

بررسی ارتباط سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی همدان

فرشید شمسایی^۱، مرضیه جهانی صیاد نویری^۲، ناصر محمدقلی مزرجی^۳،

شیرین رنجبر^۴، مهدی خزائی^۵، زهرا مقصودی^{۶*}

تاریخ انتشار: 99/9/15

تاریخ پذیرش: 99/7/11

تاریخ دریافت: 98/8/12

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تجربه‌ای نامطلوب، تحت عنوان «دیسترس اخلاقی»، از مسائل عمده‌ای است که پرستاران هنگام تصمیم‌گیری اخلاقی با آن روبه‌رو هستند. بعد معنوی، از ابعاد اثرگذار بر دیسترس اخلاقی آنان است؛ لذا این مطالعه، با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش اورژانس انجام گرفت. در این مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی، ۱۴۰ پرستار شاغل در اورژانس مراکز آموزشی درمانی شهر همدان، به‌صورت سرشماری، شرکت داشتند. داده‌ها، از طریق پرسش‌نامه‌ی سه‌قسمتی، شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی پولوتزین و الیسون و پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی کورلی جمع‌آوری شد. داده‌ها، پس از جمع‌آوری، با آزمون کای دو و ضریب هم‌بستگی پیرسون و از طریق نرم‌افزار SPSS، نسخه‌ی ۱۶، تجزیه و تحلیل شدند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $31/9 \pm 7/31$ سال بود. نمره‌ی سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی اکثر پرستاران، در حد متوسط بود. بین سلامت معنوی، با شدت دیسترس اخلاقی پرستاران، هم‌بستگی منفی و معنی‌دار مشاهده شد ($r = -0/200$ ، $p = 0/05$)؛ بدین معنی که هرچه نمره‌ی سلامت معنوی پرستاران بالاتر بود، دیسترس اخلاقی آن‌ها شدتی کمتر داشت. نتایج نشان می‌دهد سلامت معنوی، پارامتری مؤثر در کاهش دیسترس اخلاقی در پرستاران است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در ارتقای سلامت پرستاران به بعد معنوی نیز، توجه شود.

واژگان کلیدی: پرستار، دیسترس اخلاقی، سلامت معنوی

1. مرکز تحقیقات مراقبت‌های مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

2. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

3. دانشجوی دکتری تخصصی آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

4. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

5. دانشجوی کارشناس پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

6. دانشجوی دکتری تخصصی پرستاری، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: همدان، خیابان شهیدفهمیده، دانشگاه علوم پزشکی همدان، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۷۱۰۳۴۲۶۸.

Email: maghsoudi.zahra89@gmail.com

مقدمه

اخلاق، جزئی جدایی‌ناپذیر از حرفه‌ی پرستاری به شمار می‌آید و پرستاران، هر روزه، در محیط کاری خود، تصمیم‌های اخلاقی بسیاری می‌گیرند. تجربه‌ای نامطلوب تحت عنوان «دسترس اخلاقی»^(۱)، از مسائل عمده‌ای است که پرستاران با آن روبه‌رو هستند (۱). دسترس اخلاقی، به‌عنوان احساس ناراحتی یا حالت عدم تعادل روانی توصیف می‌شود که در نتیجه‌ی انجام‌ندادن اقدام مناسب اخلاقی، علی‌رغم تشخیص آن، به علت موانعی نظیر نبود وقت کافی، مخالفت مقام مافوق، محدودیت‌های پزشکی، سیاست‌های مؤسسه‌ای و ملاحظات اخلاقی فردی یا اعتقادی به وجود می‌آید (۲). دسترس اخلاقی، پدیده‌ای شایع در حرفه‌ی پرستاری است که همواره، تأثیر منفی بر سلامت روان پرستاران، به‌صورت اضطراب و ناکامی در زندگی شغلی، دارد. در صورت عدم سازگاری تصمیم پرستاران با اقدام مناسب اخلاقی، آثار منفی دسترس اخلاقی، به‌صورت احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای آنان نمایان خواهد شد (۳و۴)؛ همچنین، این مسأله منجر به دلسردی از زندگی حرفه‌ای، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، بیزاری از کار، کاهش ماندگاری در شغل، تغییر وضعیت شغلی، ترک حرفه و در نهایت، تعامل حداقلی با بیمار و خانواده و تشدید کمبود نیروی پرستاری می‌شود (۵و۶).

امروزه، پژوهش‌هایی گسترده درباره‌ی موضوع دسترس اخلاقی با تمرکز بر حرفه‌ی پرستاری، در مراکز درمانی در حال انجام‌دادن است. گسترش زمینه‌ی این پژوهش‌ها، محیط‌هایی را که بیشتر، از دسترس اخلاقی متأثر شده‌اند، مشخص می‌کند و باعث کمک به تبیین راهکارهایی در

زمینه‌ی کاهش آن می‌شود (۷). پرستاران بخش اورژانس، به علت اینکه دائماً، در محیطی پرسترس حضور دارند، به‌طور مداوم، با شرایط برهم‌زننده‌ی عوامل اخلاقی درگیر می‌شوند و در معرض تجربه‌ی دسترس اخلاقی قرار می‌گیرند؛ پدیده‌ای که آثاری مخرب بر آن‌ها و مراقبت از بیمار دارد. مراجعات فراوان به این بخش‌ها، وضعیت حاد بیماران و نیاز به ارائه‌ی مراقبت ویژه، مواجهه با بیماران و همراهان مضطرب آن‌ها، متخصصان و مراقبان پرسترس، لزوم رعایت جنبه‌های اخلاقی و قانونی، هزینه‌های پیش‌بینی‌ناپذیر و احتمال وقوع خشونت علیه کارکنان، از مشکلات کار در بخش‌های اورژانس است (۸و۹).

از ابعاد اثرگذار بر دسترس اخلاقی، سلامت معنوی در پرستاران است. به نظر می‌رسد بین اخلاق و معنویت، ارتباطی تنگاتنگ وجود داشته باشد. در این رابطه، مطالعه‌ی مهاجران (۲۰۱۴) که بر روی پرستاران انجام شده بود، نشان داد که بین اخلاق حرفه‌ای و معنویت در کار، رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد و همچنین، معنویت در کار، در رابطه‌ی بین اخلاق و مسئولیت اجتماعی، نقش میانجی را بازی می‌کند (۱۰).

طبق بیانیه‌های سازمان بهداشت جهانی، سلامت معنوی، یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت در انسان است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار می‌گیرد و سایر ابعاد سلامت را هماهنگ می‌کند (۱۱). این بعد از سلامتی، از بعد سلامت مذهبی و وجودی تشکیل می‌شود. سلامت مذهبی منعکس‌کننده‌ی ارتباط با خدا یا قدرتی بی‌نهایت و سلامت وجودی بیانگر ارتباط ما با دیگران، محیط و خود است که می‌توان آن را توانایی یکپارچه‌کردن ابعاد مختلف وجود و داشتن انتخاب‌های متفاوت دانست (۱۲).

انسان‌های دارای سلامت معنوی مطلوب، رویکردی

1. Moral Distress

شرکت در مطالعه بودند، در مطالعه حضور یافتند و پرستارانی که به صورت شیفت‌های اضافه‌کاری یا موردی مشغول به کار بودند و تمایل به شرکت در پژوهش نداشتند، از مطالعه خارج شدند. قبل از توزیع پرسش‌نامه‌ها، در رابطه با هدف پژوهش و نحوه‌ی پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه، اطلاعات کامل به واحدهای پژوهش داده شد؛ همچنین، خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه، اختیاری است و درباره‌ی محرمانه‌بودن اطلاعات و اینکه پاسخ‌های آنان، بی‌نام، منتشر خواهد شد، به آن‌ها اطمینان داده شد.

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل سه پرسش‌نامه بود:

۱. اطلاعات دموگرافیک، شامل متغیرهایی مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه‌ی بالینی، سابقه‌ی کار در بخش اورژانس، سیمت سازمانی (سرپرستار، استف و پرستار)، شیفت کاری (در گردش و ثابت) و شرکت در کارگاه اخلاق بود.

۲. پرسش‌نامه‌ی سلامت معنوی پولوتزین^۱ و الیسون^۲: این پرسش‌نامه، بیست گویه دارد که ده گویه‌ی زوج، سلامت وجودی و ده گویه‌ی فرد، سلامت مذهبی را اندازه‌گیری می‌کند. دامنه‌ی سؤالات، به صورت شش‌گزینه‌ای در مقیاس لیکرت، شامل گزینه‌های کاملاً مخالفم، مخالفم، نسبتاً مخالفم، نسبتاً موافقم، موافقم و کاملاً موافقم، دسته‌بندی شده است. در عباراتی که فعل مثبت دارند، پاسخ کاملاً مخالفم، نمره‌ی یک و کاملاً موافقم، نمره‌ی شش و بالعکس، در سؤالاتی که فعل منفی دارند، پاسخ کاملاً مخالفم، نمره‌ی شش و کاملاً موافقم، نمره‌ی یک را به خود اختصاص می‌دهد. نمره‌ی سلامت معنوی، حاصل مجموع نمره‌های دو زیرگروه سلامت وجودی و سلامت مذهبی است که دامنه‌ی آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ در نظر

کل نگر در زندگی دارند و می‌توانند در رویارویی با مشکلات، با ذهنی باز و انعطاف‌پذیر عمل کنند (۱۳). با عنایت به ماهیت رشته‌ی پرستاری و تعاملات نزدیک پرستاران با بیماران، هرچه آن‌ها سلامت معنوی و معنویت بیشتری داشته باشند، مراقبت و مداخلاتی بهتر برای بیماران انجام می‌دهند (۱۴). چیانگ و همکاران (۲۰۱۶)، بر این باورند که سلامت معنوی پرستاران، از جمله‌ی مهم‌ترین نظام‌های ارزشی و اعتقادی آنان است که می‌تواند تأثیری زیاد در نگرش و عملکرد آنان در مراقبت از بیماران و تعهد حرفه‌ای‌شان داشته باشد (۱۵).

سلامت معنوی، می‌تواند به‌عنوان منبعی آرامش‌بخش و امیدوارکننده، برای پرستاران که روزانه با عوامل استرس‌زای بسیاری مواجه می‌شوند و مسئولیت مراقبت از بیماران را بر عهده دارند، مفید باشد (۱۶ و ۱۷)؛ همچنین، می‌تواند نقشی حیاتی در سازگاری با استرس ایفا کند، تأثیری مثبت در سلامت روانی و جسمی افراد داشته باشد و به‌عنوان راهکاری رایج برای مقابله با مشکلات، به حساب آید (۱۸ و ۱۹).

با وجود اهمیت دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس و نقش مهم سلامت معنوی در نگرش و عملکرد آنان، مطالعه‌هایی محدود در زمینه‌ی وضعیت سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی آن‌ها انجام شده است؛ بنابراین، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش اورژانس انجام می‌گیرد.

روش کار

پژوهش پیش رو، مطالعه‌ای توصیفی مقطعی، از نوع هم‌بستگی، است. تعداد ۱۸۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان (بیمارستان‌های شهیدبهشتی و بعثت)، از تیر تا شهریور ۱۳۹۷، به صورت سرشماری، وارد مطالعه شدند؛ به این صورت که پرستاران شاغل در بخش اورژانس که علاقه‌مند به

1. Paloutzian
2. Ellison

بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان، تعدادی از نمونه‌ها، به دلیل نقص در تکمیل پرسش‌نامه‌ها، از مطالعه خارج شدند و تعدادی از آنها از شرکت در مطالعه انصراف دادند و در نهایت، پرسش‌نامه‌ی ۱۴۰ نفر بررسی شد. بازه‌ی سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۱ تا ۵۷ سال با میانگین ۳۱/۷± بود. میانگین سابقه‌ی کاری پرستاران ۷/۱۵±۶/۴۰ سال و میانگین سابقه‌ی کار در بخش اورژانس، ۳۱/۱۸±۳/۸۶ ماه بود. توصیف مشخصات دموگرافیک متغیرهای کیفی واحدهای پژوهش، شامل جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شیفت کاری، نوع استخدامی و سابقه‌ی شرکت در کارگاه اخلاق، به تفصیل، در جدول شماره‌ی یک آورده شده است. با استفاده از آزمون رگرسیون چندگانه، تنها، متغیر سابقه‌ی شرکت در کارگاه اخلاق، پیش‌بینی‌کننده‌ی میزان شدت دیسترس اخلاقی است.

جدول شماره‌ی ۱- مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۷۴	۵۲/۹
	زن	۶۶	۴۷/۱
وضعیت تأهل	مجرد	۵۲	۳۷/۱
	متاهل	۸۸	۶۲/۹
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۲۲	۱۵/۷
	کارشناسی	۱۰۳	۷۳/۶
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۵	۱۰/۷
شیفت کاری	در گردش	۱۱۴	۸۱/۴
	ثابت صبح	۱۳	۹/۳
	ثابت عصر	۷	۵
	ثابت شب	۶	۳/۴
نوع استخدامی	رسمی	۴۱	۲۹/۳
	پیمانی	۷۲	۵۱/۴
	طرحی	۲۷	۱۹/۳
سابقه‌ی شرکت	بله	۷۰	۵۰

گرفته شده است. سلامت معنوی، به سه سطح پایین (۲۰ تا ۴۰)، متوسط (۴۱ تا ۹۹) و بالا (۱۰۰ تا ۱۲۰) تقسیم‌بندی می‌شود. پالوتزین و الیسون، ضریب آلفای کرونباخ سلامت مذهبی و سلامت وجودی و کل مقیاس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳. گزارش کرده‌اند. در ایران، در مطالعه‌ای که ستوده و همکاران (۲۰۱۶) انجام داده‌اند، پایایی پرسش‌نامه با استفاده از ضریب همبستگی دورنی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶. محاسبه شده است (۱۷). در مطالعه‌ی حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

۳. پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی کورلی^۱: این پرسش‌نامه، ۲۱ سؤالی است و سؤالات آن، شامل وضعیت‌هایی است که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران را از مواجهه با این وضعیت‌ها می‌سنجد. دامنه‌ی نمره‌ها در بعد شدت، از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در بعد تکرار، از هرگز (صفر) تا مکرراً (پنج)، مرتب شده است. در ایران، پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی در مطالعه‌ی برهانی و همکاران (۲۰۱۴)، استفاده و روایی و پایایی آن مشخص شده است. ده نفر از استادان متخصص در امر اخلاق، روایی آن را بررسی کرده‌اند و شاخص روایی محتوا (CVI) ۸۸ درصد به دست آمده است. پایایی آن نیز، با استفاده از ضریب همبستگی دورنی (آلفای کرونباخ) ۹۱ درصد محاسبه شده است (۲۰). در مطالعه‌ی حاضر هم، آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ به دست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری، از طریق نرم‌افزار آماری SPSS، نسخه‌ی ۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل شدند. لازم به ذکر است سطح معناداری در این مطالعه، ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

از میان ۱۸۰ پرستار شاغل در بخش اورژانس

1. corly

دیسترس اخلاقی، $۱۲/۵۴ \pm ۵۳/۹۷$ بود؛ به عبارت دیگر، نمره‌ی سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی پرستاران، در حد متوسط بود (نک: جدول شماره‌ی دو).

در کارگاه اخلاق	خیر	۷۰	۵۰
-----------------	-----	----	----

نتایج نشان داد که میانگین نمره‌ی کل سلامت معنوی پرستاران $۱۳/۱۲ \pm ۸۵/۳۶$ میانگین نمره‌ی شدت دیسترس اخلاقی آنان، $۱۲/۳۸ \pm ۵۴/۷۴$ و میانگین نمره‌ی تکرار

جدول شماره‌ی ۲- شاخص‌های پراکندگی متغیر سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی پرستاران

متغیر	میانگین نمره	انحراف معیار	دامنه‌ی نمره‌های قابل کسب	دامنه‌ی نمره‌های کسب‌شده
سلامت	۴۳/۷۹	۶/۲۲	۶۰ تا ۱۰۰	۵۵ تا ۲۹
معنوی	۴۱/۵۷	۷/۹۴	۶۰ تا ۱۰۰	۶۰ تا ۲۳
سلامت معنوی کل	۸۵/۳۶	۱۳/۱۲	۱۲۰ تا ۲۰۰	۱۱۵ تا ۵۴
دیسترس شدت	۵۴/۷۴	۱۲/۳۸	۱۱۰ تا ۰	۸۸ تا ۱۷
اخلاقی تکرار	۵۳/۹۷	۱۲/۵۴	۱۱۰ تا ۰	۸۵ تا ۱۸

پرستاران بالاتر باشد، دیسترس اخلاقی آن‌ها شدتی کمتر دارد؛ ولی ارتباطی معنادار بین سلامت معنوی کل با تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران مشاهده نشد ($r = -۰/۱۳۸$ ، $p > ۰/۰۵$) (نک: جدول شماره‌ی سه).

در جدول شماره‌ی سه، ضریب هم‌بستگی پیرسون نشان می‌دهد بین سلامت معنوی کل با شدت دیسترس اخلاقی پرستاران، هم‌بستگی منفی و معنی‌دار وجود دارد ($r = -۰/۲۰۰$ ، $p = ۰/۰۵$)؛ بدین معنی که هرچه نمره‌ی سلامت معنوی

جدول شماره‌ی ۳- جدول هم‌بستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی پرستاران

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱ سلامت مذهبی	۱				
۲ سلامت وجودی	$۰/۷۱۳^{**}$	۱			
۳ سلامت معنوی کل	$۰/۹۰۶^{**}$	$۰/۹۴۳^{**}$	۱		
۴ شدت دیسترس اخلاقی	$-۰/۱۶۸^*$	$-۰/۱۹۸^*$	$-۰/۲۰۰^*$	۱	
۵ تکرار دیسترس اخلاقی	$-۰/۱۰۱$	$-۰/۱۳۸$	$-۰/۱۳۱$	$۰/۸۵۲^{**}$	۱

** هم‌بستگی در سطح $۰/۰۱$ معنی‌دار است. * هم‌بستگی در سطح $۰/۰۵$ معنی‌دار است.

پرستاران شاغل در بخش اورژانس، بررسی شد. بر اساس یافته‌ها، نمره‌ی دیسترس اخلاقی اکثر پرستاران، در حد

بحث در این مطالعه، ارتباط سلامت معنوی با دیسترس اخلاقی

هم، سلامت معنوی متوسطی داشته‌اند و نمره‌های بعد سلامت مذهبی، بیشتر از سلامت وجودی است که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۱۲). رحیمی و همکاران (۲۰۱۳)، سطح متوسط و نسبتاً مطلوب سلامت معنوی جامعه‌ی مورد پژوهش را به مذهبی‌بودن جامعه‌ی ایران و تمایل افراد به رعایت ارزش‌های معنوی و به‌عبارتی، فرهنگ حاکم بر کشور نسبت داده‌اند (۲۳)؛ بنابراین، چنین نتایجی برای جامعه‌ی ما که متمایل به ارزش‌های مذهبی و معنوی است، دور از انتظار نیست؛ ولی با توجه به اهمیت سلامت معنوی، نیاز به ارتقای بیشتر سلامت معنوی پرستاران، بیشتر، احساس می‌شود.

در این مطالعه، بین دیسترس اخلاقی و سلامت معنوی پرستاران، تنها، در بعد شدت، رابطه‌ی معنی‌دار معکوس مشاهده شد؛ به این صورت که با افزایش شدت دیسترس اخلاقی، سطح سلامت معنوی در پرستاران، کاهش پیدا کرد. شایسته‌ی یادآوری است که هیچ‌گونه مطالعه‌ای که ارتباط بین این دو متغیر را با یکدیگر در گروه پرستاران سنجیده باشد، یافت نشد؛ اما در مطالعات نزدیک به موضوع، می‌توان اشاره کرد که در پرستاران، سلامت معنوی ارتباطی مثبت با استرس شغلی (۲۴)، تعهد حرفه‌ای (۱۵) و بهزیستی روان‌شناختی پرستاران (۱۷) دارد که این موارد می‌تواند نقشی بسیار چشمگیر در کاهش دیسترس اخلاقی آن‌ها داشته باشد.

با توجه به نقش سلامت معنوی بر دیسترس اخلاقی پرستاران، لحاظ کردن خط‌مشی‌هایی برای برنامه‌های آموزش پرستاری و گنجاندن مباحث مربوط به تقویت سلامت معنوی و ادغام آن در فرایندهای مراقبتی ارائه‌شده، می‌تواند آن‌ها را در حصول آمادگی لازم برای کنترل دیسترس اخلاقی کمک کند. ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، نبودن مطالعات مشابه، تعداد کم افراد تحت مطالعه و پاسخ‌گونی‌بودن برخی از پرستاران بود؛ لذا انجام تحقیق با حجم نمونه‌ی بزرگ‌تر و در محدوده‌ی جغرافیایی وسیع‌تر توصیه می‌شود.

متوسط بود. در مطالعه‌ای مشابه که نیوره و همکاران (۲۰۱۵) در بخش اورژانس شهر اهواز انجام داده‌اند نیز، نمره‌ی دیسترس پرستاران، در حد متوسط، گزارش شده است (۲۱)؛ همچنین، زاوتسکی و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه‌ی خود، به نتایجی مشابه دست یافته‌اند (۸). در مطالعه‌ی برهانی و همکاران (۲۰۱۴)، پرستاران دیسترس اخلاقی کمتری داشته‌اند (۲۲). دلیل اختلاف در یافته‌ها، می‌تواند تفاوت در جامعه‌ی پژوهش باشد؛ چراکه پرستاران شاغل در بخش اورژانس، به‌طور روزانه، با موقعیت‌های دشوار و ایجادکننده‌ی دیسترس، روبه‌رو می‌شوند. بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها با توجه به تعداد زیاد مراجعان، همواره، پرازدحام و چالش‌برانگیز است؛ همچنین، کمبود متخصصان طب اورژانس، کمبود پرستار حرفه‌ای، آموزش ناکافی، تجهیزات نامناسب و فرهنگ متفاوت مراجعان، پرستاران بخش اورژانس را با چالش‌های اخلاقی متعددی مواجه می‌کند. زاوتسکی نیز، در مطالعه‌ی خود عواملی مانند عدم بیمه، کارکنان ضعیف، مدیریت بیمار با رفتارهای غیرعادی، پایان مراقبت از زندگی، رهبری ضعیف، بی‌کفایتی پزشک، محدودیت‌های مالی و تجهیزات با عملکرد ضعیف را به‌عنوان عوامل بالابرنده‌ی تکرار و شدت دیسترس اخلاقی نام برده است (۸). با توجه به اینکه این پدیده به‌عنوان مانعی برای دستیابی به اهداف توسعه‌ی فردی و اجتماعی پرستاران عمل می‌کند، اتخاذ راهکارهایی برای پرستاران اورژانس، به‌منظور آشنایی با مفهوم دیسترس اخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن، از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی، ضروری به نظر می‌رسد.

نتایج مطالعه در ارتباط با میانگین نمره‌ی کل سلامت معنوی پرستاران ($13/12 \pm 85/36$)، گویای آن است که پرستاران، سلامت معنوی متوسطی دارند و نمره‌ی بعد سلامت مذهبی ($43/79 \pm 7/22$) بیش از نمره‌ی بعد سلامت وجودی ($41/07 \pm 7/94$) است. مطالعه‌ی آتش‌زاده شوریده و همکاران (۲۰۱۷) نیز، نشان می‌دهد که پرستاران شهر تهران

نتیجه گیری

نمره‌ی سلامت معنوی و دیسترس اخلاقی اکثر پرستاران، در حد متوسط بود. با توجه به اهمیت این دو متغیر، نیاز به کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران و ارتقای بیشتر سلامت معنوی آنان احساس می‌شود. با توجه به نقش سلامت معنوی بر دیسترس اخلاقی پرستاران، تقویت این بعد از سلامت افراد، توصیه می‌شود؛ به طوری که اتخاذ تصمیمات مدیریتی برای ارتقای شرایط سلامت معنوی و کاهش دیسترس اخلاقی در بیمارستان‌ها برای پرستاران، می‌تواند کمک‌کننده محسوب شود.

تقدیر و تشکر

این مطالعه، حاصل طرح تحقیقاتی به شماره‌ی طرح ۹۷۰۲۰۴۴۹۳، مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان و با شناسه‌ی اخلاق IR.UMSHA.REC.1397.18 است. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و شرکت‌کنندگان در این مطالعه، صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر است بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع

- 1- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(6): 523-30.
- 2- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2007; 23(5): 256-63.
- 3- Häggström E, Mbusa E, Wadensten B. Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics*. 2008; 15(4): 478-91.
- 4- Pijl-Zieber E, Hagen B, Armstrong-Esther C, Hall B, Akins L, Stingl M. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care?. *Quality in Ageing and Older Adults*. 2008; 9(2): 39-48.
- 5- Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nursing outlook*. 2000; 48(5): 199-201.
- 6- Hart TJ. Moral distress in a non-acute continuing care setting: The experience of Registered Nurses. 2009.
- 7- Ameri M, SafaviBayat Z, Ashktorab T, Kavooosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(1): 64-73. [in Persian]
- 8- Zavotsky KE. Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing. 2015.
- 9- Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012; 3(2): 1-9.
- 10- Mohajeran B. Structural modeling of relationship between professional ethics and spirituality at work with social responsibility among nurses in the public hospitals in Kermanshah city. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2014; 3(2): 20-9. [in Persian]
- 11- Khoshbakht Pishkhani M, Mohammadi Shahboulaghi F, Khankeh H, Dalvandi A. Spiritual health in Iranian elderly: A concept analysis by Walker and Avant's approach. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(1): 96-113. [in Persian]
- 12- Atashzadeh-Shoorideh F, Abdoljabbar M, Karamkhani M, Khubestani MS, Pishgooie SA. The relationship between Nurses' spiritual health and their caring behaviors. *Journal of Reaserch on Religion & Health*. 2017; 3(1): 5-17.
- 13- Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual health among nursing and midwifery students at kerman university of medical sciences. *Journal of Hayat*. 2014; 19(4): 74-81. [in Persian]
- 14- Ebadi BN, Hosseini MA, Rahgoi A, Fallahi Khoshknab M, Biglarian A. The relationship between spiritual health and happiness among nursing students. *Journal of Nursing Education*. 2016; 5(5): 23-30. [in Persian]
- 15- Chiang Y-C, Lee H-C, Chu T-L, Han C-Y, Hsiao Y-C. The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*. 2016; 64(3): 215-224.
- 16- Mitchell DL, Bennett MJ, Manfrin-Ledet L. Spiritual development of nursing students: developing competence to provide spiritual care to patients at the end of life. *Journal of Nursing Education*. 2006; 45(9): 365-370.
- 17- Sotoodeh H, Shakerinia I, Jobaneh RG, Kheyraati M, Seddigh MH. Role of Family Health and Spiritual health on Nurses Psychological Wellbeing. *Medical History Journal*. 2015; 7(25): 161-84.
- 18- Mahbobi M, Etemadi M, Khorasani E, Ghiasi M. The relationship between spiritual health and social anxiety in chemical veterans. *Iranian Journal of Military Medicine*. 2012; 14(3): 186-91.
- 19- Jafari E, Dehshiri GR, Eskandari H, Najafi M, Heshmati R, Hoseinifar J. Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010; 5: 1477-81.
- 20- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and its relationship with professional stress in nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 6(6): 10-9. [in Persian]
- 21- Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in

2015. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 14(6): 443-54. [in Persian]

22- Borhani F, Abbas zadeh A, Arab M, Faramarzipor M. Ethical Distress in Nurses Working in Educational Hospitals of Jiroft. Medical Ethics Journal. 2014; 8(26): 135-57. [in Persian]

23- Rahimi N, Nouhi E, Nakhaee N. Spiritual well-being and attitude toward spirituality and

spiritual care in nursing and midwifery students. Iran Journal of nursing. 2013; 26(85): 55-65. [in Persian]

24- Rafiei S, Kiaiei MZ, Sadeghi P, Rahmati Z. Role of Spiritual Health on Job Stress among Nurses A Cross-sectional Study in an Educational Hospitals of Qazvin City. Journal of Hospital. 2019; 18(1): 33-41. [in Persian]

Original Article

Relationship Between Spiritual Health and Moral Distress of Nurses Working in Emergency Department of Hamadan University of Medical Sciences Hospitals

Farshid Shamsaei¹, Marzieh Jahani Sayad Noveiri², Naser Mohammadgholimezerji³, Shirin Ranjbar⁴, Mehdi Khazaei⁵, Zahra Maghsoudi^{*6}

¹Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

²PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

³PhD Student in Biostatistics, School of public health, Hamadan University of medical sciences, Hamadan, Iran.

⁴Master of Science in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

⁵Undergraduate Student of Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

⁶PhD Student in Nursing, Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

* **Corresponding Author:** maghsoudi.zahra89@gmail.com

Abstract

Undesirable experience as “moral distress” is one of the major issues faced by nurses when making moral decisions. The spiritual dimension is one of the dimensions that influences their moral distress; therefore, this study was conducted with the aim of determining the relationship between spiritual health and the moral distress of nurses working in the emergency departments. In this descriptive-analytic study, 140 nurses working in the emergency departments of the educational and medical centers of Hamedan participated by census sampling. Data were collected through a three-part questionnaire, including demographic information, Paloutzian and Ellison spiritual health questionnaires and Corly moral distress questionnaire. The data was analyzed by Chi-square test and Pearson correlation coefficients using SPSS software, version 16. The mean age of participants was 31.9 ± 7.31 years. The spiritual health score and moral distress of most nurses were moderate. A negative and significant correlation was observed between spiritual health and the severity of nurses' moral distress, ($r = -0.200$, $p = 0.05$), meaning that the higher the nurse's spiritual health score, the lower their moral distress. The results indicate that spiritual health is an effective parameter in reducing moral distress in nurses, so it is suggested to pay attention to spiritual's dimension in promotion of nurses' health.

Keywords: Nurse, Moral distress, Spiritual health

