

ارتباط دیسترس اخلاقی درک شده و جو اخلاقی در پرستاران

دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

الهام فضل جو^{۱*}، فریبا برهانی^۲، عباس عباسزاده^۳، فریده رزبان^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

در دنیای امروز با توجه به پیشرفت روز به روز علم، پیچیدگی بیماری‌ها و افزایش طول عمر، شاهد تجربه‌ی دیسترس اخلاقی در پرستاران هستیم. یکی از عواملی که احتمال می‌رود در ایجاد دیسترس اخلاقی درک شده نقش داشته باشد جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌ها است. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی درک پرستاران از دیسترس اخلاقی درک شده و ارتباط آن با جو اخلاقی در بیمارستان‌های شهر یزد انجام شد. در این مطالعه‌ی توصیفی، همبستگی با بهره‌گیری از پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی درک شده (MDS) و پرسشنامه‌ی جو اخلاقی بیمارستان (HECS)، در ۳۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد شامل بیمارستان شهید صدوقی، بیمارستان شهید رهنمون، بیمارستان شهید افشار و بیمارستان سوانح سوختگی، مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آمار توصیفی و تحلیلی انجام شد. در این مطالعه میانگین شدت دیسترس اخلاقی درک شده در میان پرستاران $3/41 \pm 1/28$ و میانگین درک آنان از جو اخلاقی $3/22 \pm 0/78$ بوده است. نتایج نشان داد که بین دیسترس اخلاقی درک شده در پرستاران و درک آنان از جو اخلاقی رابطه‌ی منفی معنی‌داری وجود داشته است ($P=0/00$). لذا با اجرای منشورهای اخلاقی و تدوین برنامه‌هایی به منظور ارتقاء جو اخلاقی ممکن است بتوان شدت دیسترس اخلاقی درک شده در پرستاران را کاهش داد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی، پرستاران

^۱ پژوهشگر، گروه اخلاق پرستاری و مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۲ استادیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

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

^۴ عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان

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

پزشکی، طبقه‌ی دوم، تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۷۳۵۲، Email: Efazljoo@gmail.com

مقدمه

پرستاران یکی از بزرگترین گروه‌های ارائه دهنده‌ی خدمات در سیستم سلامت هستند که به‌صورت مستمر و پایدار مشغول به خدمت می‌باشند (۱)؛ به‌صورتی که استمرار فعالیت پرستاران آنان را بیش از دیگر گروه‌های خانوادگی سلامت با معضلات اخلاقی محیط کار مواجه می‌کند. از طرفی محل کار پرستاری در سیستم سلامت یک محل اجتماعی است و پرستاران بالاجبار در ارتباط نزدیک و مستقیم با بیماران در یک دوره‌ی زمانی طولانی هستند (۲). هنگامی که سیستم سلامت یا هر یک از اعضای سیستم به‌طور ناکافی و ناکارآمد بیماران را درمان می‌کنند پرستار بالاجبار در بالین بیمار شاهد این ناکارآمدی می‌باشد (۳). این موضوع موجب می‌شود که پرستاران در طی کار روزانه‌ی خود در معرض دیسترس اخلاقی درک‌شده قرار گیرند.

عوامل متعددی در ایجاد دیسترس در محیط‌های ارائه‌ی خدمات سلامت شناخته شده است. در این میان بیش‌ترین تمرکز بر عوامل مدیریتی و حرفه‌ای بوده است و کم‌تر به نقش عوامل روحی، اخلاقی و جو اخلاقی محیط کار پرداخته شده است. این در حالی است که یافته‌های برخی از مطالعات حاکی از اهمیت نقش این مسائل به‌عنوان عامل ایجاد کننده‌ی دیسترس برای پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی بوده است (۴). توسعه‌ی یک محیط حمایتی با جو اخلاقی در مؤسسات درمانی ممکن است به پرستاران کمک کند تا دیسترس اخلاقی درک‌شده و دیگر موضوعات ایجاد کننده نارضایتی شغلی را کنترل کنند (۵).

سطح شدید دیسترس سبب شده است تا امروزه پدیده‌ی فرسودگی پرستاران و ترک شغل ناشی از آن به‌عنوان یکی از معضلات جامعه‌ی پرستاری و سیستم ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی در بسیاری از کشورها محسوب شود (۴). از سویی

دیگر، هرگونه کاهش در تعداد پرستاران یا عملکرد آنان، کیفیت مراقبت از بیماران را تحت تأثیر قرار داده و در نهایت خدمات سایر متخصصان گروه پزشکی و پیامد بیماران را نیز متأثر می‌سازد (۶).

Ulrich و همکاران در مطالعه‌ی خود که در میان پرستاران شاغل در چهار ایالت از ایالات متحده آمریکا به انجام رسانده بودند، بیان کردند که درک پرستاران از جو اخلاقی از حد متوسط بالاتر بوده است و جو اخلاقی با استرس اخلاقی و رضایت شغلی در ارتباط است. همچنین، وی اظهار کرده است که نتایج مطالعه‌اش با نتایج مطالعه‌ی Hart در میسوری آمریکا در سال ۲۰۰۴ یکسان می‌باشد (۷).

نتایج تحقیقی بر ۱۰۶ پرستار شاغل در بخش‌های جراحی دو بیمارستان در ایالات متحده آمریکا، مشخص نمود که تکرار دیسترس اخلاقی درک‌شده با شدت آن و جو اخلاقی ضعیف ارتباط مثبتی دارد (۸). در مطالعه‌ی دیگری که توسط Fry و همکاران در میان پرستاران شاغل در ارتش به انجام رسید، دیده شد که هر چه جو اخلاقی بیمارستان از سطح پایین‌تری برخوردار باشد دیسترس اخلاقی درک‌شده و عوارض آن بالاتر است (۹).

بررسی دیگری عنوان نموده است که از روابط موجود در بین متغیرهای عمده می‌توان نتیجه گرفت که وجود جوی اخلاقی در بیمارستان، اثر میزان دیسترس اخلاقی درک‌شده بر روی مسأله ترک کار را تعدیل خواهد کرد. در صورتی که درک از جو اخلاقی بسیار مثبت باشد، افراد حتی با مقادیر بالای دیسترس اخلاقی تمایل کم‌تری به ترک کار دارند. در مقابل، افرادی که حسی منفی نسبت به جو اخلاقی سازمان دارند، حتی با وجود دیسترس اخلاقی نه چندان بالا به ترک کار خود تمایل دارند (۱۰).

مطالعه‌ای در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی

تهران در میان ۲۱۰ نفر از پرستاران نشان داد که دیسترس اخلاقی با جو اخلاقی محیط کار پرستاران ارتباط معنی‌داری ندارد؛ اما عامل مدیران با فراوانی دیسترس و عامل بیماران با شدت دیسترس ارتباط معنی‌دار و معکوس داشته است (۱۱). درک بیش‌تر درباره‌ی عوامل ایجاد کننده‌ی دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا راهکارهایی برای پیشگیری و کاهش دیسترس ارائه کرده و اثرات مضر آن را کاهش دهند. به این ترتیب ضرورت انجام مطالعات بیش‌تر در مورد دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران و عوامل مرتبط با آن بیش از پیش احساس می‌شود (۴) و از آنجایی که در بررسی متون انجام گرفته کمبود مطالعات در این زمینه در کشورمان دیده شد لذا آگاهی یافتن از شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی تجربه شده در پرستاران ایران و ارتباط آن با جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های مربوطه حائز اهمیت می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی درک‌شده و جو اخلاقی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی می‌باشد که در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد شامل بیمارستان شهید صدوقی، بیمارستان شهید رهنمون، بیمارستان شهید افشار و مرکز سوانح سوختگی در نیمه‌ی اول سال ۱۳۹۱، به مدت ۶ ماه انجام شد. پرستارانی که دارای حداقل مدرک کارشناسی بودند و ۶ ماه یا بیش‌تر به صورت تمام وقت خدمت می‌کردند وارد مطالعه شدند و پرسشنامه‌هایی که به صورت ناقص تکمیل شده بودند از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۳۷۰ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

پس از اخذ معرفی‌نامه‌ی کتبی و اخذ مجوز از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد با حفظ

احترام و رعایت حقوق افراد، جلب اعتماد آن‌ها با تشریح اهداف و ماهیت پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و اطمینان، از شرکت اختیاری در پژوهش محرمانگی اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها صورت گرفت. هم‌چنین، بیان شد در صورت تمایل واحدهای پژوهش نتایج مطالعه به آدرس پستی یا پست الکترونیک آن‌ها ارسال می‌شود.

در این مطالعه با استفاده از سه پرسشنامه، جمع‌آوری اطلاعات مربوط به پژوهش صورت گرفت. به‌منظور گردآوری داده‌ها فرم مشخصات فردی شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، میزان تحصیلات، نوع استخدام، وضعیت تأهل، بخش و بیمارستان محل خدمت مورد استفاده قرار گرفت.

معیار دیسترس اخلاقی (MDS)^۱ اولین بار توسط Corley در سال ۱۹۹۵ بر پایه‌ی نظریه‌ی Jameton and Wilkinson ساخته شد (۱۲). در ابزار اولیه ۳۲ گویه وجود داشت. روایی آن با استفاده از CVI^۲ (شاخص اعتبار محتوا) ۱۰۰ درصد به‌دست آمد و پایایی آن با آزمون-پس آزمون و آلفا کرونباخ تأیید شد. در سال‌های بعدی گویه‌های دیگری به آن اضافه و پرسشنامه ۳۸ گویه‌ای به‌دست آمد. هر یک از گویه‌ها یک وضعیت تنش‌زا را توصیف کرده است و از شرکت کنندگان خواسته می‌شود تا شدت دیسترس را که با وقوع هر یک از حالت‌های پیش آمده تجربه می‌کنند تعیین کنند. این ابزار فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران را بر حسب مقیاس لیکرت ۷ بخشی نشان می‌دهد. برای مشخص کردن شدت دیسترس در مقابل هر گویه نمره‌ی ۰ تا ۶ قرار دارد که شرکت‌کننده بسته به دیسترس که در آن شرایط بر او وارد می‌شود یکی از نمرات را انتخاب می‌کند. حداقل نمره (۰) برای MDS که نشان دهنده‌ی حداقل دیسترس اخلاقی درک‌شده در آن وضعیت پیش آمده می‌باشد و حداکثر نمره (۲۲۸) است که بیش‌ترین دیسترس اخلاقی درک‌شده را در

¹ Moral Distreas Scale

² Content Validity Index

اعتبار یابی ابزار تحقیق

ابتدا پرسشنامه‌های مذکور توسط دو نفر از اعضای هیات علمی که علاوه بر داشتن تخصص در زمینه‌ی مورد مطالعه به زبان انگلیسی نیز تسلط داشتند ترجمه و مجدد از زبان فارسی به زبان انگلیسی برگردانده و پس از تطبیق بین دو ترجمه، پرسشنامه تکمیل شد. برای تعیین اعتبار علمی ابزارها از شاخص اعتبار محتوا (CVI) بهره گرفته و در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی قرار گرفت. میانگین روایی محتوا برای پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی درک شده ۰/۹۵ و برای پرسشنامه‌ی جو اخلاقی نیز ۰/۹۵ به دست آمد. برای تعیین پایایی ابزارها به روش تعیین ضریب آلفای کرونباخ اقدام شد؛ بدین ترتیب که پرسشنامه‌هایی که روایی آن‌ها قبلاً مورد تأیید قرار گرفته بود را به روش پایلوت در اختیار ۲۰ نفر از نمونه‌ی آماری پژوهش قرار داده و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی همبستگی درونی محاسبه شد که برای پرسشنامه دیسترس اخلاقی درک شده ۰/۹۷ و پرسشنامه‌ی جو اخلاقی ۰/۷۸ به دست آمد. برای نمونه‌گیری در این پژوهش از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای غیرتصادفی استفاده شد که با توجه به پراکندگی تعداد پرستاران در هر بیمارستان و نسبت پرستاران در هر بخش، پرسشنامه‌ها به صورت سهمیه‌ای توزیع گشت. قبل از جمع‌آوری داده‌ها به شرکت‌کنندگان در مورد مطالعه توضیحات لازم داده شد و با رعایت جنبه‌های اخلاقی مطالعه از آنان برای شرکت در مطالعه دعوت شد. سپس پرسشنامه‌ها با گرفتن رضایت شفاهی در اختیار پرستاران داوطلب قرار داده شد و محقق پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرستاران (تا دو روز به آنان فرصت داده شده بود) پرسشنامه‌ها را جمع‌آوری کرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آمارهای توصیفی (میانگین، درصد، انحراف معیار) انجام شد و برای تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی درک شده و درک از جو اخلاقی از ضریب همبستگی Pearson استفاده شد.

فرد نشان می‌دهد. همین طور برای سنجش تکرار دیسترس اخلاقی درک شده در مقابل هر گویه نمره دهی دیگری از ۰ تا ۶ داریم که از شرکت‌کننده درخواست می‌شود تا تعداد دفعاتی که با وضعیت توضیح داده شده در گویه در محیط کار مواجه شده است را نشان دهد.

برای سنجش جو اخلاقی بیمارستان، پرسشنامه HECS^۱ را در سال ۱۹۹۵ پیشنهاد کرد (۱۳). وی این ابزار را به صورت تطبیق با شرایط بیمارستان بر پایه‌ی پرسشنامه Colin و Victor طراحی نمود به طوری که بتوان با آن تأثیر محل کار و سازمان را بر روی توانایی پرستاران و مددکاران اجتماعی در حل مسائل اخلاقی سنجید. سپس روایی و پایایی آن را مورد آزمون قرار داد. روایی پرسشنامه توسط Olson با استفاده از شاخص روایی محتوا (CVI)^۲ سنجیده شد و ۸۷ درصد به دست آمد و پایایی آن با روش آلفا کرونباخ ۹۱ درصد به دست آمد (۱۳). این پرسشنامه شامل ۲۶ گویه در ۵ حیطه می‌باشد:

۱. سؤالات مربوط به همکاری (سؤالات ۱، ۱۰، ۱۸، ۲۳)
 ۲. سؤالات مربوط به بیماران (سؤالات ۲، ۶، ۱۱، ۱۹)
 ۳. سؤالات مربوط به مدیریت پرستاری (سؤالات ۳، ۷، ۱۲، ۱۵، ۲۰، ۲۴)
 ۴. سؤالات مربوط به بیمارستان (سؤالات ۴، ۸، ۱۳، ۱۶، ۲۱، ۲۵)
 ۵. سؤالات مربوط به پزشکان (سؤالات ۵، ۹، ۱۴، ۱۷، ۲۲، ۲۶).
- این پرسشنامه با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای که در آن پاسخ‌ها از (۱-۵) دسته بندی شده‌اند ارزیابی می‌شود. گزینه‌ها در گستره‌ی تقریباً هرگز (معادل یک) تا تقریباً همیشه (معادل پنج) گسترده شده به صورتی که هر چقدر نمره‌ی فرد بیش تر باشد نشان دهنده‌ی جو اخلاقی مثبت تری در محیط می‌باشد.

^۱ Hospital Ethical Climate Survey

^۲ Content Validity Index

میانگین نمره‌ی جو اخلاقی بر اساس درک پرستاران مورد بررسی $78/0 \pm 22/3$ از ۵ به‌دست آمد. پرستاران نسبت به حیطة‌ی مدیران مطلوب‌ترین دیدگاه ($98/0 \pm 56/3$) و نسبت به پزشکان نامطلوب‌ترین دیدگاه ($78/0 \pm 2/83$) را داشتند (جدول شماره‌ی ۱).

جدول شماره‌ی ۱ - میانگین نمره‌ی جو اخلاقی در پنج

حیطه براساس درک پرستاران				
حیطه	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار
همکاران	3/53	3/75	4/00	0/89
مدیران(پرستاری)	3/56	3/66	4/50	0/98
بیمارستان	3/11	3/00	3/00	0/85
بیماران	3/12	3/25	3/50	0/87
پزشکان	2/83	3/00	3/00	0/78

طبق نتایج این پژوهش بین دیسترس اخلاقی درک‌شده‌ی پرستاران و جو اخلاقی رابطه‌ی منفی معنی‌داری ($P=0.00$) به‌دست آمد (جدول شماره‌ی ۲). بین سن و دیسترس اخلاقی درک‌شده یک رابطه‌ی منفی ضعیف معنی‌دار وجود داشت ($P=0/04$). همان‌طور که در جدول شماره‌ی ۳ نمایش داده شده است، بین سطح تحصیلات پرستاران و دیسترس اخلاقی درک‌شده توسط آنان و جو اخلاقی ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت؛ بدین صورت که پرستارانی که مجرد بودند و دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند، دیسترس اخلاقی بیشتری را تجربه کرده بودند و نمره بالاتری از جو اخلاقی به دست آوردند.

جدول شماره‌ی ۲ - ارتباط میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی و جو اخلاقی در پرستاران

متغیر	حجم نمونه	ضریب همبستگی (r)	P value	آزمون آماری
دیسترس اخلاقی	370	-0/33	0/00	همبستگی پیرسون
جو اخلاقی				

هم‌چنین، برای مقایسه درک پرستاران از جو اخلاقی و دیسترس اخلاقی درک‌شده آن‌ها بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی از آزمون‌های Independent - Samples T Test، Chi - Square Test و آنالیز واریانس و در متغیرهای کیفی از آزمون Chi - Square Test استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه 370 پرستار شرکت کردند. محدوده‌ی سنی شرکت کنندگان بین 22 تا 52 سال، با میانگین 78/31 سال بود. از میان پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر 77 درصد مونث، 5/29 درصد مجرد، 6/48 درصد با وضعیت استخدامی رسمی بوده‌اند.

میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی درک‌شده $28/1 \pm 41/3$ از 6 و تکرار دیسترس اخلاقی درک‌شده $20/1 \pm 60/2$ از 6 به‌دست آمد. گویه‌ی «کار با پزشکانی که شایستگی لازم را برای برآورده کردن نیازهای مراقبتی بیمار ندارند» بیش‌ترین شدت دیسترس اخلاقی را در پرستاران مورد بررسی ایجاد کرده بود ($95/3 \pm 01/2$). گویه‌ی «پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با خودداری از گفتن وضعیت احیاء به خانواده و بیمار» کم‌ترین شدت دیسترس اخلاقی را برای پرستاران ایجاد کرده بود ($23/3 \pm 40/2$). نتایج نشان داد که بیش‌ترین تکرار دیسترس اخلاقی درک‌شده مربوط به گویه‌ی شروع عملیات احیا در حالی که من فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند ($18/3 \pm 97/1$) و کم‌ترین تکرار دیسترس اخلاقی درک‌شده مربوط به گویه‌ی پیروی از درخواست بیمار مبنی بر کمک به خودکشی زمانی که پیش‌آگهی بیمار ضعیف است ($74/1 \pm 51/2$) بوده است.

جدول شماره ۳ - مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی درک‌شده پرستاران و درک آنان از جو اخلاقی بر حسب خصوصیات فردی

آزمون آماری	جو اخلاقی		دیسترس اخلاقی		فراوانی	خصوصیات فردی
	Pvalue	میانگین	Pvalue	میانگین		
T-Test	۰/۰۵	۳/۲۸ ± ۰/۷۸	۰/۲۴	۳/۴۵ ± ۱/۳۰	۲۸۵	جنس زن
		۳/۰۱ ± ۰/۷۴		۳/۲۷ ± ۱/۲۳	۸۵	مرد
T-Test	۰/۰۰۱	۳/۴۳ ± ۰/۷۳	۰/۰۰۱	۳/۷۳ ± ۱/۲۰	۱۰۹	وضعیت تأهل مجرد
		۳/۱۳ ± ۰/۷۸		۳/۲۸ ± ۱/۲۱	۲۶۱	متأهل
T-Test	۰/۰۳	۳/۲۰ ± ۰/۷۸	۰/۰۰	۳/۳۱ ± ۱/۲۳	۳۴۷	سطح تحصیلات کارشناس
		۳/۵۵ ± ۰/۶۷		۴/۸۵ ± ۰/۵۶	۲۳	کارشناس ارشد
T-Test	۰/۳۲	۳/۲۷ ± ۰/۶۹	۰/۲۰	۳/۵۰ ± ۱/۱۷	۱۶۰	بخش ویژه
		۳/۱۹ ± ۰/۸۴		۳/۳۴ ± ۱/۳۶	۲۱۰	غیرویژه
ANOVA	۰/۰۰۸	۰/۷۵ ± ۳/۳۰	۰/۷۵	۳/۴۵ ± ۱/۳۵	۱۸۰	وضعیت استخدام رسمی
		۰/۸۳ ± ۳/۰۳		۳/۳۳ ± ۱/۲۵	۱۱۴	قراردادی
		± ۰/۷۳ ۳/۳۲		۳/۴۳ ± ۱/۱۷	۷۶	طرحی

بحث

درک‌شده در میان ۳۷۴ پرستار شاغل در بیمارستان با جو اخلاقی ارتباط معنی‌داری پیدا کرده بود به طوری که با افزایش جو اخلاقی مطلوب از میزان شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده کاسته شده بود (۱۴). مطالعه‌ی انجام شده توسط جولایی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی تهران نشان داد که دیسترس اخلاقی با جو اخلاقی ارتباط معنی‌داری ندارد (۱۱). بدین ترتیب درک بیشتر دربارۀ عوامل ایجادکننده‌ی شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده در پرستاران می‌تواند به مدیران پرستاری کمک کند تا راهکارهایی را برای پیشگیری و کاهش شدت دیسترس به کار بندند. در مطالعه‌ی حاضر میانگین نمره‌ی شدت دیسترس

در مطالعه‌ی حاضر شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده و جو اخلاقی ارتباط مستقیم منفی با همدیگر داشتند. دیسترس اخلاقی درک‌شده با سن، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات ارتباط داشت و جو اخلاقی با جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و وضعیت استخدام رابطه معنی‌داری داشت. در مطالعه‌ی Fry و همکاران دیده شده است که هر چه جو اخلاقی بیمارستان از سطح پایینی برخوردار باشد شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده و عوارض آن بالاتر است (۹). نتایج مطالعه‌ی Pauly و همکاران در کلمبیا با مطالعه‌ی ما همخوانی داشت؛ در آنجا نیز شدت دیسترس اخلاقی

حیطه‌ی مدیران و پایین‌ترین نمره‌ی مربوط به حیطه‌ی پزشکان بود. مطلوب بودن جو کاری بین پرستاران و مدیران نشان دهنده‌ی همکاری مناسب بین این دو گروه می‌باشد [منظور از مدیران در این مطالعه مدیران پرستاری (سرپرستار، سوپروایزر و مترون) است]. برای مشغول شدن در پست مدیریت پرستاری حتماً سابقه‌ی کار در بخش نیاز است؛ بنابراین، احتمال می‌رود که مطلوب بودن دیدگاه پرستاران نسبت به این حیطه از جو ناشی از این امر بوده که مدیران پرستاری سختی کار پرستاران را به شخصه تجربه کرده‌اند؛ بنابراین، پرستاران را به‌خوبی درک می‌کنند و سعی در رفع مشکلات آنان دارند. به‌نظر می‌رسد علت این‌که حیطه‌ی پزشک و پرستار نسبت به سایر حیطه‌ها نمره‌ی پایین‌تری را به‌خود اختصاص داده است این باشد که در تیم مراقبتی، پرستاران و پزشکان به اهداف مراقبتی مشترکی دست نیافته‌اند که بهتر است در این راستا آموزش‌های لازم به هر دو گروه در جهت بهبود رفتارهای بین فردی و گروهی داده شود. با توجه به این که پزشکان و پرستاران در مراقبت و درمان بیماران اهداف مشترکی دارند و اگر هدف ارائه‌ی بهتر مراقبت‌های درمانی است باید در بهبود این رابطه تلاش‌های بیش‌تری صورت گیرد چرا که در نهایت این مشکل متوجه‌ی بیمار شده و باعث پایین آمدن کیفیت خدمات درمانی می‌شود.

در مطالعه‌ی حاضر سن با شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده رابطه‌ی معنی‌داری دارد به‌صورتی که با افزایش سن، شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده کاهش می‌یابد. منفی بودن رابطه‌ی سن با شدت دیسترس می‌تواند ناشی از تغییر حساسیت اخلاقی باشد که بر روی تجربه‌ی شدت دیسترس تأثیر می‌گذارد. شاید افزایش سن از میزان حساسیت اخلاقی بکاهد؛ همان‌گونه که برخی مطالعات نشان داده که حساسیت اخلاقی تحت تأثیر سن قرار می‌گیرد (۱۷) یا این‌که ممکن است پرستاران با افزایش سن با راهکارهای متفاوتی برای از عهده برآمدن در مورد مسائل اخلاقی آشنا شده باشند و در

اخلاقی درک‌شده ۳/۴۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده‌ی شدت متوسط رو به بالای دیسترس می‌باشد. نتایج مطالعات Pauly و همکاران (۱۴) و Fogel با مطالعه‌ی حاضر همخوانی داشتند (۱۰). Corley و همکاران (۸) و Silen و همکاران (۱۵) در مطالعه‌ی خود شدت دیسترس را در پرستاران مورد بررسی در حد پایین گزارش کردند. به‌طور کلی در بررسی متون انجام شده تفاوت چندانی در شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده وجود ندارد. احتمال آن می‌رود که عوامل ایجاد کننده‌ی شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده در نقاط مختلف عوامل یکسانی باشند و همین‌طور نگرانی‌های پرستاران در بالین از یک الگوی خاص پیروی کند. در مطالعاتی که شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده کم‌تر از مطالعه‌ی حاضر گزارش شده است احتمال می‌رود دیگر خصوصیات اخلاقی افراد نیز در میزان تجربه‌ی شدت دیسترس تأثیرگذار باشد. عواملی از قبیل تعداد پرسنل یا پزشکی که به کار خود اشراف ندارند می‌تواند در ایجاد شدت دیسترس تأثیرگذار باشد که ممکن است این عوامل در مطالعاتی که شدت دیسترس را کم‌تر گزارش نموده‌اند از استنادهای لازم برخوردار بوده و در نتیجه شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده را در پرستاران کاهش داده است. از طرفی ممکن است جو اخلاقی بیمارستان‌های تحت مطالعه در ایجاد تفاوت شدت دیسترس نقش داشته باشد.

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های تحت بررسی ۳/۲۲ از ۵ می‌باشد. نتایج مطالعه‌ی Corley و همکاران در میان پرستاران شاغل در ایالات متحده آمریکا (۸) و Pauly و همکاران (۱۴) تا حدودی با مطالعه‌ی ما همسان بود. در بررسی‌های Hart (۱۶) و Ulrich و همکاران (۷) که در پرستاران مشغول به‌خدمت در چند ایالت آمریکا انجام شده است، دیدگاه پرستاران نسبت به جو اخلاقی مطلوب‌تر از مطالعه‌ی ما نشان داده شد. بیش‌ترین نمره‌ی جو اخلاقی از پنج حیطه‌ی آن مربوط به

Ozturk نشان دادند که سطح تحصیلات با نمره‌ی جو اخلاقی رابطه‌ای ندارد (۱۸). نتایج مطالعه‌ی برهانی و همکاران نشان داد که تحصیلات با دیدگاه پرستاران نسبت به جو ارتباطی ندارد (۱۹).

هم‌چنین، دیدگاه پرستاران نسبت به جو اخلاقی حاکم بر محیط کارشان با نوع استخدام رابطه‌ی معنی‌داری داشته است به‌طوری که در پرستارانی که به‌صورت غیررسمی مشغول به‌کار هستند جو اخلاقی از مطلوبیت پایین‌تری برخوردار بوده است. این امر می‌تواند ناشی از این باشد که پرستاران رسمی امنیت شغلی بیش‌تری نسبت به پرستاران غیررسمی دارند و بنابراین، با اطمینان خاطر بیش‌تری می‌توانند انتقاد و شکایت کنند و راحت‌تر می‌توانند مخالفت‌های خود را با سیاست‌هایی که آن را اخلاقی نمی‌دانند بیان کنند؛ اما پرستاران غیررسمی بدلیل نداشتن امنیت شغلی و ترس از دست دادن شغل، از بیان مسائل و مشکلات خود خودداری می‌کنند و در نتیجه درک نامطلوب‌تری از سازمان دارند. در پایان ادعان می‌کنیم که برای رسیدن به نتایج و یافته‌های دقیق‌تر در مورد رابطه‌ی جو اخلاقی و خصوصیات دموگرافیک، نیاز به انجام پژوهش‌های گسترده‌تری در میان پرستاران مشغول به‌خدمت در نقاط دیگر کشورمان است.

از محدودیت‌های این پژوهش روش نمونه‌گیری غیر تصادفی (در دسترس) بوده است که منجر به تأثیرگذاری در قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌های این مطالعه گشته که سبب شده در تعداد پرستاران از نظر جنس، تحصیلات و تأهل تفاوت ایجاد نماید. لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات دیگری با روش‌های مناسب نمونه‌گیری (تصادفی) و حجم نمونه‌ی بالاتر در سایر نقاط کشور صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست آمده از این مطالعه بیان‌کننده‌ی این موضوع است که دیسترس اخلاقی درک‌شده توسط پرستاران تحت بررسی با جو اخلاقی ارتباط معنی‌داری دارد. هر چه جو

این زمینه تجربه کسب کرده باشند. Pauly و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که بین سن و شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (۱۴). ما در مطالعات خود، ملاحظه نمودیم که در سایر مطالعات ارتباطی بین سن و شدت دیسترس مشاهده نشده و احتمال دارد که محدوده‌ی سنی در بعضی از مطالعات تغییر چندانی نداشته و به همین دلیل تأثیر سن بر روی شدت دیسترس دیده نشده است.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد درک زنان از جو اخلاقی مطلوب‌تر از مردان بوده است. در مطالعه‌ی Pauly و همکاران (۱۴) و Ulrich و همکاران (۷) برخلاف مطالعه‌ی ما هیچ یک از خصوصیات دموگرافیکی رابطه‌ی معنی‌داری با جو اخلاقی نداشته است. عواملی مانند عوامل فردی، محیطی، سازمانی و حتی ماهیت کار بر روی دیدگاه جنسیت نسبت به جو اخلاقی تأثیرگذار است و از طرفی در مطالعه‌ی حاضر اکثر مدیران و پرستاران زن بودند و با توجه به رفتار متفاوت در مدیران زن و مرد احتمال می‌رود که در این مطالعه درک پرستاران زن نسبت به مردان از جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان مطلوب‌تر باشد.

پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد، نسبت به کارشناسان درک مطلوب‌تری از جو اخلاقی نشان دادند. البته ناگفته نماند که تعداد پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد ۲۳ نفر و تعداد پرستاران با مدرک کارشناسی ۳۴۷ نفر بوده است که شاید این تفاوت در تعداد، بر نتایج حاصل تأثیر گذاشته باشد. می‌توان گفت سطح تحصیلات بر روی نگرش و رفتارهای اخلاقی افراد تأثیرگذار است و از آنجایی که جو اخلاقی از حیثه‌هایی تشکیل شده که روابط بین افراد بر روی آن اثرگذار است؛ بنابراین، تغییر در نگرش، رفتار اخلاقی و قضاوت بر درک مطلوب‌تر از جو مؤثر است. Polat در ترکیه بیان کرد که درک از ارزش‌ها و اخلاقیات جو سازمانی با خصوصیات دموگرافیکی از قبیل تحصیلات رابطه دارد. Bahcecik و

منابع

- 1- 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.
- 2- Peter E, Liaschenko J. Perils of proximity: a spatiotemporal analysis of moral distress and moral ambiguity. *Nurs Inquiry* 2004; 11(4): 218-25.
- 3- McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15(2): 254-62.
- 4- 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.
- 5- Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. *Orthop Nurs* 2001; 20(2): 76-80.
- 6- 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.
- 7- 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.
- 8- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-90.
- 9- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9(4): 373-87.
- 10- Fogel KM. The Relationships of Moral Distress, Ethical Climate, and Intent to Turnover Among Critical Care Nurses. Chicago: ProQuest, 2007.
- 11- Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haggani 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]
- 12- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4(4): 280-5.
- 13- Olson L. Ethical climate in health care organizations. *Int Nurs Rev* 1995; 42(3): 85-90.
- 14- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics* 2009; 16(5): 561-73.
- 15- Silén M, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and

اخلاقی از دیدگاه پرستاران نامطلوب‌تر بوده، شدت دیسترس اخلاقی درک‌شده توسط آن‌ها بیش‌تر شده است. لذا با توجه به نتایج به‌دست آمده پیشنهاد می‌شود که سیاست‌گزاران و مدیران با طراحی راهکارهایی جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌ها را به‌سمت کیفیت مطلوب‌تر سوق دهند و با طراحی برنامه‌های خاص از زمینه‌های ایجادکننده دیسترس اخلاقی در محیط کار پرستاران بکاهند.

محققان در این مطالعه به سایر پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که در مورد علل ایجادکننده‌ی جو اخلاقی نامطلوب در حیطه‌ی پزشکان، از نظر پرستاران مطالعات بیش‌تری انجام دهند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه‌ی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد که با پاسخگویی به پرسشنامه، ما را در این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی کنند. این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد است.

- 18- Bahcecik N, Oztürk H. The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2003; 5(4): 94-9.
- 19- Borhani F, Jalali T, Abbaszadeh A, Haghdoost AK, Amiresmaili M. Nurses' perception of ethical climate and job satisfaction. *J Med Ethics Hist Med* 2012; 5: 6.
- ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs* 2011; 20(23-24): 3483-93.
- 16- Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(2): 173-7.
- 17- 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.

The relationship between nurses' perceptions of moral distress and the ethical climate in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd

Elham Fazljoo^{1*}, Fariba Borhani², Abbas Abbaszadeh³, Farideh Razban⁴

¹Researcher, Department of Nursing Ethics, Medical Law and Ethics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

²Assistant Professor, Department of Nursing Ethics, Medical Law and Ethics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³Professor, Department of Internal-Surgery, faculty of nursing and midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴Assistant Professor, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

Abstract

Considering the advances in today's world, the increased complexity of diseases and longer life expectancy, nurses experience a great deal of moral distress. One factor that is likely to contribute to the development of moral distress is the ethical climate prevailing in hospitals. This study aimed to assess the relationship between nurses' perceptions of moral distress and the ethical climate in Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in Yazd. This correlational descriptive study used the Moral Distress Scale (MDS) and Hospital Ethical Climate Survey (HECS) to examine 370 nurses working in a number of hospitals including Shahid Sadooghi, Shahid Rahnemun, Shahid Afshar and Savaneh Sukhteghi. Data analysis was performed using SPSS18 and descriptive and analytical statistics. Findings showed that the intensity of perceived moral distress among nurses was 3.41 ± 1.28 , and their perceptions of the ethical climate were 3.22 ± 0.78 . There was a significant negative relationship between nurses' perception of moral distress and the ethical climate ($P=0.00$). The findings of this study suggest that development of plans to improve the ethical climate prevailing in hospitals might decreases nurses' perceived moral distress.

Keywords: moral distress, ethical climate, hospitals, nurses

*Email: efazljoo@gmail.com