

تأثیر دیسترس اخلاقی بر تمایل پرستاران به ترک خدمت در بیمارستان‌های آموزشی بیرجند

عباس عباس زاده^۱، نوذر نخعی^۲، فریبا برهانی^۳، مصطفی روشن زاده^{۴*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

یکی از موضوعات شایع در حرفه‌ی پرستاری دیسترس اخلاقی است که روز به روز بیش‌تر مورد توجه پژوهشگران این حرفه قرار می‌گیرد. دیسترس اخلاقی پدیده‌ای است که می‌تواند تأثیرات زیادی را بر پرستاران، بیماران و سیستم‌های بهداشتی داشته باشد. یکی از اثرات مهم و قابل توجه آن تأثیر بر تمایل پرستاران برای باقی ماندن در حرفه‌شان است. لذا مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی حاضر با هدف تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی با تمایل به باقی ماندن در حرفه در پرستاران انجام گرفته است. واحدهای پژوهش پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند بودند که به روش سرشماری و مطابق با معیارهای ورود انتخاب شدند. اطلاعات مورد نظر توسط پرسشنامه‌ی ۲۲ سؤالی که شامل اطلاعات دموگرافیک، دیسترس اخلاقی Corley و تمایل به باقی ماندن در حرفه Need جمع‌آوری شد. روایی و پایایی این پرسشنامه پس از ترجمه از زبان انگلیسی توسط محقق مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج به دست آمده حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی و تمایل به باقی ماندن در حرفه در پرستاران مورد بررسی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$). میزان دیسترس اخلاقی نیز در پرستاران در حد متوسط گزارش شد ($mean=2/25$ ، $SD=0/6$). با توجه به سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران و پیشگیری از پیامدهای احتمالی آن باید استراتژی‌ها و راهکارهایی به منظور آشنایی پرستاران با دیسترس اخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن در نظر گرفته شود تا بتوان در جهت کاهش هر چه بیش‌تر این پدیده‌ی اخلاقی مؤثرتر عمل کرد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، ترک حرفه، تمایل به ادامه‌ی خدمت، پرستاران

^۱ دانشیار، مرکز مطالعات فیزیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۲ استاد، گروه پزشکی اجتماعی و مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۳ استادیار، گروه اخلاق پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۴ پژوهشگر، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، نرسیده به توانیر، کوچه شمس، پلاک ۸، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق

پزشکی طبقه دوم، تلفن: ۸۸۷۷۳۵۲۱، Email: mroshanzadeh62@gmail.com

مقدمه

پرستاری حرفه‌ای است که همواره بنا بر ماهیت خود با مسائل اخلاقی شایعی روبه‌رو بوده است. یکی از این موضوعات اخلاقی دیسترس اخلاقی است که امروزه بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۱). از زمانی که Jameton برای اولین بار این مفهوم را بیان کرد، تاکنون، تعاریف متفاوتی از آن بیان شده است. تمامی این تعاریف روی این نکته تأکید دارند که افرادی که دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند در شرایط متضادی با اعتقادات و قضاوت‌های اخلاقی درونی خود قرار گرفته و به دلیل شرایط موجود مجبور به تن در دادن به این وضعیت‌ها هستند (۲). به‌طور کلی، می‌توان دیسترس اخلاقی را درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی دانست که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیش رو از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود (۳). فشارهای تحمیل‌شده به کارکنان از طرف سازمان، کمبود امکانات و نیروی انسانی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، مجبور بودن به اجرای دستورات، اقدامات بیهوده و غیر ضروری اعضای تیم بهداشتی و مراقبت‌های پایان زندگی می‌توانند در بروز دیسترس مؤثر باشند (۴).

دیسترس اخلاقی پدیده‌ای شایع در بین پرستاران به حساب می‌آید. در تحقیقی که توسط Elpern صورت گرفت پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را نشان دادند (۵). همچنین، ۸۰ درصد از پرستاران مورد بررسی در تحقیق Selig و Corley از سطح بالای دیسترس اخلاقی برخوردار بودند (۶). دیسترس اخلاقی می‌تواند تبعات متفاوتی را در پرستاران، بیماران و هم‌چنین، سازمان‌های بهداشتی داشته باشد (۷). روبه‌رو شدن با شرایط دیسترس‌زا پرستاران را با احساس محرومیت، غمگینی و تضاد روبه‌رو کرده و می‌تواند حالات افسردگی، بی‌فایده‌گی و

رنجوری را در آن‌ها ایجاد کند (۸). تداوم این شرایط باعث اتمام ذخایر مقاومتی آن‌ها شده و نارضایتی از محیط کار پدیدار می‌شود. پرستارانی که علیرغم شرایط نامناسب و بدون حمایت به کار خود ادامه می‌دهند، استرس و فرسودگی بالایی را در کنار نارضایتی تجربه می‌کنند (۹). به‌دنبال شرایط موجود، افزایش غیبت و تمایل برای ترک شغل در آن‌ها نمایان می‌شود. این در حالی است که اگر این شرایط ادامه یابد به‌زودی فرد شغلش را ترک خواهد کرد (۱۰).

دیسترس اخلاقی علاوه بر تأثیر بر کارکنان، روی بیماران نیز تأثیر به‌سزایی دارد. دیسترس اخلاقی در پرستاران باعث احساس ناتوانی و عدم کفایت در تغییر دادن شرایط کار در حیطه‌ی مراقبت از بیماران می‌شود (۱۱). منطبق اطاعت بی چون و چرا از دستورات پزشک و ملزم بودن فرد به حفظ ثبات محیط کار، باعث می‌شود که فرد خود را در چالشی بین وجدان کاری ناشی از متعهد بودن به بیمار و اجرای فرامین به‌عنوان عضوی از سازمان مربوطه قرار دهد. در چنین شرایطی اگر فرد شجاعت کافی برای انجام عمل صحیح اخلاقی را نداشته باشد مجبور به تن در دادن به شرایط تحمیل شده است (۱۰). این شرایط تبعاتی برای بیماران به‌دنبال دارد و محیط درمانی را ناامن می‌کند. پرسنل در این شرایط با این‌که نیاز بیماران را می‌دانند اما قادر به برآورده کردن آن نیستند. پرستاران ممکن است مراقبت با کیفیت پایین ارائه داده یا حتی در موارد شدید از نزدیک شدن به بیمار و انجام مراقبت اجتناب کنند. متأسفانه، نتیجه‌ی این عمل بی‌کفایتی مراقبت ارائه‌شده و در نهایت بی‌تفاوتی یا ترک حرفه است (۱۱). تبعات دیسترس اخلاقی سازمان‌ها را نیز متأثر می‌کند. کیفیت پایین مراقبت مدت زمان بستری بیماران را در محیط‌های درمانی افزایش داده و سازمان‌ها را با افزایش شکایت‌ها و نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت مواجهه می‌سازد. این خود می‌تواند حتی سازمان‌ها را با معضلات مالی

افزایشی روبه‌رو بوده و در موقعیت‌های مختلف به بیش از ۲۹ درصد افزایش می‌یابد (۱۷). روند ترک حرفه نیز خود تحت تأثیر عواملی هم‌چون استراتژی‌های مدیریتی، کمبود نیرو، حقوق و مزایا و استرس و عوامل دیسترس‌زا افزایش می‌یابد (۱۹). این عوامل همگی در یک چرخه‌ی معیوب می‌تواند خود با افزایش روند ترک پرسنل و در نتیجه افزایش فشارکاری در محیط و افزایش دیسترس و استرس، زمینه‌ساز شرایط ترک پرستاران باشد. مطالعات نشان دهنده‌ی آن است که محیط کاری و شرایط آن نقش مهمی در فرایند ترک بر عهده داشته و هم‌چنین، ترک حرفه‌ی پرستاری در پرستاران در بخش‌های داخلی - جراحی، ویژه و اورژانس بیش‌تر بوده است (۲۰). کمبود پرستار به‌دنبال ترک حرفه خود بر کیفیت مراقبت ارائه‌شده تأثیر به‌سزایی دارد. کمبود نیروی انسانی به‌واسطه‌ی شرایط سخت کاری موجود و دیسترس و فرسودگی ناشی از آن سبب می‌شود که در ارائه‌ی خدمات به مددجو کیفیت مراقبت فدای کمیت شود (۱۱). پدیده‌ی کمبود پرستار می‌تواند بر ارائه‌ی خدمات توسط بیمارستان‌ها نیز تأثیر منفی داشته باشد؛ تأثیرات منفی‌ای هم‌چون افزایش زمان انتظار برای دریافت مراقبت و افزایش شکایات ... (۱۲). استراتژی‌های متعددی برای پیشگیری از روند ترک حرفه پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان به ایجاد یک محیط مثبت کاری، شناسایی نیاز کارکنان برای برنامه‌ریزی انعطاف‌پذیر و تعادل کار با زندگی شخصی افراد اشاره کرد (۱۸). کارکنان باتجربه نیز در حفظ پرستاران در محیط کاری نقش به‌سزایی دارند. داشتن تجربه‌ی کاری و دانش و مهارت مدیریت مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌تواند بحران استرس را در کارکنان تازه‌کار کاهش دهد (۲۱).

پژوهش‌های انجام‌شده در این زمینه، اهمیت دیسترس را بیش‌تر آشکار می‌کند. Corley و همکارانش ضمن تأکید بر اهمیت دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی محیط کار را در بروز آن مؤثر دانسته و بیان کردند که پرستاران تحت شرایط دیسترس حرفه‌ی خود را ترک می‌کنند (۱۱). هم‌چنین،

فراوانی مواجهه و وجهه‌ی آن‌ها را نیز متزلزل کند. از طرفی، طیف پیوسته‌ی ناراضایتی پرسنل، استرس و فرسودگی ناشی از این شرایط تمایل به ترک حرفه را در آن‌ها تقویت می‌کند و سبب می‌شود افراد این فکر را به عمل تبدیل کنند (۱۲).

امروزه، ترک حرفه به‌عنوان یکی از چالش‌های مطرح‌شده در تمامی سازمان‌ها بدون در نظر گرفتن نوع سازمان یا موقعیت جغرافیایی به‌حساب می‌آید (۱۳). نگرانی کارمندان می‌تواند به‌عنوان یک عامل مهم در حمایت از سازمان در برابر چالش‌ها باشد. در حقیقت، می‌توان اهمیت این موضوع را با این نکته یادآور شد که موفقیت یا شکست سازمان تا حد زیادی به توانایی آن‌ها در حفظ کارکنان خود جهت انجام فعالیت و وظایف‌شان بستگی دارد. کارمندان نه تنها باعث زنده ماندن و بقای سازمان می‌شوند بلکه نقش مهمی در ارتقای آن دارند (۱۴). سازمان‌هایی که به مفهوم حفظ کارمندان خود بی‌اهمیت هستند، به‌زودی با چالش کمبود نیروی انسانی و پیچیدگی‌های خاص جذب نیرو مواجه خواهند شد (۱۵). تفکرات متفاوتی در زمینه‌ی حفظ کارکنان در محیط کارشان وجود داد. برخی انگیزه‌های مالی را به‌عنوان عاملی می‌دانند که شانس ماندن در سازمان را افزایش می‌دهد. اما این ایده، امروزه، چندان معتبر نیست. پژوهش‌ها نشان می‌دهد حفظ کارکنان با پرداخت‌های مالی در دراز مدت موفق نخواهد بود (۱۶). آن‌ها برنامه‌ریزی جهت ارتقای محیط کاری را به‌صورتی که خود کارکنان ماندن در حرفه را انتخاب کنند در حفظ پرسنل مؤثرتر می‌دانند. خروج پرستاران از حرفه‌ی پرستاری می‌تواند سبب کمبود نیرو و به تبع آن افزایش متوسط سن پرستاران باقی‌مانده در حرفه شود (۱۷). به‌طوری که طبق آمار بیش از ۴۰ درصد از نیروی کاری رسمی در بیمارستان‌های آمریکا بالای ۵۰ سال سن دارند (۱۸). این نیروها در طی مدت کوتاهی بازنشسته می‌شوند و با خروج خود به بحران کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بهداشتی دامن می‌زنند. پژوهش‌ها در آمریکا نشان می‌دهد که روند ترک حرفه و کمبود پرسنل تا سال ۲۰۱۰ با بروز

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیط‌های ویژه بوده و پرستاران در مواجهه با آن احساس دیسترس اخلاقی و عدم رضایت شغلی دارند و این شرایط عاملی برای ترک حرفه است (۵). Cummings نیز در پژوهش خود سطوح بالای دیسترس اخلاقی و استرس شغلی را روی باقی‌ماندن پرستاران در حرفه‌شان مؤثر دانسته و عواملی هم‌چون کمبود نیروی انسانی و فقدان آگاهی در مدیران را جزء علل مؤثر دیسترس اخلاقی معرفی کرده است (۲۰). مطالعات انجام‌شده در ایران نیز شیوع این پدیده در پرستاران را در حد متوسط و بالا گزارش کرده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند (۲۳ - ۲۱).

هر چند که دیسترس اخلاقی با توجه به شرایط مختلف محیط کار و ویژگی‌های شخصیتی افراد می‌تواند متفاوت باشد، تأثیرات آن در طولانی‌مدت می‌تواند عواقب یکسانی هم‌چون ترک حرفه را به دنبال داشته باشد. یکی از این شرایط نیازهای اقتصادی و اجتماعی افراد است که می‌تواند در تصمیم‌گیری برای ترک حرفه مؤثر بوده و چه بسا سبب می‌شود که افراد علیرغم داشتن تمایل برای ترک حرفه هیچ‌گاه آن را به عمل تبدیل نکنند. این شرایط در کشورهای مختلف از جمله ایران متفاوت بوده و با توجه به این‌که در ایران نیز کم‌تر به موضوع دیسترس اخلاقی و تأثیر آن روی باقی‌ماندن در حرفه پرداخته شده است، این مقاله ضمن بررسی شدت و تکرار دیسترس اخلاقی به بررسی ارتباط آن با تمایل پرستاران برای ادامه‌ی خدمت در حرفه خواهد پرداخت.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی - تحلیلی است که به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل پرستاران برای ادامه‌ی خدمت در حرفه‌ی پرستاری پرداخته است. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۲۲۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند بودند. پرستاران مورد مطالعه به‌صورت سرشماری و از دو بیمارستان امام رضا

و ولیعصر شهر بیرجند انتخاب شدند. تعداد واحدهای انتخابی از بیمارستان‌های امام رضا ۱۰۰ نفر و از مرکز ولیعصر ۱۲۰ نفر بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و داشتن یک‌سال سابقه‌ی کار در بخش‌های بالینی در بیمارستان‌ها بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ی سه قسمتی است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم شامل ۲۱ پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی Corley است. این پرسشنامه از ۲۱ سؤال تشکیل شده و شامل موقعیت‌هایی است که فرد شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را با قرارگیری در آن موقعیت‌ها نشان می‌دهد. گزینه‌های آن در مورد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (۵) و در مورد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (۵) مرتب شده است (۲۴). بخش سوم شامل پرسشنامه‌ی تمایل پرستاران برای باقی‌ماندن در حرفه‌ی پرستاری است که توسط Need طراحی شده و شامل یک سؤال چهارگزینه‌ای است که تمایل افراد را برای باقی‌ماندن در حرفه‌شان در آینده می‌سنجد (۲۵). این پرسشنامه به روش ترجمه‌ی دوطرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و روایی و پایایی نسخه‌ی نهایی با اصل پرسشنامه مورد تطابق قرار گرفت که روایی و پایایی به‌دست آمده توسط محقق میزان بالاتری نسبت به نسخه‌ی اصلی را داشته است. روایی آن با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از اساتید متخصص در امر اخلاق در کشور از نظر معیارهای وضوح، سادگی و مربوط بودن صورت گرفته و شاخص روایی محتوا (CVI) به‌صورت ۸۸ درصد محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفا کرونباخ) ۹۳ درصد محاسبه شد. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه‌ی پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای شرکت یا

نمره‌ی شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران ($SD=۰/۶$)، میانگین تکرار $(mean=۲/۲۵)$ از دامنه‌ی ۰-۵ بوده است. میانگین تکرار دیسترس اخلاقی نیز ($mean=۲/۱۱$ ، $SD=۰/۵۶$) از دامنه‌ی ۰-۵ گزارش شده است.

جدول شماره‌ی ۱ - توزیع فراوانی پرستاران بر اساس بخش

محل خدمت

| بخش محل خدمت | تعداد | درصد |
|--------------|-------|------|
| جراحی | ۶۵ | ۲۹/۵ |
| مراقبت ویژه | ۸۱ | ۳۶/۸ |
| داخلی | ۳۳ | ۱۵ |
| اورژانس | ۲۰ | ۹/۱ |
| زنان | ۶ | ۲/۷ |
| کودکان | ۷ | ۳/۲ |
| روانپزشکی | ۸ | ۳/۶ |
| کل | ۲۲۰ | ۱۰۰ |

واحدهای پژوهش از نظر تمایل به باقی ماندن در حرفه‌ی پرستاری در ۴ گروه جای گرفتند. بیش‌ترین فراوانی در تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه‌ی پرستاری مربوط به افرادی بوده است که تمایل داشتند تا حد امکان در این حرفه بمانند. افرادی که می‌خواستند هر چه سریع‌تر حرفه‌ی خود را ترک کنند، کم‌ترین فراوانی را به خود اختصاص دادند. جدول شماره‌ی ۲ فراوانی تمایل پرستاران به ادامه‌ی خدمت در حرفه را نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۲ - توزیع فراوانی پرستاران بر اساس تمایل

به ادامه‌ی خدمت در حرفه

| تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه | تعداد | درصد |
|--|-------|-------|
| برنامه دارم هر چه زودتر از این سازمان بروم | ۲۷ | ۱۲/۲۷ |
| ممکن است در طی سال آینده از این سازمان بروم | ۵۹ | ۲۶/۸۱ |
| تحت هیچ شرایطی داوطلبانه از این سازمان نمی‌روم | ۵۰ | ۲۲/۲۲ |
| برنامه دارم تا حد امکان در این سازمان بمانم | ۷۱ | ۳۲/۷ |
| بدون پاسخ | ۱۳ | ۵/۹ |
| کل | ۲۲۰ | ۱۰۰ |

کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. پرسشنامه‌ها پس از یک‌هفته و با مراجعه به بخش‌های مربوطه جمع‌آوری شد. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بخش‌ها دو هفته بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شده و برای بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل به باقی ماندن در حرفه‌ی پرستاری از آزمون آنالیز واریانس استفاده شد. برای بیان دیسترس اخلاقی نیز از میانگین و انحراف معیار استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۲۰ پرستار از دو بیمارستان آموزشی امام رضا (۱۰۰) و ولیعصر (۱۲۰) شهر بیرجند شرکت داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳۱/۱۲ سال بوده است و دامنه‌ی سنی این افراد نیز ۲۳-۴۷ سال گزارش شد. از نظر جنسی ۱۲/۷ درصد از پرستاران را مردان و ۸۵/۹ درصد از آن‌ها را زنان به خود اختصاص می‌دادند. از نظر تعداد سال‌های خدمت، کم‌ترین تعداد سال خدمت در پرستاران ۱ سال و بیش‌ترین سال خدمت ۲۴ سال بوده است. واحدهای مورد پژوهش از نظر نوع استخدام در ۳ طبقه جای گرفتند. بیش‌ترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران رسمی (۴۷/۷) و کم‌ترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران طرحی (۱۳/۲) بود. فراوانی نسبی پرستاران قراردادی نیز (۳۹/۱) بوده است. بر اساس بخش محل خدمت، واحدهای پژوهش در ۷ گروه قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

لازم به ذکر است که بخش‌های مراقبت ویژه شامل: CCU، ICU و NICU بوده است. در بخش‌های جراحی نیز ارتوپدی، ارولوژی، جراحی اعصاب، گوش و حلق و بینی و جراحی عمومی و در بخش‌های داخلی، داخلی اعصاب، ریه، روماتولوژی، عفونی و گوارش جای دارند. میانگین

جدول شماره ۳ میانگین دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار را بر اساس تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه در پرستاران نشان می‌دهد. نتایج حاکی از آن بوده است که میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بر اساس تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه تفاوت معناداری نداشته است.

جدول شماره ۳ - مقایسه میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بر حسب تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه‌ی پرستاری

| تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه | شدت دیسترس اخلاقی (mean ±SD) | تکرار دیسترس اخلاقی (mean ± SD) |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| برنامه دارم هر چه زودتر از این سازمان بروم | (2/16 ± 0/57) | (2/2 ± 0/53) |
| ممکن است در طی سال آینده از این سازمان بروم | (2/2 ± 0/57) | (2/13 ± 0/56) |
| تحت هیچ شرایطی داوطلبانه از این سازمان نمی‌روم | (0/32 ± 0/65) | (2/04 ± 0/56) |
| برنامه دارم تا حد امکان در این سازمان بمانم | (0/24 ± 0/63) | (2/11 ± 0/6) |
| | P=0/73 | P=0/69 |

بحث

طرفی، از آنجا که در ایران با کمبود شغل در ازای افزایش تقاضا روبه‌رو هستیم این امکان وجود دارد افراد در صورت ترک حرفه نتوانند شغل مناسب خود را پیدا کنند. همچنین، خروج از شغل می‌تواند افراد را با مشکلات فراوانی روبه‌رو کند. یکی از این مشکلات مسائل مالی است که به دنبال ترک حرفه و عدم یافتن شغل مناسب می‌تواند گریبانگیر افراد شود. نکته‌ی شایان ذکر دیگر این است که شاید داشتن همسر و فرزند نیز بر تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیر گذار بوده زیرا نه تنها خود بلکه سایر افراد خانواده را با موقعیتی نامشخص مواجه می‌کند. شاید تمامی این شرایط و موانع سبب شود که انگیزه و تمایل پرستاران برای ترک حرفه تحت تأثیر قرار گرفته و آن‌ها ترجیح دهند در محیط‌های کاری خود با تمامی دیسترس اخلاقی موجود باقی بمانند. توجه به این نکته ضروری است که بسیاری از پرستاران قبل از ورود به حرفه با شرایط کاری و مشکلات این حرفه تقریباً آشنا بوده‌اند و شاید بتوان گفت بیش‌تر افرادی که وارد این حرفه می‌شوند نسبتاً به این حرفه تمایل داشته‌اند و در نتیجه عواملی همانند دیسترس اخلاقی یا استرس حرفه‌ای تأثیر نامطلوبی را بر عدم رضایت آن‌ها نداشته باشد و این خود سبب می‌شود که افراد تحت هر شرایطی در حرفه‌ی خود باقی بمانند.

هدف کلی این مطالعه تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل پرستاران برای ادامه‌ی خدمت در حرفه‌ی پرستاری بوده است. نتایج حاکی از آن است که میانگین دیسترس اخلاقی بر حسب تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه در پرستاران معنی‌دار نبوده است. Norman در طی مطالعه‌ی خود دیسترس اخلاقی را در پرستاران در حد بالا گزارش کرده و ارتباط بین دیسترس اخلاقی و ترک حرفه را مثبت گزارش می‌کند (۱۸). Cummings نیز در مطالعه‌اش ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک حرفه را مثبت گزارش کرده است (۲۰). نتایج به‌دست آمده در مطالعه‌ی حاضر بر خلاف مطالعه‌ی مذکور می‌تواند علل متفاوتی داشته باشد. یکی از این عوامل این است که ترک حرفه در ایران با چندین مانع روبه‌رو است. شرایط خاص سازمانی در ایران امکان ترک راحت پرسنل را به آن‌ها نداده و آن‌ها نمی‌توانند بلافاصله تمایل خود را در زمینه‌ی ترک حرفه عملی کنند و لذا گاهی این پیچیدگی مراحل و سختی روندهای اداری و قانونی آن تمایل ترک حرفه را در آن‌ها سرکوب می‌کند. این خود می‌تواند ناشی از روند دشوار استخدام نیروها و صرف هزینه‌ی فراوان در روند استخدام و آموزش این افراد باشد. از

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از این مطالعه حاکی از آن است که میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بر حسب تمایل به ادامه‌ی خدمت در حرفه‌ی پرستاری معنی‌دار نبوده است. بیش‌تر پرستاران نیز تمایل داشته‌اند در حرفه‌ی خود باقی بمانند. شاید بتوان این عدم ارتباط را ناشی از شرایط خاص اقتصادی، اداری و استخدامی و همچنین، بازار کار در ایران دانست که سبب شده است افراد تمایلی برای ترک حرفه‌ی خود نداشته باشند. شاید بتوان گفت که این عدم ارتباط هیچ‌گاه به معنای آن نیست که این افراد تمایلی برای ترک حرفه ندارند، بلکه آن‌ها تحت شرایط موجود این تمایل را به عمل تبدیل نمی‌کنند. دیسترس اخلاقی نیز در پرستاران از سطح متوسطی برخوردار بوده است.

با توجه به نتایج به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که علیرغم توجه به عدم ترک حرفه در پرستاران باید با طراحی راهکارهایی شرایط و زمینه‌های ایجادکننده‌ی دیسترس را کاهش داد تا حتی اگر سایر شرایط لازم برای ترک حرفه در پرستاران مهیا باشد، با حذف یا کاهش دیسترس اخلاقی، این چرخه شکسته شده و ترک پرستاران از حرفه صورت نگیرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به این نکته اشاره کرد که این مطالعه فقط در شهر بیرجند انجام شده و بهتر است در سایر نقاط کشور نیز صورت پذیرد. همچنین، در این مطالعه از روش نمونه‌گیری سرشماری استفاده شده است. موارد فوق می‌توانند بر عدم تعمیم‌پذیری نتایج مطالعه مؤثر باشند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از همه‌ی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند که در این مطالعه شرکت کردند کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که این مقاله حاصل یک پایانامه در مقطع کارشناسی ارشد است.

دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسطی گزارش شده است. برای بررسی دیسترس اخلاقی به‌طور کلی ۲۱ سؤال مطرح شده است. در پاسخگویی به سؤالات بیش‌ترین میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۱۲ «به احساسات و عواطف بیماران اهمیت می‌دهم» است. از نظر پرستاران مورد مطالعه، درگیری عاطفی با مسائل بیمار و خانواده وی به‌عنوان یک فاکتور دیسترس‌زای مهم شناخته شده است. کم‌ترین میانگین نمره‌ی دیسترس از نظر شدت و تکرار مربوط به سؤال ۴ «در محل کار با سوپروایزرها و یا مدیران کشمکش داشته‌ام» است. این سؤال به‌وقوع کشمکش با مدیران رده‌ی بالاتر در محیط کاری اشاره دارد. Rice نیز در مطالعه‌ی خود یکی از عوامل مؤثر در دیسترس اخلاقی را مسائل عاطفی بیمار و خانواده‌ی وی و همچنین، درگیری با سوپروایزرها و مدیران سازمان مطرح می‌کند (۲۶). شاید بتوان گفت که میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد بر می‌گردد. شاید افرادی که از نظر عاطفی حساس‌تر بوده و بیش‌تر تحت تأثیر شرایط بیماران قرار می‌گیرند دیسترس در آن‌ها با شدت بیش‌تر و تکرار بالاتری به‌وقوع می‌پیوندد. درگیری با مدیران نیز احتمالاً باعث ایجاد استرس در پرستاران شده و شاید ارزش پایین‌تری در ایجاد دیسترس اخلاقی داشته باشد. در مطالعه‌ای که توسط Elpern صورت گرفت شرکت‌کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند (۵). Janvier نیز در مطالعه‌اش میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران در سطح بالایی گزارش کرده است (۲۷). در مطالعه‌ی جولایی و همکاران نیز میزان تنش اخلاقی در حد تقریباً متوسطی گزارش شده است (۲۳). بیک‌مرادی و همکاران نیز سطح دیسترس اخلاقی را در پرستاران در حد متوسطی ارزیابی کرده است (۲۱). به‌طور کلی، در اکثر مطالعات میزان دیسترس اخلاقی در حد متوسط به بالا گزارش شده است.

منابع

- the 21st century. *Hum Res Plan* 2004; 27(3): 12-25.
- 15- Boomer, L.G., Build a firm foundation for retention and attraction. *Accounting Today*, http://www.accountingtoday.com/ato_issues/2006
- 16- Gering J, Conner J. A strategic approach to employee retention. *Health Financ Manage* 2002; 59(11): 40-4.
- 17- Andrews DR, Dziegielewska SF. The nurse manager: job satisfaction, the nursing shortage and retention. *J Nurs Manag* 2005; 13(4): 286-95.
- 18- Norman LD, Donelan K, Buerhaus PI, et al. The older nurse in the workplace: Does age matter? *Nurs Econ* 2005; 23(6): 282-9.
- 19- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthop Nurs* 2001; 20(2): 76-80.
- 20- Cummings CL. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. http://www.stti.iupui.edu/pp07/congress10/cummings_c.pdf (accessed in 2012).
- ۲۱- بیکمرادی ع، ربیعی س، خطیبیان م، چراغی م. دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه پیمایشی در مراکز آموزشی درمانی شهر همدان. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۹۱؛ دوره ۵ (شماره ۲): ۶۳-۵۳.
- ۲۲- شاکرنیا ا. رابطه آشفستگی اخلاقی، سرسختی روانشناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر رشت. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۹؛ دوره ۴ (ویژه‌نامه): ۶۹-۵۶.
- ۲۳- جولایی س، جلیلی ح، رفیعی ف، حاجی بابایی ف، حقانی و. بررسی ارتباط بین درماندگی اخلاقی و رضایت شغلی در پرستاران. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی علوم پزشکی تهران (حیات)* ۱۳۹۱؛ دوره ۱۸ (شماره ۱): ۵۱-۴۲.
- 24- Simms L, Starr A. The Person in a Leadership Role. *The Professional Practice of Nursing Administration*. Albany, NY: Delmar Thomson: 2000, 80-82.
- 25- Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nurs Econ* 2006; 24(1): 13-8.
- 1- Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützén K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurs Ethics* 2004; 11(1): 63-76.
- 2- Jameton A. *Nursing Practice: The Ethical Issues*. Enlewood cliffs. NJ: Prentice - Hall; 1984.
- 3- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4): 439-48.
- 4- McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15(2): 254- 62.
- 5- 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.
- 6- Corley MC, Selig P. Prevalence of principle thinking by critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 1994; 13(2): 96-103.
- 7- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
- 8- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-51.
- 9- Redman BK, Hill MN. Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. *West J Nurs Res* 1997; 19(2): 243-60.
- 10- Lassen AA, Fosbinder DM, Minton S, Robins MM. Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. *Nurs Econ* 1997; 15(2): 87-91.
- 11- Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 2005; 12(4): p. 381-390.
- 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- Arnold E. Managing human resources to improve employee retention. *Health Care Manag (Frederick)* 2005; 24(2): 132-40.
- 14- Frank FD, Finnegan RP, Taylor CR. The race for talent: retaining and engaging workers in

27- Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. J Perinatol 2007; 27(4): 203-8.

26- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergrast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag 2008; 16(3): 360-73.

The relationship between moral distress and retention in nurses of Birjand teaching hospitals

Abbas Abbaszadeh¹, Nozar Nakhaei^{*2}, Fariba Borhani³, Mostafa Roshanzadeh⁴

¹ Associate Professor, Kerman Physiology Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

² Professor, Kerman Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

³ Assistant Professor, Department of Nursing Ethics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

⁴ MS, Researcher, Department of Nursing Ethics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

Moral distress is one of the common issues in nursing that has been receiving a lot of attention in research related to this profession. Moral distress is a phenomenon that can impact nurses, patients and health systems greatly. One significant impact of moral distress on nurses is its role on their desire to continue to work in their profession, and the present cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted in order to determine this impact. Study samples were nurses in Birjand teaching hospitals who were selected through polls and according to entrance criteria. A 22-item questionnaire was developed by combining demographic information, Corley's moral distress scale and the nurses' desire to stay in the profession. The questionnaire was translated from English by the researcher and its validity and reliability were assessed.

The results indicated that there is no significant relationship between moral distress and the desire to stay in the nursing profession ($P>0/05$). Moreover, levels of moral distress in the nurses in this study were moderate 2.25 ± 0.6 (mean \pm SD) Given the level of moral distress in nurses and its possible consequences, strategies and solutions should be devised to familiarize nurses with moral distress and its underlying factors in order to reduce the undesirable outcomes of this phenomenon more effectively.

Keywords: moral distress, retention, nurses

*Email: mroshanzadeh62@gmail.com