

بررسی ارتباط آشفته‌گی اخلاقی با کنترل و تقاضای شغلی در پرستاران بیمارستان های

شهر تبریز

نویسندگان:

جواد محمدی، عزت‌اله قدم پور، امیر عزیزی*

۱- گروه روانشناسی عمومی، دانشکده ادبیات، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 3, Fall 2014

چکیده:

مقدمه: آشفته‌گی اخلاقی به عنوان متغیری مؤثر در چگونگی انجام وظایف شغلی پرستاران به شمار می‌آید. از طرفی تقاضا و کنترل شغلی می‌تواند تحت تأثیر آشفته‌گی اخلاقی قرار بگیرد. هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط آشفته‌گی اخلاقی با کنترل و تقاضای شغلی در پرستاران است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- مقطعی است که به روش همبستگی انجام گردید. جامعه‌ی آماری مورد بررسی شامل همه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند که با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تعداد ۱۴۵ نفر به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی آشفته‌گی اخلاقی کورلی و پرسشنامه‌ی کنترل- تقاضای شغلی وال، جکسون و مولارکی استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از روش‌های ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها میانگین و انحراف معیار متغیرهای تکرار آشفته‌گی اخلاقی به ترتیب ۲/۹۹ و ۰/۶۰، شدت آشفته‌گی اخلاقی ۲/۶۵ و ۰/۷۷، تقاضای شغلی ۴/۹۳ و ۰/۹۷ و کنترل شغلی ۳/۴۲ و ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین بین آشفته‌گی اخلاقی با تقاضای شغلی ضریب همبستگی $r=0/304$ و با کنترل شغلی $r=-0/368$ به دست آمد. نتایج رگرسیون چندگانه گام به گام نیز نشان داد که مؤلفه‌های آشفته‌گی اخلاقی (تکرار و شدت) می‌تواند کنترل و تقاضای شغلی را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری: آشفته‌گی اخلاقی رابطه‌ی مثبت و معناداری با تقاضای شغلی و رابطه‌ی منفی و معناداری با کنترل شغلی داشت. بنابراین شدت بالای آشفته‌گی اخلاقی با افزایش تقاضای شغلی و کاهش کنترل شغلی همراه است. در نتیجه برای کاهش تقاضای شغلی و نیز افزایش کیفیت شغلی می‌توان به ارتقاء وضعیت اخلاقی در پرستاران، از طریق آموزش اصول اخلاق پرستاری پرداخت.

واژگان کلیدی: آشفته‌گی اخلاقی، تقاضای شغلی، کنترل شغلی، پرستاران

J Educ Ethics Nurs 2014;3(3):23-30

مقدمه:

قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیش‌رو از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود [۴]. به عقیده‌ی اسپلوتر و همکاران (۲۰۰۴) آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند یک عامل بالقوه آسیب‌زا برای پرستاران محسوب شود [۵]. آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند تبعات متفاوتی را در پرستاران، بیماران و همچنین، سازمان‌های بهداشتی داشته باشد [۶]. روبه‌رو شدن با شرایط استرس‌زا پرستاران را با احساس محرومیت، غمگینی و تضاد روبه‌رو کرده منجر به ایجاد حالات افسردگی، بی‌فایده‌گی و رنجوری در آنها می‌شود [۷].

گسترش روزافزون علوم، سلامتی گروه مراقبین را با مسائل اخلاقی مختلفی مواجه ساخته است که در این میان آشفته‌گی اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردار است [۱]. پرستاری، حرفه‌ای است که همواره بنابر ماهیت خود با مسائل اخلاقی شایعی روبه‌رو بوده است. یکی از این موضوعات اخلاقی، آشفته‌گی اخلاقی است که امروزه بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است و نخستین بار توسط جامپتون مطرح شده است [۲،۳]. آشفته‌گی اخلاقی را می‌توان درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی دانست که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت

* نویسنده مسئول، نشانی: خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات، گروه روانشناسی عمومی

پست الکترونیک: amir28144@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۴۱۰۲۶۰۵۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۹/۳

کنترل افراد بر فرآیند کاری یعنی توانایی تصمیم‌گیری و فرصت برای اعمال میزان کنترل بر روی کار به منظور به انجام رساندن آن در شغل پایین باشد، در این صورت شغل یک منبع فشار روانی خواهد بود. این الگو فرض می‌کند که دامنه‌ی کنترل فرد بر موقعیت محیطی از یک طرف، یک بعد مهم در تعیین سلامت فرد و از طرف دیگر باعث ایجاد محیطی که یادگیری در آن فعال باشد می‌گردد [۱۴].

تمام انتظارات و خواسته‌هایی را که از یک پرستار در شغل و امور کاری‌اش وجود دارد، اعم از اینکه از طرف همکاران، سرپرستان، سازمان و مراجعه‌کنندگان باشد می‌توان تقاضاهای شغلی نامید [۱۵]. کنترل شغلی نیز به کنترل بر فرآیندهای کاری یعنی توانایی تصمیم‌گیری و فرصت اعمال کنترل بر روی کار به منظور به انجام رساندن آن باز می‌گردد [۱۶].

گروسی و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهشی دریافتند که تقاضاهای محیطی در تغییر فشار روانی کارکنان سلامت تأثیر معناداری دارند [۱۷]. همچنین شاوروک و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیقی نشان دادند که کنترل شغلی اثرات مضر تقاضاهای شغلی را در پیش‌بینی خستگی عاطفی و مسخ شخصیت تعدیل می‌کند [۱۸]. در سازمان‌های بهداشتی توجه به نیروی انسانی اهمیت دوچندانی می‌یابد. در واقع با تلاش‌های سازمان‌های بهداشتی است که سلامت نیروی فعال و کارآمد سایر سازمان‌ها نیز تضمین می‌شود. بنابراین ایجاد رضایت در نیروی درون سازمانی سبب ایجاد رضایت در کل سازمان می‌شود که منجر به تسهیل دسترسی به هدف سازمان یعنی ارتقاء سلامت جامعه می‌گردد. بخش مهمی از نیروی انسانی این سازمان‌ها را پرستاران تشکیل می‌دهند. اما متأسفانه پرستاران اغلب نادیده انگاشته شده، در صحنه‌ی مراقبت به حاشیه رانده می‌شوند و اغلب احساس می‌کنند در محیط کارشان ضعیف هستند [۱۹].

هرچند چگونگی ارزش‌های اخلاقی پرستاران بر تعریف آنها از وظایف شغلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و تقاضای شغلی اشاره به میزان کاری دارد که از طرف سازمان به فرد تحمیل می‌شود، تعریف پرستاران از بجا یا نابجا بودن توقعات سازمانی می‌تواند تحت تأثیر معیارهای اخلاقی آنها قرار گیرد. همچنین به نظر می‌رسد آشنفگی اخلاقی با توجه به تأثیرات منفی که بر کیفیت کاری دارد می‌تواند در کنترل شغلی افراد نیز مؤثر باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی ارتباط آشنفگی اخلاقی با کنترل و تقاضای شغلی در پرستاران است.

روش کار:

پرستاران در مواجهه با شرایط استرس‌زا به روش‌های متفاوتی واکنش نشان می‌دهند. عده‌ای از آنها احساس گناه کرده و گزارش خطا تنظیم می‌کنند. تعدادی نیز با سایر اعضای گروه درمان به مقابله پرداخته و از انجام درمان‌های غیر ضروری خودداری می‌کنند، عده‌ای نیز سکوت می‌کنند. با ادامه‌ی روند آشنفگی اخلاقی و شکست مکانیزم‌های تطابقی در پرستاران، عوارض ناشی از آشنفگی اخلاقی بروز می‌کند [۸].

آشنفگی اخلاقی علاوه بر تأثیر بر کارکنان، روی بیماران نیز تأثیر بسزایی دارد. آشنفگی اخلاقی در پرستاران باعث احساس ناتوانی و فقدان کیفیت در تغییر دادن شرایط کار در محیطه‌ی مراقبت از بیماران می‌شود [۹]. تبعات آشنفگی اخلاقی، سازمان‌ها را نیز متأثر می‌کند، به طوری که کیفیت پایین مراقبت مدت زمان بستری بیماران را در محیطه‌های درمانی افزایش داده و سازمان‌ها را با افزایش شکایت‌ها و نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت مواجهه می‌سازد. این خود می‌تواند حتی سازمان‌ها را با معضلات مالی فراوانی مواجه کند و وجهه‌ی آنها را نیز متزلزل سازد. از طرفی، طیف پیوسته‌ی نارضایتی 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 [۱۰].

در زمینه‌ی بروز آشنفگی اخلاقی در پرستاران تحقیقاتی صورت گرفته که از آن جمله می‌توان به برهانی و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرد که در پژوهشی، میانگین شدت آشنفگی اخلاقی در پرستاران را (۳/۵) از کل (۶-۰) و میانگین فراوانی آشنفگی اخلاقی را (۲/۷) از کل (۶-۰) گزارش کردند [۱۱].

عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی ارتباط بین آشنفگی اخلاقی و تعلق شغلی پرستاران پرداختند. یافته‌های این تحقیق نشان داد پرستاران شدت متوسطی از آشنفگی اخلاقی را تجربه می‌کنند و رابطه‌ی مثبت و معناداری بین شدت آشنفگی اخلاقی و تعلق شغلی پرستاران به دست آمد. به این معنی که پرستارانی که تعلق شغلی بالاتری دارند، به علت احساس مسئولیت بالاتر در انجام وظایف تمایل به عملکرد بهتر و کامل‌تری نسبت به بیماران و همکاران دارند اما از آنجا که قوانین سازمانی محدودیت‌هایی را در این زمینه اعمال می‌کند در نتیجه میزان آشنفگی اخلاقی در این افراد بیشتر است [۱۲].

در طی سال‌های گذشته یکی از الگوهای استرس شغلی که مورد توجه پژوهشگران بسیاری بوده، الگوی کنترل-تقاضای شغلی است [۱۳]. یکی از نظریات مهمی که در آن سلامت ذهن افراد با طراحی شغل مربوط شده، نظریه‌ی کاراسک (۱۹۷۹) می‌باشد. برطبق این نظریه، دو مؤلفه‌ی مهم کار شامل تقاضا و کنترل شغلی می‌باشد. هرگاه تقاضای شغلی بالا بوده اما

برای سنجش کنترل و تقاضای شغلی از ابزار کنترل- تقاضای شغلی وال، جکسون و مولارکی (۱۹۹۵) استفاده گردید. این ابزار دارای ۲۴ سؤال است که ۱۰ سؤال اول مربوط به کنترل شغلی و ۱۴ سؤال دوم مربوط به تقاضای شغلی می‌باشد. در این پرسشنامه یک ابزار سه درجه‌ای (۲-۰) بلی، تا حدودی و خیر برای هر سؤال در نظر گرفته شده است. حداقل و حداکثر نمره برای کنترل شغلی بین ۰ تا ۲۰ و برای تقاضای شغلی بین ۰ تا ۲۸ می‌باشد. نمره ی پایین نشان دهنده ی میزان کمتر کنترل شغلی و تقاضای شغلی در این ابزار است. پایایی و اعتبار آن در تحقیق وال و همکاران (۱۹۹۵) و جهانبخش (۲۰۰۹) مناسب و بیشتر از ۰/۸۰ گزارش گردیده است [۲۱، ۲۲]. در پژوهش حاضر اعتبار ابزارهای فوق به روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که در دو مرحله توسط ۱۶ نفر از استادان صاحب‌نظر دانشگاه روان‌شناسی و علوم تربیتی تبریز مطالعه شد و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش آزمون مجدد استفاده گردید به این منظور ابزارها توسط ۱۰ نفر از پرستاران که دارای مشخصات یکسان با نمونه‌های پژوهش بودند تکمیل و به فاصله ی ۷-۱۰ روز بعد مجدداً ابزارها توسط همان پرستاران تکمیل و سپس ضریب همبستگی آنها محاسبه شد. ضریب همبستگی برای ابزار آشنفگی اخلاقی ۰/۸۳ و ابزار کنترل و تقاضای شغلی ۰/۶۹ به دست آمد. سطح معناداری برای پرسشنامه‌ها ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد. سپس نمره ی افراد در هر دو ابزار محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده، از آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد و سپس همه ی مراحل توسط نرم‌افزار SPSS 20 محاسبه گردید.

یافته‌ها:

نتایج به دست آمده در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار تکرار آشنفگی اخلاقی به ترتیب در پرستاران به تفکیک بخش‌های محل خدمت به شرح زیر است: سی سی یو ۳/۹۶ و ۰/۴۷، آی سی یو ۳/۵۳ و ۰/۵۳، جراحی ۲/۶۱ و ۰/۶۵، اورژانس ۲/۹۱ و ۰/۷۱، داخلی ۲/۴۲ و ۰/۶۴، زنان ۲/۵۲ و ۰/۵۹ و میانگین و انحراف معیار کل تکرار آشنفگی اخلاقی به ترتیب ۲/۹۹ و ۰/۶۰ به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار آشنفگی اخلاقی به ترتیب در پرستاران به تفکیک بخش‌های محل خدمت به شرح زیر می‌باشد: سی سی یو ۳/۴۲ و ۰/۶۷، آی سی یو ۳/۵۶ و ۰/۸۶، جراحی ۲/۲۱ و ۰/۹۲، اورژانس ۲/۶۴ و ۰/۵۹، داخلی ۲/۱۲ و

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی- مقطعی است. جامعه‌ی آماری مورد تحقیق در این پژوهش شامل همه ی پرستاران در بیمارستان‌های شهر تبریز بودند و تعداد نمونه در این پژوهش براساس جدول گرجی. مورگان ۱۴۵ نفر انتخاب شد. به طوری که از بیمارستان محلاتی ۲۹ نفر، مدنی ۹۰ نفر، شهدا ۱۱ نفر و رازی ۱۵ نفر انتخاب شد و نمونه‌های هر ۴ بیمارستان از بیمارستان‌های دولتی انتخاب شدند. برای انتخاب حجم نمونه هر بیمارستان از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده گردید. برای اجرای پژوهش پژوهشگران هر روز با مراجعه به بیمارستان‌های فوق و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران تهیه کرده و سپس به شیوه‌ی قرعه‌کشی تعدادی پرستار مبتنی بر حجم نمونه انتخاب نموده و پس از توضیح هدف کلی و جلب رضایت آنها با استفاده از فرم انتخاب نمونه، واجدین شرایط پژوهش را انتخاب می‌نمودند. در مدت یک ماه تمامی داده‌ها گردآوری شدند. حضور پژوهشگر در بیمارستان و تأکید مکرر به پرستاران باعث شد که تمام پرستاران انتخاب شده به سؤالات پرسشنامه‌ها به صورت کامل و دقیق پاسخ دهند، همچنین قبل از ورود شرکت‌کنندگان از تمام آنها رضایت‌نامه ی اخلاقی اخذ گردید. معیارهای ورود عبارت بودند از: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و بالاتر، نداشتن اختلال جدی پزشکی و روان‌پزشکی از جمله صرع، لکنت زبان، میل و رغبت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. در این تحقیق به منظور گردآوری اطلاعات از دو ابزار استفاده شد: ابزار سنجش آشنفگی اخلاقی و ابزار کنترل- تقاضای شغلی. ابزار سنجش آشنفگی اخلاقی توسط کورلی ساخته شده است و شامل مواقعی است که فرد شدت و تکرار آشنفگی 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. در این ابزار عدد ۵ بیشترین میزان آشنفگی اخلاقی و عدد صفر فقدان وجود آشنفگی اخلاقی را نشان می‌دهد. مجموع نمرات حاصل برای شدت و تکرار آشنفگی اخلاقی ۲۱۶-۰ است. در صورتی که نمرات بین ۷۲-۰ باشد میزان شدت و تکرار آشنفگی اخلاقی در سطح کم ارزیابی می‌گردد. برای نمرات بین ۱۴۴-۷۳ شدت و تکرار آشنفگی اخلاقی به میزان متوسط و نمرات بین ۱۴۵-۲۱۶ شدت و تکرار آشنفگی اخلاقی در سطح شدید ارزیابی می‌گردد. در پژوهش عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۳) روایی این پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه شد و پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ به دست آمد [۲۰].

معنادار بوده و همچنین ضریب همبستگی بین آشنفتگی اخلاقی و تقاضای شغلی $0/304$ و در سطح $0/001$ معنادار می‌باشد. براساس تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه گام به گام داده‌ها مشخص شد که مؤلفه‌های آشنفتگی اخلاقی (تکرار و شدت) می‌تواند کنترل و تقاضای شغلی را پیش‌بینی کند. خلاصه این نتایج در جدول ۴ و ۵ آمده است.

$0/76$ ، زنان $1/96$ و $0/82$ و میانگین و انحراف معیار کل شدت آشنفتگی اخلاقی به ترتیب $2/65$ و $0/77$ به دست آمد. براساس نتایج حاصل از جدول ۲، میانگین و انحراف معیار کل کنترل شغلی به ترتیب $3/42$ و $0/86$ و تقاضای شغلی $4/93$ و $0/97$ است. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌گردد، ضریب همبستگی بین آشنفتگی اخلاقی و کنترل شغلی $0/368$ - و در سطح $0/001$

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر تکرار و شدت آشنفتگی اخلاقی پرستاران برحسب نوع بخش

متغیر	تکرار آشنفتگی اخلاقی		شدت آشنفتگی اخلاقی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سی سی یو	3/96	0/47	3/42	0/67
آی سی یو	3/53	0/53	3/56	0/86
جراحی	2/61	0/65	2/21	0/92
اورژانس	2/91	0/71	2/64	0/59
داخلی	2/42	0/64	2/12	0/76
زنان	2/52	0/59	1/96	0/82
نمره ی کل	2/99	0/60	2/65	0/77

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر کنترل و تقاضای شغلی در پرستاران

متغیر	میانگین	انحراف معیار	تعداد
کنترل شغلی	3/42	0/86	145
تقاضای شغلی	4/93	0/97	145

جدول ۳: همبستگی نمرات مؤلفه‌های آشنفتگی اخلاقی با کنترل و تقاضای شغلی

	کنترل شغلی		تقاضای شغلی	
	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری
تکرار آشنفتگی اخلاقی	-0/471	0/001	0/294	0/001
شدت آشنفتگی اخلاقی	-0/361	0/001	0/228	0/006

جدول ۴: ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام نمرات مؤلفه‌های آشنفتگی اخلاقی و کنترل شغلی

معناداری	T	Beta	B
ثابت	16/185		4/570
تکرار آشنفتگی اخلاقی	-6/390	-0/471	-0/651
ثابت	17/671		6/18
تکرار آشنفتگی اخلاقی	-8/038	-0/526	-1/727
شدت آشنفتگی اخلاقی	-6/540	-0/428	-0/502

جدول ۵: ضرایب رگرسیون چندگانه گام به گام نمرات مؤلفه‌های آشنفتگی اخلاقی و تقاضای شغلی

معناداری	T	Beta	B
ثابت	9/257		2/243
تکرار آشنفتگی اخلاقی	3/675	-0/294	0/321
ثابت	4/380		1/440
تکرار آشنفتگی اخلاقی	4/226	0/328	0/359
شدت آشنفتگی اخلاقی	3/472	0/270	0/251

بحث:

وی نشان داد که آشننگی اخلاقی با تأثیر منفی در کنترل زندگی حرفه‌ای و شخصی پرستاران نمایان است و آشننگی اخلاقی، بیشتر در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه دیده می‌شود [۲۵].

زمانی که فرد به علت تعارضی که بین توقعات اخلاقی خود و محدودیت‌هایی که از طرف سازمان بر او تحمیل می‌شود، نتواند به یک تعادل از نظر مدیریت منابع کاری خود برسد، طبیعتاً در کنترل و نظم دادن به وظایف شغلی خود دچار مشکل می‌گردد. چرا که از طرفی او خواهان ارضاء تمایلات اخلاقی خود است که مبنای آن انجام کارها به بهترین نحو ممکن و مبتنی بر اخلاق شخصی خود است؛ اما توقعات سازمان از او گاهی در تعارض با این امر قرار می‌گیرد که نتیجه ی آن اغتشاش و بی‌نظمی در مدیریت منابع فردی در نظم بخشیدن و مدیریت امور شغلی خواهد شد. پس عجیب به نظر نمی‌رسد که اگر آشننگی اخلاقی در پرستاران بیش از حد معمول باشد و آنان را در انجام امور شغلی، رسیدگی و مراقبت از بیماران و تعامل با همکاران دچار مشکل می‌کند؛ چرا که ممکن است توقعات بیماران و سازمان را به عنوان منابع فشار دوگانه و متضاد از هم احساس نموده و استرس شغلی زیادی را از این مسیر متحمل شوند که این خود می‌تواند باعث ایجاد اشکال در کنترل وظایف آنان گردد [۱۶].

نتیجه‌گیری:

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مؤلفه‌های آشننگی اخلاقی (تکرار و شدت) می‌تواند کنترل و تقاضای شغلی را پیش‌بینی کند و آشننگی اخلاقی رابطه ی مثبت با تقاضای شغلی و رابطه ی منفی با کنترل شغلی دارد. بنابراین شدت بالای آشننگی اخلاقی با میزان بالای تقاضای شغلی و کیفیت کمتر کنترل شغلی همراه است. این مسئله به نوبه ی خود می‌تواند به کیفیت کاری پرستاران لطمه وارد کند و چگونگی مراقبت آنان از بیماران را تأثیر قرار دهد. بنابراین طرح تدابیری در جهت آموزش پرستاران و ارائه ی راه‌حل‌های مطلوب در جهت رفع تعارضات اخلاقی، با توجه به امکانات موجود ضروری به نظر می‌رسد.

یکی از مهمترین کاستی‌های این پژوهش، بررسی صرف کنترل و تقاضای شغلی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در آشننگی اخلاقی و حجم کم نمونه به دلیل محدودیت نمونه‌گیری است. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر هماهنگ با این موضوع با در نظر گرفتن متغیرهای دیگر تأثیرگذار بر آشننگی اخلاقی به عنوان مثال هوش اخلاقی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی صورت گرفته و تأثیر آن با سایر

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد همبستگی مثبت و معناداری بین آشننگی اخلاقی با تقاضای شغلی در پرستاران وجود دارد. با توجه به اینکه در خصوص موضوع مورد بحث در پژوهش حاضر در حوزه ی پرستاری تاکنون پژوهشی صورت نگرفته است، بنابراین پژوهشگر تلاش داشته تا دیگر یافته‌های هماهنگ با موضوع را ارائه نماید، به عنوان مثال این یافته با تحقیقات جهانبخش گنجه و سامانی (۲۰۱۲) همسو است که در پژوهشی در زمینه ی ارتباط بین آشننگی و تقاضای شغلی دریافتند که بین این دو متغیر رابطه ی مثبت و معناداری وجود دارد، به طوری که با افزایش میزان استرس شغلی بر میزان تقاضای شغلی نیز افزوده می‌گردد [۲۳].

همچنین ریدمن (۲۰۰۰) در تحقیقی نشان داد که افزایش میزان آشننگی اخلاقی منجر به استرس فیزیکی، روحی و افزایش تقاضای شغلی می‌گردد و این فشارها در احساس رضایت نداشتن از محیط کار و کاهش کارایی پرستاران مؤثر است. این امر بر روابط پرستاران با بیماران و سایرین تأثیر گذاشته و می‌تواند کیفیت، میزان و هزینه‌ی مراقبت‌های پرستاری را تحت الشعاع قرار دهد [۲۴].

در تبیین این یافته به این نکته می‌توان اشاره کرد که تصور و درک پرستاران از محدوده تکالیفی که در حیطه‌ی کاری برعهده دارند، تحت تأثیر عوامل ذهنی همچون مفاهیم اخلاقی و ارزشی می‌باشد. چرا که تعیین اینکه آیا یک تکلیف جزئی از وظایف شغلی و انسانی است تنها از طریق قوانین سازمانی مشخص نمی‌گردد، بلکه ارزش‌گذاری‌های اخلاقی پرستاران نیز بر آن تأثیر می‌گذارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که با افزایش میزان آشننگی اخلاقی، فرد خود را دچار اضافه بار شغلی احساس می‌کند و تعارضی بین تمایلات اخلاقی خود برای انجام هرچه کاملتر وظایف شغلی و انسانی با محدودیت‌های سازمانی که گاهی مانعی هستند برای انجام این‌گونه تمایلات اخلاقی ایجاد می‌کنند، احساس می‌کند. بنابراین پرستاران وظایف محوله را بیشتر از توان خود به حساب آورده و درک آنها از تقاضای شغلی چه از طرف سازمان و چه از طرف بیماران تحت تأثیر تعارضات اخلاقی قرار گرفته و به احتمال برآورد بیشتری از آنچه در واقعیت به آنها محول شده را احساس می‌کنند [۲۴].

در این پژوهش رابطه‌ی منفی و معناداری بین آشننگی اخلاقی با کنترل شغلی به دست آمد. این یافته با برخی نتایج صورت گرفته در این زمینه مطابقت می‌کند، به عنوان مثال هارت (۲۰۰۹) با استفاده از روش‌های کیفی به تحقیق درباره‌ی تجارب آشننگی اخلاقی ثبت شده‌ی پرستاران پرداخت. نتایج پژوهش

تشکر و قدردانی:

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و پرسنل بیمارستان‌های شهر تبریز، که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

عوامل روان‌شناختی مؤثر بر آشننگی اخلاقی مورد بررسی قرار گیرد. علاوه بر این پژوهش حاضر تنها بر روی پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

References:

1. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35 (2): 422-429.
2. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs.. Business and Professional ethics J 1985; 4 (1): 83-90.
3. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützen K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurs Ethics* 2004; 11(1): 63-76.
4. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4): 439-448.
5. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15 (3): 304-321
6. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-650.
7. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-551.
8. Fuerst DHA. Strategies for coping with moral distress in: managing moral distress in clinical practice. Presented at nursing leadership initiative, uva health system. charlottesville Virginia. *Crit Care Med* 2001; 3 (2): 83-91.
9. Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12(4): p. 381- 390.
10. 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.
11. Borhani F, Abbass Zadeh A, Arab M, Faramarz Pour M. Moral distress of nurses working in teaching hospitals in Birjand. *J Med Ethics seventh year* 2013; 6 (24). 135-157. [Persian]
12. Abbass Zadeh A, Borhani F, Ameri F, Najmi G, Dowlatabadi S. The relationship between moral distress and nurses belong. *J Med Ethics* 2013; 6 (2): 117-133. [Persian]
13. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Quarterly* 1979; 24(2): 285- 308.
14. Karasek RA. Demand/ control model: A social, emotional, and physiological approach to stress risk and active behavior development. *Encyclopedia occup health saf* 1998; 34(1): 6- 36.
15. Van Yperen N W, Hagedoorn M. Do high Job demands Increase Intrinsic Motivation or Fatigue or both? The Role of Job control and Job social Support. *Academy Manag J* 2003; 64(3), 339-348.
16. Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The Job Demands - Resources Model of Burnout. *J Applied Psychol* 2001; 8(6), 499-512.
17. Garosi T, Mani A. The Relationship between Personnel Stress With Psychological and Physical Hurm According to Person-Environment Conformity Model. *J Shahed Univ* 2005; 12(13), 61-62. [Persian]
18. Schaubroeck J, Jones JR, Xie JJ. Individual differences in utilizing control to cope with job demands: effects on susceptibility to infectious disease. *J Appl Psychol* 2001; 86(2): 265-78.
19. Cho Ch, Lee M, Hsu H. The Impact of social support and job stress on public health nurses' organizational citizenship behaviors in Rural Taiwan.

- Public Health Nurs 2006; 23(6): 496-505
20. Abbass Zadeh A, Nakhei N, Borhani F, Roshan Zadeh M. Impact of moral distress nurses tend to leave the teaching hospitals of Birjand. Iranian J Med Ethics Hist 2013; 6 (2) :57-66 [Persian]
21. Wall TD, Jackson PR, Mullarkey D. Work design. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. 10 th ed. Oxford 1995; 2(3):439-441.
22. Jahanbakhsh S. The effect (relationship) of job demands and job control in job design on job stress and subjective well being of Isfahan Petrochemical Company personnel. M.A. Thesis. University of Isfahan 2009; 28(5):45-89. [Persian]
23. Jahanbakhsh Ganje S, arizi Samani HR . The relationship between job demands, job control, job stress, positive affect and negative affect employees. Cogn Behav Sci Res 2012; 14 (3).75-90. [Persian]
24. Redman B, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? Nurse Ethics 2000; 7 (4): 360-6.
25. Hart TJ, Moral distress in a non-acute care setting: the experience of registered nursing Ontario. [PHD dissertation]. Queen's Univ 2009; 3(4): 263-78.

Assessment the relationship between moral turmoil with job demand-control in Tabriz hospitals nurses

Mohammadi J¹, Ghadam Pour E¹, Azizi A^{*1}

Received:11/24/2014

Accepted:6/9/2015

1. Dept of General Psychology, Faculty of Literature, University of Lorestan, Khorramabad, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 3, Number 3, Fall 2014

J Educ Ethics Nurs 2014;3(3):23-30

Abstract

Introduction:

Moral turmoil is considered as effective variable in nurses' performance. Moreover, job-demand and job-control can be influenced by moral turmoil. The aim of the present study was to investigate the relationship between job demand-control and moral chaos.

Materials and Methods:

The present study was a cross-sectional study carried out through correlation. The studied statistical population consisted of all nurses in hospitals in the city of Tabriz in 2014 and through stratified random sampling, 145 subjects were selected. For data collection, Corli moral turmoil questionnaire and Occupational demand control questionnaire of Wall, Jackson was Molarkey were used. Data were analyzed step by step using correlation coefficient methods and multiple regression analysis.

Results:

Based on the findings, the mean and standard deviation of variables of frequency of moral turmoil 2.99 and 0.60, respectively and the intensity of moral turmoil was 2.65 and 0.77, job demand was 4.93 and 0.97 and job control was 3.42 and 0.86. Moreover, the correlation coefficient between moral turmoil and job demands was $r = 0.304$ and the correlation coefficient between moral turmoil and job control was $r = -0.368$. Stepwise multiple regression analysis showed that components of moral turmoil (frequency and severity) can control and predict job demand.

Conclusion:

Moral turmoil had a significant positive correlation with job demands and a significant negative correlation with job control. Therefore, the high degree of moral turmoil is associated with loss of job control and increase in job demand. As a result, to decrease demand for employment and improve job quality, we can enhance the moral status of nurses through training of nursing ethics.

Keywords: Moral Turmoil, Job Demand, Job Control, Nurses

* Corresponding author, Email : amir28144@gmail.com