

بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی پرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه

محمد امینی‌زاده*^۱، منصور عرب^۲، رقیه مهدی‌پور^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۵

تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

پرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه با مسائل اخلاقی گوناگونی مواجه می‌شوند که در آنان تنش اخلاقی ای‌جاد می‌کنند. پرستاران برای عملکرد صحیح اخلاقی، در شرایط تنش اخلاقی به شجاعت اخلاقی نیاز دارند؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی در پرستاران صورت گرفت. این پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی بود که در آن ۳۱۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان به روش سرشماری انتخاب شدند. همچنین برای جمع‌آوری داده‌ها، از ابزار شجاعت اخلاقی Sekerka و تنش اخلاقی Corley استفاده شد. داده‌ها نیز با آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران 42.71 ± 9.67 و بیشترین شجاعت اخلاقی در بُعد عامل اخلاقی بود. میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی 56.03 ± 18.21 و بیشترین تنش اخلاقی در بعد خطاها بود. بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی رابطه‌ی معنی‌دار و منفی وجود داشت ($p = 0.003$ ، $r = -0.166$). شجاعت اخلاقی براساس سمت، نوع بخش، وضعیت تأهل و تنش اخلاقی فقط در نوع بخش متفاوت بود. نتایج مطالعه حاکی از ارتباط معنی‌دار و منفی بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی است. تقویت شجاعت اخلاقی پرستاران، در کنترل و کاهش تنش اخلاقی نقشی مهم دارد؛ لذا پرستاران می‌توانند با تقویت شجاعت اخلاقی، از تنش اخلاقی خود بکاهند و در مقابل، کیفیت مراقبت از بیماران را افزایش دهند.

واژگان کلیدی: پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه، تنش اخلاقی، شجاعت اخلاقی

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲. مربی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۳. استادیار، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

* نویسنده‌ی مسئول: کرمان، هفت باغ علوی، پردیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان، تلفن: ۰۹۱۳۳۸۷۵۷۸۹.

مقدمه

تنش اخلاقی^۱ یکی از مشکلات عمده‌ی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه^۲ است (۱). برای اولین بار در ۱۹۸۴، Jameton اصطلاح تنش اخلاقی را مطرح کرد (۲). تنش اخلاقی احساسی دردناک یا یک وضعیت عدم تعادل روانی است و زمانی رخ می‌دهد که پرستاران نسبت به انجام‌دادن عمل اخلاقی مناسب، بسته به موقعیت مورد نیاز آگاهی دارند اما نمی‌توانند آن را به علت موانع موجود انجام دهند (۳). مواردی مانند حمایت از ادامه‌ی زندگی در صورتی که مفید نباشد، کمبود نیروی انسانی، امید کاذب به بیماران و خانواده‌هایشان، مراقبت نامناسب از علل ایجادکننده‌ی تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های ویژه است (۴). تنش اخلاقی در پرستاران ممکن است اثرات داخلی مثل از بین بردن اعتماد به نفس یا پیامدهای خارجی مثل کاهش ارتباط با دیگر اعضای تیم سلامت را به دنبال داشته باشد (۵). افزون‌براین، تنش اخلاقی پرستاران بر بیماران اثر گذاشته و منجر به مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران می‌شود (۶).

در شرایط ایجادکننده‌ی تنش اخلاقی، پرستاران برای عملکرد درست اخلاقی، نیازمند شجاعت اخلاقی^۳ هستند (۷). شجاعت یکی از ارزش‌های اساسی در حرفه‌ی پرستاری است. ThetaTau در سال ۱۹۹۲ این ارزش را به جهان معرفی کرد (۸). به علت شرایط خاص بیماران ICU و وجود چالش‌های اخلاقی در این بخش، به‌کارگیری شجاعت در این بخش مطرح و لازم می‌شود. وجود الگوی مناسب، داشتن نقش خوب و مهارت برقراری ارتباط مناسب در پرستاران باعث تقویت شجاعت اخلاقی در بین آن‌ها می‌شود (۲). گالاگر^۴ در مطالعه‌ای با عنوان بررسی تنش اخلاقی و شجاعت اخلاقی که در پرستاران بالینی انگلستان انجام داد، به این

نتیجه رسید اگر افراد شجاعت لازم را برای انجام اقدامات براساس اصول اخلاقی داشته باشند، تنش اخلاقی را کمتر تجربه خواهند کرد (۹).

با توجه به اینکه تنش اخلاقی آثار منفی زیادی بر زندگی شخصی و عملکرد حرفه‌ای پرستاران می‌گذارد و باعث کاهش کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود، بررسی عوامل مرتبط با آن ارزشمند است. یکی از این عوامل، شجاعت اخلاقی است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ به انجام رسیده است.

روش کار

این مطالعه از نوع همبستگی است و جامعه‌ی پژوهش آن ۳۱۰ نفر از پرستاران بوده که به روش سرشماری از بخش‌های ویژه‌ی (ICU، CCU^۵ و دیالیز) بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان انتخاب شدند. براساس تعداد پرستاران در هر بیمارستان، پرستاران دارای معیارهای ورود به آزمون انتخاب شده و وارد آزمون شدند. دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری برای شرکت‌کنندگان معیار ورود آن‌ها به مطالعه بود. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسش‌نامه‌ی سه قسمتی بود: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک بود که ویژگی‌های سن، جنس، مدرک تحصیلی، تحصیلات، سابقه‌ی کار، سابقه‌ی کار در بخش ویژه، سمت، نوع بخش، وضعیت استخدام و تأهل را بررسی می‌کرد؛ بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ی شجاعت اخلاقی بود. سکرکا و همکارانش در سال ۲۰۰۹ پرسش‌نامه‌ی شجاعت اخلاقی حرفه‌ای (PMC)^۶ را طراحی کردند (۱۰). این پرسش‌نامه دارای پانزده عبارت در پنج بُعد عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، حساسیت اخلاقی و اهداف اخلاقی

1. Moral distress
2. Intensive Care Unite
3. Moral courage
4. Gallagher

5. Coronary care unit
6. Professional Moral Courage

(MDS)^۶ بود که کورلی در سال ۱۹۹۵ آن را طراحی کرد (۷) و در سال ۱۳۹۱ توسط شوریده روان‌سنجی شده است (۱). این پرسش‌نامه شامل سی سؤال در سه بُعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها (پرسش‌های ۱ تا ۱۰)، بُعد خطاها (پرسش‌های ۱۱ تا ۲۱) و رعایت نکردن اصول اخلاقی (پرسش‌های ۲۲ تا ۳۰) است (۱۳).

این پرسشنامه نیز براساس مقیاس لیکرت به طیف پنج گزینه‌ای (اصلاً = صفر، کم = یک، متوسط = دو، زیاد = سه و خیلی زیاد = چهار) طبقه‌بندی شده است. نحوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار در همه‌ی عبارات در مقیاس لیکرت صفر تا چهار و در کل، صفر تا ۱۲۰ است و نمره‌ی تنش اخلاقی از میانگین مجموع نمره‌ی عبارات به دست می‌آید. حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود (۱).

در مطالعه‌ی عباس‌زاده و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی پرسش‌نامه ۹۳ درصد و روایی آن به روش CVI معادل ۸۸ درصد گزارش شده است (۱۴). در مطالعه‌ی ابراهیمی و همکاران با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی آن ۹۴ درصد محاسبه شد (۶).

این پرسش‌نامه، پس از کسب مجوزهای لازم توسط همکاران پژوهشگر، در محیط‌های پژوهش توزیع شد. قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها، از افراد رضایت‌نامه‌ی شفاهی کسب شد و به آن‌ها خاطر نشان شد که اطلاعات این پرسش‌نامه بدون نام و محرمانه بوده و همچنین، تمامی شرکت‌کنندگان برای ورود و خروج از مطالعه، آزادی کامل دارند. افزون‌براین، در طی روند تکمیل پرسش‌نامه، توضیحات لازم برای هر یک از سؤالات به واحدهای مورد پژوهش داده شد. پرستاران بخش‌های ICU، CCU و دیالیز، در بخش‌های محل خدمت خود، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. پرسش‌نامه‌ها در ابتدای شیفت بین پرستاران این بخش‌ها توزیع و در انتهای شیفت جمع‌آوری شد. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها به دلیل

است که هر بعد به ترتیب شامل سه سؤال مجزاست. بعد عامل اخلاقی^۱ نشان‌دهنده‌ی توانایی فرد برای تلاش در جهت عمل صحیح است. بعد ارزش‌های چندگانه^۲ مشخص‌کننده‌ی توانایی فرد در انتخاب مجموعه‌ای از ارزش‌های مختلف حین تصمیم‌گیری‌های اخلاقی است. بعد تحمل تهدید^۳ حاکی از عمل فرد در مواجهه با تهدید و ترس است. در بعد حساسیت اخلاقی^۴، فرد فقط قوانین را در نظر نمی‌گیرد؛ بلکه فراتر از ظرفیت درونی پیش رفته و انجام‌دادن آنچه را کاملاً صحیح و ایدئال است، مدنظر قرار می‌دهد. بعد اهداف اخلاقی^۵ نشان‌دهنده‌ی استفاده از استراتژی‌های تنظیم هدف براساس احترام و صداقت و توجه به دیگران است (۱۰، ۱۱ و ۱۲).

این پرسش‌نامه براساس مقیاس لیکرت به طیف پنج گزینه‌ای (هرگز = صفر، به ندرت = یک، گاهی = دو، اغلب اوقات = سه و همیشه = چهار) طبقه‌بندی شد. نحوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار در همه‌ی عبارات در مقیاس لیکرت، صفر تا چهار و در کل، صفر تا شصت است. نمره‌ی شجاعت اخلاقی، از میانگین مجموع نمره‌ی عبارات به دست می‌آید. حداقل امتیاز ممکن صفر و حداکثر شصت خواهد بود (۷).

محمودی و همکاران در مطالعه‌ی خود، با هدف بررسی ارتباط تنش اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران، روایی و پایایی پرسش‌نامه را انجام داده‌اند. در این مطالعه، CVI پرسش‌نامه ۸۱ درصد محاسبه شد. پایایی آن نیز با حجم نمونه‌ی سی نفری از پرستاران مورد پژوهش (آلفای کرونباخ) ۸۵ درصد محاسبه شد (۷). در مطالعه‌ی موسوی و همکاران که درباره‌ی شهامت اخلاقی پرستاران تهران انجام شد، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۸۰ درصد برآورد گردید (۱۱).

بخش سوم جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی تنش اخلاقی

1. Moral Agency
2. Multiple Values
3. Endurance of Threats
5. Sensitivity Moral
5. Moral Goals

6. Moral Distress Scale

۴۲/۷۱±۹/۶۷ بود. بیشترین میانگین نمره‌ی بُعد شجاعت اخلاقی پرستاران، مربوط به بُعد عامل اخلاقی و برابر با ۹/۲۳±۲/۷۸ و کمترین نمره‌ی آن مربوط به بُعد تحمل تهدید با نمره‌ی ۷/۳۳±۱/۹۳ بود. میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی متوسط و برابر با ۵۶/۰۳±۱۸/۲۱ بود. بیشترین میانگین نمره‌ی بُعد تنش اخلاقی پرستاران، مربوط به بُعد خطاها و برابر با ۲۴/۴۲±۸ و کمترین میانگین نمره‌ی مربوط به بُعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها با نمره ۱۵/۵۶±۷/۰۶ بود. بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی رابطه‌ای معنی‌دار و منفی وجود داشت ($R = -0/166$, $p = 0/003$). بین شجاعت اخلاقی با تنش اخلاقی در ابعاد عامل اخلاقی، اهداف اخلاقی و شجاعت اخلاقی کل با ابعاد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها، بین ابعاد ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، اهداف اخلاقی و شجاعت اخلاقی کل با بُعد رعایت‌نکردن اصول اخلاقی و همچنین بین ابعاد عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید و اهداف اخلاقی با تنش اخلاقی کل در پرستاران رابطه‌ی آماری معنی‌دار و منفی وجود داشت (نک: جدول شماره ۱).

پاسخ‌دهی ناقص و دریافت نکردن برخی پرسش‌نامه‌ها، یازده پرسش‌نامه حذف شدند؛ بنابراین گروه نمونه به ۳۱۰ نفر تقلیل یافت. همچنین جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها یک ماه به طول انجامید.

داده‌های به‌دست‌آمده از پرسش‌نامه در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۴ ثبت شد و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار،...) و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس و...) برای رسیدن به اهداف پژوهش تجزیه و تحلیل شدند و میزان معناداری آن‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۳۱۰ نفر از پرستاران شرکت داشتند. حداقل سن شرکت‌کنندگان ۲۲ سال، حداکثر آن ۵۶ سال با میانگین ۳۳/۷۴±۶/۹۲ بود. حداقل سابقه‌ی کار شرکت‌کنندگان یک سال، حداکثر آن ۲۸ سال با میانگین ۹/۹۳±۶/۸۲، و حداقل سابقه‌ی کار آنان در بخش‌های ویژه یک سال، حداکثر آن ۲۷ سال با میانگین ۵/۵۷±۵/۳۴ بود.

میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی تقریباً متوسط و برابر با

جدول شماره ۱- ارتباط تنش اخلاقی و ابعاد آن با ابعاد شجاعت اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های وابسته به

دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵

P	R	ابعاد شجاعت اخلاقی	ابعاد تنش اخلاقی
۰/۰۰۴	-۰/۱۶	عامل اخلاقی	تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها
۰/۰۱	-۰/۱۴	اهداف اخلاقی	
۰/۰۰۶	-۰/۱۵	شجاعت اخلاقی کل	
۰/۰۳	-۰/۱۱	ارزش‌های چندگانه	رعایت‌نکردن اصول اخلاقی
۰/۰۰۸	-۰/۱۵	تحمل تهدید	
۰/۰۳	-۰/۱۲	اهداف اخلاقی	
۰/۰۰۴	-۰/۱۶	شجاعت اخلاقی کل	
۰/۰۴	-۰/۱۱	ارزش‌های چندگانه	تنش اخلاقی کل
۰/۰۶	-۰/۱۰	تحمل تهدید	
۰/۰۲	-۰/۱۲	اهداف اخلاقی	
۰/۰۱۶	-۰/۱۳	عامل اخلاقی	

دیالیز و ICU به ترتیب دارای بیشترین و کمترین میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی بودند. همچنین پرسنل متأهل نسبت به مجرد دارای میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی بیشتری بودند (نک: جدول شماره ۲).

بین میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی و برخی ویژگی‌های دموگرافیک از جمله سمت، نوع بخش و وضعیت تأهل ارتباط معنادار وجود داشت. به نحوی که میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی سرپرستاران بیشتر از پرستاران بود. پرسنل بخش

جدول شماره ۲- میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد	میانگین و انحراف معیار نمره شجاعت اخلاقی	آماره‌ی آزمون	p
سمت	پرستار	۴۲/۴۹۴±۹/۷۱۵	xx -۲/۲۱۰	۰/۰۴۲
	سرپرستار	۴۷/۱۳±۷/۸۲۷		
بخش کاری	ICU	۴۱/۸۶۵±۹/۷۱۹	x ۳/۹۱۸	۰/۰۲۱
	CCU	۴۳/۶۹۸±۹/۱۰۶		
	دیالیز	۴۷/۷۸۹±۱۰/۱۱۹		
	کل	۴۲/۷۱۹±۹/۶۷۳		
تأهل	متأهل	۴۳±۸/۸۰۳	xx ۲/۲۵۲	۰/۰۲۷
	مجرد	۳۹/۹۰۹±۱۲/۰۳۹		

x Anova -xxT- test

داشت. به نحوی که پرسنل بخش ICU دارای بیشترین میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی بودند (نک: جدول شماره ۳).

بین میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی و ویژگی‌های دموگرافیک، فقط با نوع بخش رابطه‌ی آماری معنی‌دار وجود

جدول شماره ۳- میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم

پزشکی شهر کرمان در سال ۱۳۹۵ بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	تعداد	میانگین و انحراف معیار تنش اخلاقی	آماره‌ی آزمون	P
بخش کاری	ICU	۵۶/۷۲۲±۱۸/۸۰۷	x ۲/۵۱۷	۰/۰۴
	CCU	۵۶/۵۸۶±۱۷/۹۴۷		
	دیالیز	۴۷±۱۶/۹۱۱		
	کل	۵۶/۰۳۵±۱۸/۲۱۱		

xAnova -xx T- test

بحث

نتایج مطالعه نشان می‌دهد میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه تقریباً متوسط است. همسو با این نتایج، محمدی و همکاران نیز میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران خراسان جنوبی را متوسط گزارش کرده‌اند (۷). همچنین Hanna و همکاران میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی را در پرستاران کانادا متوسط گزارش نموده‌اند (۱۵) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد؛ اما مهدوی سرشت و همکاران میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران تبریز را بالا گزارش کرده‌اند (۱۲) که با نتایج این مطالعه همسو نیست. با وجودی که ابزار مورد استفاده در مطالعات اشاره‌شده یکسان بوده و همگی از پرسش‌نامه‌ی PMC برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرده‌اند، یکسان‌نبودن میزان شجاعت اخلاقی در مطالعات می‌تواند به علت تفاوت در محیط کاری، جو اخلاقی، فرهنگ سازمانی، حمایت مدیران، حمایت سازمان، ترس از انزوای اجتماعی و عدم پذیرش سازمان باشد.

بیشترین میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی، در بُعد عامل اخلاقی (تمایل به انجام‌دادن رفتار اخلاقی و داشتن اراده‌ی راسخ برای آن) بود و کمترین میانگین شجاعت اخلاقی در بُعد تحمل تهدید بود (فردی که نه‌تنها به قوانین و هدف آن‌ها توجه دارد، بلکه از محدوده‌ی اطاعت از قوانین نیز فراتر می‌رود تا کار درست یا منطقی و مناسب را انجام دهد). در مطالعه‌ی موسوی و همکاران نیز بالاترین میانگین شجاعت اخلاقی در بُعد عامل اخلاقی و کمترین آن در بُعد تحمل تهدید به دست آمده بود (۱۱) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارد؛ اما در مطالعه‌ی مهدوی سرشت، بیشترین نمره‌ی شجاعت اخلاقی در بُعد عامل اخلاقی و کمترین شجاعت اخلاقی در بُعد ارزش‌های چندگانه بود (۱۲) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی ندارد. بالا بودن نمره‌ی عامل اخلاقی در این مطالعات ارزشمند است؛ زیرا پرستار خود را عامل اخلاقی می‌داند و به انجام‌دادن رفتار اخلاقی تمایل دارد

و باعث می‌شود خود پرستار، بیمار و سازمان از عمل اخلاقی او سود ببرند. بُعد تحمل تهدید، به درک و تشخیص تهدید، فشار و ترس توسط فرد اشاره می‌کند و اینکه علی‌رغم پیش‌بینی و درک ترس و اضطراب، فرد توانایی تحمل و غلبه بر این فشارها را دارد. پایین بودن نمره‌ی این بُعد ممکن است نشان‌دهنده‌ی این واقعیت باشد که پرستار حمایتی را از طرف سازمان به خاطر رفتار شجاعانه‌ی خود احساس نمی‌کند.

میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه در سطح متوسط بود. همسو با این یافته، شوریده و همکاران، تنش اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه شهر تهران را در حد متوسط گزارش کرده‌اند (۱). Karagozoglu و همکاران سطح تنش اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های ترکیه را بالا گزارش کرده‌اند (۱۶). اختلاف نتایج مطالعات می‌تواند به علل مختلفی همچون تفاوت در شرایط و حجم کار، محیط انجام خدمت، قوانین و مقررات سازمانی و تفاوت در سطح آگاهی پرستاران در ارتباط با چگونگی مواجهه با تنش اخلاقی باشد.

بیشترین میانگین نمره‌ی تنش اخلاقی پرستاران بخش ویژه به ترتیب، ابتدا در بعد خطاها (خطا و تأخیر در تشخیص و درمان بیماری و...)، سپس در بعد رعایت‌نکردن اصول اخلاقی (رعایت‌نکردن عدالت در بین پرستاران و...) و در نهایت، در بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها (بی‌کفایتی پرسنل پرستاری و...) بود. همخوان با این نتیجه، نتایج مطالعه‌ی عباسی و همکاران نیز نشان می‌دهد میزان تنش در بعد خطاهای حرفه‌ای بالاتر از دیگر حیطه‌هاست (۱۳)؛ اما شوریده درمان ناقص و ناکافی بیماران توسط کارکنان (بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها) و توزیع ناعادلانه‌ی قدرت در میان همکاران (بعد رعایت‌نکردن اصول اخلاقی) را بیشترین عوامل تنش‌زا در پرستاران بخش ویژه عنوان کرده‌اند (۱). بیک‌مرادی و همکاران کار با رده‌های

رعایت نکردن اصول اخلاقی پرستاران، رابطه‌ی معنی‌دار و منفی وجود دارد؛ از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که هر اندازه پرستاران، هنگام مواجهه با مشکلات اخلاقی حس مسئولیت‌پذیری بیشتری داشته باشند (عامل اخلاقی و اهداف اخلاقی)، در برابر درمان و مراقبت ناقص بیماران (تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها) رفتار شجاعانه‌تری خواهند داشت و در نتیجه تنش اخلاقی را کمتر تجربه می‌کنند. همچنین می‌توان دریافت هرچه پرستاران بدون توجه به عواقب عمل خود، به دنبال حمایت از بیمار باشند (ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید و اهداف اخلاقی)، در برخورد با رعایت‌نشدن اصول اخلاقی رفتار شجاعانه‌تری خواهند داشت و به دنبال آن کمتر تنش اخلاقی را تجربه می‌کنند.

شجاعت اخلاقی با برخی از اطلاعات دموگرافیک شامل سمت، نوع بخش و تأهل رابطه‌ی معنی‌دار دارد. نمره‌ی میانگین شجاعت اخلاقی سرپرستاران بیشتر از پرستاران است. این نتیجه می‌تواند نشان‌دهنده‌ی این واقعیت باشد که چون سرپرستاران از قدرت و اختیار بیشتری برخوردارند، بیشتر قادر به تصمیم‌گیری هستند؛ لذا تنش اخلاقی را کمتر تجربه می‌کنند. کارکنان بخش دیالیز دارای بیشترین نمره‌ی شجاعت اخلاقی و کارکنان بخش ICU دارای کمترین نمره‌ی شجاعت اخلاقی بودند. همسو با این نتیجه، محمدی و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود نشان داده‌اند بیشترین نمره‌ی شجاعت اخلاقی مربوط به بخش دیالیز و کمترین آن مربوط به بخش NICU است (۷). بالابودن شجاعت اخلاقی در بخش دیالیز در این مطالعه می‌تواند به این علت باشد که پرستاران بخش دیالیز با بیماران بدحال و با مشکل تهدیدکننده‌ی حیات روبه‌رو نیستند؛ از این رو، با تصمیم‌گیری‌های آسان‌تر مواجه هستند و شجاعت اخلاقی بیشتری دارند.

کارکنان متأهل نسبت به پرسنل مجرد، دارای نمره‌ی میانگین شجاعت اخلاقی بیشتری بودند. این نتیجه می‌تواند

مختلف پرستاری و پزشکی فاقد صلاحیت و ارائه‌ی مراقبت و درمان غیراستاندارد (بعد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها) را بیشترین عامل تنش اخلاقی در پرستاران بخش‌های ویژه عنوان کرده‌اند (۱۷). بنابر یافته‌های پژوهش Pauly و همکاران، پرستاران آمریکا نیز هنگام کار با کارکنان فاقد عملکرد و صلاحیت حرفه‌ای که عملکردشان برای بیمار غیرایمن است، دچار تنش اخلاقی می‌شوند؛ بنابراین تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها، مهم‌ترین عامل تنش اخلاقی در این گروه از پرستاران است (۱۸). بالابودن میانگین نمره‌ی بُعد خطاها می‌تواند بیان‌کننده‌ی این واقعیت باشد که میزان خطاهای پزشکی و گزارش‌نکردن این خطاها در جامعه‌ی مورد پژوهش زیاد بوده است؛ به نحوی که نگرانی از خطاهای حرفه‌ای، پرستاران این مطالعه را تهدید می‌کند و بیشترین عامل اثرگذار در بروز تنش اخلاقی آنان محسوب می‌شود.

بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه، همبستگی معنادار و منفی وجود دارد. این بدین معنی است که هرچه شجاعت اخلاقی در پرستاران افزایش یابد، تنش اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یابد. همسو با این نتیجه، محمدی و همکاران دریافته‌اند بین شدت تنش اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران، ارتباط معنی‌دار وجود دارد (۷). گالاگر نیز بیان می‌کند اگر پرستاران شجاعت انجام ندادن اقدام مخالف با موازین اخلاقی را داشته باشند تنش اخلاقی را کمتر تجربه خواهند کرد (۹). Murray هم به نتیجه‌ای مشابه دست یافته و معتقد است پرستارانی که در مواجهه با چالش‌های اخلاقی از شجاعت کافی برخوردار نبوده‌اند، بروز تنش اخلاقی در آن‌ها بیشتر است (۱۹).

نتایج مطالعه نشان داد بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی در ابعاد عامل اخلاقی و اهداف اخلاقی با ابعاد تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها، در ابعاد ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید و اهداف اخلاقی با بُعد

شجاعانه‌ی پرستاران ضروری است. بالابودن میانگین نمره‌ی بعد خطاها، با وجود متوسط‌بودن تنش اخلاقی پرستاران، بیان‌کننده‌ی این واقعیت است که میزان خطاهای پزشکی و گزارش‌نشدن این خطاها در جامعه‌ی مورد پژوهش زیاد است و سبب ایجاد تنش اخلاقی در پرستاران می‌شود؛ ازاین‌رو، باید به این واقعیت بیشتر توجه شود.

با توجه به ارتباط منفی بین شجاعت اخلاقی و تنش اخلاقی پرستاران هم از نظر کلی و هم از نظر ابعاد، می‌توان نتیجه گرفت اولاً افزایش حس مسئولیت‌پذیری پرستاران در مواجهه با مشکلات بیماران و ثانیاً تقویت نقش حمایتی آنان از بیماران باعث افزایش رفتار شجاعانه‌ی آن‌ها و در نتیجه کاهش تنش اخلاقی می‌شود. همچنین با توجه به اینکه تنش اخلاقی سرپرستاران از پرستاران کمتر بود، می‌توان این‌چنین دریافت که افزایش قدرت تصمیم‌گیری از عواملی است که می‌تواند باعث کاهش تنش اخلاقی پرستاران شود؛ افزون‌براین، بالابودن تنش اخلاقی در ICU و کم‌بودن آن در بخش دیالیز نیز می‌تواند به دنبال چرخش نیروها در این بخش‌ها باشد.

نمایانگر این باشد که چون افراد متأهل تجربه‌ی رویارویی با استرس‌های زندگی را داشته‌اند، در قیاس با افراد مجرد بهتر می‌توانند استرس‌های روانی را مدیریت کنند و در نتیجه کمتر دچار تنش اخلاقی می‌شوند؛ البته در مطالعه‌ی مهدوی سرشت و همکاران، شجاعت اخلاقی پرستاران با توجه به وضعیت تأهلشان، تغییری نمی‌کرد (۱۲). در مطالعه‌ی موسوی و همکاران نیز بین شهامت اخلاقی و وضعیت تأهل ارتباط معنادار مشاهده نشد (۱۱)؛ یافته‌های این دو مطالعه با نتایج مطالعه‌ی حاضر مغایرت دارد.

با توجه به نتایج این مطالعه، بین نوع بخش و میزان تنش اخلاقی پرستاران رابطه‌ی معنادار وجود دارد؛ پرستاران بخش ICU دارای بیشترین نمره‌ی میانگین تنش اخلاقی در مقایسه با بخش CCU و دیالیز بودند. بنا بر نتایج مطالعات بیک‌مرادی و همکاران و همچنین صادقی و همکاران، تنش اخلاقی در بخش ICU بیشتر از سایر بخش‌ها است (۱۷ و ۲۰) که با نتایج این مطالعه همخوانی دارند. به نظر می‌رسد وجود عوامل گوناگون همچون: نوع بیماران و شرایط حاد مراقبتی آنان، فشار و حجم فراوان کار، شرایط خاص حاکم بر بخش‌های مراقبت‌های ویژه، لزوم تصمیم‌گیری‌های حیاتی و گسترده‌ی اخلاقی در مراقبت از بیماران بدحال و درمان آنان، که پرستاران را بیشتر با چالش‌های اخلاقی روبه‌رو می‌سازد، باعث می‌شود تنش اخلاقی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیشتر از سایر بخش‌ها باشد.

نتیجه‌گیری

با وجود متوسط‌بودن میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران، بالابودن میانگین نمره‌ی عامل اخلاقی، نشان‌دهنده‌ی تمایل پرستاران به انجام‌دادن رفتارهای اخلاقی است. از طرف دیگر، پایین‌بودن نمره‌ی بُعد تحمل تهدید نمایانگر این واقعیت است که پرستاران به خاطر رفتار شجاعانه‌ی خود در قبال بیماران، حمایت لازم را از طرف سازمان احساس نمی‌کنند؛ بنابراین حمایت مدیران برای بروز رفتارهای

منابع

- 1- Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*. 2014; 22(1): 64-76. [in Persian]
- 2- Savel RH, Munro CL. Moral distress, moral courage. *American Journal of Critical Care*. 2015; 20(1): 25-27.
- 3- Jalali R, Hasani P, Abedsaeedi Z. Nurses' Experience of the Perception of Nursing Conscience: A Phenomenological Study. *Asian Bioethics Review*. 2012; 4(3): 210-225. [in Persian]
- 4- Alkrisat M, Alatrash M. Stress of Conscience: Concept Clarification. *Online Journal of Health Ethics*. 2016; 12(1): 2.
- 5- Borhani F, Mohammadi S. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2015; 7(2): 70-79. [in Persian]
- 6- Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(4): 80-88. [in Persian]
- 7- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and moral courage in nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(3): 26-35. [in Persian]
- 8- Sadooghiasl A, Parvizy S, Ebadi A. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. *Nursing Ethics*. 2016; 1177(10): 1-14. [in Persian]
- 9- Pgcea B. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2011; 16(2): 1B.
- 10- Khoshouei MS. Psychometric Properties of Professional Moral Courage Scale and its easuring on the Basis of Demographic Characteristics. *Quarterly Journal of Career & rganizational Counseling*. 2014; 6(20): 44-58. [in Persian]
- 11- Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Hayat*. 2017; 22 (4): 339-349. [in Persian]
- 12- Mahdaviseresht R, Atashzadeh-Shoorideh F, Borhani F. Correlation between moral sensitivity and moral courage in nurses of selected hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences in 2014. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(3): 27-39. [in Persian].
- 13- Abbasi M, Hajatmand F, Khaghanizadeh M, Gashtroudkhani AA. Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(32): 121-140. [in Persian]
- 14- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2): 57-66. [in Persian]
- 15- Hannah ST, Avolio BJ, Walumbwa FO. Relationships between authentic leadership, moral courage, and ethical and pro-social behaviors. *Business Ethics Quarterly*. 2011; 21(4): 555-578.
- 16- Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nursing ethics*; 2017; 24(2): 209-224.
- 17- Beikmoradi AR, Khatiban S, Cheraghi M. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(2): 53-63. [in Persian]
- 18- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing ethics*. 2009; 16(5): 561-573.
- 19- Murray JS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2010; 15(3): Manuscript 2.
- 20- Sadeghi M, Ebrahimi H, Aghayan S. Evaluation of the Moral Distress and Related Factors in Clinical Nurses of Shahroud City. *Psychiatric Nursing*. 2015; 3(11): 21-28. [in Persian]

Relationship Moral Courage to Moral Distress in Nurses the Intensive Care Unit

Mohammad Aminizadeh^{*1}, Mansoor Arab², Roghieh Mehdipour³

¹ MSc in Nursing, Medical Accident and Emergency Management Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

² Mentor, Department of Special Care Nursing, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Internal and Surgical Nursing, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

Nurses in the intensive care unit face a variety of ethical issues that can lead to moral distress. Nurses need moral courage for correct moral performance in a state of moral distress. The aim of this study was to investigate the relationship between moral courage and moral distress in nurses. The descriptive-analytic study of correlation type which aimed to investigate the relationship between moral courage and moral distress in nurses. A total of 310 nurses from special units of educational hospitals in Kerman were selected by census method. The tools Sekerka's moral courage and Corley's moral distress were used to collect data. Data were analyzed by descriptive and analytical tests of SPSS version 24. Mean score of moral courage of nurses was 42.71 ± 9.67 . Moral courage was the highest in moral agent. The mean of moral distress was 56.03 ± 18.21 and the most moral distress was in the dimension of errors. There was a significant and negative relationship between moral courage and moral distress ($R = -0.166$; $p = 0.003$). Moral courage was different in position, type of department, and marital status. Moral distress differed only from type of department. The results of study indicated a significant and negative relationship between moral courage and moral distress. Strengthening the moral courage of nurses plays an important role in controlling and reducing moral distress. Therefore, nurses can reduce their moral distress by reinforcing moral courage and, instead, increasing the quality of care for patients.

Keywords: Nurses of intensive care unit, Moral distress, Moral courage

* Corresponding Author: Email: ma51526162@gmail.com