

دیسترس اخلاقی و ارتباط آن با استرس حرفه‌ای در پرستاران

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

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

دیسترس اخلاقی یکی از موضوعات حائز اهمیت در حیطه‌ی اخلاق پزشکی است که می‌تواند اثرات متفاوتی را بر پرستاران، بیماران و هم‌چنین، سیستم‌های بهداشتی داشته باشد. یکی از اثرات مهم این پدیده، ایجاد استرس حرفه‌ای در پرستاران است. شرایط استرس‌زای محیط‌های کاری، پرستاران را با فرسودگی و نارضایتی از محیط کاری روبه‌رو کرده و کیفیت ارائه‌ی مراقبت را با مشکل مواجه می‌سازد.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی بوده که با هدف بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای بر روی ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده پرسشنامه‌ی ترکیب‌یافته‌ی ۵۱ سؤالی بود که از دو پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی Corly و استرس حرفه‌ای Wolfgang تشکیل یافته بود. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط بین دیسترس و استرس استفاده شد. نتایج به‌دست آمده حاکی از وجود ارتباط مثبت معنی‌دار بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای بوده است ($r=0/8$ ، $P<0/05$). سطح دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای نیز در ابعاد شدت و تکرار در حد متوسط گزارش شده است. نتایج این مطالعه ارائه‌ی راهکارهایی همانند آموزش پرستاران نسبت به این پدیده‌ها و شرایط ایجادکننده‌ی آن و به‌کارگیری استراتژی‌های مدیریتی و سازمانی خاص را جهت پیشگیری و به حداقل رساندن این پدیده‌ها و عواقب آن‌ها در پرستاران مطرح می‌کند.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، استرس حرفه‌ای، فرسودگی شغلی، پرستاران

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۲ کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۳ مربی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

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

مقدمه

پرستاران به واسطه‌ی ماهیت شغلی‌شان بیش از سایر حرفه‌ها در معرض مسائل اخلاقی قرار داشته و در این میان دیسترس اخلاقی یکی از شایع‌ترین این مسائل به‌شمار می‌آید. دیسترس اخلاقی حالتی است که فرد در شرایطی متضاد با اعتقادات اخلاقی خود قرار گرفته و ضمن انجام قضاوت اخلاقی درست، به‌دلیل وجود موانع واقعی و ذهنی توانایی انجام عمل اخلاقی متناسب با آن را ندارد (۱، ۲).

علل ایجادکننده‌ی دیسترس اخلاقی متفاوت بوده و می‌توان آن را به‌صورت علل سازمانی، روابط بین تیمی و علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی طبقه‌بندی کرد. از علل سازمانی می‌توان به تخصصی‌شدن حرفه‌ی پرستاری، کمبود منابع و تجهیزات، پیشرفت فناوری، فقدان حمایت سازمانی و محدودیت بودجه اشاره کرد. توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین همکاران، فرمانبرداری بی‌چون و چرا از پزشکان، ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبت و عدم استقلال حرفه‌ای را می‌توان جزو علل روابط بین تیمی به‌حساب آورد. از علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی می‌توان به درمان‌های تهاجمی، بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیر ضروری و درمان‌های ناکافی اشاره کرد (۳، ۴).

دسترس اخلاقی می‌تواند پیامدهایی را به‌دنبال داشته باشد. از پیامدهای منفی آن می‌توان به آثار رفتاری و روانشناختی (احساس غمگینی، شرمندگی و محرومیت و فقدان) و استرس، فرسودگی، عدم رضایت شغلی و ترک حرفه اشاره کرد. علاوه بر اثرات منفی، دیسترس اخلاقی اثرات مثبتی را نیز به‌دنبال دارد. بیان مباحث مربوط به دیسترس می‌تواند سبب ترویج ایده‌های ارزشی در امر مراقبت از بیماران شود. شکست‌های گذشته نیز می‌تواند به‌عنوان اساسی برای تجارب مثبت آینده مطرح شود. همچنین، دیسترس اخلاقی خود می‌تواند حاکی از توجه دلسوزانه‌ی

پرستاران در امر مراقبت از بیماران باشد (۷-۵، ۲).

یکی از پیامدهای مهم دیسترس اخلاقی، استرس حرفه‌ای است (۸). عواملی هم‌چون فشار کاری زیاد، حمایت کم مدیران، فقدان کنترل بر محیط کار، ابهام در شرح وظایف، همکاری تیمی کم و تضاد در نقش و شیفت‌های کاری چرخشی پرستاران را می‌توان به‌عنوان عوامل استرس‌زا در حرفه‌ی پرستاری مطرح کرد (۹). علاوه بر این، خشونت و رفتارهای تهاجمی بیمار و خانواده، مواجهه با بیماران بدحال و مرگ آن‌ها و همچنین، درگیری با پزشکان نیز جزو عوامل استرس‌زا مطرح است (۱۱، ۱۰).

عوامل متعددی در تأثیر استرس بر افراد نقش ایفا می‌کنند. ویژگی‌های فردی پرستاران می‌تواند نقش مؤثری در شناخت و معنی‌دار کردن استرس داشته باشد. هر چه افراد در برابر استرس از انعطاف‌پذیری بیش‌تری برخوردار باشند، استرس کم‌تری را تجربه می‌کنند (۱۲). از عوامل دیگر تأثیرگذار ویژگی‌های ذهنی (ارتباطات، شیوه‌ی مدیریت، انتظارات بیماران و همکاران، استانداردهای کاری) و فیزیکی (شرایط فیزیکی کار و بهداشت محیط کار از قبیل نور و صدا) محیط کار است (۱۳). سابقه‌ی کاری نیز با میزان استرس رابطه‌ی معکوس دارد. با افزایش سابقه‌ی افراد، تسلط بر محیط و همچنین، نحوه‌ی برخورد آن‌ها با استرس‌های موجود در محیط کار ارتقاء یافته و میزان استرس تجربه‌شده در محیط کاهش می‌یابد (۱۴).

استرس در محیط کار می‌تواند باعث علایم جسمی-روانی همانند سردرد، بی‌خوابی، افسردگی و اضطراب در پرستاران شود. ادامه‌ی شرایط استرس‌زا می‌تواند فرسودگی شغلی و نارضایتی از حرفه را به‌دنبال داشته و باعث افزایش غیبت از کار و همچنین، ترک حرفه شود. کلیه شرایط بیان شده افزایش خطاهای کاری و عدم فرصت کافی برای ارائه‌ی درمان‌های کافی به بیماران را سبب شده که به‌طور مستقیمی

بر روی افت کیفیت مراقبت تأثیر گذاشته و عدم رضایت بیماران از سیستم‌های بهداشتی را به دنبال دارد. هر چه استرس درک شده در محیط کار بیشتر باشد، بیزاری از کار بیشتر بوده و به همکاران و سایر بیماران نیز فشار بیشتری وارد خواهد شد (۱۶، ۱۵). به طور کلی، می‌توان گفت استرس حرفه‌ای تأثیر بسزایی بر جنبه‌های مختلف زندگی کاری افراد شاغل می‌گذارد. این تأثیر می‌تواند مثبت یا منفی ارزیابی شود و در برخی موارد به عنوان یک عامل انگیزشی در بهبود عملکرد افراد مؤثر باشد (۹).

بررسی مطالعات مختلف نشان می‌دهد که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای مسائلی شایع در میان پرستاران به حساب می‌آیند. شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران در مطالعه‌ای در سطح متوسط گزارش شد (۱۷). هم‌چنین، پژوهش‌های صورت گرفته حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی یک مشکل شایع تجربه شده در بخش‌هایی است که با مراقبت پایان زندگی مواجه هستند (۱۸). مطالعه‌ای که در ایران نیز با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه صورت گرفته، میزان آن را در سطح بالا گزارش کرده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته است (۱۹). مطالعات مربوط به استرس نیز حاکی از آن است که پرستاران با سطح بالایی از استرس روبه‌رو بوده و فشارکاری و تدارکات ناکافی جزو شایع‌ترین عوامل استرس‌زا در محیط‌کاری به حساب می‌آیند (۲۰). هم‌چنین، مطالعات رابطه‌ی بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای را مثبت ارزیابی کرده و نقش آن‌ها را در ایجاد رضایت شغلی با اهمیت دانسته‌اند (۲۲، ۲۱). مطالعات نشان می‌دهند که محیط‌های کاری سالم و برخوردار از بهداشت روانی به شکل مستقیمی با وجود محیط‌های بدون استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران رابطه داشته و موجب افزایش رضایتمندی و علاقه به کار و افزایش بازده کاری آن‌ها می‌شود (۱۵).

با توجه به این‌که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای محیط کاری پرستاران بر کیفیت عملکرد آنان در مراقبت از بیماران تأثیر گذاشته و پیامدهای متفاوتی را به دنبال دارد و هم‌چنین، با عنایت به این‌که ارتباط این پدیده‌ها در ایران کم‌تر مورد بررسی قرار گرفته؛ لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای در پرستاران انجام شده است.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که در قالب طرح پایان‌نامه با کد اخلاقی (K:۹۰/۴۷۷) در دانشگاه علوم پزشکی کرمان به تصویب رسیده و در تاریخ ۱۳۹۱/۷/۲۱ الی ۱۳۹۱/۸/۲۵ انجام شده است. نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر شامل ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند بودند. واحدهای مورد پژوهش به صورت سرشماری و از دو بیمارستان امام رضا و ولیعصر شهر بیرجند انتخاب شدند. تعداد واحدهای انتخابی از بیمارستان‌های امام رضا ۱۰۰ نفر و از مرکز ولیعصر ۱۲۰ نفر بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناس پرستاری و داشتن یک‌سال سابقه‌ی کار در بخش‌های بالینی بیمارستان‌ها بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ی دو قسمتی بوده که بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و بخش محل خدمت) و بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی ۵۱ سؤالی است که از دو پرسشنامه‌ی ۲۱ سؤالی دیسترس اخلاقی Corly و ۳۰ سؤالی استرس حرفه‌ای Wolfgang تشکیل شده است. سؤالات این پرسشنامه شامل وضعیت‌هایی است که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و استرس پرستاران را از مواجهه با این وضعیت‌ها می‌سنجد. دامنه‌ی نمرات در بعد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در بعد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (پنج) مرتب شده است (۲۴، ۲۳). در مورد متغیرهای دموگرافیک نیز

همبستگی پیرسون استفاده شد. برای بررسی دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

نتایج

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۱/۱۲ سال بوده و دامنه‌ی سنی این افراد نیز ۲۳-۴۷ سال گزارش شد. از نظر جنسی زنان با ۸۵/۹ درصد بیش‌ترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. از نظر نوع استخدام پرستاران در سه گروه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند. بیش‌ترین درصد فراوانی آن‌ها در گروه رسمی و کم‌ترین آن‌ها در گروه طرحی جای داشتند. از نظر تعداد سال‌های خدمت، کم‌ترین تعداد سال خدمت در پرستاران ۱ سال و بیش‌ترین تعداد سال خدمت ۲۴ سال بوده است. از نظر بخش محل خدمت پرستاران در ۷ گروه قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر

حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی درصد	درصد
جنسیت	زن	۸۵/۹
	مرد	۱۴/۱
	کل	۱۰۰
نوع استخدامی	رسمی	۴۷/۷
	طرحی	۱۳/۲
	قراردادی	۳۹/۱
	کل	۲۲۰
بخش‌های تخصصی	جراحی	۲۹/۵
	داخلی	۱۵
	مراقبت ویژه	۳۶/۸
	اورژانس	۹/۱
	زنان	۲/۷
	کودکان	۳/۲
	روان‌پزشکی	۳/۶
	کل	۲۲۰

واحدهای مورد پژوهش از نظر نوع استخدام در سه گروه رسمی، قراردادی و طرحی و از نظر بخش محل خدمت در هفت گروه جراحی، داخلی، مراقبت ویژه، زنان، کودکان، روان‌پزشکی و اورژانس مورد بررسی قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای توسط Cummings در سال ۲۰۰۹ مورد استفاده قرار گرفته است (۲۱). در ایران نیز پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی قبلاً مورد استفاده و روایی و پایایی آن مشخص شده است (۱۹). در مطالعه‌ی حاضر نیز این پرسشنامه توسط محقق مورد بررسی روایی و پایایی قرار گرفته است. این پرسشنامه به روش ترجمه‌ی دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده است و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. بررسی روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در امر اخلاق صورت گرفت و شاخص روایی محتوا (CVI) به صورت ۸۸ درصد به دست آمد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۹۱ درصد محاسبه شد. 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 نحوه‌ی پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای حضور یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین، در زمینه‌ی حفظ اطلاعات واحدهای پژوهش به آن‌ها اطمینان داده شد. کلیه پرسشنامه‌ها پس از دو هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط پژوهشگر جمع‌آوری شد. 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 بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای از آزمون ضریب

شدت ($1/78 \pm 1/33$) و تکرار ($1/77 \pm 1/31$) دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال [در محل کار با سوپروایزرها و/یا مدیران کشمکش داشته ام بوده است] (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲ - میانگین شدت و تکرار دیسترس

متغیر	دیسترس اخلاقی (mean±SD)	استرس حرفه‌ای (mean±SD)
شدت	$2/25 \pm 0/6$	$2/21 \pm 0/58$
تکرار	$2/11 \pm 0/56$	$2/23 \pm 0/63$

اخلاقی و استرس حرفه‌ای در پرستاران مورد مطالعه

نتایج بیان شده در جدول شماره ۲ میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای را در پرستاران نشان می‌دهد. دامنه‌ی نمره‌ی دیسترس اخلاقی در پرستاران ۰-۵ بوده که پرستاران از این دامنه سطح متوسطی از شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را گزارش کرده‌اند. شدت و تکرار استرس حرفه‌ای نیز در پرستاران از دامنه‌ی ۰-۵ در حد متوسط گزارش شده است.

بیش‌ترین میانگین شدت ($2/65 \pm 1/41$) و تکرار ($2/52 \pm 1/48$) دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال [به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم] و کم‌ترین

جدول شماره ۳ - میانگین و انحراف معیار برخی از سؤالات دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای

تکرار mean±SD	شدت mean±SD	سؤالات	
$2/16 \pm 1/43$	$1/56 \pm 2/14$	فشار ناشی از کاهش هزینه‌های سازمانی، من را به ارائه‌ی مراقبت با کیفیت پایین مجبور می‌کند.	دیسترس اخلاقی
$1/4 \pm 2/15$	$1/46 \pm 2/17$	مشغله کاری فراوان باعث کاهش کیفیت کاری ام شده است.	
$1/56 \pm 1/93$	$1/58 \pm 2/05$	وقتی که مرگ بیمار حتمی بوده است، تقاضای اهدای عضو را با خانواده بیمار مطرح کردم.	
$1/31 \pm 1/77$	$1/33 \pm 1/78$	در محل کار با سوپروایزرها و/یا مدیران کشمکش داشته‌ام.	
$1/48 \pm 2/52$	$1/41 \pm 2/65$	به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم.	
$1/54 \pm 1/66$	$1/56 \pm 1/65$	به دانشجویان پزشکی اجازه می‌دهم که برای بهبود مهارتشان اقدامات دردناکی را روی بیمار اجرا کنند.	استرس حرفه‌ای
$1/37 \pm 2/62$	$1/31 \pm 2/59$	از بیمارانی که دارای مشکلات زیادی هستند مراقبت می‌کنم.	
$1/38 \pm 1/9$	$1/41 \pm 2/1$	مراقبت‌های درمانی من گاهی رنج و درد بیمار را تسکین نمی‌بخشد، زیرا می‌ترسم افزایش دوز دارو منجر به مرگ شود.	
$1/34 \pm 2/2$	$1/43 \pm 2/29$	گاهی اوقات متوجه این شده‌ام که از وضعیت درمانی بیمار اطلاع کافی ندارم.	
$1/62 \pm 2/83$	$1/66 \pm 2/83$	با وضعیت کمبود نیروی کاری مواجه بوده‌ام.	

بیش‌ترین میانگین شدت ($1/65 \pm 1/56$) و تکرار ($1/66 \pm 1/54$) استرس حرفه‌ای مربوط به سؤال [به دانشجویان پزشکی اجازه می‌دهم که برای بهبود مهارتشان اقدامات دردناکی را روی بیمار اجرا کنند] بوده

بیش‌ترین میانگین شدت ($2/83 \pm 1/66$) و تکرار ($2/83 \pm 1/62$) استرس حرفه‌ای مربوط به سؤال [با وضعیت کمبود نیروی کاری مواجه بوده‌ام] و کم‌ترین شدت

بررسی میزان شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسط گزارش شده است. همچنین، در این مطالعه سطح شدت دیسترس اخلاقی نسبت به تکرار آن بالاتر بوده است. Corly و همکاران دیسترس اخلاقی را با توجه به نوع بخش محل خدمت متفاوت دانسته و میزان آن را در حد متوسط به بالا گزارش کرده است. آن‌ها همچنین، میزان تکرار دیسترس اخلاقی را بالاتر دانسته و بیان می‌کنند که قبل از آن‌که یک پدیده از نظر شدت اهمیت پیدا کند می‌باید آن قدر تکرار شود تا شرایطی را ایجاد کند که پرستاران جو دیسترس اخلاقی را حس کنند (۱۷). Janvier و همکاران نیز در مطالعه‌ای دیسترس اخلاقی را در بخش مراقبت‌های ویژه بالاتر دانسته و تماس مکرر پرستاران این بخش‌ها را با شرایط دیسترس‌زا به‌عنوان عامل مؤثر در شدت دیسترس اخلاقی بالا در پرستاران معرفی می‌کنند (۲۶). در مطالعات صورت گرفته در ایران نیز دیسترس اخلاقی در طیفی از متوسط به بالا گزارش شده است (۲۸، ۲۷). عباس‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران را بالا دانسته و بیان می‌کند که شرایط کاری و جو اخلاقی محیط‌های درمانی می‌تواند در بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران مؤثر باشد (۲۹).

برای بررسی دیسترس اخلاقی به‌طور کلی ۲۱ سؤال مطرح شده است. از این سؤالات بیش‌ترین گزینه‌ای که با بالاترین میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی روبه‌رو بوده گزینه‌ی به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم است. از نظر واحدهای مورد پژوهش درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده‌ی وی به‌عنوان یک فاکتور دیسترس‌زای مهم شناخته شده است. کم‌ترین میانگین نمره‌ی دیسترس از نظر شدت و تکرار مربوط به گزینه‌ی [در محل کار با سوپروایزرها و/یا مدیران کشمکش داشته‌ام] بوده است. Rice نیز یکی از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را مسائل عاطفی بیمار و خانواده‌ی وی و همچنین، درگیری با سوپروایزرها و مدیران سازمان

است (جدول شماره‌ی ۳). ارتباط بین نمره‌ی کل دیسترس اخلاقی با استرس حرفه‌ای در پرستاران حاکی از وجود رابطه‌ی مثبت معنی‌داری بوده است ($r=0/8$, $P=0/01$)

بحث

نتایج مطالعه‌ی حاضر در زمینه‌ی ارتباط دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای حاکی از وجود ارتباط مثبت معنی‌دار در پرستاران مورد مطالعه بوده است. مطالعات مورد بررسی نیز نتایج این مطالعه را مورد تایید قرار می‌دهند. Rice به بررسی استرس حرفه‌ای و تأثیر آن بر سلامتی پرستاران پرداخته و نقش مسائل اخلاقی را در ایجاد استرس مهم می‌داند (۱۲). Cumming در مطالعه‌اش ضمن بررسی تأثیر دیسترس اخلاقی در ترک حرفه، رابطه‌ی بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای را مثبت ارزیابی می‌کند (۲۱). Muder نیز در مطالعه‌اش رابطه‌ی بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای را در پرستاران بخش‌های ویژه مثبت ارزیابی کرده و بیان می‌کند که قرارگیری پرستاران در محیط‌هایی که با استرس بالایی همراه است می‌تواند در ایجاد دیسترس اخلاقی در آن‌ها مؤثر باشد (۲۵). همچنین، ارتباط بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای در سطح بالایی گزارش شده است. Cumming نیز در مطالعاتش بیان می‌کند که ارتباط قوی بین این متغیرها شاید ناشی از این علت باشد که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای می‌توانند به‌طور متقابل یکدیگر را تقویت کرده و بر روی یکدیگر تأثیر مثبتی داشته باشند. در کل، می‌توان این‌طور استنباط کرد که وقتی فرد از نظر روانی تحت استرس منفی قرار گرفته باشد، ممکن است قدرت تصمیم‌گیری درست خود را نیز در شرایط دیسترس‌زا از دست داده و از مکانیسم‌های تطابقی غیر مؤثر استفاده کند. در هر صورت شاید بتوان دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای را جزو چرخه‌ی مشترکی دانست که علاوه بر این‌که در بروز یکدیگر مؤثرند، می‌توانند در کنار یکدیگر اثر تقویت کننده داشته و اثرات یکدیگر را به میزان زیادی تشدید کنند.

مطرح می‌کند (۱۲). عباس زاده و همکاران نیز اهمیت به عواطف و احساسات بیماران را به‌عنوان یکی از مهم‌ترین فاکتورهای ایجاد دیسترس اخلاقی در پرستاران معرفی می‌کنند (۲۷). میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد بر می‌گردد. علل متعددی در بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران مؤثر است (۳۰). ولی شاید فرهنگ کاری و ویژگی ساختارهای بهداشتی سبب شود که عواملی همانند اهمیت به احساسات بیماران و موارد نقض آن جزو مواردی باشد که با شدت و تکرار بالاتر دیسترس اخلاقی در پرستاران مورد بررسی همراه باشد. شاید محیط‌هایی که از نظر مدیریتی با چالش‌هایی همراه است جو نامطلوبی را برای پرستاران ایجاد کرده و در ایجاد دیسترس اخلاقی مؤثر باشد (۲۱). ولی در این مطالعه شاید به علت جو مدیریتی مناسب در محیط مطالعه، این فاکتور از نظر واحدهای مورد پژوهش جزو فاکتورهایی بوده که نقش کم‌تری در ایجاد شدت دیسترس اخلاقی داشته است.

شدت و تکرار استرس حرفه‌ای در واحدهای مورد پژوهش در سطح متوسط بوده است. مطالعات صورت گرفته در این زمینه حاکی از وجود سطح متوسط به بالای استرس حرفه‌ای در پرستاران بوده است. Sterud و همکاران در مطالعه‌اشان ضمن بررسی وقوع استرس در سازمان‌های بهداشتی بروز آن را در پرستاران اورژانس بالا دانسته‌اند (۳۱). Stordeur و همکاران نیز در مطالعه‌ای میزان استرس را در حرفه‌های بهداشتی بالا دانسته و روابط آن را با ویژگی‌های مدیریتی و فرسودگی، مثبت ارزیابی کرده‌اند (۳۲). Burnard و همکاران به بررسی عوامل استرس‌زا در پرستاران پرداخته و میزان آن را بالا گزارش کرده‌اند (۳۳). فرجی و همکاران نیز سطح استرس شغلی پرستاران را در حد متوسط ارزیابی کرده‌اند (۳۴). عقیلی و همکاران نیز سطح استرس شغلی در پرستاران زن را در سطح متوسط گزارش کردند (۳۵). برای بررسی استرس حرفه‌ای ۳۰ سؤال مطرح شد که از این

سؤالات بیش‌ترین استرس از نظر تکرار و شدت مربوط به سؤال [با وضعیت کمبود نیروی کاری مواجه بوده‌ام] بوده است. در حقیقت، کمبود نیروی کار می‌تواند یکی از مهم‌ترین مواردی باشد که به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز ایجادکننده‌ی استرس مطرح است. Pinikahana و Happell در مطالعه‌شان کمبود نیروی کار و فشار کاری بالا را به‌عنوان عامل مهمی در ایجاد استرس محیط‌کار معرفی کرده‌اند (۲۰). در مطالعه‌ی دیگری نیز کمبود نیرو و فشارکاری بالا به‌عنوان یک عامل مهم استرس‌آور در محیط کار پرستاران مطرح شده است (۳۳). کم‌ترین میزان استرس از نظر شدت مربوط به سؤال [به دانشجویان پزشکی اجازه می‌دهم که برای بهبود مهارتشان اقدامات دردناکی را روی بیمار اجرا کنند] است. در این سؤال اجازه دادن به دانشجویان برای انجام اقدامات دردناک روی بیمار به‌عنوان عاملی است که کم‌ترین استرس را در واحدهای مورد پژوهش ایجاد کرده است. کم‌ترین میزان استرس از نظر تکرار مربوط به سؤال [هنگامی که وضعیت بیمار وخیم باشد، درخواست بیمار را برای کمک به مرگش پذیرفته‌ام] است. Burnard و همکاران در مطالعه‌اش عوامل مربوط به بیماران از جمله پیچیدگی‌های مراقبت از بیماران را جزو عوامل مؤثر در استرس حرفه‌ای می‌دانند (۳۳). در پرستاران مورد بررسی با توجه به شرایط خاص اعتقادی وقوع عواملی هم‌چون تسهیل مرگ بیمار و اتانازی عملی مخالف دین بوده و انجام نمی‌شود و در نتیجه به‌عنوان یک عامل بی‌اهمیت از نظر تکرار استرس حرفه‌ای مطرح شده است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای در پرستاران از سطح متوسطی برخوردار بوده و هم‌چنین، بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای رابطه‌ی مثبت معنی‌داری وجود دارد. ارتباط موجود بین این پدیده‌ها این نکته را مورد توجه قرار می‌دهد که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای می‌توانند در بروز یکدیگر مؤثر بوده و

منابع

- 1- Jameton A. Nursing Practice: The Ethical Issues. Michigan: Prentice Hall; 1984.
- 2- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics 2002; 9(6): 636-50.
- 3- Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. Nurs Ethics 2010; 17(1): 87-98.
- 4- Laabs CA. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. J Am Acad Nurse Pract 2005; 17(2): 76-84.
- 5- Pijl-Zieber Em, Hagen B, Armstrong-Esther C, Hall B, Akins L, Stingl M. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care?. Qual Age Old Adults 2008; 9(2): 39-48.
- 6- Rushton CH. Defining and addressing moral distress. AACN Adv Crit Care 2006; 17(2): 161-8.
- 7- Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM, Harvey S. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. J Adv Nurs 2010; 66(1): 22-32.
- 8- Maslach C, Leiter MP. Stress and burnout: the critical research. In: Cooper CL ed. Handbook of Stress Medicine and Health, 2nd ed. USA: CRC Press; 2005, p. 155-72.
- 9- McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. Inter J Nurs Stud 2003; 40(5): 555-65.
- 10- Currid TJ. The lived experience and meaning of stress in acute mental health nurses. Br J Nurs 2008; 17(4): 880-4.
- 11- Bratt MM, Broome M, Kelber S, Lostocco L. Influence of stress and nursing leadership on job satisfaction of pediatric intensive care unit nurses. Am J Crit Care 2000; 9(5): 307-17.
- 12- Rice PL. Stress and Health. Brooks/Cole Publishing Company; 1999.
- 13- de Jonge J, Dormann C. The DISC model: demand-induced strain compensation mechanisms in job stress. In: Dollard M, Winefield AH, Winefield H. Occupational Stress in the Service Professions. London: Taylor & Francis; 2003, p.43-74.
- 14- Shirey Mr. Stress and burnout among nursing faculty. Nurs Educ 2006; 31(3): 95-7.
- 15- Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and

حضورشان در کنار یکدیگر اثر تقویتی بر روی یکدیگر داشته باشد. سطح دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای و هم‌چنین، ارتباط بین این متغیرها لزوم توجه هر چه بیشتر برنامه‌ریزان و مدیران را در این زمینه می‌طلبد. در این زمینه باید سعی شود با استفاده از راهکارهایی همانند کارگاه‌های آموزشی و هم‌چنین، تأسیس کمیته‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی آگاهی پرستاران را نسبت به دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای و هم‌چنین، علل و شرایط ایجادکننده‌ی آن افزایش داده و هم‌چنین، آن‌ها را نسبت به استفاده از راهکارها و مکانیسم‌های تطابقی مثبت در مواجهه با این شرایط آشنا سازند.

در زمینه‌ی محدودیت‌های مطالعه نیز می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مطالعه فقط در شهر بیرجند انجام شده و هم‌چنین، روش نمونه‌گیری نیز سرشماری بوده که این عوامل بر روی تعمیم‌پذیری نتایج تأثیرگذار خواهد بود. در این زمینه پیشنهاد می‌شود که دیسترس اخلاقی در سایر نقاط کشور نیز مورد بررسی قرار گرفته و هم‌چنین، مطالعاتی در زمینه‌ی تأثیر دیسترس اخلاقی و استرس حرفه‌ای بر روی کیفیت مراقبت و هم‌چنین، زندگی کاری پرستاران صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی پرستارانی که در این مطالعه شرکت داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

- 2012; 18(1): 42-51. [In Persian]
- 30- 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.
- 31- Sterud T, Hem E, Ekeberg Ø, Lau B. Occupational stressors and its organizational and individual correlates: a nationwide study of Norwegian ambulance personnel. *BMC Emerg Med* 2008; 8: 16.
- 32- Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 2001; 35(4): 533-42.
- 33- Burnard P, Edwards D, Fothergill A, Hannigan B, Coyle D. Community mental health nurses in Wales: self-reported stressors and coping strategies. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 7(6): 523-8.
- 34- Faraji A, Valiee S, Mazidi G, Ramazanh A, Rezaee Farahani M. Relationship between job characteristic and job stress in nurses of Kurdistan University of Medical Sciences educational hospitals. *Iran J Nurs Res* 2012; 7(25): 54-63. [In Persian]
- 35- Aghilinejad M, Attarchi M, Golabadi M, Chehregosha H. Comparing stress level of woman nurses of different units of Iran University hospitals in autumn 2009. *J Army Univ Med Sci Iran* 2010; 8(1): 44-8. [In Persian]
- nurses. *Arch Psychiat Nurs* 2006; 20(4): 158-65.
- 16- Anonymous. Warning signs and symptoms of stress. http://www.massgeneral.org/bhi/basics/managing/warning_signs.aspx. (accessed in 2013)
- 17- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
- 18- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-95.
- 19- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 58-69. [In Persian]
- 20- Happell B, Pinikahana J, Martin T. Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. *Stress Health* 2003; 19: 63-8.
- 21- Cummings C. The effect of moral distress and professional stress on nursing retention in the acute care setting [dissertation]. North Florida (USA). University of North Florida; 2009.
- 22- Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. *J Adv Nurs* 2000; 31(3): 681-8.
- 23- Wolfgang AP. The health professions stress inventory. *Psychol Rep* 1988; 62(1): 220-2.
- 24- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.
- 25- Muder A. The impact of workplace stress and stress of conscience on the moral distress of nurses in acute care sitting [dissertation]. California (USA). Azusa Pacific University; 2011.
- 26- 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.
- 27- 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]
- 28- Shakeriniya I. The relationship between ethical conflicts, moral distress, and occupational stress in nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 4(Suppl): 56-69. [In Persian]
- 29- Joolae S, Jalili H, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences hospitals. *Hayat*

Moral distress and its relationship with professional stress in nurses

Fariba Borhani¹, Somayyeh Mohammadi², Mostaf Roshanzadeh^{*3}

¹ Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehrna, Iran;

² MS, Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehrna, Iran;

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

Abstract

Moral distress is an important issue in the field of medical ethics that can have serious effects on nurses, patients and health organizations. One of the most common effects of this phenomenon is professional stress in nurses. Stressful situations in nurses' job environment lead to burnout and dissatisfaction, and adversely affect the quality of care.

This was a cross-sectional study aimed to determine the relationship between moral distress and professional stress in 220 nurses of educational hospitals in the city of Birjand. Data were collected using a 51-item questionnaire based on Corley's Moral Distress Scale and Wolfgang's Health Professions Stress Inventory. Reliability and validity of the questionnaire were assessed by the researchers, and its reliability was calculated using Cronbach's alpha (93%).

The results indicated a positive relationship between moral distress and professional stress ($P < 0/05$, $r = 0/8$). Intensity and frequency of moral distress and professional stress were reported average.

Moral distress and professional stress were reported at a frequency and severity of moderate size. Findings of this study can provide guidelines for educating nurses on this phenomenon and the conditions leading to it. They may also be used to develop management strategies and establish organizations to prevent and minimize the consequences of these phenomena in nurses.

Keywords: Moral distress, professional stress, burnout, nurses

*Email: mroshanzadeh62@gmail.com