

ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی

و قصد ترک خدمت پرستاران آی‌سی‌یو

فروزان آتش‌زاده شوریده^۱، طاهره اشک‌تراب^۲، فریده یغمایی^۳، حمید علوی‌مجد^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تنیدگی اخلاقی یکی از مشکلات پرستاران آی‌سی‌یو است که به دلایل مختلفی ایجاد می‌شود و پیامدهای گوناگونی دارد. با توجه به این‌که برخی متغیرها می‌توانند با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران ارتباط داشته باشند، مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی پرستاران آی‌سی‌یو با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت آنان انجام گرفت.

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی همبستگی است که در آن ۱۵۹ پرستار شاغل در آی‌سی‌یو بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۰ انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناسی، مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو و مقیاس قصد ترک خدمت Atwood و Hinshaw بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 انجام گرفت.

یافته‌ها نشان داد که تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران آی‌سی‌یو زیاد بود. بین متغیرهای سن، سابقه‌ی کار پرستاران و نسبت تعداد پرستار به تعداد تخت با تنیدگی اخلاقی همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود داشت. اما جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و شیفت کاری پرستاران آی‌سی‌یو با تنیدگی اخلاقی همبستگی مثبت معنی‌دار آماری نداشتند. هم‌چنین، بین تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو با قصد ترک خدمت آنان همبستگی معنی‌دار آماری وجود نداشت.

نتایج پژوهش نشان داد افزایش استخدام پرستاران جوان و نیروی پرستاری و کاهش تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران آی‌سی‌یو ضروری است. این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکترای پرستاری است.

واژگان کلیدی: تنیدگی اخلاقی، قصد ترک خدمت، پرستار، آی‌سی‌یو

^۱ استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دانشیار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* **نشانی:** تهران، خیابان ولیعصر (عج)، نرسیده به تقاطع بزرگراه نیایش، مجتمع آموزشی پژوهشی نیایش، دانشکده پرستاری و مامایی شهید

بهشتی، گروه تحقیقات تکمیلی، کدپستی ۱۹۹۶۸۲۵۱۱۹، تلفن: ۰۹۱۲۲۳۶۱۱۴۹، Email: t_ashktorab@sbmu.ac.ir

مقدمه

به‌علاوه، تنیدگی اخلاقی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و ترک خدمت شود (۲۴).

ترک خدمت و ترک حرفه موجب کاهش تعداد پرستاران و کاهش کیفیت مراقبت‌های پرستاری می‌شود (۲۵) و در نهایت خدمات سایر تخصص‌های گروه پزشکی و پیامد بیماران را نیز متأثر می‌سازد (۲۶، ۹). مطالعه‌ای در آمریکا نشان داد که ۱۵ درصد پرستاران به‌واسطه‌ی تنیدگی اخلاقی، از پست سازمانی خویش کناره‌گیری کردند (۲۴) و برخی نیز حرفه‌ی پرستاری را رها می‌کنند. در پژوهش انجام‌شده توسط Nathaniel (۲۷) مشخص شد ۴۳ درصد پرستاران به‌دلیل تنیدگی اخلاقی از موقعیت خویش کناره‌گیری کردند.

پژوهش‌های مختلفی در ارتباط با تنیدگی اخلاقی و سایر متغیرها صورت گرفته است. به‌طوری‌که Fogel (۲۸) با انجام پژوهشی توصیفی - همبستگی تحت عنوان ارتباط بین تنیدگی اخلاقی، جو اخلاقی و قصد ترک خدمت به این نتیجه رسید که پرستاران تنیدگی اخلاقی زیادی را تجربه کرده و این موضوع ارتباط مستقیم معنی‌داری با تمایل آنان به ترک خدمت داشت. Yu و Yeh (۲۹) با انجام پژوهشی مقطعی در تایوان به بررسی تنش‌های شغلی و قصد ترک خدمت در پرستاران تازه فارغ‌التحصیل در سه ماه اول کار پرداختند. تنش شغلی پرستاران در ماه اول کاری بسیار زیاد بود که با قصد ترک خدمت آنان همبستگی مثبت داشت. یافته‌های پژوهش Maningo-Salinas (۳۰) در ارتباط با تنیدگی اخلاقی، حمایت سازمانی درک‌شده و قصد ترک خدمت در پرستاران بخش انکولوژی نشان داد که سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری و کار در بخش سرپایی و بستری با تنیدگی شغلی ارتباط معنی‌دار آماری دارد. همچنین، سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری و سابقه‌ی کار در بخش انکولوژی ارتباط معنی‌دار آماری با قصد ترک خدمت داشت. نتایج این پژوهش نشان داد که همبستگی مثبت بین تنیدگی اخلاقی با قصد ترک

پرستاران به‌دلیل موقعیت و نقش‌های حرفه‌ای خویش با تنیدگی اخلاقی^۱ مواجه هستند (۲، ۱). عوامل گوناگونی می‌توانند منجر به تنیدگی اخلاقی شوند که ممکن است پرستار در فعالیت‌های روزانه با آن‌ها برخورد کند (۸-۳). بیش‌ترین تنیدگی اخلاقی پرستاران صرف‌نظر از کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده و سیاست‌های سازمانی؛ شامل درمان تهاجمی بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیرضروری، تقلب در انجام و گزارش آزمایش‌ها، درمان ناکافی و ناکامل توسط کارکنان، توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین کارکنان و فقدان حمایت سازمانی، درد و رنجش ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به منظور رفع نیازهای سازمان و محدودیت بودجه است (۹، ۱۰).

پرستاران آی‌سی‌یو همانند سایر پرستاران با تنیدگی اخلاقی مواجه هستند (۱۱) که در آی‌سی‌یو به‌دلیل امتناع یا اجتناب از درمان در بیماران با پیش‌آگهی ضعیف (۱۲)، انجام درمان‌های بی‌مورد (۱۳)، استفاده از وسایل و فناوری پیشرفته، هزینه‌ی بالای بستری و احتمال مرگ ناگهانی (۱۲)، تعارض بین تعهد به سازمان و تعهد به بیماران یا تضاد بین پزشک و پرستار (۱۴، ۱۵)، تغذیه و مایع‌درمانی مصنوعی، با تنیدگی اخلاقی بیش‌تری مواجه هستند (۱۱، ۱۳).

منظور از تنیدگی اخلاقی، موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی یا فردی، انجام درست کار را بر او غیر ممکن می‌سازد (۱۹-۱۶). تنیدگی اخلاقی سبب احساس ناکامی و گناه، عصبانیت (۹)، نارضایتی شغلی، تنش، ترک شغل (۲۱، ۲۰)، غم، اضطراب، احساس شرم، کاهش اعتماد به نفس، احساس عدم امنیت، ترس، دل‌سردی و افسردگی در پرستاران می‌شود و می‌تواند بر شخصیت و عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیر گذارد (۲۳، ۲۲).

^۱ Moral distress

خدمت و همبستگی منفی بین حمایت اجتماعی درک شده با قصد ترک خدمت وجود دارد.

جولایی و همکاران (۲۶) نیز با هدف بررسی ارتباط درک پرستاران از تنیدگی اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار، به این نتیجه رسیدند که بین تنیدگی اخلاقی پرستاران و ارزیابی آنان از فضای اخلاقی محیط کار ارتباط معنی‌داری وجود ندارد و از عوامل پنج‌گانه‌ی فضای اخلاقی (ارتباط با همکاران، بیماران، مدیران، بیمارستان و پزشکان) فقط عامل مدیران با فراوانی تنیدگی و عامل بیماران با فراوانی و شدت تنیدگی ارتباط معنی‌دار و معکوسی دارد.

بنابراین، با توجه به این‌که تنیدگی اخلاقی به‌خصوص در پرستاران آی‌سی‌یو بیش از سایر پرستاران است، شناخت این تنیدگی از اهمیت خاصی برخوردار است (۲۱، ۱۱، ۹). از آنجایی که عوامل تنیدگی اخلاقی باید در بستر فرهنگی موجود شناسایی شوند (۱۵)، لازم است به‌منظور شناخت آن پژوهش‌های ملی و بین‌المللی انجام شوند (۳۱). پژوهش‌های انجام‌شده نتایج متناقضی را در رابطه با همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران نشان داده‌اند (۳۰، ۲۸، ۱۷، ۵). با مروری بر مطالعات انجام‌شده توسط پژوهشگران، مشخص شد هیچ پژوهشی در رابطه با همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران در ایران انجام نشده یا گزارش نشده است. لذا، پژوهشگران این پژوهش را با هدف تعیین همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران آی‌سی‌یو انجام دادند.

روش کار

این پژوهش از نوع همبستگی است. هدف از این نوع پژوهش آن است که مشخص شود کدام متغیر با کدام متغیر دیگر به‌طور نسبی در جهت مثبت یا منفی همگام است (۳۲). در این پژوهش همبستگی بین متغیرهای پژوهش یعنی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی، تنیدگی اخلاقی و قصد ترک

خدمت پرستاران آی‌سی‌یو با استفاده از تحلیل مسیر بررسی شد. در مطالعه‌ی حاضر، تعداد ۱۸۰ پرستار آی‌سی‌یو از ۱۳ استان کشور انتخاب شدند. در این پژوهش، نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انجام شد. بدین ترتیب که ابتدا ایران به ۵ منطقه‌ی شمال، جنوب، مشرق، مغرب و مرکز تقسیم شد و سپس بر حسب تعداد پرستار برآورد شده در هر منطقه، ۳ استان از منطقه‌ی شمال و از سایر مناطق کشور تعداد ۲ استان (در مجموع ۱۳ استان مازندران، آذربایجان شرقی، زنجان، خراسان جنوبی، سیستان و بلوچستان، خراسان رضوی، فارس، ایلام، کرمانشاه، همدان، اصفهان، یزد و تهران) به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در این مرحله به تفکیک استان‌ها نسبت پرستاران محاسبه شد و از ۳۳۰۴ پرستار مراقبت ویژه (جنرال، قلب باز، جراحی، داخلی، داخلی اعصاب، جراحی اعصاب، نوزادان) در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کل کشور، ۱۵۰ پرستار بخش مراقبت ویژه‌ی جنرال انتخاب شدند. با توجه به احتمال ریزش نمونه، تعداد ۳۰ نفر به تعداد برآورد شده افزوده شد. از ۱۸۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده، تعداد ۱۵۹ پرسشنامه به‌طور کامل تکمیل شد و سپس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت (میزان پاسخدهی کامل ۸۸ درصد). به منظور مقایسه‌ی تفاوت معنی‌دار آماری متغیرهای مورد بررسی، پرستاران انتخاب‌شده در دو گروه شهر بزرگ و کوچک نیز مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری، سابقه‌ی کار در آی‌سی‌یو، وضعیت استخدام، شیفت کار، تعداد تخت موجود در بخش و ساعات اضافه کار)، مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو و مقیاس پیش‌بینی ترک خدمت Hinshaw و Atwood بود.

مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو یک ابزار ایرانی

مقیاس پیش‌بینی ترک خدمت Hinshaw و Atwood دارای ۱۲ عبارت در مقیاس لیکرت ۵-۱ امتیازی است. طیف نمره‌ی کل مقیاس ۶۰-۱۲ است. نمره‌ی کل قصد ترک خدمت از مجموع نمره‌ی عبارات تقسیم بر تعداد عبارات (اصلاً=۱)، کم=۲-۱/۰۱، متوسط=۳-۲/۰۱ و زیاد=۴-۳/۰۱، خیلی زیاد=۵-۴/۰۱) به دست می‌آید. نمرات بالاتر بیانگر قصد ترک خدمت بیش‌تر است (۳۴). در پژوهش حاضر، پس از کسب مجوز از طراحان اصلی ابزار از نسخه‌ی اصلی آن استفاده شد که پس از ترجمه و سازگاری بین فرهنگی این مقیاس، روایی صوری، روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ و آزمون مجدد انجام شد.

شاخص روایی محتوای مقیاس پیش‌بینی ترک خدمت در پژوهش حریری (۳۵) ۰/۸۸-۰/۹۰ بود اما از آنجایی که این مقیاس ترجمه‌ی بین فرهنگی شد لذا روایی صوری و محتوای آن انجام شد و شاخص روایی محتوای آن در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۰-۰/۹۵ بود. پایایی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف ۰/۹۴-۰/۸۵ گزارش شده است (۳۶) و در پژوهش حاضر برابر با $\alpha=0/82$ بود. ضریب همبستگی به دست آمده از دو بار اجرای مقیاس پیش‌بینی ترک خدمت Hinshaw و Atwood با فاصله‌ی زمانی ۱۴ روز برابر با $r=0/84$ بود.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از نرم‌افزار SPSS17، آزمون‌های آماری T-test برای تعیین ارتباط متغیرهای پژوهش و از ضریب همبستگی Pearson و Spearman (بر حسب نوع داده‌های فاصله‌ای و رتبه‌ای) برای تعیین همبستگی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت استفاده شد.

نتایج

یافته‌های به دست آمده از این مطالعه نشان داد میانگین سنی پرستاران آی‌سی‌یو ۳۳ سال و ۳ ماه، میانگین سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری تقریباً ۹ سال و در بخش آی‌سی‌یو تقریباً

است که توسط آتش‌زاده شوریده (۳۳) در سه بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و عدم صلاحیت‌ها، خطاها و عدم رعایت اصول اخلاقی طراحی و روان‌سنجی آن به‌طور کامل انجام شد. نحوه‌ی نمره‌گذاری مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو در همه‌ی عبارات در مقیاس لیکرت ۴-۰ است. نمره‌ی تنیدگی اخلاقی از میانگین نمرات عبارات به دست می‌آید. نمره‌ی تنیدگی اخلاقی به دست آمده از کل مقیاس، به چهار دسته (کم=۱-۰، متوسط=۲-۱/۰۱، زیاد=۳-۲/۰۱ و خیلی زیاد=۴-۳/۰۱) طبقه‌بندی می‌شود. بنابراین، امتیاز کسب‌شده در محدوده‌ی کم تا خیلی زیاد است و امتیاز بالاتر نشان‌دهنده‌ی وجود تنیدگی اخلاقی بیش‌تر است. روایی صوری، محتوا، سازه و همگرایی این مقیاس انجام شد. حداقل شاخص روایی عبارات این مقیاس ۰/۸۵ و میانگین شاخص روایی محتوای آن (SCVI) برابر با ۰/۹۴ بود. با تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده، سه عامل تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و عدم صلاحیت‌ها، خطاها و عدم رعایت اصول اخلاقی، ۱۰ عبارت در عامل تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و عدم صلاحیت‌ها مربوط به صلاحیت علمی و عملی تیم درمان، ۱۱ عبارت در عامل خطاها مربوط به خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی تیم درمان و ۹ عبارت در عامل عدم رعایت اصول اخلاقی مربوط به رعایت اصول سودرسانی، ضرررسانی، عدالت و خودمختاری، حریم خصوصی، صداقت و رازداری است) شناسایی شد. روایی همگرایی مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران آی‌سی‌یو با زیرمقیاس‌های خود زیاد و با مقیاس تنیدگی اخلاقی ۲۱ عبارتی کورلی به میزان متوسط بود. پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ و در عامل‌های آن ۰/۹۶-۰/۹۲ و با استفاده از روش آزمون مجدد به فاصله‌ی دو هفته برابر با ۰/۹۱ بود.

¹ Scale Content Validity Index

۷ سال و میانگین ساعات اضافه کاری ماهیانه‌ی پرستاران آی‌سی‌یو تقریباً ۶۰ ساعت بود (جدول شماره ۱). اکثر نمونه‌های پژوهش (۷۲/۳ درصد) مؤنث، (۶۱/۶ درصد) دارای همسر، (۹۵/۶ درصد) کارشناس پرستاری، (۴۵/۳ درصد) استخدام پیمانی، (۸۵/۵ درصد) شیفت در گردش بوده و اکثر آنان (۶۷/۵ درصد) اضافه‌کاری اجباری داشتند.

دو گروه شاغل در شهر بزرگ (مرکز استان) و شهر کوچک اختلاف معنی‌دار آماری وجود ندارد (جدول شماره ۴). یافته‌ها نشان داد که نوع استخدام، شیفت کاری، میانگین ساعات اضافه کار و شهر محل کار ارتباط معنی‌دار آماری با تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن ندارند.

جدول شماره ۲- مشخصات جمعیت‌شناسی (متغیرهای

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت‌شناسی (متغیرهای

کیفی) شرکت‌کنندگان

کمی) شرکت‌کنندگان

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
جنس	مذکر	۴۴	۲۷/۷
	مؤنث	۱۱۵	۷۲/۳
وضعیت تأهل	مجرد	۵۸	۳۶/۵
	دارای همسر	۹۸	۶۱/۶
	از همسر جدا شده	۲	۱/۳
	همسر فوت شده	۱	۰/۶
سطح تحصیلات	کارشناسی	۱۵۲	۹۵/۶
	کارشناسی ارشد	۷	۴/۴
نوع استخدام	رسمی	۵۵	۳۴/۶
	قراردادی	۲۲	۱۳/۸
	پیمانی	۷۲	۴۵/۳
	طرحی	۱۰	۶/۳
نوع شیفت کاری	ثابت صبح	۱۴	۸/۸
	ثابت شب	۳	۱/۹
	صبح و عصر	۵	۳/۱
	عصر و شب	۱	۰/۶
	در گردش	۱۳۶	۸۵/۵
نوع اضافه‌کاری	اختیاری	۵۱	۳۲/۵
	اجباری	۱۰۸	۶۷/۵
نسبت تعداد پرستار به تعداد	۱:۱	۳۴	۲۱/۳۸
	۱:۲	۵۲	۳۲/۷۰

متغیر	طیف	میانگین	انحراف معیار
سن	۲۴-۴۸	۳۳/۳۸	۵/۷۳
سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری	۱-۲۴	۹/۲۲	۵/۶۴
سابقه‌ی کار در بخش مراقبت ویژه	۱-۲۰	۷/۰۳	۴/۶۰
ساعات اضافه کاری	۱۲-۱۷۰	۶۰/۰۴	۳۳/۱۰

نسبت تعداد پرستار به تعداد تخت در اکثر موارد (۴۵/۹۲ درصد) یک پرستار به ازای سه تخت بخش مراقبت ویژه بود. اکثر پرستاران (۸۴/۹ درصد) شاغل در جای دیگر نبوده و (۵۹/۱ درصد) آنان در شهرهای بزرگ زندگی می‌کردند. (جدول شماره ۲)

بر اساس یافته‌های مطالعه، میانگین نمره‌ی تنیدگی اخلاقی ۲/۰۸، در بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها و عدم صلاحیت‌ها ۲/۰۷، در بعد خطاها ۲/۲۹ و در بعد عدم رعایت اصول اخلاقی ۱/۸۳ از ۴ بود. میانگین نمره‌ی قصد ترک خدمت پرستاران آی‌سی‌یو ۳/۰۳ از ۵ بود. در واقع، پرستاران آی‌سی‌یو تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت زیادی داشتند. در بررسی به عمل آمده مشخص شد تنیدگی اخلاقی تنها در بعد خطاها در زنان بیش از مردان بود ($P < ۰/۰۵$) (جدول شماره ۳).

نتایج حاصل از آزمون Independent T-test نشان داد بین نمرات تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن و قصد ترک خدمت در

در حالی که سایر متغیرهای جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و برخی از ابعاد آن همبستگی مثبت معنی‌دار آماری داشتند. از میان متغیرهای جمعیت‌شناسی فقط سابقه‌ی کار در بخش آی‌سی‌یو و سابقه‌ی کار در بخش آی‌سی‌یو فعلی (زمان انجام پژوهش) با قصد ترک خدمت همبستگی مثبت آماری داشت ($P < 0.05$) (جدول شماره ۵).

تخت بخش	۱۳	۷۳	۴۵/۹۲
اشتغال در سازمان دیگر	بلی	۲۴	۱۵/۱
	خیر	۱۳۵	۸۴/۹
محل کار	شهر بزرگ	۹۴	۵۹/۱
	شهر کوچک	۶۵	۴۰/۹

جدول شماره ۳- مقایسه‌ی میانگین نمرات تنیدگی اخلاقی، ابعاد تنیدگی اخلاقی و ترک خدمت در شرکت‌کنندگان در پژوهش به

تفکیک جنس

P-value	t	مؤنث			مذکر			گروه
		انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیر
۰/۲۱۰	۱/۲۵۹	۱/۰۲۸	۲/۱۴۰	۱۱۵	۰/۸۵۵	۱/۲۹۰	۴۴	تنیدگی اخلاقی
۰/۶۰۰	۰/۵۲۵	۱/۲۷۰	۲/۱۰۴	۱۱۵	۰/۹۶۵	۲/۹۹۳	۴۴	بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها و صلاحیت‌ها
۰/۰۳۵*	۲/۱۴۲	۱/۱۲۰	۲/۳۹۶	۱۱۵	۰/۹۸۹	۲/۰۰۶	۴۴	بعد خطاها
۰/۵۴۸	۰/۶۰۲	۱/۲۸۷	۱/۸۶۷	۱۱۵	۱/۰۸۵	۱/۷۳۵	۴۴	بعد عدم رعایت اصول اخلاقی
۰/۸۸۷	۰/۱۴۲	۰/۷۷۰	۳/۰۳۴	۱۱۵	۰/۷۰۵	۳/۰۵۳	۴۴	قصد ترک خدمت

جدول شماره ۴- مقایسه‌ی میانگین نمرات تنیدگی اخلاقی، ابعاد تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت در شرکت‌کنندگان در پژوهش

به تفکیک شهر محل خدمت

P-value	t	شهر کوچک			شهر بزرگ			گروه
		انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	متغیر
۰/۹۹۴	۰/۰۰۸	۱/۰۲۵	۲/۰۸۰	۶۵	۰/۹۶۳	۲/۰۷۹	۹۴	تنیدگی اخلاقی
۰/۹۵۹	۰/۰۵۲	۱/۲۱۷	۲/۰۶۸	۶۵	۱/۱۸۱	۲/۰۷۸	۹۴	بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها و صلاحیت‌ها
۰/۸۳۲	۰/۲۱۳	۱/۱۲۰	۲/۳۱۰	۶۵	۱/۰۸۵	۲/۲۷۳	۹۴	بعد خطاها
۰/۸۷۷	۰/۱۵۵	۱/۲۸۷	۱/۸۱۲	۶۵	۱/۲۰۰	۱/۸۴۳	۹۴	بعد عدم رعایت اصول اخلاقی
۰/۲۹۷	۱/۰۴۶	۰/۷۴۰	۳/۱۱۴	۶۵	۰/۷۵۷	۲/۹۸۸	۹۴	قصد ترک خدمت

جدول شماره ۵: ارتباطات میان مشخصات جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن و قصد ترک خدمت در شرکت‌کنندگان در پژوهش

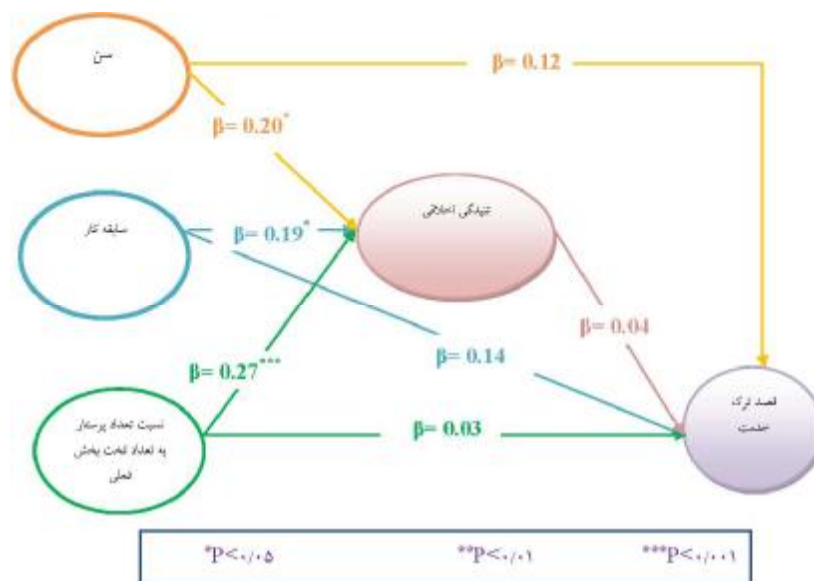
متغیرها	تنیدگی اخلاقی	بعد تخصیص نامناسب مسؤلیت‌ها و صلاحیت‌ها	بعد خطاها	بعد عدم رعایت اصول اخلاقی	قصد ترک خدمت
سن	۰/۲۰۱ ⁻	۰/۱۸۰ ⁻	۰/۰۷۶ ⁻	۰/۲۶۰ ⁻	۰/۱۱۹
جنس	۰/۰۹۴	۰/۰۴۴	۰/۱۷۱ ⁻	۰/۰۳۱	۰/۰۰۴

۰/۰۴۶	۰/۰۲۴	۰/۰۱۳	۰/۰۶۳	۰/۰۰۷	سطح تحصیلات
۰/۱۴۰	۰/۲۲۳ ⁻	۰/۰۸۰	۰/۱۷۱ ⁻	۰/۱۸۶ ⁻	سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری
۰/۱۶۸ ⁻	۰/۲۳۴ ⁻	۰/۰۹۵	۰/۱۷۱ ⁻	۰/۱۹۵ ⁻	سابقه‌ی کار در آی‌سی‌یو
۰/۱۵۸ ⁻	۰/۲۵۵ ⁻	۰/۰۹۸	۰/۱۹۲ ⁻	۰/۲۱۳ ⁻	سابقه‌ی کاری در بخش آی‌سی‌یو فعلی
۰/۰۳۲	۰/۲۵۵ ⁻	۰/۲۳۸ ⁻	۰/۱۸۱ ⁻	۰/۲۶۶ ⁻	نسبت تعداد پرستار به تعداد تخت بخش فعلی
۰/۱۳۹	۰/۰۴۳	۰/۰۶۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۷	نوع استخدام
۰/۰۷۶	۰/۰۷۰	۰/۰۳۶	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	نوبت کاری
۰/۰۰۳	۰/۱۵۴	۰/۱۲۴	۰/۱۶۰ ⁻	۰/۱۷۸ ⁻	اجباری بودن اضافه کاری
۰/۱۶۲	۰/۱۱۴	۰/۰۰۸	۰/۰۴۵	۰/۰۶۰	میانگین ساعات اضافه کار
۰/۱۰۷	۰/۰۲۴	۰/۰۱۶	۰/۰۱۰	۰/۰۰۷	شهر محل کار

- - $P < 0.01$ - $P < 0.05$

نسبت تعداد پرستار به تعداد تخت با تنیدگی اخلاقی آماری مثبت معنی‌دار وجود دارد. اما بین تنیدگی اخلاقی با قصد ترک خدمت همبستگی معنی‌دار آماری وجود ندارد. (نمودار ۱)

در ارتباط با هدف پژوهش که تعیین همبستگی بین ویژگی‌های جمعیت‌شناسی با تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت بود، از میان متغیرهای مورد بررسی در این پژوهش، بین سن با تنیدگی اخلاقی همبستگی مثبت معنی‌دار آماری ($P < 0.05$) و بین سابقه‌ی کار با تنیدگی اخلاقی همبستگی مثبت معنی‌دار آماری ($P < 0.05$) وجود دارد. بین



نمودار ۱ - ارتباط متغیرهای مورد بررسی

بحث

در پژوهش حاضر میزان تنیدگی اخلاقی کلی، تنیدگی اخلاقی در بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و عدم صلاحیت‌ها و تنیدگی اخلاقی در بعد خطاها زیاد بود. اما میزان تنیدگی اخلاقی در بعد عدم رعایت اصول اخلاقی متوسط بود. بیش‌ترین تنیدگی اخلاقی مربوط به بعد خطاها بود. با توجه به این‌که در پژوهش حاضر، برای اولین بار از مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش ویژه استفاده شد، لذا هیچ پژوهش مرتبطی را نمی‌توان یافت که در ابعاد مذکور تنیدگی اخلاقی را گزارش کرده باشد. سایر پژوهش‌ها عمدتاً با استفاده از مقیاس تنیدگی اخلاقی کورلی تنیدگی اخلاقی را اندازه‌گیری و گزارش کرده‌اند. تنیدگی اخلاقی پرستاران در پژوهش Elpern و همکاران (۲۰) به میزان متوسط و در پژوهش‌های Rotherham و Range (۱) و (۳۷) به میزان زیاد گزارش شد. اما در پژوهش‌های جولایی و همکاران (۲۶) و بیک‌مرادی و همکاران (۳۸) شدت تنیدگی اخلاقی پرستاران آ‌سی‌یو به میزان متوسط گزارش شد. نیمی از پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه‌ی Solomon و همکاران (۳۹) و یک‌سوم پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش Fry و Redman (۴۰) تنیدگی اخلاقی را تجربه کردند. با توجه به مقایسه‌ی یافته‌ی این پژوهش با سایر پژوهش‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که میزان تنیدگی اخلاقی پرستاران متوسط تا زیاد است و ضرورت توجه به آن احساس می‌شود.

میانگین قصد ترک خدمت در پژوهش حاضر برابر با $3/0 \pm 0/75$ (زیاد) بود. اما در مطالعه‌ی Liou (۳۴) و پژوهش حریری (۳۵) پرستاران از قصد ترک خدمت متوسطی برخوردار بودند. در مطالعات مشابه خارجی نظیر مطالعه‌ی De Milt و همکاران (۴۱) تنها ۵/۵ درصد افراد به فکر ترک خدمت بودند و در مطالعه‌ی Lützen و همکاران (۴۲) اکثر پرستاران (۷۱/۴۲ درصد) هر روز به فکر خروج از حرفه‌ی

پرستاری بودند. پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که بین قصد ترک خدمت و ترک خدمت واقعی همبستگی مثبت وجود دارد (۴۶-۴۳). یافته‌های پژوهش کنونی با سایر پژوهش‌ها هم‌خوانی دارد. با توجه به این‌که قصد ترک خدمت می‌تواند زمینه‌ساز ترک خدمت واقعی باشد، لازم است توسط مسئولان مربوطه در این رابطه تدبیری اندیشیده شود تا قصد ترک خدمت پرستاران آ‌سی‌یو کاهش یابد.

در پژوهش حاضر متغیر جنس فقط با بعد خطاها همبستگی معنی‌دار آماری داشت ($P < 0/05$). بدین معنا که تنیدگی اخلاقی در بعد خطاها در زنان بیش از مردان بود. اما در پژوهش جولایی و همکاران (۲۶) بین جنس با تنیدگی اخلاقی هیچ نوع همبستگی معنی‌دار آماری یافت نشد. شاید علت این امر، به دلیل تفاوت ابزارهای مورد استفاده و تفاوت در جامعه‌ی آماری پژوهش کنونی با پژوهش جولایی و همکاران باشد.

در پژوهش حاضر ارتباطی بین جنس و قصد ترک خدمت دیده نشد اما در پژوهش Brokowski و همکاران (۴۷) مشخص شد که مردان قصد ترک خدمت بیش‌تری نسبت به زنان داشتند. عدم ارتباط آماری بین جنس و قصد ترک خدمت در پژوهش حاضر می‌تواند به دلیل مسائل استخدامی کشور ایران باشد. زیرا یافتن شغل برای بسیاری از افراد دشوار است و معمولاً افراد به دلایل گوناگون پس از استخدام، راضی به کناره‌گیری از کار نیستند. از طرفی مردان سرپرست خانواده به‌شمار می‌روند و در صورت کناره‌گیری از شغل ممکن است نتوانند کار دیگری یافته و از عهده‌ی مخارج زندگی برآیند.

از میان متغیرهای مورد بررسی، بین سن با تنیدگی اخلاقی ($P < 0/05$) همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود دارد. جولایی و همکاران (۲۶) نیز در پژوهش خود دریافتند که بین سن، نوع استخدام و سطح درآمد با تنیدگی اخلاقی همبستگی

که بار کاری می‌تواند ۱۵/۸ درصد واریانس قصد ترک خدمت را پیش‌بینی کند.

بین سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری و سابقه‌ی کار در آی‌سی‌یو با تنیدگی اخلاقی ($P < 0/05$) همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود داشت که علت آن شاید به‌واسطه‌ی افزایش حساسیت اخلاقی فرد باشد. Maningo-Salinas (۳۰) نیز دریافت بین سابقه‌ی کار و تنیدگی اخلاقی همبستگی مستقیم از نظر آماری وجود دارد.

هم‌چنین، در پژوهش حاضر بین تنیدگی اخلاقی با قصد ترک خدمت همبستگی معنی‌دار آماری یافت نشد. این یافته با یافته‌ی پژوهش‌های Fogel (۲۸)، Yu و Yeh (۲۹)، Maningo-Salinas (۳۰) و Cummings (۵۲) متفاوت است. اما با یافته‌های کیفی حاصل از پژوهش آتش‌زاده شوریده (۳۳) هم‌خوانی دارد. در پژوهش مذکور، پرستاران آی‌سی‌یو اظهار داشتند که علیرغم تنیدگی اخلاقی فراوانی که در بخش مراقبت ویژه تجربه می‌کنند و گاهی به فکر ترک خدمت می‌افتند اما حاضر به ترک بخش نیستند. شاید علت این امر، تخصصی بودن بخش و علاقه‌ی اغلب آنان به کار در بخش تخصصی مراقبت ویژه باشد. از طرفی، اجبار به کار به علت عدم دستیابی به شغل دیگری در خارج از محیط کاری فعلی نیز می‌تواند از علل عدم قصد آنان به ترک خدمت باشد.

نتیجه‌گیری

از آن‌جایی که تنیدگی اخلاقی می‌تواند بر پرستار و کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیر بگذارد، لذا لازم است به این مهم توجه شود. این مطالعه نشان داد که سن، سابقه‌ی کار و نسبت پرستار به بیمار با تنیدگی اخلاقی همبستگی مثبت دارد. این امر بیانگر آن است که بهتر است در آی‌سی‌یو از پرستاران جوان‌تر و با سابقه‌ی کاری کمتر استفاده شود. از طرفی، نتایج این پژوهش ضرورت رعایت استاندارد نسبت پرستار به بیمار در بخش‌های مراقبت ویژه را نشان می‌دهد. هر چند در مطالعه‌ی حاضر هیچ نوع همبستگی آماری بین تنیدگی

مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج Mobley و همکاران (۴۸) و Ulrich و همکاران (۴۹) همخوان است. اما یافته‌ی پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش Corley و همکاران (۵۰) متفاوت است. Corley و همکاران (۵۰) دریافتند که بین سن و تنیدگی اخلاقی همبستگی منفی وجود دارد. شاید دلیل این امر، افزایش تجربه‌ی فرد در رویارویی و مقابله با تنیدگی اخلاقی و افزایش قدرت فرد در رفع مشکلات اخلاقی باشد. از سویی در برنامه‌ی آموزش پرستاری کشور ایران، درس اخلاق پرستاری و روش‌های حل مشکلات اخلاقی به‌طور مجزا وجود ندارد و لذا فارغ‌التحصیلان این حرفه نمی‌دانند که در برخورد با مشکلات اخلاقی چگونه باید رفتار کنند تا دچار تنیدگی اخلاقی نشوند.

در پژوهش حاضر هیچ همبستگی معنی‌دار آماری بین سن با قصد ترک خدمت یافت نشد. اما در پژوهش Ulrich و همکاران (۴۹) بین سن با قصد ترک خدمت همبستگی معنی‌دار آماری وجود داشت. این تفاوت شاید ناشی از این باشد که جامعه‌ی پژوهش Ulrich و همکاران (۴۹) پرستاران و مددکاران اجتماعی در بخش‌های مختلف بیمارستانی بودند. در حالی که در پژوهش حاضر، جامعه‌ی پژوهش را پرستاران آی‌سی‌یو تشکیل می‌دادند که به علت تخصصی بودن بخش، حاضر به ترک خدمت نیستند. از طرفی، شاید علت دیگر عدم همبستگی معنی‌دار آماری بین سن و قصد ترک خدمت واحدهای پژوهش حاضر این باشد که امکان استخدام با شرایط کنونی و قوانین جاری کشور مهیا نیست و این امر با قصد افراد در ترک خدمت می‌تواند همبستگی داشته باشد.

در پژوهش حاضر، بین نسبت تعداد پرستار به تعداد تخت بخش فعلی، با تنیدگی اخلاقی ($P < 0/001$) همبستگی مثبت معنی‌دار آماری وجود دارد. هر چه این نسبت بیش‌تر باشد، بار کاری پرستار بیش‌تر خواهد بود. Hart (۵۱) نیز با انجام پژوهشی تحت عنوان «جو اخلاقی بیمارستان و قصد ترک خدمت پرستاران دارای پروانه کار» به این نتیجه دست یافت

منابع

- 1- Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics* 2007; 14 (3): 344-59.
- 2- Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3).
- 3- Benjamin M, Curtis J. *Ethics in Nursing*, 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1992.
- 4- Yung HH. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: a comparison between hospital-based nursing students in Hong Kong. *Int J Nurs Stud* 1997; 34(2): 128-36.
- 5- Ulrich CM, Soeken KL. A path analytic of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. *Nurs Ethics* 2005; 12(3): 305-16.
- 6- Bailey S. Decision making in acute care: a practical framework supporting the best interests' principle. *Nurs Ethics* 2006; 13(3): 284-91.
- 7- Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nurs Ethics* 2007; 14(4): 478-91.
- 8- Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010; 17(1): 87-98.
- 9- Corley MC. Nurses moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
- 10- McCarthy P. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 1985; 10(4): 305-10.
- 11- Çobanoğlu N, Algier L. A qualitative analysis of ethical problems experienced by physicians and nurses in intensive care units in Turkey. *Nurs Ethics* 2004; 11(5): 444-58.
- 12- Kinoshita S. Respecting the wishes of patients in intensive care units. *Nurs Ethics* 2007; 14(5): 651-64.
- 13- Akpınar A, Senses MO, Aydın Er R. Attitudes to end-of-life decisions in pediatric intensive care. *Nurs Ethics* 2009; 16(1): 83-92.
- 14- Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 2007; 25(4): 217-21.
- 15- Repenshek M. Moral distress: inability to act or discomfort with moral subjectivity?. *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 734-42.
- 16- Ellis JR, Hartley CL. *Nursing in Today's World*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.

اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران آ‌سی‌یو یافت نشد، اما به دلیل تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت زیاد پرستاران آ‌سی‌یو، لازم است تدابیری برای کاهش آن‌ها اندیشیده شود. از طرفی، بازنگری دروس پرستاری و آموزش درس اخلاق پرستاری، امکان مقابله‌ی مشکلات اخلاقی برای دانشجویان پرستاری را فراهم خواهد کرد.

یافته‌های پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های جدید مانند پژوهش‌های کیفی در مورد ادراکات پرستاران در مورد تنیدگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و فرایند ترک خدمت باشد. از طرفی، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر بخش‌های بالینی، بیمارستان‌های خصوصی و دیگر افراد تیم بهداشتی صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از رساله‌ی دکترای پرستاری و حاصل طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تصویب شده است. پژوهشگران از تمامی مسؤولان معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که از این طرح حمایت مالی کردند و تمام بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اجازه‌ی انجام پژوهش را دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند. هم‌چنین، از کلیه‌ی پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

quit in newly-graduated nurses during the first three months of work in Taiwan. *J Clin Nurs* 2009; 18(24): 3450-60.

30- Maningo-Salinas MJ. Relationship Between Moral Distress, Perceived Organizational Support and Intent to Turnover among Oncology Nurses [dissertation]. USA. Capella University; 2010

31- Tschudin V. Nurs ethics: the last decade. *Nurs Ethics* 2010; 17(1): 127-131.

32- Burns N, Grove SK. The Practice of Nursing Research Conduct, Critique and Utilization, 6th ed. Philadelphia: Saunders- Elsevier; 2009.

۳۳- آتش‌زاده شوریده ف. تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه. طراحی ابزار و آزمون الگو. رساله جهت اخذ درجه دکترای تخصصی پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۳۹۱.

34- Liou SR. The Relationship between Collectivixt Orientation, Perception of Practice Environment, Organizational Commitment, and Intention to Leave Current Job among Asian Nurses Working in the USA [dissertation]. USA University of Texas; 2007.

۳۵- حریری غ. بررسی میزان همبستگی جو اخلاقی و حساسیت اخلاقی با تمایل به ترک خدمت در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تابع دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۰. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری گرایش بهداشت جامعه. تهران. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی؛ ۱۳۹۰.

36- Barlow KM, Zangaro GA. Meta-analysis of the reliability and validity of the anticipated turnover scale across studies of registered nurses in the United States. *J Nurs Manag* 2010; 18(7): 862-73.

37- Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non-nursing students. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 225-32.

۳۸- بیک‌مرادی ع، ربیعی س، خطیبان م، چراغی م.ع. دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه: مطالعه‌ای پیمایشی در مراکز آموزشی و درمانی شهر همدان. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۱؛ دوره ۵ (شماره ۲):

17- Maiden J. A Quantitative and Qualitative Inquiry into Moral Distress Compassion Fatigue, Medication Error and Critical Care Nursing [dissertation]. USA.

University of San Diego; 2008.

18- Chinn PL, Kramer MK. Integrated Theory and Knowledge Development in Nursing. St Louis: Mosby; 2011.

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

20- 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.

21- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-21.

22- Tschudin V. Ethics in Nursing; the Caring Relationship, 3rd ed. Edinburgh: Butterworth Heinemann; 2003.

23- Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH, Oh HS, Kim KU. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. *Nurs Ethics* 2003; 10(6): 638-53.

24- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-56.

۲۵- آتش‌زاده شوریده ف، بازارگادی م، زاغری تفرشی م. تبیین مفهوم کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه ذینفعان با مطالعه پدیدارشناسی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۱، دوره اول (شماره ۳): ۲۲۸-۲۱۴.

۲۶- جولایی س، جلیلی حر، رفیعی ف، حقانی ح. بررسی ارتباط درک پرستاران از تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار در بخش‌های منتخب مراکز آموزشی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۴): ۶۶-۵۶.

27- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4): 419-48.

28- Fogel KM. The Relationship of Moral Distress, Ethical Climate, and Intent to Turnover among Critical Care Nurses [dissertation]. USA. University of Chicago; 2007.

29- Yeh M-Ch, Yu Sh. Job stress and intention to

46- Eberhardt BJ, Pooyan A, Moser SB. Moderators of the relationship between job satisfaction and nurses' intention to quit. *Int J Organ Anal* 1995; 3(4): 394 – 406.

47- Borkowski N, Amann R, Song SH, Weiss C. Nurses' intent to leave the profession: Issues related to gender, ethnicity, and educational level. *Health Care Manage Rev* 2007; 32(2): 160-7.

48- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256 -63.

49- Ulrich C, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, Danis M, Grady C. Ethical climate, ethics stress, and the job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Soc Sci Med* 2007; 65(8): 1708-19.

50- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurses moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.

51- Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(2): 173-7.

52- Cummings CL. The Effect of Moral Distress on Nursing Retention in the Acute Care Setting [dissertation]. USA. University of North Florida, College of Education and Human Services; 2009.

.۵۳-۶۳

39- Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, et al. Decisions near the end of life: professional views on life sustaining treatments. *Am J Public Health* 1993; 83(1): 14-23.

40- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nurs Ethics* 2000; 7(4): 360-6.

41- De Milt DG, Fitzpatrick JJ, Sister Rita McNulty. Nurse Practitioners' Job Satisfaction and Intent to Leave Current Positions, the Nursing Profession, and the Nurse Practitioner Role as a Direct Care Provider. *J Am Acad Nurse Pract* 2011; 23(1): 42-50.

42- 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.

43- Price JL, Mueller CW. A causal model of turnover for nurses. *Acad Manage J* 1981; 24(3): 543-65.

44- Weisman CS, Alexander CS, Chase GA. Determinants of hospital staff turnover. *Med Care* 1981; 19(4): 431- 43.

45- Prestholdt PH, Lane IM, Mathews RC. Nurse turnover as reasoned action: Development of a process model. *J Appl Psychol* 1987; 72(2): 221-7.

Association of ICU nurses' demographic characteristics and moral distress

Forozan Atashzadeh Shorideh¹, Tahereh Ashktorab^{*2}, Farideh Yaghmaei², Hamid Alavimajd³

¹Assistant Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;

²Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;

³Associate Professor, Faculty of Allied Medicine, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Abstract

Moral distress is one of ICU nurses' major problems that can happen due to various reasons and may have several consequences. Considering that certain variables can be related to moral distress and turnover intention in nurses, this study was done to determine the correlation between ICU nurses' demographic characteristics and their moral distress and turnover.

In this correlational study, 159 ICU nurses were selected from medical universities of Iran. Data collection instruments included a demographic questionnaire, ICU nurses' moral distress scale, and Hinshaw and Atwood's turnover scale. Data analysis was done by using SPSS 17.

The findings showed high level of moral distress and turnover in ICU nurses. The results revealed a positive statistical correlation among ICU nurses' age, their work experience, the ratio of nurses to ICU beds and their moral distress. However, there was no correlation among sex, marital status, educational degree, work shift and moral distress. Similarly, moral distress and intent to turnover did not have a statistical correlation.

The results showed that increasing recruitment of young nurses and nursing staff, and diminishing ICU nurses' moral distress and turnover intention are essential.

Keywords: moral distress, turnover, ICU, nurse

*Email: t_ashktorab@sbmu.ac.ir