

همبستگی تنیدگی اخلاقی با رفتار مراقبتی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

بیمارستان‌های شهر بندرعباس در سال 1396 تا 1397

زهرا محمودزاده^۱، طاهره اشک‌تراب^{۲*}، سیدمحمدکاظم نایینی^۳

تاریخ دریافت: 97/8/24

تاریخ پذیرش: 98/3/22

تاریخ انتشار: 98/5/6

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

یکی از معضلات اخلاقی شایع در حرفه‌ی پرستاری، تنیدگی اخلاقی است که باعث ناراحتی و مانع از عملکرد صحیح اخلاقی پرستاران، علی‌رغم داشتن دانش کافی و لازم، می‌شود. از یک سو، تنیدگی اخلاقی، موجب اختلال در ارتباط پرستار و بیمار و کیفیت ارائه‌ی مراقبت می‌گردد و از سوی دیگر، رفتارهای مراقبتی در بهبود کیفیت مراقبت و احساس امنیت در بیماران نقش دارد. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین همبستگی تنیدگی اخلاقی با رفتار مراقبتی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه‌ی بیمارستان‌های شهر بندرعباس در سال 1396 تا 1397 انجام گرفت. این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی از نوع همبستگی است که بر روی 173 پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی (آی‌سی‌یو و ان‌آی‌سی‌یو) بیمارستان‌های شهر بندرعباس، به روش تمام‌شماری، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی، مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه و سیاهه‌ی رفتار مراقبتی پرستار بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی 20 استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه، در محدوده‌ی متوسط قرار داشت ($1/75 \pm 0/81$ از 4 نمره)؛ همچنین، میانگین نمره‌ی رفتار مراقبتی پرستاران $5/28 \pm 0/48$ از 6 نمره بود که در سطحی پذیرفتنی است. بین تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی، ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت ($r = -0/150$ و $P = 0/049$). با توجه به اهمیت تنیدگی اخلاقی در پرستاران، به دلیل پیامدهای آن در آنان و بیماران و همچنین، نقش رفتار مراقبتی در بهبود کیفیت مراقبت و رضایتمندی بیماران، آشنایی بیشتر و ارائه‌ی راهکارهایی برای مقابله و کاهش تنیدگی اخلاقی و بهبود رفتار مراقبتی پرستاران، ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: پرستاران، تنیدگی اخلاقی، رفتار مراقبتی

1. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، رشته‌ی داخلی جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

2. استاد، گروه مدیریت، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

3. دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: تهران، انتهای بزرگراه شهیدستاری، میدان دانشگاه، بلوار شهدای حصارک، دانشگاه آزاد اسلامی علوم پزشکی تهران، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، بلوک یک آموزشی، طبقه‌ی پنجم، تلفن: 09122361149.

Email: taherehashk@gmail.com

مقدمه

فقدان حمایت سازمان مربوط (۸-۱۱).

در واقع، منظور از تنیدگی اخلاقی، موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند؛ ولی موانع سازمانی یا فردی، انجام صحیح کار را برای او غیرممکن می‌کند (۹-۱۱). مواجهه‌ی مکرر پرستاران با تنیدگی اخلاقی، باعث سرخوردگی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران می‌شود که این حالت، خود به‌طور مستقیم، به کاهش کیفیت مراقبت و مشکلات فراوانی مانند افزایش تعداد روزهای بستری بیماران در بیمارستان و ارائه‌ی مراقبت‌های ناکافی و نامناسب می‌انجامد (۶ و ۷)؛ همچنین، باعث شکل‌گیری آثاری نامطلوب، نظیر احساس ناکامی و گناه، عصبانیت، نارضایتی شغلی، ترک شغل، کاهش اعتمادبه‌نفس، احساس ناامنی، ترس، دل‌سردی و افسردگی در پرستاران می‌شود و می‌تواند بر شخصیت و عملکرد حرفه‌ای آنان اثر بگذارد (۱، ۴، ۵، ۹-۱۱).

تنیدگی اخلاقی، مشکلی بحرانی در محیط کار پرستاران است که اغلب از آن غفلت می‌شود. اگر این مسأله در کانون توجه قرار نگیرد، توانایی پرستاران را برای تأمین مراقبت بهینه محدود می‌کند (۱) و ممکن است باعث مغایرت در مراقبت، رفتار مراقبتی نامناسب با بیماران و عدم ارائه‌ی خدمات با کیفیت بالا به آن‌ها شود که به‌نوبه‌ی خود، می‌تواند اهداف مراقبت را مختل کند و بر استانداردهای مراقبت‌های بهداشتی اثر بگذارد (۱۳). برطبق مطالعات اخیر، حدود نیمی از پرستاران، اغلب شرایطی را که موجب تنیدگی اخلاقی می‌شود، تجربه می‌کنند (۱۴). برخی پژوهش‌های انجام‌شده درباره‌ی سطح تنیدگی اخلاقی، نشان می‌دهد که بیش از هشتاد درصد پرستاران از تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند (۱۵ و ۱۶)؛ همچنین، مطالعات نشان داده‌اند که حدود ۲۵ تا ۵۰ درصد از پرستاران، به‌اجبار، با تنیدگی اخلاقی، مراقبت از بیماران را انجام داده یا مجبور به ترک بخش شده‌اند (۱).

امروزه، به دلیل پیشرفت چشمگیر در عرصه‌های مختلف، به‌ویژه علوم پزشکی، زیست‌فناوری نوین، تجهیزات پزشکی و از سوی دیگر، مشکلات موجود در مراکز درمانی، افزایش جمعیت جهان و به دنبال آن، افزایش بیماری‌های متعدد، محیط‌های مراقبتی، پرستاران را با تصمیمات و موقعیت‌هایی دشوار مواجه ساخته است؛ از این‌رو، پرستاران باید در موقعیت‌های گوناگون دست به انتخاب‌های اخلاقی بزنند. این مسأله، نیازی روزافزون به بحث و تبادل نظر در مسائل اخلاقی و تصمیم‌گیری در این حیطه ایجاد کرده (۱-۳)؛ به‌طوری‌که، مسائل اخلاقی، بخشی در خور ملاحظه از تنیدگی شغلی پرستاران را به خود اختصاص داده است (۴ و ۵).

یکی از این مسائل اخلاقی، «تنیدگی اخلاقی»^۱ است که به‌عنوان معضلی در حرفه‌ی پرستاری مطرح است. تنیدگی اخلاقی باعث عملکرد ناصحیح اخلاقی افراد، علی‌رغم برخورداری از دانش لازم، می‌شود (۶ و ۷). تنیدگی اخلاقی، احساس ناراحتی یا نبود تعادل روانی است که به علت انجام‌ندادن اقدام مناسب اخلاقی، با وجود تشخیص آن، به دلیل موانع زیر رخ می‌دهد (۵):

۱. نبود وقت کافی؛ ۲. مخالفت مافوق؛ ۳. محدودیت‌های پزشکی؛ ۴. سیاست‌های مؤسسه‌ای؛ ۵. ملاحظات اخلاقی، فردی یا اعتقادی؛ ۶. جلوگیری نکردن از آسیب‌رسیدن به بیماران؛ ۷. ارائه‌نشدن مراقبت صحیح و به‌موقع (۵)؛ ۸. کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بالینی؛ ۹. کیفیت نامناسب مراقبت‌های ارائه‌شده از سوی پزشک و پرستار (۶)؛ ۱۰. درمان‌های تهاجمی بیماران مشرف به مرگ؛ ۱۱. آزمایش‌های غیرضروری؛ ۱۲. ارائه‌ی درمان‌های ناکافی و ناکامل از سوی همکاران؛ ۱۳. توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین همکاران؛ ۱۴.

1. Moral Distress

متغیرهای دیگر، از قبیل فرسودگی شغلی، قصد ترک خدمت و خستگی از ارائه‌ی خدمت و متغیرهای مشابه، بررسی شده است، بر آن شدیم تا پژوهشی با هدف تعیین همبستگی تنیدگی اخلاقی با رفتار مراقبتی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر بندرعباس انجام دهیم.

روش کار

این مطالعه، توصیفی از نوع همبستگی است که بر روی همه‌ی پرستاران واجد شرایط شاغل در بخش‌های آی‌سی‌یو و این‌آی‌سی‌یو بیمارستان‌های دولتی و نیمه‌دولتی سطح شهر بندرعباس که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند و دارای معیارهای ورود بودند، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه، شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، شاغل بودن در یکی از بخش‌های آی‌سی‌یو یا این‌آی‌سی‌یو بیمارستان‌های شهر بندرعباس و داشتن حداقل شش ماه سابقه‌ی کار در این بخش‌ها بود. طبق بررسی انجام‌شده، در کل، دویست پرستار واجد شرایط در این بخش‌ها مشغول به کار بودند و در نتیجه، از روش تمام‌شماری استفاده شد.

داده‌ها از طریق تکمیل پرسش‌نامه توسط پرستاران واحدهای یادشده به دست آمد. پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت مسائل اخلاقی، در شیفت‌های صبح، عصر و شب، به بیمارستان‌ها مراجعه و با دادن اطلاعات کافی به پرستاران درباره‌ی اهداف و اهمیت پژوهش، اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات، اخذ رضایت شفاهی و راهنمایی در زمینه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها، این پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان گذاشته شد. از پرستاران خواسته شد با توجه به محیط و شرایط کاری بخش‌های مراقبت ویژه، در وضعیتی مناسب همراه با آرامش، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. پس از حداقل یک هفته، پرسش‌نامه‌ها تحویل گرفته شد. در نهایت ۱۷۳ پرسش‌نامه به دست آمد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه بخش بود: ۱. پرسش‌نامه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناسی. این پرسش‌نامه

یکی از نقش‌های مهم پرستاران، نقش ارتباطی و مراقبتی آنهاست و نمی‌توان این نقش را در برخورد با افرادی که درخواست کمک دارند، نادیده گرفت؛ همچنین، وضعیت ایجادشده به دنبال تنیدگی اخلاقی، می‌تواند در ارتباط پرستار و بیمار و کیفیت ارائه‌ی مراقبت مؤثر باشد (۶). مراقبت در قالب رفتارهایی نمود می‌یابد؛ رفتارهای مراقبتی ترکیبی از عملکردها و نگرش‌های هدفمند پرستاری است که ناراحتی‌های بیماران را تسکین و نیازهای پیش‌بینی‌شده‌ی آنان را برطرف می‌کند (۱۶). رفتار مراقبتی شامل همه‌ی عملکردها، شناخت‌ها، احساسات، افکار، تصورات، حرکات، ژست‌ها، نگاه‌ها و اقداماتی است که به‌وسیله‌ی آن‌ها مراقبت از مددجو انجام می‌شود و این رفتار مراقبتی باید بر پایه‌ی اخلاقیات باشد (۱۷).

تنیدگی اخلاقی، علاوه بر پیامدهای نامطلوب برای پرستاران، بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و می‌تواند بر وظایف و عملکرد و حرفه‌ی پرستاری اثر بگذارد و باعث کاهش کیفیت مراقبت شود. از سوی دیگر، یکی از معیارها برای ارزیابی کیفیت، رفتارهای مراقبتی پرستاران است؛ همچنین، نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات انجام‌شده، حاکی از آن است که تنیدگی اخلاقی ارتباطی معنی‌دار با بخش محل خدمت دارد و بیشترین نمره‌ی تنیدگی اخلاقی، مربوط به بخش آی‌سی‌یو است. الپرن^۱ و همکاران (۲۰۰۵)، در مطالعه‌ی خود، میزان تنیدگی اخلاقی را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، زیاد گزارش کرده‌اند (۶). آتش‌زاده شوریده و همکاران (۱۳۹۱) هم، میزان تنیدگی اخلاقی در بخش‌های آی‌سی‌یو را زیاد به دست آورده‌اند (۹). محمدی و همکاران (۱۳۹۵) نیز، ارتباطی معنی‌دار را بین تنیدگی اخلاقی و بخش محل خدمت یافته‌اند؛ به‌طوری‌که، بیشترین نمره مربوط به بخش آی‌سی‌یو بوده است (۶). از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای درباره‌ی همبستگی تنیدگی اخلاقی با رفتار مراقبتی انجام نشده و فقط با

1. Elpern

کسب شده ۴۲ و حداکثر ۲۵۲ است. هر گویه، بر اساس طیف لیکرت، شامل شش بخش است و از هرگز (معادل یک) تا همیشه (معادل شش) درجه بندی شده است. نمره‌ی بیشتر، نشان‌دهنده‌ی رفتارهای مراقبتی مناسب‌تر است (۱۷ و ۱۸).

در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه و سیاهه‌ی رفتار مراقبتی پرستار از طریق هم‌سانی درونی به روش آلفای کرونباخ بررسی شد. بدین منظور، ابزار به ده نفر از پرستاران واحدهای پژوهش داده و ضریب آلفای کرونباخ عبارات، به صورت کلی و هر یک از ابعاد و زیرمقیاس‌ها محاسبه شد. بر این اساس، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تنیدگی اخلاقی برابر با ۰٫۹۳ درصد و در هر یک از ابعاد آن، بین ۰٫۸۱ تا ۰٫۸۸ درصد، با ضریب همبستگی ۰٫۹۴ درصد، به دست آمد و برای سیاهه‌ی رفتار مراقبتی نیز، ضریب آلفای کرونباخ، ۰٫۸۷ درصد و در هر یک از زیرمقیاس‌ها، بین ۰٫۷۱ تا ۰٫۸۷ درصد، با ضریب همبستگی ۰٫۸۱ درصد، محاسبه شد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای تجزیه و تحلیل آن‌ها، از شاخص‌های آماری استفاده و با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، داده‌ها، از نظر نوع توزیع، بررسی شد. سپس، با توجه به نرمال بودن داده‌ها، آزمون‌های پارامتریک و ضریب همبستگی به کار گرفته و با نرم‌افزار SPSS، نسخه‌ی ۲۰، نتایج آن تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، در کل، ۱۷۳ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر بندرعباس ابزارها را تکمیل کردند. بیشتر آن‌ها زن، متأهل، استخدام رسمی، دارای مدرک کارشناسی پرستاری، به صورت شیفت چرخشی و با میانگین سنی $38/5 \pm 33/15$ مشغول به کار بودند. اکثر واحدهای موجود در این پژوهش (۷۴/۶ درصد) اضافه‌کاری اجباری داشتند و میانگین سابقه‌ی خدمت آن‌ها $5 \pm 1/94$ سال بود (نک: جدول شماره‌ی ۱).

شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی کار در حرفه‌ی پرستاری، سابقه‌ی کار در بخش‌های مراقبت ویژه، وضعیت استخدام، شیفت کاری، نسبت تعداد پرستار به بیمار در بخش، نحوه و میانگین ساعت اضافه‌کار و سابقه‌ی کار در پست مدیریتی بود؛ ۲. مقیاس تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه. این مقیاس ابزاری ایرانی است و آتش‌زاده شوریده (۱۳۹۱) آن را طراحی و روان‌سنجی کرده است. این ابزار شامل سی عبارت، در سه بعد «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها» (ده عبارت)، بعد «خطاها» (یازده عبارت) و بعد «عدم رعایت اصول اخلاقی» (نه عبارت) بود که پس از انجام روایی محتوا در مطالعه‌ی حاضر، تعداد عبارات ابزار به ۳۲ عبارت تغییر یافت. نحوه‌ی نمره‌گذاری مقیاس تنیدگی اخلاقی در همه‌ی عبارات در مقیاس لیکرت صفر تا چهار است. نمره‌ی تنیدگی اخلاقی از میانگین نمرات عبارات به دست می‌آید. نمره‌ی به دست آمده از کل مقیاس، به چهار دسته‌ی (کم = ۱۰ تا، متوسط = ۱۰ تا ۲۱، زیاد = ۲۱ تا ۳۲ و خیلی زیاد = ۳۳ تا ۴۰) طبقه‌بندی می‌شود؛ بنابراین، امتیاز کسب‌شده، در محدوده‌ی کم تا خیلی زیاد است و امتیاز بیشتر، نشان‌دهنده‌ی وجود تنیدگی بیشتر است (۹)؛ ۳. سیاهه‌ی رفتار مراقبتی پرستار ۴۲ CBI^۱ است که اولین بار ولف^۲ و همکاران، در سال ۱۹۸۱، با ۷۵ گویه آن را طراحی کردند و در نهایت، پس از تجدید نظر نهایی، در سال ۱۹۹۸، به ۴۲ گویه و پنج زیرمقیاس تقلیل یافت. این ابزار را رفیعی و همکاران، در سال ۲۰۰۷، به فارسی ترجمه و روان‌سنجی کردند. ابعاد این ابزار به تفکیک عبارت‌اند از: احترام‌قابل‌شدن برای دیگری (گویه‌های ۱ تا ۱۲)، اطمینان از حضور انسانی (گویه‌های ۱۳ تا ۲۴)، ارتباط و گرایش مثبت (گویه‌های ۲۵ تا ۳۳)، دانش و مهارت حرفه‌ای (گویه‌های ۳۴ تا ۳۸) و توجه به تجارب دیگری (گویه‌های ۳۹ تا ۴۲).

1. Caring Behavior Inventory (CBI)
2. Wolf

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه (آی‌سی‌یو و ان‌آی‌سی‌یو) بیمارستان‌های شهر بندرعباس سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۷ بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناسی

ردیف	متغیر	فراوانی	درصد
		< ۲۵	۲/۹
		۲۵-۳۰	۳۴/۷
۱	سن	۳۱-۳۵	۲۹/۵
		۳۶-۴۰	۲۴/۸
		> ۴۰	۸/۱
۲	جنس (زن)	۱۳۵	۷۸
۳	وضعیت تأهل (متأهل)	۱۲۲	۷۰/۵
۴	تحصیلات (کارشناسی)	۱۵۸	۹۱/۳
		۱-۵	۲۹/۵
		۶-۱۰	۳۴/۷
۵	سابقه خدمت	۱۱-۱۵	۲۵/۴
		۱۶-۲۰	۶/۴
		> ۲۰	۴
۶	نوع استخدام (رسمی)	۸۱	۴۶/۸
۷	شیفت کاری (چرخشی)	۱۴۱	۸۱/۵
۸	نوع اضافه‌کاری (اجباری)	۱۲۹	۷۴/۶

در بعد «ارتباط و گرایش مثبت» ($۰/۶۲ \pm ۵/۰۶$) بود (نک: جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی و ابعاد آن‌ها در واحدهای مطالعه‌شده

متغیر	میانگین	انحراف معیار
ابعاد	تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها	۱/۶۸
	صلاحیت‌ها	۰/۸۷
	خطاها	۰/۸۳
	عدم رعایت اصول اخلاقی	۰/۹۴
تنیدگی اخلاقی		
ابعاد	احترام‌قابل‌شدن برای دیگری	۵/۱۹
	اطمینان از حضور انسانی	۵/۳۳
	ارتباط و گرایش مثبت	۵/۰۶
	دانش و مهارت حرفه‌ای	۵/۴۳
	توجه به تجارب دیگری	۵/۴۲
رفتار مراقبتی پرستاران	۵/۲۸	۰/۴۸

بر طبق یافته‌های پژوهش، بین تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی پرستاران، ارتباط معنی‌دار منفی وجود دارد ($r = -۰/۱۵$) و $p = ۰/۰۴۹$ ؛ همچنین، بین نمره‌ی کلی تنیدگی اخلاقی و ابعاد «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها» و «عدم رعایت اصول اخلاقی» با نمره‌ی کلی رفتار مراقبتی پرستاران و ابعاد «احترام‌قابل‌شدن برای دیگری» و «ارتباط و گرایش مثبت»، از نظر آماری، همبستگی معنی‌دار و منفی وجود داشت. بعد «خطاها» با رفتار مراقبتی و هیچ‌یک از ابعاد آن رابطه نداشت. بیشترین همبستگی، بین بعد «عدم رعایت اصول اخلاقی» و «احترام‌قابل‌شدن برای دیگری» ($r = ۰/۰۰$) و $P = -۰/۲۲$ مشاهده شد (نک: جدول شماره ۳).

یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران، بر اساس میانگین نمره‌ی تنیدگی اخلاقی، $۰/۸۱ \pm$ از $۱/۷۵$ نمره بود. بیشترین تنیدگی، مربوط به بعد «خطاها» ($۰/۸۳ \pm ۱/۸۲$) و کمترین، مربوط به بعد «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها» ($۰/۸۷ \pm ۱/۶۸$) بود. میانگین نمره‌ی رفتار مراقبتی در پرستاران $۰/۴۸ \pm ۵/۲۸$ از ۶ نمره بود که در سطحی پذیرفتنی قرار داشت. بیشترین نمره‌ی میانگین در بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» ($۵/۴۳ \pm ۰/۵۴$) و کمترین،

جدول شماره ۳- میزان همبستگی تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن با رفتار مراقبتی و ابعاد آن در واحدهای مطالعه‌شده

همبستگی	احترام قابل شدن برای دیگری	اطمینان از حضور انسانی	ارتباط و گرایش مثبت	دانش و مهارت حرفه‌ای	توجه به تجارب دیگری	رفتار مراقبتی پرستاران
تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها	۰/۲۱ -	۰/۱۴ -	۰/۱۶ -	۰/۲۲ -	۰/۰۳ -	۰/۱۵ -
خطاها	۰/۱۳ -	۰/۰۸ -	۰/۱۴ -	۰/۰۱ -	۰/۰۰	۰/۱۰ -
عدم رعایت اصول اخلاقی	۰/۲۲ -	۰/۱۴ -	۰/۱۶ -	۰/۰۰	۰/۱۰ -	۰/۱۶ -
تنیدگی اخلاقی	۰/۲۰ -	۰/۱۳ -	۰/۱۷ -	۰/۰۱ -	۰/۰۲ -	۰/۱۵۰ -

آماري معنی‌داری وجود داشت؛ بدین‌معناکه پرستاران متأهل، در بخش رفتارهای مراقبتی نمره‌های بیشتری کسب کردند؛ ولی بین سن، میزان تحصیلات و سابقه‌ی کار با رفتار مراقبتی ارتباطی معنی‌دار دیده نشد (نک: جدول شماره‌ی ۴).

در بررسی ارتباط تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی و ابعاد آن با متغیرهای جمعیت‌شناسی در مطالعه‌ی حاضر، تفاوت آماري معنی‌داری بین سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و نوع استخدام، با تنیدگی اخلاقی یافت نشد. بین وضعیت تأهل و رفتار مراقبتی در این پژوهش، ارتباط

جدول شماره‌ی ۴- ارتباط بین تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی و ابعاد آن‌ها با متغیرهای جمعیت‌شناسی در واحدهای مطالعه‌شده

متغیر	ابعاد	تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها	خطاها	عدم رعایت اصول اخلاقی	تنیدگی اخلاقی	احترام قابل شدن برای دیگری	اطمینان از حضور انسانی	ارتباط و گرایش مثبت	دانش و مهارت حرفه‌ای	توجه به تجارب دیگری	رفتار مراقبتی پرستاران
سن	0,81	0,32	0,23	0,38	0,07	0,10	0,19	0,04	0,59	0,08	
جنس	0,03	0,01	0,05	0,02	0,13	0,24	0,67	0,15	0,33	0,21	
وضعیت تأهل	0,69	0,42	0,84	0,75	0,02	0,00	0,42	0,38	0,00	0,02	
تحصیلات	0,54	0,66	0,62	0,54	0,50	0,53	0,05	0,26	0,20	0,12	
سابقه‌ی خدمت	0,70	0,28	0,12	0,28	0,58	0,83	0,99	0,07	0,76	0,61	
سابقه‌ی خدمت در بخش ویژه	0,04	0,04	0,04	0,03	0,43	0,47	0,99	0,04	0,37	0,40	
نسبت پرستار به بیمار	0,45	0,14	0,44	0,28	0,81	0,73	0,68	0,12	0,39	0,64	
نوع استخدام	0,67	0,27	0,55	0,45	0,61	0,08	0,06	0,02	0,22	0,08	

متغیر	ابعاد	تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها	خطاها	عدم رعایت اصول اخلاقی	تنیدگی اخلاقی	احترام قابل شدن برای دیگری	اطمینان از حضور انسانی	ارتباط و گرایش مثبت	دانش و مهارت حرفه‌ای	توجه به تجارب دیگری	رفتار مراقبتی پرستاران
شیفت کاری		0,76	0,11	0,68	0,62	0,04	0,00	0,00	0,41	0,02	0,01
نوع اضافه کاری		0,92	0,47	0,64	0,69	0,00	0,00	0,00	0,03	0,10	0,00
میانگین ساعت اضافه کاری		0,30	0,60	0,76	0,62	0,01	0,00	0,00	0,15	0,07	0,00

بحث

این پژوهش با هدف تعیین همبستگی تنیدگی اخلاقی با رفتار مراقبتی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران، بر اساس میانگین نمره‌ی تنیدگی اخلاقی، در محدوده‌ی متوسط قرار داشت؛ همچنین، نمره‌های همه‌ی ابعاد آن در واحدهای مطالعه شده نیز، در حد متوسط ارزیابی شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های مطالعه‌ی کریستا ولکات آلتاکر^۱ و همکاران (۱۹)، برهانی^۲ و همکاران (۱۳)، پولادی و همکاران (۴)، محمدی و همکاران (۶)، عباس‌زاده و همکاران (۲۰) و بیکمرادی و همکاران (۵) که تنیدگی اخلاقی را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند، همسو بودند.

در پژوهش قره‌قلو^۳ و همکاران (۲۰۱۷)، با عنوان «تنیدگی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه ترکیه»، نمره‌ی کل تنیدگی اخلاقی و میانگین نمره‌ی هر عبارت پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه، $48/23 \pm 70/81$ (محدوده‌ی نمره‌ی صفر تا ۳۳۶) و $3/36 \pm 4/50$ (محدوده‌ی نمره‌ی صفر تا شانزده) بوده است که سطح پایین تنیدگی اخلاقی را نشان می‌دهد (۲۱)؛ همچنین، در مطالعه‌ی شفیع‌ی و همکاران (۱۳۹۴) که با هدف بررسی ارتباط تنیدگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان شهیدگنجی

بrazجان، در سال ۱۳۹۴ انجام شده، میانگین تنیدگی اخلاقی $53/59 \pm 11/38$ (محدوده‌ی نمره صفر تا ۲۱۶) گزارش گردیده که نشان‌دهنده‌ی سطح ضعیف تنیدگی اخلاقی است (۲) و با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر همسو نیست. آتش‌زاده شوریده^۴ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با هدف بررسی همبستگی تنیدگی اخلاقی با فرسودگی شغلی و قصد ترک خدمت پرستاران، تنیدگی اخلاقی را $2/08 \pm 0/98$ (محدوده‌ی نمره‌ی صفر تا چهار) به دست آورده‌اند که بالاتر از متوسط بوده است. میانگین نمره‌ی ابعاد تنیدگی اخلاقی، به جز بعد «عدم رعایت اصول اخلاقی» که متوسط گزارش شده، در ابعاد دیگر زیاد ارزیابی شده است (۱۰)؛ همچنین، در مطالعه‌ی کیقبادی و همکاران (۱۳۹۳)، با عنوان «بررسی ارتباط آشفستگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران» این نمره، بالاتر از سطح متوسط بوده است (۲۲). این نمره در پژوهش مورا لوسینانی^۵ و همکاران (۲۰۱۷)، با هدف بررسی تنیدگی اخلاقی میان پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه داخلی و جراحی (۲۳) و عامری و همکاران (۱۳۹۲) تحت عنوان «بررسی تنش اخلاقی و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی» نیز، زیاد گزارش شده است (۲۴) که با نتایج مطالعه‌ی حاضر ناهم‌سوست. علت این ناهم‌سویی به نظر می‌رسد متفاوت بودن محیط جغرافیایی انجام پژوهش و عوامل فرهنگی، سازمانی، آموزشی و فردی

1. Krista Wolcott Altaker
2. Borhani
3. Karagozoglu

4. Atashzadeh Shoorideh
5. Maura Lusignani

ارتباط مثبت و معنی‌دار آماری دیده شده است (۴۰۲). در پژوهش محمدی و همکاران نشان داده شده که بین تنیدگی اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار، ارتباط مثبت و معنی‌دار آماری وجود دارد (۶). یافته‌های پژوهش عباس‌زاده و همکاران نیز، نشان داده که بین تنیدگی اخلاقی و تعلق کاری پرستاران ارتباط معنی‌دار مثبت وجود دارد (۲۶).

در پژوهشی که سیدالشهدایی و همکاران انجام داده‌اند، به‌جز زیرمقیاس توجه به تجارب دیگری، بین تیپ‌های شبانه‌روزی (تیپ‌های صبحی و عصری) با دیگر زیرمقیاس‌های رفتارهای مراقبتی و همچنین، کل مقیاس رفتارهای مراقبتی پرستاران، ارتباطی معنی‌دار وجود داشته است (۲۵). یافته‌های مطالعه‌ی ایزدی و همکاران (۱۳۹۲)، تحت عنوان «همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران با رفتارهای مراقبتی آن‌ها» نشان داده که بین نمره‌ی حساسیت اخلاقی و نمره‌ی رفتار مراقبتی، همبستگی معنی‌داری وجود ندارد (۱۷).

در پژوهش حاضر، ارتباط‌نداشتن تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن با متغیرهای جمعیت‌شناسی سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه‌ی خدمت و نوع استخدام مشاهده شد که با مطالعه‌ی وزیری^۱ و همکاران (۲۷)، عباسی و همکاران (۱)، توکل و همکاران (۳) و بیکمرادی و همکاران (۵) همسوست. در مطالعه‌ی آتش‌زاده شوریده و همکاران (۱۰)، محمدی و همکاران (۶) و عباس‌زاده و همکاران (۸)، بین سن و سابقه‌ی کار ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشته که با پژوهش حاضر همسو نیست. این مسأله می‌تواند به علت آشنانبودن با روش‌هایی برای تطابق با وضعیت استرس‌زا و ندیدن آموزش‌های لازم در این زمینه باشد. در پژوهش هیلر^۲ و همکاران (۲۰۱۸)، باعنوان «پیش‌بینی دیسترس اخلاقی در نمونه‌ای از پرستاران مراقبت ویژه در ایالات متحده آمریکا»

باشد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میانگین نمره‌ی رفتار مراقبتی در پرستاران، در سطحی پذیرفتنی قرار دارد. بیشترین نمره‌ی میانگین در بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» و کمترین، در بعد «ارتباط و گرایش مثبت» است که با مطالعه‌ی سیدالشهدایی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان «ارتباط تیپ‌های شبانه‌روزی با رفتارهای مراقبتی پرستاران» (۲۵) و حاجی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۰)، با عنوان «مقایسه‌ی دیدگاه‌های بیماران و پرستاران در مورد رفتارهای مراقبتی کارکنان پرستاری» (۱۸) همسو است؛ همچنین، یافته‌های این پژوهش، با مطالعه‌ی جولایی و همکاران (۱۶) نیز، همسویی دارد؛ اگرچه در مطالعه‌ی جولایی، رفتارهای مراقبتی پرستاران از دیدگاه بیماران بررسی شده و در پژوهش حاضر، از دیدگاه پرستاران. به این ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که بیشترین تأکید پرستاران بر روی رفتارهای مبتنی بر دانش و مهارت حرفه‌ای است که بیانگر توانایی آنان در انجام فعالیت‌های حرفه‌ای خود و اهمیت این بعد نسبت به ابعاد دیگر برای آن‌هاست. دلیل نمره‌ی کمتر در بعد «ارتباط و گرایش مثبت» نیز، ممکن است کمبود نیروی پرستاری، نداشتن وقت کافی و خستگی به دلیل اضافه‌کاری اجباری باشد.

یافته‌های این پژوهش، بیانگر رابطه‌ی آماری معنی‌دار و منفی بین تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی پرستاران است ($r = -0.15$ و $p = 0.049$). علی‌رغم جست‌وجوی فراوان، پژوهشی که همبستگی بین تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن، با رفتار مراقبتی پرستاران و ابعاد آن را بررسی کرده باشد، یافت نشد تا با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مقایسه شود؛ به همین دلیل، مطالعاتی با متغیرهایی شبیه این پژوهش بررسی شد.

در مطالعه‌ی آتش‌زاده شوریده و همکاران، بین تنیدگی اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران، ارتباط معنادار وجود نداشته است (۱۰). در مطالعه‌ی شفیعی و همکاران و پولادی و همکاران، بین تنیدگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران،

1. Vaziri
2. Hiler

نیز، بین سن و تنیدگی اخلاقی ارتباطی معنی‌دار دیده شده که با مطالعه‌ی حاضر همسو نیست (۲۸).

در این مطالعه، ارتباط بین رفتار مراقبتی با متغیرهای جمعیت‌شناسی نیز، بررسی شد. نتایج به‌دست‌آمده، بیانگر آن است که بین سن و سابقه‌ی کار با رفتار مراقبتی، ارتباطی معنی‌دار وجود ندارد که با مطالعه‌ی رستمی^۱ و همکاران (۲۹) و ایزدی و همکاران (۱۷) همسو است؛ همچنین، بین میزان تحصیلات با رفتار مراقبتی نیز، ارتباط آماری معنی‌داری یافت نشد که با مطالعه‌ی سیدالشهدایی و همکاران (۲۴) و ایزدی و همکاران (۱۶) مطابقت دارد؛ اما بین وضعیت تأهل و رفتار مراقبتی در این پژوهش، ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد. این نتیجه با یافته‌های مطالعه‌ی سیدالشهدایی و همکاران (۲۴) همسو و با پژوهش ایزدی و همکاران (۱۷) ناهمسو است. ناهمسو بودن نتایج این مطالعه با مطالعات مشابه، ممکن است به دلیل متفاوت بودن محیط جغرافیایی، تنوع فرهنگ‌ها، تفاوت‌های فردی و نوع و محتوای آموزش باشد.

گفتنی است این پژوهش شامل محدودیت‌هایی از قبیل یکسان نبودن وضعیت محیط کار پرستاران، عوامل محیطی مؤثر بر نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه‌ها و تفاوت‌های فردی پرستاران است.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس میانگین نمره‌ی تنیدگی اخلاقی، واحدهای پژوهش‌شده، در محدوده‌ی متوسط تنیدگی اخلاقی قرار داشتند و بیشترین تنیدگی اخلاقی، در بعد «خطاها» و کمترین، در بعد «تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها» بود؛ همچنین، میانگین رفتار مراقبتی در پرستاران در سطحی قابل قبول قرار داشت و بیشترین میانگین، در بعد «دانش و مهارت حرفه‌ای» و کمترین، در بعد «ارتباط و گرایش مثبت» بود. علاوه بر این، یافته‌ها نشان دادند که بین تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی،

ارتباط معنی‌دار منفی وجود دارد.

با توجه به نتایج این مطالعه، می‌توان به‌خوبی تأثیر تنیدگی اخلاقی بر رفتار مراقبتی و در پی آن، کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه را احساس کرد؛ لذا، لازم است همواره این موضوع مدنظر قرار گیرد و تمهیدات لازم در راستای کاهش تنیدگی اخلاقی و مطلوب‌شدن رفتار مراقبتی پرستاران اندیشیده شود تا شاهد آسیب کمتر پرستاران و بیماران و بهبود کیفیت مراقبت پرستاری شویم. ارائه‌ی آموزش به پرستاران، مشاوره‌های دوره‌ای و مشورت با پرستاران در زمینه‌ی بهبود وضعیت محیط کار، می‌تواند بخشی از راهکارهای مناسب برای نیل به این اهداف باشد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های جدید در حیطه‌ی تنیدگی اخلاقی و رفتار مراقبتی شود. از طرفی، پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سایر بخش‌های بالینی و از دیدگاه بیماران و مدیران نیز، انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری رشته‌ی داخلی جراحی است. بدین‌وسیله پژوهشگران از همه‌ی واحدهای دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، مسئولان همه‌ی واحدهای مطالعه‌شده و پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش که با توجه به مشغله‌ی کاری بسیار خود در شیفت‌ها، با صبوری فراوان، با آن‌ها همکاری صمیمانه داشتند، تشکر و سپاسگزاری می‌کنند.

- 1- Abbasi M, Hajatmand F, Khaghanizadeh M, Gashtroudkhani AA. Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med Ethics Journal*. 2015; 9(32): 121-40. [in Persian]
- 2- Shafiei A, Ravanipour M, Yazdankhahfard M, Mirzaei K. The Relationship between moral distress and job burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 2015. *NJV*. 2016, 2(5): 15-26. [in Persian]
- 3- Tavakol N, Molazem Z. Exploring moral distress in the intensive care unit nurses of Shiraz Heart Center in 2013. *J Educ Ethics Nurs*. 2015, 4(2): 49-56. [in Persian]
- 4- Poladi F, Atashzade F, Abaszade A, Moslemi A. The correlation between moral distress and burnout in nurses working in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences during 2013. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2015; 8(4): 37-45. [in Persian]
- 5- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurse`s distress in intensive care unit: A Survey in Teaching Hospitals. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2012. 5(2): 58-69. [in Persian]
- 6- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral sensitivity and Moral distress in critical care unit nurses. *Med Ethics Journal*. 2017; 10(38): 19-28. [in Persian]
- 7- Barlem E, Lunardi V, Lunardi G, Tomaschewski-Barlem J, Silveira R, Dalmolin G. Moral distress in nursing personnel. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2013; 21: 79-87.
- 8- Abbaszade A, Nakhaee N, Borhani F, RoshanZadeh M. Moral distress in clinical function of nurses: A descriptive-cross sectional study. *Med Ethics Journal*. 2012; 6(21): 113-30. [in Persian]
- 9- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavimajd H. Association of ICU nurses' demographic characteristics and moral distress. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2013; 5(7): 66-78. [in Persian]
- 10- Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between icu nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1): 64-76.
- 11- Rashidi K, Ashktorab T. *Professional Ethics in Nursing*. Tehran: Vazin Mehr; 2017. [in Persian]
- 12- MCAndrew N, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: The state of the science. *Nurs Ethics*. 2018; 25(5): 552-70.
- 13- Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani M. Moral sensitivity and moral distress in iranian critical care nurses. *Nur Ethics*. 2017; 24(4): 474-82.
- 14- Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Müller M, Bartholomeyczik S, Spirig R. Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses: A mixed methods study. *Nur Open*. 2017; 4: 251-66.
- 15- Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Medicine*. 2016; 42(10): 1615-7.
- 16- Joolae S, Rasti F, Ghiyasvandian S, Haghani H. Patients' perceptions of caring behaviors in oncology settings. *Iran J Nurs Res*. 2014; 9(1): 59-67. [in Persian]
- 17- Elzadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2013; 6(2):43-56. [in Persian]
- 18- Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezani N, Tarighat M. Perspectives of patients and nurses on caring behaviors of nurses. *Journal of Hayat*. 2012, 17(4): 36-45. [in Persian]
- 19- Altaker KW, Howie-Esquivel J, Cataldo JK. Relationships among palliative care, ethical climate, empowerment, and moral distress in intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*. 2018; 27(4): 295-302.
- 20- Abbaszadeh A, Borhani F, Hoseinabadi Farahani MJ, Ghasemi E, Naderi Ravesh N. Moral distress among nurses of Shaheed Beheshti University of Medical Sciences hospitals in 2013. *Med Ethics Journal*. 2014; 8(29): 121-43. [in Persian]

Persian]

21- Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Cinar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics*. 2017; 24(2): 209-24.

22- Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2014; 7(3): 36-47. [in Persian]

23- Lusignani M, Gianni ML, Re LG, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management*. 2017; 25(6): 477-85.

24- Ameri M, SafaviBayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress evaluating nurses' experiences. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2013; 6(1): 64-73. [in Persian]

25- Seyedshohadaee M, Mohammadi H, Seyedfatemi N, Mehran A. Relationship between

the circadian types and nurses' caring behaviours. *koomesh*. 2015; 16(3): 389-96. [in Persian]

26- Abbaszadeh A, Borhani F, Forough Ameri G, Najmi Dolatabadi S. Relationship between ethical distress and nurses' affiliation: A descriptive communication study. *Med Ethics Journal*. 2013; 7(24): 34-53. [in Persian]

27- Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S. Moral distress among Iranian nurses. *Iran J psychiatry*. 2015, 10(1): 32-36.

28- Hiler CA, Hickman RL, Reimer AP, Wilson K. Predictors of moral distress in a us sample of critical care nurses. *Am J Crit Care*. 2018; 27(1): 59-66.

29- Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati J. Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. *Nurs Ethics*; 2019; 26(1): 248-55 .

The correlation between Moral Distress and Caring Behaviors of Nurses in Intensive Care Units of Bandar Abbas Hospitals in 2018

Zahra Mahmoodzadeh¹, Tahereh Ashktorab^{*2}, Seid Mohammad Kazem Naeeni³

¹MScN, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

²Professor, Department of Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

³Associate Professor, Department of Biostatistics, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Abstract

One of the most common ethical issues in nursing profession is moral distress which causes discomfort and impedes nurses proper moral performance, despite having sufficient knowledge. Moral distress disturbs the relationship between nurse and patient which leads to the decreased quality of care. Caring behaviors greatly contribute to improving the quality of care and patient safety. The present study aimed to determine the correlation between moral distress and caring behaviors of nurses in intensive care units of Bandar Abbas hospitals in 2018. This was a descriptive correlational study that was performed on 173 nurses working in ICU and NICU departments of Bandar Abbas hospitals. The data collection tools were demographic information questionnaire, the moral distress scale of nurses of intensive care units, and nursing Caring Behaviors Inventory. Data were analyzed using IBM SPSS 20. Moral distress in nurses in the intensive care unit was in the middle range (1.75 ± 0.81 of 4 score). Also, the mean score of nurses' caring behavior was 5.28 ± 0.48 of 6 score which was considered as an acceptable level. There was a significant negative correlation between moral distress and caring behavior ($r = -0.150$, $P = 0.049$). Regarding the importance of moral distress, as well as the role of caring behaviors in improving the quality of care of nurses and satisfaction of patients, it seems necessary that nurses get more familiarized with this concept and attempts to provide solutions for coping and reducing moral distress and improving nurses' caring behaviors.

Keywords: Nurses Moral distress, Caring behavior

* Corresponding Author: Email: taherehashk@gmail.com