارتباطی بی‌همتا، چندبعدی و پیچیده بین بیمار و پرستار است (۱). تأمین نیازهای فردی بیمار، محور مراقبت‌های پرستاری است و هدف نهایی پرستار، انجام مراقبت با کیفیت از بیمار است (۲). به عبارتی، دریافت مراقبت با کیفیت حق تمام بیماران و ارائه آن مسؤلیت تمام پرستاران مراقبت دهنده است (۳). یکی از پدیده‌های مهم در پرستاری، تنش اخلاقی است (۴). هنگامی که افراد با مسائل غامض اخلاقی که بر خلاف اعتقادات اخلاقی‌شان باشد روبه‌رو می‌شوند و مجبور به تصمیم‌گیری هستند، تنش اخلاقی را تجربه می‌کنند. قرارگیری پرستاران در موقعیت‌های تنش اخلاقی از جمله شدیدترین مسائل روانشناختی تلقی می‌شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تنش اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد (۵). تنش اخلاقی پرستاران بر بیماران اثر گذاشته و منجر به مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران می‌شود (۶).

از آنجایی که ارتباط تنگاتنگی بین اهداف مراقبتی و ملاحظات اخلاقی پرستاری وجود دارد و کادر درمان علیرغم وجود کمبود منابع انسانی و مالی، همواره دغدغه‌ی ارائه‌ی بهترین مراقبت را دارند، لذا، بروز تنش اخلاقی در آنان دور از انتظار نیست. از این‌رو اثرات منفی تنش می‌تواند بر کیفیت مراقبت از بیماران، کیفیت زندگی شخصی و شغلی ارائه‌دهندگان مراقبت و در نهایت کارایی آنان تأثیر قابل توجهی داشته باشد (۷).

تنش اخلاقی مداوم منجر به بروز مشکلات شغلی از جمله دل‌سردی از زندگی حرفه‌ای، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و در نهایت ترک حرفه و تشدید کمبود کادر درمان می‌شود (۹، ۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد هنگام بروز تنش اخلاقی، کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری کاهش می‌یابد و پرستاران از مواجهه با بیماران اجتناب می‌کنند، از

این‌رو نیازهای پایه‌ای بیماران پاسخ داده نمی‌شود (۱۱، ۱۰). مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران نشان داد که پرستاران ایرانی نیز از فشار روانی ناشی از تنش اخلاقی رنج می‌برند (۱۲). با توجه به گسترده بودن عوامل تنش‌زا در حرفه پرستاری، بررسی تنش اخلاقی در پرستاران ضروری به نظر می‌رسد (۱۳). با توجه به اهمیت این مسأله و تأثیر آن در کیفیت مراقبت پرستاری، انجام مطالعاتی در زمینه‌ی تنش اخلاقی از دیدگاه پرستاران که به‌طور مستقیم عامل تعیین‌کننده در روند بهبودی بیماران است، ضروری است. تاکنون مطالعاتی در زمینه تنش اخلاقی در بخش‌هایی از جمله بخش مراقبت‌های ویژه در شهر همدان (۱۴) و در شهر بم انجام شده است (۱۵) که بر اساس پیشنهادات این مطالعات نیز بررسی تنش در بخش‌های دیگر ضروری به نظر می‌رسد (۱۴). در نتیجه با توجه به شکاف موجود در بدنه دانش در زمینه تنش اخلاقی نیاز به مطالعات بیش‌تری احساس می‌شود. لذا با وجود مطالعات موجود در کشور، این سؤال مطرح می‌شود که آیا تنش اخلاقی در بخش‌های مختلف مراقبتی و در استان‌های مختلف کشور متفاوت است؟ لذا بررسی تنش اخلاقی در بخش‌های مختلف مراقبتی در استان‌های شمال غرب ضروری به نظر می‌رسد. به علاوه، آگاهی بیش‌تر درباره‌ی تنش اخلاقی در پرستاران می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا راهکارهایی را برای پیشگیری و کاهش این‌گونه تنش‌ها به عمل آورند و اثرات مضر آن را کاهش دهند. شناسایی و محدود کردن عوامل تأثیرگذار بر تنش اخلاقی می‌تواند از ایجاد نارضایتی پرستاران از حرفه‌ی خود بکاهد (۱۶). لذا هدف این مطالعه تعیین تنش اخلاقی از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شمال غرب ایران است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان به بررسی تأثیرات تنش اخلاقی در زندگی شغلی و شخصی پرستاران بخش‌های مراقبت سلامت پرداخت و برنامه‌های آموزشی و اجرایی

مداخله‌ای جهت کاهش تنش اخلاقی طراحی نمود.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی (با رویکرد توصیفی - تحلیلی) است که به بررسی میزان تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شمال غرب کشور در سال ۹۱ پرداخته است. حجم نمونه با توجه به مطالعه‌ی قبلی $P=0/37$ (۱۷) و سطح اطمینان ۹۵ درصد و با احتساب ریزش ۱۰ درصد، ۴۵۰ نفر در نظر گرفته شد. بعد از دریافت مجوز و با اخذ رضایت از افراد مورد بررسی، پرسشنامه‌ها در بین پرستاران واجد معیارهای ورود به مطالعه توزیع گردید.

روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی چند مرحله‌ای بود. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳ استان شمال غرب کشور (آذربایجان شرقی، اردبیل و زنجان) انتخاب شدند. در مرحله دوم بیمارستان‌های مراکز استان (تبریز ۱۰ بیمارستان، اردبیل ۲ بیمارستان و زنجان ۳ بیمارستان)، در مرحله سوم بخش‌های (روان‌پزشکی، داخلی، جراحی، مراقبت‌های ویژه و اورژانس) و نهایتاً در مرحله‌ی چهارم، نمونه‌ها متناسب با جمعیت پرستاران در بخش‌ها و تعداد نمونه‌های مورد نیاز برای پژوهش از هر بخش، با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه (داشتن تحصیلات کارشناسی و بالاتر در رشته‌ی پرستاری، اشتغال به کار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، داخلی، جراحی، روان‌پزشکی و اورژانس؛ داشتن سابقه کار حداقل به مدت ۶ ماه در بخش مربوطه) به صورت تصادفی نسبتی انتخاب شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ای دو قسمتی مشتمل بر پرسشنامه مشخصات فردی - اجتماعی - حرفه‌ای (۱۴سؤال)، پرسشنامه استاندارد شده Corley با نام MDS (Moral Distress Scale) شامل ۳۰ سؤال که بر اساس مقیاس ۷ قسمتی لیکرت به بررسی سطح تنش اخلاقی می‌پردازد، بود. در این مقیاس عدد ۱ کم‌ترین تنش اخلاقی و عدد ۷ بیش‌ترین تنش را نشان می‌دهد (۷) و در نتیجه دامنه‌ی

نمرات برای شدت تنش اخلاقی بین ۲۱۰-۳۰ است. میزان تنش اخلاقی ۱-۳ (نمرات ۹۰-۳۰) به عنوان تنش اخلاقی در سطح خفیف، ۴-۵ (۹۱-۱۵۰) به عنوان سطح متوسط و ۶-۷ (۱۵۱-۲۱۰) به عنوان سطح شدید ارزیابی می‌شود. در متن پرسش‌نامه قید شد که در موضوعاتی که هیچ تجربه‌ای نداشتند آن گویه را بدون پاسخ بگذارند. روایی پرسشنامه در جامعه ایرانی در مطالعات گذشته به روش روایی محتوایی مورد بررسی قرار گرفته و ضریب پایایی به روش آزمون مجدد و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش شده است (۱۶، ۱۴). با این حال، در مطالعه‌ی کنونی برای روایی مجدد پرسشنامه از نظرات اصلاحی ۱۲ نفر از اساتید رشته‌های پرستاری و مامایی، بهداشت جامعه، اخلاق، روان‌شناسی و پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز استفاده شد و با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۹۴ محاسبه گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳ و آمار توصیفی فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار) و برای بررسی ارتباط مشخصات فردی - اجتماعی واحدهای مورد پژوهش با تنش اخلاقی از آزمون‌های آمار استنباطی (T-Test و ANOVA) با در نظر گرفتن $P < 0/05$ استفاده شد. قبل از اجرای مطالعه، طرح مطالعه به تأیید کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. هم‌چنین، در مورد نحوه‌ی انجام مطالعه و حقوق مشارکت‌کنندگان آگاهی لازم به پرستاران داده شد و رضایت‌نامه‌ی کتبی آگاهانه کسب گردید. پژوهشگر هدف از مطالعه را برای نمونه‌ها توضیح داد و محرمانه بودن پاسخ‌ها مورد تأکید قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه ۴۵۰ پرستار شرکت کردند که ۳۲ نفر از آن‌ها به دلیل ناقص پر کردن پرسشنامه از مطالعه خارج شدند. در مجموع تعداد نمونه‌ها به ۴۱۸ نفر رسید که ۲۸۱ نفر (۶۷/۲ درصد) از تبریز و ۶۰ نفر (۱۴/۴ درصد) از اردبیل و ۷۷ نفر (۱۸/۴ درصد) از زنجان انتخاب شدند. میانگین سنی و

قسمت اول جدول شماره ۱ فراوانی واحدهای مورد پژوهش
برحسب مشخصات فردی - اجتماعی را نشان می‌دهد.

انحراف معیار افراد مورد پژوهش $6/39 \pm 32/77$ سال و دامنه
سنی افراد ۵۲-۲۲ سال بود؛ میانگین و انحراف معیار سابقه‌ی
کار در گروه‌های مورد پژوهش $6/75 \pm 9/32$ سال بود.

جدول شماره ۱ - آمار توصیفی شدت تنش اخلاقی در پرستاران و مشخصات دموگرافیک آنان

P	آماره	درجه آزادی	مقدار توزیع	فراوانی شدت تنش اخلاقی			تنش اخلاقی کل	توزیع فراوانی	تعداد (درصد)	میانگین \pm انحراف معیار	مشخصات فردی - اجتماعی پرستاران		
				زیاد تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	کم تعداد (درصد)							
۰/۰۰*	۲	F=۱۰/۱۶		(۵۴/۴)۱۵۳	(۴۰/۹) ۱۱۵	(۴/۶)۱۳	۱۵۱/۱ \pm ۳۰/۰۴	(۶۷/۲)۲۸۱	آذربایجان شرقی	مرکز استان محل خدمت			
				(۳۸/۳)۳۳	(۴۶/۷)۲۸	(۱۵)۹					۱۳۱/۱۷ \pm ۳۶/۹۹	(۱۴/۴)۶۰	اردبیل
				(۵۹/۷)۴۶	(۳۵/۱)۲۷	(۵/۲)۴					۱۵۲/۴۶ \pm ۳۵/۸۸	(۱۸/۴)۷۷	زنجان
۰/۰۷	۴	F=۲/۱۸		(۶۰/۳)۳۸	(۳۴/۹)۲۲	(۴/۸)۳	۳۳/۳۶ \pm ۱۵۲/۷۲	(۱۵/۱)۶۳	ویژه	بخش محل کار			
				(۵۸/۸)۴۰	(۳۶/۸)۲۵	(۴/۴)۳					۱۵۱/۶۷ \pm ۲۷/۸۴	(۱۶/۳)۶۸	جراحی
				(۵۲/۹)۸۱	(۴۳/۱)۶۶	(۳/۹)۶					۱۵۰/۹۲ \pm ۳۲/۴۹	(۳۶/۶)۱۵۳	اورژانس
				(۵۰)۱۷	(۳۸/۲)۱۳	(۱۱/۸)۴					۱۴۱/۷۱ \pm ۳۷/۴۹	(۸/۱)۳۴	داخلی
				(۴۶)۴۶	(۴۴)۴۴	(۱۰)۱۰					۱۴۱/۴۱ \pm ۳۷/۴۳	(۲۳/۹)۱۰۰	روان
۰/۹۶	۴۱۶	t=-۱/۶۶		(۵۱/۵)۱۸۶	(۴۲/۹)۱۵۵	(۵/۵)۲۰	۱۴۷/۴۲ \pm ۳۱/۹۱	(۸۶/۴)۳۶۱	زن	جنس			
				(۳۰/۳)۳۶	(۲۳/۲)۱۵	(۱۰/۵)۶					۱۵۵/۲۳ \pm ۳۸/۴۴	(۱۳/۶)۵۷	مرد
۰/۳۳	۴۱۶	T=۰/۹۶		(۴۸/۱)۶۲	(۴۵/۷)۵۹	(۶/۲)۸	۱۴۶/۱۸ \pm ۳۲/۸۴	(۳۰/۹)۱۲۹	مجرد	تاهل			
				(۵۵/۴)۱۶۰	(۳۸/۴)۱۱۱	(۶/۲)۱۸					۱۴۹/۵۲ \pm ۳۲/۹۸	(۶۹/۱)۲۸۹	متاهل و سایر
۰/۰۴*	۴۱۶	T=-۲/۰۳		(۵۱/۸)۲۰۲	(۴۲/۱)۱۶۴	(۶/۲)۲۴	۱۴۷/۶۲ \pm ۳۲/۸۶	(۹۳/۳)۳۹۰	کارشناسی	تحصیلات			
				(۷۱/۴)۲۰	(۲۱/۴)۶	(۷/۱)۲					۱۶۰/۶۴ \pm ۳۲/۱۱	(۶/۷)۲۸	کارشناسی ارشد و بالاتر
۰/۰۲*	۲	F=۳/۸۳		(۵۲/۴)۱۷۴	(۴۰/۲)۱۳۱	(۶/۴)۲۱	۱۴۸/۴۱ \pm ۳۲/۵۸	(۷۸)۳۲۶	استخدامی	وضعیت شغلی			
				(۶۳/۶)۳۵	(۳۲/۷)۱۸	(۳/۶)۲					۱۵۶/۵۱ \pm ۳۲/۷۳	(۱۳/۲)۵۵	قرار دادی
				(۳۵/۱)۱۳	(۵۶/۸)۲۱	(۸/۱)۳					۱۳۷/۲۶ \pm ۳۳/۸۶	(۸/۹)۳۷	طرحی
۰/۱۴	۴۱۶	T=-۱/۴۶		(۴۲/۹)۲۱	(۵۱)۲۵	(۶/۱)۳	۱۴۲/۰۱ \pm ۳۱/۱۳	(۱۱/۷)۴۹	مدیریتی	سمت در محل کار			
				(۵۴/۵)۲۰۱	(۳۹/۳)۱۴۵	(۶/۲)۲۳					۱۴۹/۳۵ \pm ۳۱/۱۱	(۸۸/۳)۳۶۹	غیر مدیریتی
۰/۳۴	۴۱۵	T=۰/۹۵		(۱۳/۳)۱۶	(۲۸)۷	(۸)۲	۱۵۴/۵۷ \pm ۳۲/۵۵	(۶)۲۵	بله	داشتن شغلی به جز پرستاری			
				(۵۲/۶)۲۰۶	(۴۱/۳)۱۶۳	(۶/۱)۲۴					۱۴۸/۱۴ \pm ۳۲/۹۹	(۹۴)۳۹۳	خیر
۰/۰۲*	۲			(۴۷/۹)۳۴	(۴۵/۱)۳۲	(۷)۵	۱۳۹/۲۰ \pm ۳۳/۷۷	(۱۷)۷۱	صبح ثابت	نوبت کاری			

		F=۳/۷۱	(۲۸/۶)۲	(۵۷/۱)۴	(۱۴/۳)۱	۱۴۱/۴۸±۳۲/۱۵	(۱/۷)۷	عصر ثابت	
			(۵۴/۷)۱۸۶	(۳۹/۴)۱۳۴	(۵/۹)۲۰	۱۵۰/۵۷±۳۲/۵۱	(۸۱/۳)۳۴۰	شیفت در گردش	
۰/۳۱	۲	F=۱/۱۵	(۵۸/۲)۸۲	(۳۵/۵)۵۰	(۶/۴)۹	۱۵۱/۸۵±۳۴/۸۳	(۳۳/۷)۱۴۱	کم	مبلغ حقوق دریافتی
			(۵۲)۱۱۹	(۴۱/۵)۹۵	(۶/۶)۱۵	۱۴۶/۵۲±۳۲/۲۶	(۵۴/۸)۲۲۹	متوسط	
			(۴۳/۸)۲۱	(۵۲/۱)۲۵	(۴/۲)۲	۱۴۷/۹۸±۳۰/۱۵	(۱۱/۵)۴۸	خوب و عالی	
			(۵۲/۱)۲۲۲	(۴۰/۷)۱۷۰	(۶/۲)۲۶	۱۴۸/۴۹±۳۲/۹۳	(۱۰۰)۴۱۸	جمع کل	

که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند (سؤال ۳۰) کم‌ترین میزان تنش اخلاقی احساس می‌شود.

بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که میانگین تنش اخلاقی کلی پرستاران در مراکز آموزشی درمانی شمال غرب کشور ۱۴۸/۴۹ است که در محدوده متوسط (۹۰-۱۵۰) قرار دارد. این مسأله نشان‌دهنده میزان متوسط به بالای تنش اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش است. بر اساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر بخش مراقبت‌های ویژه با میانگین ۱۵۲/۷۲ بالاترین میزان تنش را دارد. این نتایج با مطالعات انجام گرفته در این زمینه قابل مقایسه است. مطالعه‌ی Corley و همکاران که در سال ۲۰۰۱ انجام شده است، میزان تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه را متوسط به بالا گزارش کرده است (۱۰). هم‌چنین، مطالعه‌ی Elpern و همکاران در سال ۲۰۰۵ میزان تنش اخلاقی در بخش MICU (Medical Intensive Care Unit) را ۳/۶۶ از ۷ گزارش کرده (۱۸) و مطالعه‌ی دیگری که توسط Maiden و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام شده است میانگین تنش پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را ۳/۸۹ از ۷ برآورد کرده است (۱۹) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌خوانی دارد. این در حالی است که Hamric و همکاران در مطالعه‌ی خود در سال ۲۰۱۱ میزان تنش در بخش مراقبت‌های ویژه را ۹۲/۸۶ گزارش کرده‌اند (۲۰) و این میزان در محدوده‌ی حداقل متوسط قرار دارد که

نتایج نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار تنش اخلاقی کلی پرستاران در مراکز آموزشی درمانی شمال غرب کشور $۱۴۸/۴۹ \pm ۳۲/۹۳$ (۱/۲۱) $\pm ۴/۷۴$ و فراوانی تنش اخلاقی در سطح شدید ۲۲۲ نفر (۵۳ درصد) است. بنابراین، میزان تنش متوسط به بالا گزارش شده است. زنجان با میانگین و انحراف معیار $۱۵۲/۴۶ \pm ۳۵/۸۸$ ، بالاترین میزان تنش و اردبیل با میانگین و انحراف معیار $۱۳۱/۱۷ \pm ۳۶/۹۹$ پایین‌ترین میزان تنش اخلاقی را داشتند. بخش مراقبت‌های ویژه با میانگین و انحراف معیار $۱۵۲/۷۲ \pm ۳۳/۳۶$ بالاترین و بخش روان‌پزشکی با میانگین و انحراف معیار $۳۷/۴۳ \pm ۱۴۱/۴۱$ پایین‌ترین میزان تنش اخلاقی را نشان می‌دهد. قسمت دوم و سوم جدول شماره‌ی ۱ میانگین و انحراف معیار تنش اخلاقی و فراوانی و درصد شدت تنش اخلاقی را بر حسب مشخصات فردی - اجتماعی نشان می‌دهد.

بنا به اظهار پرستاران، هنگام ارائه مراقبت و درمان در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم کادر پرستاری (سؤال ۴) و ارائه مراقبت ناکافی به دلیل کمبود نیروی کاری (سؤال ۱) دچار بیش‌ترین میزان تنش می‌شوند و در مورد موقعیت پیروی از درخواست خانواده جهت ادامه دستگاه تهویه‌ی مکانیکی وقتی که به نفع بیمار نیست (سؤال ۱۳) یا پیروی از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفت‌وگو در مورد مرگ با بیمار در حال احتضار (سؤال ۷) کم‌تر دچار تنش می‌شوند و در مورد تبدیل داروی خوراکی به داروی وریدی برای بیماری

نتایج نشان می‌دهد که بین تنش و سن، جنس و سمت در محل کار رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد. این مسأله نشان‌دهنده‌ی ضرورت برنامه‌های آموزش ضمن خدمت در حوزه اخلاق حرفه‌ای جهت کاهش تنش که در مطالعه‌ی بیکمرادی نیز به آن اشاره شده است، برای همه ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی است. بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر از لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری بین سابقه‌ی کاری و تنش وجود ندارد که این نتایج مطابق با مطالعه‌ی وزیر و همکاران و هم‌چنین، مطالعه‌ی بیکمرادی و همکاران است. ولی برخلاف انتظار در مطالعه‌ی Elpern و همکاران بین سابقه‌ی کار در بالین و میزان تنش ارتباط معنی‌دار آماری و در مطالعه‌ی Corley و همکاران رابطه‌ی منفی بین سابقه‌ی کار در بالین و میزان تنش گزارش شده است. تفاوت مطالعه‌ی حاضر با مطالعات غیرهم‌سو در این است که مطالعه‌ی حاضر در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی انجام شده است در حالی‌که در مطالعه‌ی Corley و همکاران بیمارستان‌های خصوصی نیز لحاظ شده است. بنابراین، انجام مطالعه‌ی مقایسه‌ای در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی در ایران پیشنهاد می‌شود. در پرسشنامه‌ی تنش اخلاقی، پرستاران اظهار کرده بودند که هنگام ارائه‌ی مراقبت و درمان در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم کادر پرستاری و شرایطی که به دلیل کمبود نیرو مراقبت ناکافی ارائه می‌شود، دچار بیش‌ترین میزان تنش می‌شوند که با مطالعه‌ی Corley و همکاران، Lane و هم‌چنین، با مطالعه‌ی Ohnishi و همکاران هم‌خوانی دارد. بنابراین، می‌توان گفت که کمبود پرستار یک عنصر کلیدی در ایجاد تنش است (۲۲). این مسأله لزوم توجه بیش‌تر به تأمین نیرو را جهت مقابله با تنش نشان می‌دهد. پرستاران اظهار داشتند که در موقعیت پیروی از درخواست خانواده جهت ادامه‌ی تهویه‌ی مکانیکی وقتی که به نفع بیمار نیست یا پیروی از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفت‌وگو در مورد مرگ با بیمار در حال احتضار، تنش اخلاقی کمی را تجربه کرده‌اند

با نتایج مطالعه‌ی حاضر هم‌راستا نیست. این تناقض در نتایج می‌تواند ناشی از تفاوت در ابزار مورد استفاده باشد، چرا که Hamric و همکاران از پرسشنامه‌ی بازنگری شده تنش اخلاقی (MDS-R) استفاده نموده و مطالعه‌ی خود را در بخش‌های ICU اطفال و بزرگسالان انجام داده بودند در حالی‌که در مطالعه‌ی حاضر بخش مراقبت‌های ویژه شامل همه‌ی بخش‌های مراقبت‌های ویژه است. مطالعه‌ی دیگری که توسط Lane در سال ۲۰۱۱ انجام شده است، میزان تنش در بخش داخلی جراحی را ۲/۱۷ از ۷، که در محدوده‌ی پایین قرار می‌گیرد گزارش کرده است (۲۱). این در حالی است که در مطالعه‌ی حاضر تنش بخش جراحی با میانگین ۱۵۱/۶۷ در سطح شدید و در بخش داخلی با میانگین ۱۴۱/۷۱ و متوسط گزارش شده است که هم‌سو با نتایج مطالعه‌ی Lane نیست؛ به‌نظر می‌رسد مجزا در نظر گرفتن دو بخش داخلی و جراحی در این مورد بی‌تأثیر نیست. در مطالعه‌ی حاضر میانگین تنش اخلاقی در بخش روان‌پزشکی ۱۴۱/۴۱ گزارش شده است که با مطالعه‌ی Ohnishi و همکاران که در سال ۲۰۱۰ تجربه‌ی تنش اخلاقی در روان‌پرستاران را با میانگین ۲/۸۶ از ۷، پایین گزارش کردند (۲۲) مطابق نیست. چرا که Ohnishi و همکاران در مطالعه‌ی خود از ابزار MDS-P استفاده کرده بودند که در آن ابزار برخی از گویه‌ها حذف شده بود و مطالعه‌ی مشابه در این مورد یافت نشد.

مطالعه‌ی Elpern و همکاران (۱۸) نشان می‌دهد که رابطه‌ی معنی‌داری بین نوع بخش و میزان تنش اخلاقی پرستاران وجود دارد؛ در بخش‌هایی که مراقبت پرستاری تهاجمی انجام می‌شود میزان تنش بیش‌تر است. این نتایج با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر که نشان می‌دهد تنش اخلاقی در بخش‌های ویژه و جراحی نسبت به سایر بخش‌ها بالاست هم‌خوانی دارد. Ohnishi و همکاران به نقل از Wilkinson بیان می‌کنند که فراوانی تنش می‌تواند با نوع بخش ارتباط داشته باشد (۲۲).

و در مورد تبدیل داروی خوراکی به داروی وریدی برای بیماری که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند، کم‌ترین میزان تنش را تجربه نموده‌اند که با مطالعه‌ی Corley و همکاران و Lane مطابقت دارد. مطالعه‌ی حاضر در جامعه‌ی آماری وسیع شامل سه استان شمال غرب کشور (آذربایجان شرقی، اردبیل و زنجان) و در بخش‌های مختلف (روان‌پزشکی، مراقبت‌های ویژه، داخلی، جراحی و اورژانس) با حجم ۴۵۰ نفر انجام گرفته است که این مسأله تأکیدی بر قدرت تعمیم‌پذیری بالای نتایج است.

این مطالعه دارای محدودیت‌هایی است از جمله این‌که جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ای به صورت خودگزارشی استفاده شده که می‌تواند در گزارش تنش اخلاقی بالا تأثیرگذار باشد؛ از این رو پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده سؤالات به صورت سناریو استفاده شود تا پرستار از نمره‌بندی پرسشنامه اطلاعی نداشته باشد.

در مطالعه‌ی حاضر میزان تجربه‌ی تنش اخلاقی از دیدگاه خود افراد مورد بررسی قرار گرفت، لذا ممکن است شرایط کاری و فردی افراد بر پاسخ‌دهی به سؤالات پژوهش اثر بگذارد و لازم است با روش‌های دیگر مثل مشاهده و روش‌های کیفی، تجربه‌ی زنده پرستاران در تنش اخلاقی مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. با توجه به بالا بودن میزان تنش اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری، پیشنهاد می‌شود عوامل مؤثر و عوامل پیش‌گویی‌کننده آن در بخش‌های مختلف و در مورد راهکارهای مقابله با آن بیش‌تر مورد مطالعه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که تنش اخلاقی در شمال غرب کشور متوسط به بالا است و کمبود پرستار نیز در آن نقش بسزایی دارد. طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مختلف جهت کاهش تنش اخلاقی در تیم مراقبت سلامت به‌خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه توصیه می‌شود. با توجه به پیامدهای تنش اخلاقی بالا بر پرستاران، مدیران پرستاری باید

بر روی راهکارهای مقابله با تنش اخلاقی و عوامل کاهنده‌ی آن تمرکز داشته باشند. با توجه به این‌که تنش اخلاقی با فرسودگی شغلی و استعفاء از محل کار همراه است عضویت پرستاران در کمیته‌ی اخلاق بیمارستان می‌تواند یکی از راه‌حل‌های مؤثر در بررسی و تدوین راهکارهای کاهش تنش باشد. اگرچه امروزه آگاهی پرستاران از مسؤولیت‌های اخلاقی خود در ارائه‌ی مراقبت‌ها در حال افزایش است، تعیین روش مناسب برای حل معضلات اخلاقی دشواری‌هایی دارد و معضلاتی که در بسیاری از موارد یا راه‌حل مشخصی ندارند یا امکان به‌کارگیری راه حل متناسب در شرایط ویژه وجود ندارد و هم‌چنین، پرستاران بیش از سایر اعضای تیم بهداشتی مدام با انواع تنش‌ها مواجه هستند؛ لذا افزایش دانش و آگاهی هرچه بیش‌تر پرستاران و توانمندسازی آنان در این راستا حائز اهمیت است.

در مطالعه‌ی حاضر میزان تجربه‌ی تنش اخلاقی از دیدگاه خود افراد مورد بررسی قرار گرفت، لذا ممکن است شرایط کاری و فردی افراد بر پاسخ‌دهی به سؤالات پژوهش اثر بگذارد و لازم است با روش‌های دیگر مثل مشاهده و روش‌های کیفی تجربه‌ی زنده پرستاران در تنش اخلاقی مورد بررسی بیشتر قرار گیرد. با توجه به بالا بودن میزان تنش اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری، پیشنهاد می‌شود عوامل مؤثر و عوامل پیش‌گویی‌کننده آن در بخش‌های مختلف و در مورد راهکارهای مقابله با آن بیش‌تر مورد مطالعه قرار بگیرد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از مساعدت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی تبریز، اردبیل و زنجان و از کلیه‌ی پرستاران شاغل در آن مراکز صمیمانه تشکر نمایند.

Ethics Hist Med 2012; 5(2): 58-69. [In Persian]

15- Abbaszadeh A, Borhani F, Motamedjahromi M, Zaher H. Nursing advocacy in teaching hospitals of Kerman University of Medical Sciences: nurses' attitude. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 5(7): 55-65. [In Persian]

16- Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Hayat 2012; 18(1): 42-51. [In Persian]

17- Gheraghi M, Rabiei S. Moral distress effective factors in nurses and physician in particular sections health centers in Hamadan University of Medical Sciences [dissertation]. Hamadan University of Medical Sciences; 2010. [In Persian]

18- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-30.

19- Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, and medication error in critical care nurses. [dissertation]. Nazarene University of San Diego (USA); 2008.

20- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Moral distress and ethical climate in nurses and physicians in intensive care unit (ICU) settings. <http://www.virginia.edu/inauguration/posters/2.81.Biosciences.Hamric.Borchers.pdf> (accessed in 2013)

21- Lane Kahl Aft S. Moral distress in medical surgical nurses [dissertation]. North Carolina (USA). Western Carolina University; 2011.

22- Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. Nurs Ethics 2010; 17(6): 726-40

منابع

1- Sumner J. Caring in nursing: a different interpretation. J Adv Nurs 2001; 35(6): 926-32.

2- Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. J Adv Nurs 1998; 27(4): 808-16.

3- Redfern SJ, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of different approaches. J Adv Nurs 1990; 15(11): 1260-71.

4- Anonymous. Websters Universal College Dictionary. New York: Gramercy Books; 2000.

5- Kälve mark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Soc Sci Med 2004; 58(6): 1075-84.

6- 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. J Nurs Manag 2008; 16(3): 360-73.

7- Vaziri M, Alizadegan S, Motavvaliyan S. Developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. Iran J Psychiatr 2008; 3: 55-8.

8- Hart T J. Moral distress in a non-acute continuing care setting: the experience of registered nursing [dissertation]. Ontario (Canada). Queen's University; 2009.

9- Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. JONAS Healthc Low Ethice Regul 2008; 10(4): 94-7.

10- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. J Adv Nurs 2001; 33(2): 250-6.

11- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. J Adv Nurs 1998; 28(5): 1134-45.

12- Ebrahimi H, Nikraves M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: major reaction of nurses to the context of ethical decision making. Razi J Med Sci 2007; 14(54): 7-15. [In Persian]

13- Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Haghani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. Iran J Med Ethics Hist Med 2011; 4(4): 56-66. [In Persian]

14- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Iran J Med

Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest medical of Iran

Hossein Ebrahimi¹, Abdolhassan Kazemi², Mohammad Asghari Jafarabadi³, Arezo Azarm^{*4}

¹ Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

² Associate Professor, Tabriz Tropical and Infectious Diseases Research Center, Faculty of Medicine, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

³ Assistant Professor, Health Services Management Research Center, Faculty of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran;

⁴ MSc Student, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.

Abstract

One of the most important issues in nursing ethics is moral distress, which is a severe psychological problem among nurses. The purpose of this study was to determine the nurses' moral distress in the hospitals of the northwest of Iran.

This was a cross-sectional study in which 418 nurses were selected by randomized multistep sampling method in the northwest of Iran in 2012. Data collection was done using the moral distress standard scale with high reliability and validity. In order to analyze data, descriptive (mean, standard deviation, frequency and percent) and inferential statistics (independent t-test and one way ANOVA) were used.

The mean score of nurses' moral distress was 148.49 ± 32.93 , and 222 nurses (53%) suffered from severe moral distress. Of the three provinces under study, Zanzan (152.46 ± 35.88) and intensive care units (152.72 ± 33.36) had the highest moral distress scores. Among the respondents' demographic characteristics, province ($P < 0.01$), education ($P < 0.05$), type of shift ($P < 0.05$) and job status ($P < 0.05$) were significantly related to the level of moral distress experienced by the nurses.

Due to the high level of moral distress in the nursing profession, dealing with it requires a lot of attention. Studies on casual and predictive factors in different wards and teaching coping strategies to nurses appear to be necessary in order to address this issue.

Keywords: ethics, moral distress, nurses, nursing ethics

*Email: arezo.azarm@yahoo.com