

## ارزیابی سطوح پریشانی اخلاقی کارکنان پرستاری در شهر ملایر: مطالعه‌ی مقطعی

مرجان مردانی حموله<sup>۱</sup>، معصومه ایرانشاهی<sup>۲\*</sup>، نعیمه سیدفاطمی<sup>۳</sup>، حمید حقانی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۳

تاریخ انتشار: ۹۵/۵/۱۹

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

در ادبیات پرستاری، پریشانی اخلاقی به‌عنوان یک مشکل اساسی شناخته شده است که پرستاران در کلیه‌ی سیستم‌های مراقبتی با آن رو به رو هستند. پریشانی اخلاقی، یک پارچگی حرفه‌ی پرستاری و در نهایت کیفیت مراقبت از بیمار را تهدید می‌کند. هدف مطالعه‌ی حاضر، تعیین سطوح پریشانی اخلاقی کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های شهر ملایر بود. در این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، ۱۹۵ نفر از کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان‌های شهر ملایر در سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات به‌وسیله‌ی پرسشنامه‌ی استاندارد پریشانی اخلاقی گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها به‌وسیله‌ی آمار توصیفی و استنباطی (آزمون‌های Ch-square و Independent t-test) و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۸ انجام شد. یافته‌ها نشان داد که ۸۸ نفر (۴۵/۱٪) از کارکنان پرستاری دارای پریشانی اخلاقی در سطح متوسط بودند و در درجات بعدی، سطوح پریشانی اخلاقی آنان در حد بالا (۶۲ نفر، ۳۱/۸٪) و پایین (۴۵ نفر، ۲۳/۱٪) بودند. مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی برای کارکنان پرستاری شامل مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمان‌گر و مراقبت‌دهنده (۶/۶±۰/۲۱)، اجرای دستورات پزشک برای آزمایش‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های غیرضروری (۶±۰/۱۲) و انجام هر اقدامی بدون شایستگی حرفه‌ای انجام آن (۵/۹±۰/۲۲) بودند. هم‌چنین، از میان مشخصات جمعیت‌شناختی، بین تجربه‌ی پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری با جنس (P=۰/۰۰۱)، بخش محل خدمت (P=۰/۰۱) و سابقه‌ی کار (P=۰/۰۰۱) آنان، ارتباط معنی‌دار آماری دیده شد. نتایج به‌دست آمده از این مطالعه، گویای آن است که توجه به مقوله‌ی پریشانی اخلاقی برای کارکنان پرستاری بسیار مهم است که این امر باید توسط متولیان حرفه‌ی پرستاری، مدیران خدمات پرستاری و اساتید این رشته مدنظر قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** اخلاق حرفه‌ای، اخلاق پرستاری، پریشانی اخلاقی، پرستاران

Email: [mardanimarjan@ymail.com](mailto:mardanimarjan@ymail.com)

Email: [ma.iranshahi@yahoo.com](mailto:ma.iranshahi@yahoo.com)

Email: [seyedfatemin@gmail.com](mailto:seyedfatemin@gmail.com)

Email: [haghanis11@yahoo.com](mailto:haghanis11@yahoo.com)

\* نویسنده مسؤوول: تهران، خیابان ولی‌عصر (عج)، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشید یاسمی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران. تلفن: ۰۹۱۸۳۰۳۰۶۲۶.

Email: [ma.iranshahi@yahoo.com](mailto:ma.iranshahi@yahoo.com)

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> استاد، گروه روان‌پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> مربی، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

بیش از یک دهه است که مفهوم پریشانی اخلاقی در ادبیات پرستاری وارد شده است و مورد توجه پژوهشگران این رشته قرار گرفته است. از نظر تاریخی، آنچه باعث آشنایی پژوهشگران پرستاری با این مفهوم شده است به کارهای Andrew Jameton، فیلسوف و محقق آمریکایی در حوزه اخلاق زیستی در سال ۱۹۸۴ میلادی، بر می گردد. این فیلسوف به مفهوم پریشانی اخلاقی از منظر هستی شناسی و معرفت شناسی نگریت (۱). در ادبیات پرستاری، پریشانی اخلاقی به عنوان یک مشکل اساسی شناخته شده است که پرستاران در کلیه سیستم های مراقبتی با آن مواجه هستند (۲). بنابراین، ارائه ی مراقبت در محیط های بالینی برای پرستاران، همراه با پدیده ی پریشانی اخلاقی است (۳).

از نظر آسیب شناسی، پریشانی اخلاقی در پرستاری، هنگامی ایجاد می شود که با وجود شفافیت در قضاوت های پرستاران، بیان دغدغه های آنان در این خصوص با دشواری هایی همراه است؛ به گونه ای که بحث نمودن پیرامون این دغدغه ها برای آنان بسیار چالش برانگیز است (۴). از طرفی، پرستاران با طیفی از چالش های اخلاقی در بالین برخورد می نمایند؛ در نتیجه این گروه، پریشانی های اخلاقی را تجربه خواهند نمود (۵). افزون بر آن، در جایگاهی که پرستاران به عنوان یک گروه از کارکنان درمانی مورد غفلت قرار گیرند یا صدای آن ها شنیده نشود و به حاشیه رانده شوند، این احتمال وجود دارد که دچار ناتوانی شده و به این سو تشویق شوند که از مسؤولیت های اخلاقی خود کناره گیرند و متعاقباً گرفتار پریشانی های اخلاقی شوند (۶). در این میان، آمارها حکایت از سطوح بالای پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری دارند. به طوری که نتایج مطالعه ای در ایالات متحده آمریکا بیان گر آن بود که ۵۰ درصد از ۲۹۰ پرستار تحت بررسی، پریشانی اخلاقی در محیط کار را گزارش

کرده اند (۷). به علاوه، یافته های پژوهشی که به بررسی پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی شمال غرب ایران پرداخت، نشان داد که ۵۳ درصد از این پرستاران، پریشانی اخلاقی در سطح شدید داشته اند (۸).

واقع امر آن است که پریشانی اخلاقی بر ارزش های حرفه ای پرستاران اثرات منفی بر جای می گذارد (۶). هم چنین، یک پارچگی حرفه ی پرستاری و در نهایت کیفیت مراقبت از بیمار را به مخاطره می اندازد (۹). این پدیده در تمامی مراحل مراقبت از بیمار به ویژه در مراحل پایان زندگی برای پرستاران، از نظر روانی آزاردهنده است (۳). در واقع، پریشانی اخلاقی منجر به عدم تعادل روان شناختی در پرستاران می شود، زیرا آنان به فعل درست و اخلاقی باور دارند اما از انجام آن ناتوانند (۱۰). به طور کلی، پریشانی اخلاقی برای پرستاران، پیامدهای نامطلوبی به همراه دارد، از جمله این که تصمیم گیری های اخلاقی آنان را دشوار می سازد (۹). مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور حکایت از آن دارند که تجربه ی پریشانی اخلاقی منجر به فرسودگی شغلی برای پرستاران می شود (۱۲، ۱۱)، از خشنودی شغلی پرستاران می کاهد (۱۳) و استقلال حرفه ای آنان را به چالش می کشاند (۱۴). نتایج پژوهش های انجام شده در آمریکای شمالی نشان دادند، پرستارانی که پریشانی اخلاقی را تجربه می نمایند، به ترک خدمت تمایل دارند و متقابلاً کسانی که این پدیده را کم تر تجربه می کنند، بیش تر به ادامه ی خدمت تمایل دارند (۱۶، ۱۵). نکته ی مهم آن است که یک پرستار اخلاق گرا، می تواند از طریق پیوند بین ارزش های اخلاقی خود با اخلاق سازمانی، پریشانی اخلاقی کم تری را تجربه کند (۱۷). در این راستا، مهم ترین عوامل بازدارنده از پریشانی اخلاقی که با اخلاق سازمانی هم سویی دارند شامل حمایت از پرستاران از سوی مدیران، استقلال حرفه ای پرستاران و داشتن شرح وظایف مشخص هستند (۱۸).

لذا با توجه به مطالب بیان شده و با عنایت به این که به

نظر می‌رسد، پدیده‌ی پریشانی اخلاقی در بافت حرفه‌ی پرستاری رسوخ نموده و پرستاران به‌طور اجتناب‌ناپذیری آن را تجربه می‌کنند و از سوی دیگر، این پدیده می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای حرفه‌مندان پرستاری ایجاد کند؛ ارزیابی این پدیده ضروری است. هر چند، مطالعاتی پیرامون پدیده‌ی تحت مطالعه در نقاط مختلف کشور انجام شده‌اند، اما با توجه به نو ظهور بودن این مفهوم در حوزه‌ی اخلاق پرستاری، پژوهش‌های یاد شده نیز بر ضرورت انجام مطالعات دیگر درباره‌ی این پدیده، به منظور پر کردن شکاف موجود در دانش پرستاری در خصوص عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی در سایر نقاط کشور، تأکید داشته‌اند. لذا با عنایت به این‌که تاکنون مطالعه‌ی مشابهی در شهر ملایر، انجام نشده است؛ پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای با هدف تعیین سطوح پریشانی اخلاقی کارکنان پرستاری در شهر ملایر، با حجم نمونه‌ای متفاوت و بر منتخب دیگری از جمعیت پرستاران کشور، انجام دهد. به علاوه، از آن‌جا که شناخت سطوح پریشانی اخلاقی کارکنان پرستاری می‌تواند راه‌گشای تدوین برنامه‌هایی جهت کاستن از آن باشد، پژوهشگر به گردآوری اطلاعات لازم در این زمینه پرداخته است تا به طرح‌ریزی مداخلات پیش‌گیرانه، آموزشی و درمانی برای این گروه از کارکنان عرصه‌ی سلامت بیانجامد.

#### روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش، شامل کارکنان پرستاری شاغل در بیمارستان های امام حسین (ع) و مهر شهر ملایر بودند. نمونه‌ی پژوهش، ۲۰۰ نفر از این کارکنان پرستاری بودند که حداقل ۶ ماه سابقه‌ی کار بالینی داشتند. حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد تعیین شد. کارکنان پرستاری مورد مطالعه، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، از دو بیمارستان مذکور انتخاب شدند (تعداد واحدهای انتخابی از بیمارستان امام حسین (ع)، ۱۳۰ نفر و بیمارستان مهر، ۷۰ نفر بودند).

به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی و ابزار پریشانی اخلاقی استفاده شد. پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی در بردارنده‌ی سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی کار، بخش محل کار و نوع شیفت کاری کارکنان بود. ابزار پریشانی اخلاقی توسط Corley و همکاران در سال ۲۰۰۱ برای سنجش پریشانی اخلاقی پرستاران در ایالات متحده آمریکا شامل ۳۰ گویه، در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای، طراحی شد و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت (۱۹). طراحان ابزار، هم‌سانی درونی مطلوب (بالتر از ۰/۷۰) برای آن گزارش دادند. این ابزار در هر گویه دارای گزینه‌های اغلب اوقات روز، هر روز، اغلب روزها، بعضی روزها، هر از چند گاهی یکبار، تقریباً هرگز و هرگز است که به ترتیب با نمرات ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ مشخص می‌شوند؛ به‌طوری که عدد ۱، کم‌ترین پریشانی اخلاقی و عدد ۷، بیش‌ترین پریشانی را نشان می‌دهند. نمره‌ی کلی پریشانی اخلاقی بین ۲۱۰-۳۰ است و سطوح پریشانی در ۳ رده به صورت پایین در محدوده‌ی نمرات ۹۰-۳۰، متوسط در محدوده‌ی نمرات ۱۵۰-۹۱ و بالا در محدوده‌ی نمرات ۲۱۰-۱۵۱ ارزیابی می‌شوند. Corly و همکاران مجدداً در سال ۲۰۰۵ نیز این ابزار را به منظور سنجش پریشانی اخلاقی پرستاران مورد استفاده قرار دادند (۲۰). ابزار مذکور توسط پژوهشگران ایرانی برای جامعه‌ی پرستاری مورد استفاده قرار گرفته است و روا و پایا شده است (۲۱-۲۳، ۱۸، ۸). در مطالعه‌ی حاضر نیز پژوهشگر اقدام به سنجش روایی و پایایی ابزار نمود. برای تعیین روایی، ابزار مربوطه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و روایی محتوای آن تأیید شد. جهت تعیین پایایی آن از روش آزمون مجدد استفاده شد؛ به این منظور، توسط ۱۵ نفر از افراد دارای مشخصات هم‌سان با جامعه‌ی پژوهش، تکمیل گردید و دو هفته بعد، توسط همان افراد مجدداً تکمیل شد؛ سپس ضریب هم‌بستگی Pearson برای دوبار

به گردآوری اطلاعات در طی ۲ ماه اقدام نمود. شایان ذکر است، ۵ نفر از نمونه‌ها به دلایل شخصی از شرکت در مطالعه انصراف دادند و مطالعه با مشارکت ۱۹۵ نفر انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۸ صورت گرفت. به این منظور از آمار توصیفی (تعیین فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری Ch-square و Independent t-test) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها از نظر آماری،  $P$ -value کمتر از ۰/۰۵، معنی‌دار لحاظ شد.

### نتایج

مشخصات جمعیت‌شناختی کارکنان پرستاری در جدول شماره ۱ نمایان است.

برگزاری آزمون مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب هم‌بستگی ۰/۸۵ برای ابزار به‌دست آمد.

جهت انجام کار، در ابتدا مجوز از کمیته‌ی اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران گرفته شد و سپس ضمن گرفتن معرفی نامه از دانشگاه مذکور با مدیریت بیمارستان‌های مورد نظر، هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. در ادامه، از نمونه‌ها جهت شرکت در پژوهش، رضایت آگاهانه‌ی کتبی اخذ شد. در این راستا، به واحدهای پژوهش در رابطه با فرایند تحقیق، اطلاعات لازم داده شد و به آنان خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و از این نظر، آزادی کامل دارند. به علاوه، به نمونه‌ها در زمینه‌ی حفظ اطلاعات و محرمانگی آن‌ها نیز اطمینان داده شد. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های محل کار نمونه‌ها در شیفت‌های صبح، عصر و شب

جدول شماره ۱- متغیرهای جمعیت‌شناختی کارکنان پرستاری

متغیر	تعداد	درصد	ارزش معنی‌داری (آزمون مجذور کای)	درجه آزادی
سن (سال)	کم‌تر از ۳۵	۶۲	$P=۰/۲۹۸$	۲
	۳۵- ۴۵	۸۱		
	بیش‌تر از ۴۵	۵۲		
سابقه‌ی کار (سال)	کم‌تر از ۵	۶۰	$P=۰/۰۰۱^*$	۲
	۵- ۱۰	۷۸		
	بیش‌تر از ۱۰	۵۷		
وضعیت تأهل	متأهل	۱۳۸	$P=۰/۲۱۲$	۱
	مجرد	۵۷		
مدرک تحصیلی	دیپلم و فوق دیپلم	۷۲	$P=۰/۳۲۴$	۱
	لیسانس	۶۳		
نوبت کاری	ثابت	۳۶	$P=۰/۲۲۷$	۱
	در گردش	۱۵۹		
بخش محل خدمت	داخلی	۳۳	$P=۰/۰۱^*$	۶
	جراحی	۲۶		
	اطفال و نوزادان	۳۷		
	زنان	۲۳		
	اورژانس	۳۸		
	ویژه	۲۴		
	دفتر پرستاری	۱۴		

\* وجود ارتباط معنی‌دار

(۵/۹±۰/۲۲) بودند. میانگین و انحراف معیار سایر عوامل در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود.

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی سطوح پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری

پایین (دامنه نمرات ۰-۲۱۰)		متوسط (دامنه نمرات ۱۵۰-۹۱)		بالا (دامنه نمرات ۹۰-۳۰)	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۶۲	۳۱/۸	۸۸	۴۵/۱	۴۵	۲۳/۱

سایر یافته‌ها طبق جدول شماره ۲ نشان داد که اکثریت کارکنان پرستاری دارای پریشانی اخلاقی در سطح متوسط بودند (۸۸ نفر، ۴۵/۱٪) و در درجات بعدی، سطوح پریشانی اخلاقی آنان در حد بالا (۶۲ نفر، ۳۱/۸٪) و پایین (۴۵ نفر، ۲۳/۱٪) بود.

طبق نتایج، مهم‌ترین عوامل ایجادکننده پریشانی اخلاقی شامل مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمان‌گر و مراقبت‌دهنده (۶/۶±۰/۲۱)، اجرای دستورات پزشک برای آزمایش‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های غیرضروری (۶±۰/۱۲) و انجام هر اقدامی بدون شایستگی حرفه‌ای انجام آن

جدول شماره ۳- میانگین و انحراف معیار عوامل ایجادکننده پریشانی اخلاقی

عوامل	انحراف معیار±میانگین
مشارکت در درمان و مراقبت از بیمار بدون رضایت آگاهانه.	۵/۸±۰/۲۶
اجازه‌ی انجام رویه‌های دردناک توسط کارکنان کم تجربه صرفاً برای افزایش مهارت.	۵/۶±۰/۳۲
کمک به پزشکی که یک آزمایش یا درمان را بدون رضایت آگاهانه انجام می‌دهد.	۵/۲±۰/۱۹
اجرای یک اقدام تشخیصی درمانی روی بیمار زمانی که اطلاعات کافی در مورد آن ندارد.	۵±۰/۱۸
درمان و مراقبت از بیمار تحت ونتیلاتور زمانی که نمی‌توان تصمیم گرفت آیا از دستگاه جدا شود یا نه.	۴/۸±۰/۲۲
کار کردن با رده‌های مختلف پرستاری فاقد صلاحیت.	۴/۶±۰/۱۶
درمان و مراقبت بهتر برای افراد دارای توانایی مالی یا موقعیت بهتر.	۴/۵±۰/۲۴
کار کردن با پزشکی که طبق نظر شما مراقبت کافی را ارائه نمی‌دهد.	۴/۴±۰/۱۲
پیروی از درخواست‌های خانواده برای مراقبت بیمار زمانی که با آن‌ها موافق نیستید.	۴/۲±۰/۱۸
عدم توضیح درباره کد احیای قلبی ریوی طبق درخواست پزشک.	۴±۰/۱۶
انجام اقدامات دارویی بدون ماساژ قلبی و لوله گذاری در احیای قلبی ریوی.	۳/۸±۰/۲۲
عدم صحبت درباره مرگ بیمار به درخواست خانواده وی.	۳/۶±۰/۱۶
عدم انجام هر اقدامی هنگام متوجه شدن خطای دارویی گزارش نشده توسط همکاران.	۳/۵±۰/۲۲
عدم انجام اقدامی هنگام مشاهده رعایت نشدن حرمت بیمار از طرف کارکنان مراقبتی.	۳/۴±۰/۱۸
مشارکت در تمرین رویه‌های احیای قلبی ریوی پس از مرگ.	۳/۲±۰/۲۴
کار کردن با رده‌های مختلف پزشکی فاقد صلاحیت.	۳±۰/۱۴
انجام اقدامات احیای قلبی ریوی زمانی که فکر می‌کنم فقط مرگ به تأخیر می‌افتد.	۲/۹±۰/۱۶
ترخیص زود هنگام بیمار اگرچه نیاز به آموزش و ادامه‌ی درمان دارد.	۲/۸±۰/۲۲

۲/۶±۰/۱۲	توقف درمان و مراقبت بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه بنا بر مقررات.
۲/۵±۰/۲۴	انجام درخواست‌های خانواده بیمار برای درمان و مراقبت‌های بی‌فایده.
۲/۴±۰/۱۶	نادیده گرفتن موارد سوء استفاده از بیمار.
۲/۲±۰/۱۴	عدم صحبت در مورد مرگ بیمار به درخواست پزشک.
۲/۱±۰/۱۸	پیروی از درخواست پزشک و عدم توضیح در مورد کد احیای قلبی به خانواده بیمار زمانی که بیمار صلاحیت تصمیم‌گیری ندارد.
۲±۰/۱۲	آماده‌سازی یک فرد مسن و NO code برای جراحی و تعبیه لوله‌ی معده.
۱/۸±۰/۲۲	آماده‌سازی یک بیمار مبتلا به بیماری کشنده‌ی متصل به ونتیلاتور برای جراحی برداشتن یک توده.
۱/۶±۰/۱۸	پیروی از دستور پزشک و عدم بیان حقیقت در پاسخ به بیمار زمانی که از آن صحبت می‌کند.
۱/۵±۰/۱۲	ارائه‌ی داروهای درون‌رگی برای بیماری که از مصرف داروهای خوراکی اجتناب می‌کند.

آماري دیده شد؛ در حالی‌که، این ارتباط برای سایر مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها مشاهده نشد (جدول شماره ی ۴).

هم‌چنین، از میان مشخصات جمعیت‌شناختی، میان تجربه-ی پریشانی اخلاقی با جنس ( $P=۰/۰۰۱$ )، بخش محل خدمت ( $P=۰/۰۱$ ) و سابقه‌ی کار ( $P=۰/۰۰۱$ ) ارتباط مثبت و معنی‌دار

جدول شماره ی ۴ - مقایسه میانگین نمرات پریشانی اخلاقی کارکنان پرستاری زن و مرد

جنس	تعداد (درصد)	انحراف معیار ± میانگین	آزمون تی مستقل	P-value
زن	۱۱۴ (۵۸/۵)	۱۳۶±۴/۸	۱/۲۸	$P=۰/۰۰۱$ *
مرد	۸۱ (۴۱/۵)	۱۲۴±۴/۲		

\* وجود ارتباط معنی‌دار

## بحث

سطوح کم تا متوسط بوده‌اند (۲۴). هم‌چنین، نتایج مطالعه‌ی دیگر در تهران نشان داد که پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه، پریشانی اخلاقی را در سطح بالایی تجربه کرده‌اند (۱۱). به‌طور مشابه، بر اساس نتایج پژوهشی در شمال‌غرب ایران، پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه، بالاترین میزان پریشانی اخلاقی را داشتند (۸). با توجه به این‌که مطالعات اخیر، پریشانی اخلاقی را در بخش‌های ویژه مدنظر داشته‌اند، احتمال می‌رود به این دلیل، نتیجه‌ی حاصل از مطالعه بیان‌گر سطوح گوناگون پریشانی اخلاقی در پرستاران تحت مطالعه باشد.

دیگر یافته‌های پژوهش بیان داشتند که مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی برای کارکنان پرستاری شامل

مطالعه‌ی حاضر به منظور تعیین سطوح پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری شهر ملایر انجام شد. مطابق یافته‌ها، اکثریت کارکنان تحت مطالعه، پریشانی اخلاقی را به ترتیب در سطوح متوسط، بالا و پایین تجربه نموده بودند. هم‌راستا با نتایج به‌دست آمده از مطالعه‌ی حاضر، نتایج مطالعه‌ی در تهران نیز نشان داد که اکثریت پرستاران شاغل در مراکز آموزشی- درمانی، پریشانی اخلاقی را در سطح متوسط تجربه نموده‌اند؛ مطالعه‌ی مذکور به بررسی پریشانی اخلاقی در بخش خاصی نپرداخته بود (۲۳). از سوی دیگر، طبق یافته‌های مطالعه‌ی در ایتالیا، اکثریت پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی نوزادان دارای پریشانی اخلاقی در

کارکنان پرستاری در این مطالعه، اجرای دستورات پزشک برای آزمایش‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های غیر ضروری بود. در همین رابطه، یافته‌های تحقیقات انجام شده در تهران بیان‌گر آن بود که بیش‌ترین پریشانی اخلاقی پرستاران در موقعیت انجام درمان و آزمایش‌های غیر ضروری در مراحل آخر حیات بیماران و ارائه‌ی مراقبت به بیمار تحت ونتیلاتور که امیدی به زنده ماندنش نیست، بوده است (۲۳، ۱۸). طبق نتایج مطالعه‌ای در کرمان، هرگاه پرستاران مراقبت‌های انجام شده برای بیماران را غیر ضروری و بیهوده درک نموده‌اند، به همان نسبت بر پریشانی اخلاقی آنان افزوده شده است (۲۱). به‌طور مشابه، نتایج یک تحقیق کیفی در کشور کره نشان داد، به تجربه‌ی پرستاران، مهم‌ترین عوامل مسبب پریشانی اخلاقی، درمان‌های غیر ضروری برای بیماران و مشکلات مربوط به محدودیت استقلال پرستاران در زمینه‌ی اقدامات درمانی بیماران بوده‌اند (۲۸). به باور پژوهشگر، وقتی پرستاران در حالی که مراقبتی را غیر ضروری می‌بینند و مجری دستورات پزشک می‌شوند، استقلال حرفه‌ای آنان خدشه‌دار می‌شود؛ به‌طوری که طبق نتایج پژوهشی در ایتالیا، ضعف استقلال پرستاران منجر به بروز پریشانی اخلاقی برای آنان در بخش‌های مراقبت ویژه شده بود (۲۹).

هم‌چنین، نتایج تحقیق حاضر بیان‌گر آن بود که یکی از عوامل مهم دیگر در رخداد پریشانی اخلاقی، انجام هر اقدامی بدون شایستگی حرفه‌ای انجام آن توسط کارکنان پرستاری است. در همین خصوص، یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی از دیدگاه پرستاران در نیوزلند، کار کردن با افرادی گزارش شد که از شایستگی حرفه‌ای پایینی برخوردارند (۲۵). به اعتقاد پژوهشگر، اگر از نقطه نظر اخلاق حرفه‌ای، پرستاران از شایستگی لازم برخوردار نباشند، تبعات نامطلوبی در بالین مشاهده می‌شود. در همین رابطه، نتایج مطالعه‌ای در برزیل گویای آن بود که به باور پرستاران، بی‌احترامی به استقلال بیماران منجر به بروز پریشانی اخلاقی

مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمان‌گر و مراقبت‌دهنده، اجرای دستورات پزشک برای آزمایش‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های غیر ضروری و انجام هر اقدامی بدون شایستگی حرفه‌ای انجام آن بودند.

مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود درمان‌گر و مراقبت‌دهنده، یکی از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی برای کارکنان پرستاری شناخته شد. در راستای تایید این یافته، نتایج بررسی پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی-درمانی شمال غرب کشور گویای آن بود که شرایط غیر ایمن به دلیل کمبود نیروی پرستاری و ارائه‌ی مراقبت ناکافی به بیمار، باعث تحمیل بیش‌ترین پریشانی اخلاقی به پرستاران هستند (۸). بررسی تجارب پرستاران شاغل در نیوزلند نیز نشان داد که مهم‌ترین عوامل مسبب پریشانی اخلاقی در پرستاری در بردارنده‌ی عدم ارائه‌ی مراقبت مطلوب به بیماران و عدم تداوم در ارائه‌ی مراقبت‌ها است (۲۵). عدم ارائه‌ی مراقبت مطلوب و استاندارد به بیماران که از دیدگاه پرستاران مشارکت‌کننده در این تحقیق می‌تواند موجب پریشانی اخلاقی شود، به گونه‌های مختلفی رخ می‌دهد، به‌عنوان نمونه، بر اساس نتایج یک مطالعه‌ی کیفی در ایالات متحده، اگر پرستاران در بهبود درد بیماران، ناموفق عمل کنند؛ این امر سبب می‌شود تا آنان از پریشانی اخلاقی رنج ببرند (۲۶). به علاوه، نتایج تحقیقی در کانادا بیان داشت که عمده‌ترین علل پریشانی اخلاقی در پرستاری، کمبود اطلاع‌رسانی به بیماران درباره داروهای دریافتی آنان و ضعیف بودن ارتباطات کلامی پرستاران با بیماران بوده‌اند (۲۷). می‌توان چنین استنباط نمود که پریشانی اخلاقی، پرستاران را با دشواری‌هایی در بالین روبه رو می‌کند، به‌طوری که پرستاران نمی‌توانند مطابق با استانداردهای اخلاقی انجام وظیفه کنند و اقدام به مراقبت‌های غیر استاندارد برای بیماران می‌کنند.

یکی دیگر از عوامل مهم در بروز پریشانی اخلاقی از نظر

سابقه‌ی کار با سطح پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری، ارتباط معنی‌دار وجود داشت. این در حالی است که طبق نتایج مطالعه‌ای در ایتالیا، هیچ اختلاف معنی‌داری بین مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران با پریشانی اخلاقی آنان وجود نداشت (۲۴). در مطالعه‌ی حاضر، کارکنان پرستاری شاغل در بخش اورژانس بالاترین پریشانی اخلاقی را گزارش نمودند. در این راستا، محققان در کانادا، ضمن بررسی تجارب پرستاران در خصوص پریشانی اخلاقی، اعلام نمودند که از نظر آنان، زمینه و بستری که در آن مشغول به کار هستند، در ایجاد این مشکل نقش دارد (۳۱). در تایید یافته‌های این بخش از مطالعه، نتایج یک مطالعه‌ی کیفی در ایالات متحده نشان داد که محیط بخش اورژانس، مهم‌ترین عامل در خلق پریشانی اخلاقی برای پرستاران از دیدگاه آنان بوده است. پرستاران شاغل در بخش اورژانس، پریشانی اخلاقی را به‌گونه‌ای درک نموده بودند که علی‌رغم میل باطنی برای ارائه‌ی مراقبت به بیمار، قادر به انجام آن نبودند (۳۲). بنابراین، می‌توان بیان نمود که محیط بخش اورژانس از قابلیت بالایی برای تحمیل پریشانی اخلاقی به کارکنان پرستاری برخوردار است. به علاوه، در پژوهش ما، کارکنان پرستاری زن در مقایسه با کارکنان پرستاری مرد، سطوح بالاتری از پریشانی اخلاقی را تجربه نموده بودند. هم‌سو با نتایج این بخش از مطالعه، نتایج پژوهشی در ایالات متحده بیان داشت که پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد، پریشانی اخلاقی بیشتری را تجربه نموده‌اند (۱۳). بنابراین، چنین برداشت می‌شود که کارکنان پرستاری زن، بیش‌تر در معرض پریشانی‌های اخلاقی قرار می‌گیرند. دیگر یافته‌های مطالعه، حاکی از آن بود که با افزایش سابقه‌ی کار، بر میزان پریشانی اخلاقی تجربه شده توسط کارکنان پرستاری افزوده شد. هم‌راستا با این نتیجه، یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در تهران نیز نشان داد که پرستاران با سابقه‌ی کار بالاتر، پریشانی اخلاقی بیش‌تری داشتند (۱۸، ۱۱). به‌طور مشابه، مطابق نتایج

در حرفه‌ی پرستاری می‌شود (۳۰). در همین زمینه، محققان در کانادا اظهار نمودند که پرستاران دارای شایستگی حرفه‌ای، با انجام کار گروهی و احترام به ارزش‌های یکدیگر در محیط کار، می‌توانند از بار پریشانی اخلاقی خود بکاهند (۳۱).

پژوهشگر با استناد به تجارب بالینی خود چنین می‌اندیشد که پریشانی اخلاقی، به‌عنوان شاخصی از مشکلات مرتبط با اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های کاری پرستاران به شمار می‌آید و ضروری است برای کاستن آن، برنامه‌ریزی‌هایی صورت گیرد. در حقیقت، کاستن پریشانی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری بسیار حائز اهمیت است؛ به‌طوری که طبق یافته‌های مطالعه‌ای در ایتالیا، کاستن از پریشانی اخلاقی پرستاران، ماندگاری آنان در حرفه را ارتقاء می‌بخشد (۲۹). با این حال، نتایج مطالعه‌ای در شرق ایران، گویای آن بود که بین تجربه‌ی پریشانی اخلاقی با تمایل به ماندگاری در حرفه‌ی پرستاری، ارتباطی وجود نداشت (۲۲). این تناقض در یافته‌ها، لزوم انجام تحقیقات بیش‌تر در این زمینه را تأکید می‌کند.

به هر روی، پرستاران به راهبردهای مقابله‌ای جهت رویارویی صحیح با پریشانی اخلاقی و کاستن از آن نیاز دارند (۵). پژوهشگران با انجام یک مطالعه‌ی کیفی در برزیل دریافتند که پرستاران در کار روزانه‌ی خود با پریشانی‌های اخلاقی زیادی مواجه می‌شوند و این امر بیش‌تر به دلیل ماهیت مراقبتی حرفه‌ی آنان است. این محققان اظهار داشتند که پرستاران با بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای اخلاق‌محور و مبتنی بر حفظ ارزش‌های حرفه‌ای، می‌توانند از شدت پریشانی اخلاقی خود کم کنند (۱۴). از طرفی، پرستاران به منظور مواجهه‌ی کم‌تر با انواع پریشانی‌های اخلاقی، نیازمند دریافت حمایت‌هایی هستند. در این رابطه، یافته‌های مطالعه‌ای در ایالات متحده نشان داد، زمانی که پرستاران از حمایت سازمانی بیش‌تری برخوردار شدند، پریشانی اخلاقی کم‌تری را تجربه کردند (۷).

در پژوهش ما، بین متغیرهای بخش محل خدمت، جنس و



### نتیجه گیری

شناخت پریشانی اخلاقی در کارکنان پرستاری، گامی مهم در جهت رفع عوارض ناشی از آن می‌باشد و به گسترده‌تر شدن بیش پرستاران نسبت به این مفهوم کمک می‌کند. از سوی دیگر، درک بیش‌تر درباره‌ی عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری، می‌تواند تا حدی به پرستاران کمک کند که راه‌کارهایی برای پیش‌گیری و کاهش این‌گونه پریشانی‌ها به وجود آورند. به نظر می‌رسد، پرستاران با بهره‌گیری از مهارت‌های مقابله‌ای صحیح در محیط پیچیده و پر از تنش بالین، قادر می‌گردند از تاثیرات مستقیم پریشانی‌های اخلاقی بر عملکرد حرفه‌ای خود بکاهند. لذا بر مدیران پرستاری واجب است که جهت رویارویی صحیح و اخلاقی با شرایط تنش‌زا در پرستاری، مانند تعارضات حرفه‌ای و فقدان تصمیم‌گیری صحیح، کارکنان خود را به بیان آزادانه احساسات تشویق کنند و به آنان بیاموزند که چگونه با انواع پریشانی‌های اخلاقی محیط کار خود کنار آیند و از این ره‌گذر، با رعایت نمودن اخلاق حرفه‌ای در سطح مطلوب توسط کارکنان پرستاری، پریشانی اخلاقی کم‌تری نیز توسط آنان تجربه شود.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی‌ارشد روان‌پرستاری مربوط به نویسنده‌ی مسؤول در دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد. از مشارکت تمامی کارکنان پرستاری که همراه پژوهشگر بودند، سپاسگزاری می‌شود.

مطالعه‌ای که در کانادا انجام شد، این پریشانی در پرستاران با سابقه‌ی کار بالاتر، بیش‌تر بود (۱۶). چنین به ذهن متبادر می‌شود که افزایش سوابق کاری نتوانسته است به مدیریت پریشانی‌های اخلاقی موجود در بالین، برای کارکنان پرستاری منجر شود. در مطالعه‌ی ما، بین متغیر سن با سطوح پریشانی اخلاقی ارتباطی وجود نداشت. در حالی که مطابق نتایج مطالعه‌ای در کانادا، پرستاران در سنین بالاتر، از پریشانی اخلاقی کم‌تری برخوردار بودند (۱۶) و یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در تهران نیز نشان داد که پرستاران دارای سن بالاتر، پریشانی اخلاقی بیش‌تری داشته‌اند (۱۱، ۱۸).

گوناهگونی در نتایج پژوهش حاضر با نتایج دیگر پژوهش‌ها که با مشخصات جمعیت‌شناختی کارکنان پرستاری ارتباط دارد، لزوم انجام تحقیقات بیش‌تر را در این زمینه نمایان می‌سازد. شاید این گوناهگونی در نتایج به‌دست‌آمده را بتوان با عواملی مانند تعداد حجم نمونه، روش نمونه‌گیری، محیط پژوهش و حتی فرهنگ حاکم بر محل کار یا محل زندگی که در مطالعات مختلف متفاوت بوده‌اند، توجیه نمود. این پژوهش، محدودیت‌هایی نیز داشت؛ از جمله این‌که حالات عاطفی نمونه‌ها هنگام پاسخ‌گویی به ابزار پژوهش، از کنترل پژوهشگر خارج بوده است. به علاوه، شیوه‌ی نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت در دسترس بود که به دلیل غیراحتمالی بودن، تعمیم یافته‌ها را با دشواری مواجه می‌سازد.

## منابع

- 1- Musto LC, Rodney PA. Moving from conceptual ambiguity to knowledgeable action: using a critical realist approach to studying moral distress. *Nurs Philos* 2016; 17(2): 75-87.
- 2- Barlem EL, Ramos FR. Constructing a theoretical model of moral distress. *Nurs Ethics* 2015; 22(5): 608-15.
- 3- Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. *Adv Neonatal Care* 2014; 14(5): 322-8.
- 4- Jameton A. A reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept. *J Bioeth Inq* 2013; 10(3): 297-308.
- 5- Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 15-31.
- 6- McCarthy J, Gastmans C. Moral distress: a review of the argument-based nursing ethics literature. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 131-52.
- 7- Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: a survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud* 2016; 53: 39-49.
- 8- Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of northwest medical universities of Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(4): 80-88. [in Persian]
- 9- Johnstone MJ, Hutchinson A. 'Moral distress'--time to abandon a flawed nursing construct? *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 5-14.
- 10- Leggett JM, Wasson K, Sinacore JM, Gamelli RL. A pilot study examining moral distress in nurses working in one United States burn center. *J Burn Care Res* 2013; 34(5): 521-8.
- 11- Atashzadeh Shoorideh F, 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.
- 12- Dalmolin de Lima G, Lerch Lunardi V, Lerch Lunardi G, Devos Barlem EL, Silveira RS. Moral distress and burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Lat Am Enfermagem* 2014; 22(1): 35-42.
- 13- O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 32-42.
- 14- Barlem EL, Lunardi VL, Tomaschewski JG, Lunardi GL, Lunardi Filho WD, Schwonke CR. Moral distress: challenges for an autonomous nursing professional practice. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(2): 506-10.
- 15- Trautmann J, Epstein E, Rovnyak V, Snyder A. Relationships among moral distress, level of practice independence, and intent to leave of nurse practitioners in emergency departments: results from a national survey. *Adv Emerg Nurs J* 2015; 37(2): 134-45.
- 16- Dodek PM, Wong H, Norena M, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 2016; 31(1): 178-82.
- 17- Morley G. Efficacy of the nurse ethicist in reducing moral distress: what can the NHS learn from the USA? Part2. *Br J Nurs* 2016; 25(3): 156-61.
- 18- Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6 (1): 64-73. [in Persian]
- 19- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.
- 20- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
- 21- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *J Med Ethics Hist Med* 2015; 8: 2.
- 22- Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 3.
- 23- Joolae S, Jalili H, Rafiee 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]
- 24- Sannino P, Gianni ML, Re LG, Lusignani M. Moral distress in the neonatal intensive care unit: an Italian study. *J Perinatol* 2015; 35(3): 214-7.

- 25- Woods M, Rodgers V, Towers A, La Grow S. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 117-30.
- 26- Bernhofer EI, Sorrell JM. Nurses managing patients' pain may experience moral distress. *Clin Nurs Res* 2015; 24(4): 401-14.
- 27- Wojtowicz B, Hagen B, Van Daalen-Smith C. No place to turn: nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *Int J Ment Health Nurs* 2014; 23(3): 257-64.
- 28- Choe K, Kang Y, Park Y. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. *J Adv Nurs* 2015; 71(7): 1684-93.
- 29- Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, et al. Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag* 2014; 22(4): 472-84.
- 30- Dalmolin de Lima G, Lerch Lunardi V, Lerch Lunardi G, Devos Barlem EL, Silveira RS. Nurses, nursing technicians and assistants: who experiences more moral distress? *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(3): 521-9.
- 31- Edwards MP, McClement SE, Read LR. Nurses' responses to initial moral distress in long-term care. *J Bioeth Inq* 2013; 10(3): 325-36.
- 32- Wolf LA, Perhats C, Delao AM, Moon MD, Clark PR, Zavotsky KE. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs* 2016; 42(1): 37-46.

## An evaluation of moral distress levels among the nursing staff of Malayer Hospitals: a cross-sectional study

Marjan Mardani Hamooleh<sup>1</sup>, Masoomeh Iranshahi<sup>\*2</sup>, Naimeh Seyedfatemi<sup>3</sup>, Hamid Haghani<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assistant Professor, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>2</sup>MSc Student, Department of Psychiatric Nursing, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>3</sup>Professor, Department of Psychiatric Nursing, Center for Nursing Care Research, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>4</sup>Instructor, Department of Biostatistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

Moral distress has been identified in nursing literature as a major dilemma affecting nurses in all healthcare systems. It is viewed as an important factor threatening the integrity of nurses and ultimately the quality of patient care. The present study attempted to determine levels of moral distress among the nursing staff employed in hospitals across the city of Malayer. This was a descriptive and cross-sectional study conducted on 195 nurses of Malayer hospitals during 2015. Data were collected using a demographic questionnaire and the standard moral distress scale (MDS). Data analysis was performed by descriptive and analytical statistics using SPSS software version 18.

In this study, 88 nurses (45.1%) were found to be suffering from severe moral distress. The most important factors causing moral distress pertained to substandard care and treatment due to a shortage of health professionals and care providers ( $6.6 \pm 0.21$ ), physician orders for unnecessary tests, treatments and care ( $6 \pm 0.12$ ), and measures taken by staff who lacked clinical competency ( $5.9 \pm 0.22$ ). Among the nurses' demographic data, gender ( $P=0.001$ ), job experience ( $P=0.001$ ) and nursing ward ( $P=0.01$ ) were significantly related to the level of moral distress experienced by the nursing staff. The results imply that in nursing, moral distress is a highly important and pertinent issue that requires greater consideration by health service managers, policymakers and nurse educators.

**Keywords:** professional ethics, nursing ethics, moral distress

---

\* Corresponding Author: Email: [ma.iranshahi@yahoo.com](mailto:ma.iranshahi@yahoo.com)