

بررسی همبستگی دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران در سال ۱۳۹۲

فاطمه پولادی^۱، فروزان آتشزاده شوریده^{۲*}، عباس عباسزاده^۳، اعظم مسلمی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

دیسترس های اخلاقی با پیامدهایی نظیر احساس ناکامی و گناه، احساس فرسودگی، احساس عدم امنیت، ترس، دلسردی و افسردگی در پرستاران همراه است که می توانند بر شخصیت و عملکرد حرفه ای آنان تاثیر بگذارند. فرسودگی شغلی پرستاران عوارض زیادی در خانواده، زندگی فردی و اجتماعی پرستاران و سازمان برجای می گذارد که از مهم ترین آن ها می توان ترک خدمت، تغییر شغل، تاخیرهای متوالی و کاهش کیفیت مراقبت پرستاری را نام برد.

هدف از این مطالعه تعیین همبستگی دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی است. این پژوهش، مطالعه ای توصیفی همبستگی است. در این مطالعه ۲۲۴ پرستار با روش نمونه گیری سهمیه ای تصادفی انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های ویژگی های جمعیت شناختی، مقیاس دیسترس اخلاقی و سیاهه ی فرسودگی شغلی Copenhagen گردآوری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۰ و ضریب همبستگی Spearman مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پژوهش حاضر، میانگین نمره ی دیسترس اخلاقی واحدهای پژوهش ۱/۳۱، میانگین نمره ی فرسودگی شخصی ۵۵/۹۷، میانگین نمره ی فرسودگی مرتبط با کار ۵۵/۳۵ و میانگین نمره ی فرسودگی مرتبط با مددجو ۵۱/۲۸ بود. نتایج این پژوهش نشان داد که دیسترس اخلاقی و تمامی ابعاد آن با فرسودگی شخصی، فرسودگی مرتبط با کار و فرسودگی مرتبط با مددجو ارتباط مثبت و معنی دار آماری دارد ($P < 0.001$) اما همبستگی پایین است. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود شرایط و زمینه های ایجادکننده ی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی کاهش یابد. رضایت شغلی و کیفیت خدمات پرستاری ارتقا یابد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی، پرستاران

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری (گرایش داخلی جراحی)، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ استاد، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ دانشجوی دکترای آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، مقابل بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مدیریت پرستاری

کدپستی: ۱۹۸۵۷۱۷۴۴۳، تلفن: ۸۸۶۵۵۳۶۶، Email: f_atashzadeh@sbmu.ac.ir

مقدمه

پرستاران بزرگ‌ترین گروه تیم سلامت هستند که بیش‌ترین وقت خود را در بالین بیمار می‌گذرانند. این گروه از تیم سلامت تماس نزدیکی با بیماران دارند و در نتیجه به‌طور مداوم با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مواجه می‌شوند (۱) که این تصمیم‌گیری‌ها سبب بروز تعارضات در موضوعات اخلاقی می‌شود (۲). در نتیجه‌ی پیشرفت‌های جدید و روزافزون در نظام سلامت و دستیابی به فناوری‌های نوین، جنبه‌های اخلاقی مراقبت‌های سلامت دارای پیچیدگی‌هایی شده‌اند که این امر باعث دگرگونی و تنوع در معضلات اخلاقی و افزایش بروز چالش‌های اخلاقی در میان اعضای تیم مراقبت از جمله پرستاران شده‌است (۳). از سوی دیگر، پیشرفت‌های روزافزون در روش‌های درمانی و مراقبتی و نیاز به ارائه‌ی خدمات با کیفیت بالا تأثیر عمده‌ای بر عملکرد پرستاران گذاشته‌است (۴، ۵) که نیازمند آگاهی پرستاران از اصول اخلاقی است.

رعایت اصول اخلاقی به‌عنوان بخشی از وظایف شغلی پرستاران محسوب می‌شود و برای این‌که مهارت‌های خود را براساس اصول اخلاقی حرفه‌ای ارائه کنند باید از اهمیت این موضوع در هنگام ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری آگاه باشند. زیرا بخشی از مشکلات و مسائل به‌وجود آمده، ناشی از دیدگاه‌ها و رفتارهای غیر اخلاقی پرستاران و پزشکان است (۳). در نظام ارائه‌ی مراقبت سلامت و به‌ویژه حوزه‌ی عملکرد بالینی به‌دلیل پیچیدگی‌های موجود در آن، پرستاران با تعارضات اخلاقی بی‌شماری روبه‌رو می‌شوند، به‌طوری‌که مسائل اخلاقی بخش قابل ملاحظه‌ای از تنش شغلی پرستاران را به خود اختصاص داده است (۶).

منظور از دیسترس اخلاقی موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی، انجام کار درست را بر او غیرممکن می‌سازد (۷). وجود دیسترس

اخلاقی و به‌دنبال آن عدم رضایت در بین پرستاران می‌تواند سلامت جسمی، روانی و کیفیت شغلی زندگی آنان را مورد تهدید قرار داده و به‌صورت مانعی برای دستیابی به اهداف توسعه‌ی فردی و اجتماعی آنان عمل کند (۸).

دیسترس اخلاقی موضوع مهمی است که امروزه پرستاران با آن روبه‌رو هستند که می‌تواند بر بقای حرفه و نحوه‌ی مراقبت از بیماران تأثیر بگذارد (۹) و حتی موجب دوری پرستاران از بیماران و خانواده‌های آنان می‌شود (۱۰). پرستارانی که سطوح بالایی از دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند از رضایت شغلی کم‌تر و فرسودگی شغلی بیش‌تری رنج می‌برند (۱۱). میزان دیسترس اخلاقی پرستاران رابطه‌ی معنی‌دار مثبتی با فرسودگی شغلی دارد (۱۲). این در حالی است که برخی پژوهش‌ها رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین این دو متغیر را گزارش نکرده‌اند (۱۶ - ۱۳، ۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دیسترس اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به‌دنبال دارد (۱۳). همین پیامدها موجب می‌شود که پرستاران برای مقابله با دیسترس اخلاقی، راهکارهای گوناگونی را به‌کار بندند. در صورت شکست این راهکارها، دیسترس اخلاقی واکنشی بروز می‌کند. افسردگی، کابوس‌های شبانه، سردرد و احساس عدم ارزشمندی مشخصه‌ی این نوع دیسترس اخلاقی است. مشخص شده‌است که با در هم شکستن مقاومت پرستاران، در اثر بروز دیسترس اخلاقی، رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی ایجاد می‌شود (۱۸، ۱۷). هر چند پژوهش‌های مختلف نتایج گوناگونی را در این زمینه گزارش کرده‌اند.

پرستاران هنگام کار با کارکنان فاقد عملکرد و صلاحیت حرفه‌ای که عملکرد غیر ایمن دارند، دیسترس اخلاقی شدیدی را تجربه می‌کنند. در صورتی که هنگام اجرای اقدامات دارویی در شرایط کد احیای قلبی و درخواست اهدا عضو از خانواده‌ی بیمار در حال مرگ کم‌ترین دیسترس

کشورهای صنعتی به یک مشکل عمده و پیدا کردن راه‌حل برای آن، به یک اولویت تبدیل شده است (۲۴). با توجه به فراوانی دیسترس اخلاقی و پیامدهای آن در پرستاران، شناخت رابطه‌ی بین آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. با شناخت دیسترس اخلاقی پرستاران، مسؤولان حرفه‌ی پرستاری خواهند توانست با برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر دیسترس اخلاقی و پیامدهای ناشی از آن را کاهش دهند. هدف از این پژوهش، تعیین همبستگی بین دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی بود.

روش کار

این مطالعه پژوهشی توصیفی- همبستگی است. در این پژوهش، نمونه‌گیری به‌صورت سهمیه‌ای تصادفی انجام شده است. ابتدا بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران از چهار منطقه‌ی شمال، جنوب، شرق و مرکز انتخاب شد. از آنجایی که در منطقه‌ی غرب تهران، هیچ بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی موجود نیست، در تقسیم‌بندی مناطق تهران، منطقه‌ی غرب انتخاب نشد. در جدول شماره‌ی ۱، تعداد حجم نمونه از هر بیمارستان انتخابی بر اساس مناطق ذکر شده است.

جدول شماره‌ی ۱ - تعداد حجم نمونه براساس سهمیه‌ی هر

بیمارستان

ردیف	مناطق	نام بیمارستان	تعداد حجم نمونه
۱	شمال	الف	۳۸
۲		ب	۶۴
۳	شرق	ج	۶۴
۴	مرکزی	د	۱۵
۵	جنوب	ل	۴۳
جمع			۲۲۴

سپس از هر بیمارستان، پس از تهیه‌ی اسامی پرستاران و

اخلاقی را تجربه می‌کنند (۱۹). پژوهش نشان داد پرستاران زمانی که با رده‌های مختلف پرستاری و پزشکی فاقد صلاحیت کار می‌کردند یا هنگام ارائه‌ی مراقبت و درمان غیر استاندارد به‌دلیل کمبود درمانگر و مراقبت‌دهنده‌ی کافی در بخش مراقبت ویژه، بیش‌ترین شدت دیسترس اخلاقی را (سطح زیاد) تجربه می‌کنند. غیبت پرستاران از محل کار، کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، تعارضات بین فردی با همکاران، مشکلات جسمی روان‌تنی، عدم تمایل برای مراقبت از بیمار، تغییر شغل و ترک خدمت از پیامدهای ناشی از فرسودگی شغلی در بیمارستان‌هاست (۲۰).

فرسودگی را یک واکنش عاطفی به تنش مداوم می‌دانند که هسته‌اش نقصان تدریجی منابع انرژی درونی است و با خستگی روانی، جسمی و بی‌زاری شناخته می‌شود. بنابراین، فرسودگی یک مشکل عمده‌ی بهداشت عمومی محسوب می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پرستاران بیش‌تر از سایر کارکنان و سایر حرفه‌ها دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و بروز این حالت را به ماهیت تنش‌زای حرفه‌ی پرستاری نسبت می‌دهند (۲۱). میزان فرسودگی شغلی در پرستاران در سطح متوسط و زیاد است و با توجه به تأثیر آن در عملکرد شغلی، خانوادگی، فردی و نیز اثر آن بر غیبت از کار و بازنشستگی زود هنگام، باید بر روش‌های پیش‌گیری یا کاهش آن تأکید داشت. نتایج ضمیمه‌ی محمدی و اصغرزاده حقیقی نشان داد پایین بودن حقوق و مزایا بیش‌ترین علت فرسودگی شغلی از دید پرستاران است (۲۲).

در مطالعه‌ای با هدف مقایسه‌ی میزان فرسودگی شغلی در میان پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان، بیش‌ترین فرسودگی شغلی از نظر مسخ شخصیت مربوط به پرستاران بخش اورژانس بود و اختلاف معنی‌داری را با پرستاران بخش‌های دیگر نشان داد (۲۳). اثرات مخرب فرسودگی شغلی در پرستاران تا حدی است که امروزه کمبود پرستار در

بعد به ۴ دسته (کم = ۰-۲۵، متوسط = ۲۵-۵۰، زیاد = ۵۰-۷۵ و خیلی زیاد = ۷۵-۱۰۰) طبقه‌بندی می‌شود. پایایی این سیاهه به دو روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ و ثبات با آزمون مجدد انجام شد. روایی صوری و محتوا و پایایی به روش همسانی درونی انجام شد (۲۶، ۲۵). روایی سیاهه‌ی فرسودگی شغلی Copenhagen در پژوهش شوریده و همکاران انجام شده است (۱۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ سیاهه‌ی فرسودگی شغلی Copenhagen برابر با ۰/۸۸ و در هر یک از ابعاد بیش از ۰/۷۰ بود.

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 نحوه‌ی پاسخگویی به پرسشنامه و شرکت اختیاری در مطالعه توضیح داده شد. پرسشنامه‌ها در شیفت‌های مختلف در اختیار پرستاران قرار گرفت و در شیفت‌های بعدی (طبق نظر پرستاران) پرسشنامه‌های تکمیل شده جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با توجه به اهداف مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. با توجه به توزیع غیرنرمال داده‌ها بر اساس آزمون Kalmogorov- Smirnov جهت بررسی همبستگی بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شخصی، فرسودگی مرتبط با کار و فرسودگی مرتبط با مددجو از ضریب همبستگی Spearman استفاده شده‌است.

نتایج

بیش‌تر واحدهای پژوهش مورد مطالعه (۷۲/۸ درصد) مؤنث، (۶۸/۷ درصد) متأهل، (۸۸/۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی (۵۰/۴ درصد) و استخدام رسمی بودند. میانگین ساعات اضافه‌کاری ماهیانه $30/54 \pm 43/19$ ، بیش‌تر آنان (۴۲/۴ درصد) به‌صورت شیفت در گردش کار می‌کردند و (۵۵/۴ درصد)

بر حسب تعداد پرستاران و تعداد بخش‌های موجود، تعداد ۲۲۴ نمونه به‌طور تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته‌ی پرستاری، دارا بودن حداقل ۶ ماه سابقه‌ی کار بالینی به‌عنوان پرستار در بخش مورد نظر بود. در این پژوهش از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، مقیاس دیسترس اخلاقی پرستاران و سیاهه‌ی فرسودگی شغلی Copenhagen جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. پرسشنامه حاوی اطلاعات «جمعیت‌شناختی» شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی کار، وضعیت استخدام، شیفت کاری، ساعات اضافه‌کاری و اضافه‌کاری اجباری یا اختیاری بود.

«مقیاس دیسترس اخلاقی پرستاران» توسط آتش‌زاده شوریده طراحی و روان‌سنجی شد. این ابزار شامل ۳۰ عبارت در سه بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها، خطاها و عدم رعایت اصول اخلاقی است. نحوه‌ی امتیازبندی این ابزار در همه‌ی عبارات در مقیاس Likert صفر تا چهار (اصلاً تا خیلی زیاد) است. نمره‌ی تئیدیگی اخلاقی از میانگین مجموع نمره‌ی عبارات به‌دست آمد. سپس نمره‌ی تئیدیگی اخلاقی به چهار دسته (کم = ۰-۱، متوسط = ۱-۲، زیاد = ۲-۳ و خیلی زیاد = ۳-۴) طبقه‌بندی شد (۱۷). ضریب آلفای کرونباخ مقیاس دیسترس اخلاقی و تمامی ابعاد آن در این پژوهش بیش از ۰/۷۰ بود.

«سیاهه‌ی فرسودگی شغلی Copenhagen» نخستین بار توسط Kristensen و Borritz در دانمارک طراحی شد و سپس در سال ۲۰۰۵ بازنگری و نسخه‌ی دوم آن معرفی شد. این سیاهه شامل سه بعد فرسودگی شغلی و فرسودگی مرتبط با کار و فرسودگی مرتبط با مددجو است که نمرات هر یک به تنهایی گزارش می‌شود و نباید نمره‌ی کل فرسودگی شغلی گزارش شود. نمره‌ی هر بعد از میانگین مجموع نمرات عبارات هر بعد به‌دست می‌آید. نمره‌ی فرسودگی شغلی در هر

اضافه‌کاری اختیاری داشتند. اخلاقی، در همه‌ی ابعاد، متوسط است و میانگین نمره‌ی باتوجه به جدول شماره‌ی ۲، میانگین نمره‌ی دیسترس فرسودگی شغلی در همه‌ی ابعاد زیاد است.

جدول شماره‌ی ۲ - میانگین و دامنه‌ی نمرات متغیرهای مورد بررسی واحدهای پژوهش

متغیر	طیف یافته‌ها	میانگین	انحراف معیار
دیسترس اخلاقی کلی	۰/۱۶-۳/۳	۱/۳۱	۰/۶۴
بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها و شایستگی‌ها	۰-۳	۱/۲۵	۰/۶۴
بعد خطاها	۱-۳	۱/۲۴	۰/۶۶
بعد عدم رعایت اصول اخلاقی	۰-۴	۱/۴۴	۰/۸۵
بعد فرسودگی شخصی	۱۲/۵-۱۰۰	۵۵/۹۷	۱۷/۹۵
بعد فرسودگی مرتبط با کار	۱۰/۷۱-۱۰۰	۵۴/۳۵	۱۸/۶۶
بعد فرسودگی مرتبط با مددجو	۸/۳۳-۹۱/۶۷	۵۱/۲۸	۱۷/۲۰

در این پژوهش دیسترس اخلاقی و تمامی ابعاد آن رابطه‌ی آماری مثبت معنی‌داری با ابعاد فرسودگی شغلی داشت. دیسترس اخلاقی با فرسودگی شخصی ($F=0/40$)، فرسودگی مرتبط با کار ($F=0/46$) و فرسودگی مرتبط با مددجو ($F=0/43$) رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارد ($P<0/001$). کم‌ترین همبستگی دیسترس اخلاقی در بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها با فرسودگی شخصی ($F=0/28$) و بیش‌ترین همبستگی دیسترس اخلاقی در بعد خطاها با فرسودگی مرتبط با کار ($F=0/48$) بود ($P<0/001$). (جدول شماره‌ی ۳)

جدول شماره‌ی ۳ - همبستگی دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	فرسودگی شخصی		فرسودگی مرتبط با کار		فرسودگی مرتبط با مددجو	
		مقدار	ضریب همبستگی	مقدار	ضریب همبستگی	مقدار	ضریب همبستگی
دیسترس اخلاقی	۲۲۴	<0/001	0/402	<0/001	0/465	<0/001	0/427
تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها	۲۲۴	<0/001	0/288	<0/001	0/336	<0/001	0/351
خطاها	۲۲۴	<0/001	0/402	<0/001	0/481	<0/001	0/455
عدم رعایت اصول اخلاقی	۲۲۴	<0/001	0/399	<0/001	0/444	<0/001	0/374

همکاران (۲۰)، جولایی و همکاران (۱) و Maiden (۷) که سطح دیسترس اخلاقی متوسط گزارش شد هم‌خوان است. بیش‌ترین دیسترس اخلاقی در بعد عدم رعایت اصول اخلاقی است که متفاوت با مطالعه‌ی کیتبادی و همکاران (۲) و جولایی و همکاران (۱)، عامری و همکاران (۵) و شوریده و همکاران (۱۷) است. در مطالعه‌ی کیتبادی و همکاران تنیدگی

بحث

این مطالعه با هدف تعیین همبستگی دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی پرستاران انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش نشان داد که «میزان دیسترس اخلاقی» در پرستاران، بر اساس میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی، در همه‌ی ابعاد متوسط است. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعه‌ی بیک مرادی و

میزان فرسودگی شغلی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی پرستاران در سطح پایین و تحلیل عاطفی آنان در سطح متوسط گزارش شد (۲۷).

یافته‌های این پژوهش بیانگر رابطه‌ی آماری مثبت معنی‌دار میزان دیسترس اخلاقی با ابعاد فرسودگی شغلی بود ($P < 0/001$). هم‌سو با این مطالعه، در مطالعه‌ی شاکری‌نیا (۲۸)، Cox (۲۹) و Meltzer و Huckabay (۱۲) و شوریده و همکاران (۱۷) این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار بود. Wlodarczyk و Lazarewicz نیز گزارش کردند که بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی ارتباط مستقیم وجود دارد (۲۷). در مطالعه‌ی Gillespie و همکاران (۲۰) و Menezes و همکاران (۱۹) بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی ارتباط مثبت معنی‌دار آماری وجود داشت. Meltzer و Huckabay (۱۲) در پژوهش خود دریافتند که دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد (۹). شوریده و همکاران (۱۷) در پژوهش خود به ارتباط معنی‌دار آماری بین دیسترس اخلاقی با فرسودگی مرتبط با مددجو و همبستگی مثبت آماری بین بعد خطاهای دیسترس اخلاقی با فرسودگی ناشی از کار دست یافتند. علاقه‌مندی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به انجام وظایف تخصصی حرفه‌ای در مطالعه‌ی مذکور می‌تواند نقش مؤثری در پیش‌گیری از فرسودگی شغلی داشته باشد که نویسندگان مذکور نیز در مطالعه‌ی خود به آن اذعان کرده‌اند. از طرفی، به‌نظر می‌رسد فرسودگی هنگامی ایجاد می‌شود که برانگیختگی‌های ناشی از عوامل تنش‌زای روانی که توسط فرد تجربه می‌شود، فراتر از ظرفیت‌های مقابله‌ای فرد بوده یا با ارزش‌ها و اعتقاد آنان تعارض پیدا کند، در این هنگام فرد قادر نخواهد بود با عوامل تنش‌زای روانی کنار آمده یا با آنها مقابله کند (۱۸). از آنجایی که فرسودگی مرتبط با کار به‌عنوان متغیر پیش‌بین قصد ترک خدمت شناخته شده است، لازم است تمهیدات لازم از قبیل توجه به امکانات رفاهی

اخلاقی پرستاران بالاتر از سطح متوسط (۲)، در مطالعه‌ی عامری و همکاران (۵) زیاد و در مطالعه‌ی شوریده و همکاران (۱۷) نیز زیاد بود. این تفاوت شاید به‌دلیل تفاوت در ابزار به‌کار رفته و جامعه‌ی آماری باشد. در پژوهش حاضر ابزار دارای سه بعد مختلف بود. در حالی‌که در سایر مطالعات گزارش شده، ابزار دیسترس اخلاقی به‌صورت تک‌بعدی بود و برخی از عبارات آن در ایران مصداق نداشت. در مطالعه‌ی شوریده و همکاران واحدهای پژوهش همگن‌تر بوده و همگی از بخش‌های مراقبت ویژه انتخاب شده بودند، در حالی‌که در پژوهش کنونی پرستاران در بخش‌های مختلف شاغل بودند. از آنجایی که دیسترس اخلاقی می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگونی از قبیل شرایط محیطی و جو سازمانی نیز باشد، ممکن است زمینه‌ساز این تفاوت بوده باشد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره‌ی فرسودگی شغلی در همه‌ی ابعاد زیاد بود. در پژوهش شوریده و همکاران میزان فرسودگی شخصی زیاد، فرسودگی مرتبط با کار و فرسودگی مرتبط با مددجو متوسط بود (۱۷). در پژوهش Borritz و همکاران (۲۵) و Kristensen و همکاران (۲۶) میزان فرسودگی در هر سه بعد شخصی، مرتبط با کار و مرتبط با مددجو متوسط بود. این تفاوت در پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها در بعد فرسودگی شخصی شاید به‌دلیل تفریحات کم به‌دلیل فشار کاری زیاد و کمبود نیروی پرستاری باشد که مانع تخصیص زمان کافی برای تفریحات افراد می‌شود. سایر پژوهش‌های مرتبط با فرسودگی شغلی در ایران، با استفاده از «سیاهه‌ی فرسودگی شغلی Maslach و Jackson» انجام شده است. این سیاهه فرسودگی شغلی را در سه بعد تحلیل عاطفی، مسخ شخصیت و فقدان موفقیت فردی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در مطالعه‌ی صحرائیان و طویایی امتیاز بالای خستگی هیجانی یا مسخ شخصیت، یا امتیاز پایین در کفایت شخصی، سطوح بالای فرسودگی شغلی را نشان می‌دهد (۲۲). در پژوهش Wlodarczyk و Lazarewicz نیز

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه لازم است تمهیدات لازم در راستای کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران به عمل آید تا شاید بتوان کیفیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید. باید برنامه‌هایی جهت کاهش فرسودگی شغلی در مشاغل پر تنش هم‌چون پرستاری صورت گیرد که از جمله می‌توان به افزایش سلامت روان از طریق کاهش ساعات کاری، افزایش حقوق و مزایا و مشورت با پرستاران در زمینه‌ی بهبود شرایط کار اشاره کرد تا بدین وسیله از فرسودگی شغلی آن‌ها جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری و طرح پژوهشی مصوب دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به شماره‌ی ۱۱۴۳۸-۸۶-۱-۹۲ است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از شورای پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و واحدهای پژوهش تشکر کنند.

پرستاران، تخصیص مرخصی‌های اجباری ماهانه برای آنان، تغییر جو و محیط کار و تدابیر مدیریتی جهت تقلیل فرسودگی مرتبط با کار انجام گیرد.

محدودیت‌های این پژوهش شامل، عدم تمایل برخی پرستاران جهت شرکت در پژوهش و تأثیر عوامل مختلفی بر دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی پرستاران و عدم کنترل آن توسط پژوهشگر بود. با توجه به یافته‌های این پژوهش، پژوهش‌های اقدام‌پژوهی در راستای تقلیل دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی به‌عنوان پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

منابع

- 1- Joolae S, Jalili HR, Rafiee F, Haggani. The relationship between 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]
- 2- Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses. Iran J Med Ethics Hist Med 2014; 7(3): 36-47. [in Persian]
- 3- Afshar L, Joolae S, Vaskouei K, Bagheri A. Nursing ethics priorities from nurses aspects: a national study. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(3): 54-63. [in Persian]
- 4- Khodaveisi M, Hassani P. Moral distress in Iranian nurses' experiences. J Shahid Beheshti School Nurs Midwif 2013; 22(77): 17-25. [in Persian]
- 5- Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 6(1): 64-73. [in Persian]
- 6- Masters K. Role Development in Professional Nursing Practice. Mississippi: Jones & Bartlett Publishers; 2014.
- 7- Maiden JM. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress compassion fatigue, medication error and critical care nursing. [PhD Thesis in Nursing]. University of San Diego; 2008.
- 8- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. Nurs Ethics 2012; 19(4): 464-78.
- 9- Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. Crit Care Med 2007; 35(2): 422-9.
- 10- Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. Dimens Crit Care Nurs 2005; 24(5): 229-41.
- 11- Schwenzer KJ, Wang L. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. Crit Care Med 2006; 4(12): 2967-73.
- 12- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J crit care 2004; 13(3): 202-8.
- 13- Lützn K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. Nurs Ethics 2010; 17(2): 213-24.
- 14- Maningo-Salinas M. Relationship Between Moral Distress, Perceived Organizational Support and Intent to Turnover among Oncology Nurses [dissertation]. Minneapolis(USA). Capella University; 2010.
- 15- Fogel K. The Relationship of Moral Distress, Ethical Climate, and Intent to Turnover among Critical Care Nurses [dissertation]. Chicago(USA). The University of Chicago; 2007.
- 16- Bernhardt BA, Rushton CH, Carrese J, Pyeritz RE, Kolodner K, Geller G. Distress and burnout among genetic service providers. Genet Med 2009; 11(7): 527-35.
- 17- Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi MH. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nurs Ethics 2015; 22(1): 64-76.
- 18- Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Responses of ICU nurses to moral distress: A qualitative Study. Iran J Crit Care Nurs 2012; 4(4): 159-68.
- 19- Menezes de Lucena Carvalho VA, Fernández Calvo B, Hernández Martín L, Ramos Campos F, Contador Castillo I. Resilience and the burnout-engagement model in formal caregivers of the elderly. Psicothema 2006; 18(4): 791-6.
- 20- Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Grimbeek P. Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. J Adv Nurs 2007; 59(4): 427-38.
- 21- Salahian A, Oreizi H, Babamiri M, Asgari A. Examining the predictor factors of burnout. Iran Nurs Res 2012; 6(23): 23-36. [in Persian]
- 22- Zeighami Mohammadi S, Asgharzadeh Haghghi S. Relation between job stress and burnout among nursing staff. Sci J Hamadan Nurs Midif F 2011; 19(2): 42-52. [in Persian]
- 23- Delpasand M, Raeissi P, Begdeli F, Shahabi M. The impact of job rotation on nurses burnout in Ayatollah Kashani hospital, Tehran: a case study. Iran Occupation Health Journal 2011; 7(4): 7-17. [in Persian]
- 24- Aghajani MJ. The professional burnout of

nurses in different wards. J Gorgan Bouyeh Faculty Nurs Midwif 2013; 9(2): 97-104. [in Persian]

25- Borritz M, Bültmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3-year follow up of the PUMA Study. J Occup Environ Med 2005; 47(10): 1015-25.

26- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work Stress 2005; 19(3): 192-207.

27- Wlodarczyk D, Lazarewicz M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. Nurs Ethics 2011; 18(6): 847-61.

28- Shakerinia I. Relationship examination of noise perception, psychological hardiness and mental health with psychological hardiness and mental health with the quality of life in inhabitants of Rasht bustle area. Iran J Health Environ 2011; 3(4): 475-84.

29- Cox KM. Moral distress: strategies for maintaining moral integrity. Preoper Nurs Clin 2008; 3(3): 197-203.

The correlation between moral distress and burnout in nurses working in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences during 2013

Fatemeh Pooladi¹, Foroozan Atashzadeh-Shoorideh^{*2}, Abbas Abbaszadeh³, Azam Moslemi⁴

¹Master Student in Nursing Management, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

²Assistant Professor, Department of Nursing Management, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³Professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴PhD student of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Moral distress is a phenomenon that can result in feelings of disappointment, guilt, depression, insecurity, fear, discouragement, and depression in nurses, and can affect their personality and professional performance. Burnout in nurses could cause various complications in their families, personal and social lives, and organizations. The aim of the present study was to determinate the correlation between moral distress and burnout in nurses.

This was a correlative descriptive study conducted on 224 nurses selected by stratified randomized sampling. Data were collected through a demographic characteristics questionnaire Corley's Moral Distress Scale and the Copenhagen Burnout Inventory. Data analysis was performed by SPSS 20 software and Spearman correlation tests.

In this study, mean of moral distress score, mean of personal burnout score, score of work-related burnout, and mean of client-related burnout were 1.31, 55.97, 54.35 and 51.28 respectively. The findings showed a positive significant correlation ($P < 0.001$) between moral distress and all of its dimensions, and personal burnout, work-related burnout, and client-related burnout, although the correlation was low.

According to these findings, it is recommended to reduce the conditions and situations causing moral distress and burnout in order to promote job satisfaction and quality of nursing care.

Keywords: moral distress, burnout, nurses

*Email: f_atashzadeh@sbmu.ac.ir