

بررسی پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مرکز قلب شیراز در سال ۱۳۹۲

نویسندگان:

ناهید توکل^۱، زهرا ملازم^{۲*}

۱- گروه پرستاری، بیمارستان قلب الزهرا(س)، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران
 ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 2, Summer 2015

چکیده:

مقدمه: پریشانی اخلاقی مشکلی عمده در حرفه پرستاری می‌باشد و از شیوع بالایی برخوردار است. هدف از این مطالعه بررسی میزان پریشانی اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلب و ارتباط آن با ویژگی‌های دموگرافیک می‌باشد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۶۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلب از مرکز قلب شهر شیراز که طی یک فراخوان و داشتن معیارهای ورود به مطالعه، در این پژوهش شرکت داشتند و پرسش‌نامه پریشانی اخلاقی کورلی (MDS) توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید و نتایج توسط نرم افزار spss:15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: طبق نتایج به دست آمده از آمار توصیفی، مشخص شد پرستاران بخش مراقبت ویژه قلب از پریشانی اخلاقی ۷/۱۰- ۲/۶۹ در محدوده متوسط تا شدید رنج می‌برند. بر اساس آنالیز واریانس دو طرفه رابطه معناداری بین متغیرهای دموگرافیک مثل سن، وضعیت تاهل، سابقه کاری و متوسط ساعات کارهفتگی با میانگین نمره پریشانی اخلاقی مشاهده نشد.

نتیجه گیری: پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلب به میزان زیادی پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند. این نیاز وجود دارد که برنامه‌های آموزشی برای پرستاران در مورد پریشانی اخلاقی برگزار گردد. همچنین تشکیلات کمیته‌هایی در بیمارستان‌ها برای طرح و رفع معضلات اخلاقی پرستاران می‌تواند گام موثری در رفع این مشکل باشد. انجام تحقیقات بیشتر با حجم نمونه بیشتر و در بخش‌های مختلف بیمارستان توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: پریشانی اخلاقی، بخش مراقبت ویژه قلب، پرستار

J Educ Ethics Nurs 2015;4(2):49-56

مقدمه:

تاثیر بر فرهنگ سازمانی، کیفیت مراقبت و موفقیت در مراقبت دارد [۵، ۶].

برای اولین بار پروفسور جامتون در سال ۱۹۸۴، پریشانی اخلاقی را به عنوان احساسات دردناک یا عدم توازن و آرامش روانی تعریف کرد. این پدیده زمانی اتفاق می‌افتد که پرستاران قادر به تبدیل انتخاب‌ها یا هنجارهای اخلاقی خود به اعمال اخلاقی نیستند [۱]. ویلکینسون پریشانی اخلاقی را عدم تعادل روانشناختی و حالتی از احساسات منفی می‌داند که در آن تصمیم اخلاقی فرد منجر به عمل اخلاقی نمی‌شود [۷].

مطالعات مختلفی بر روی مفهوم پریشانی اخلاقی، پیامدها و استراتژی‌های فائق آمدن بر پریشانی اخلاقی صورت گرفته

پریشانی اخلاقی از جمله پدیده‌های اخلاقی است که پرستاران در مراقبت‌های روزانه خود از بیماران درگیر آن هستند [۱]. پرستاران در مراقبت‌های خود، همواره باید دست به انتخاب‌های اخلاقی بزنند و اخلاق نقش مهمی را در این حرفه بازی می‌کند [۲]. عمل اخلاقی، جنبه حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی برای حال و آینده پرستاری ضروری است [۳]. احتمال ابتلا به پریشانی اخلاقی در شخصی وجود دارد که مبادرت به عملی مغایر اعتقادات اخلاقی خود کرده است [۴].

پریشانی اخلاقی یکی از ابعاد عمده تضاد اخلاقی است، که اثرات تخریب‌کننده‌ای بر سازمان‌های مراقبت بهداشتی از طریق

نویسنده مسئول، نشانی: شیراز، بیمارستان قلب الزهرا(س)

تلفن تماس: ۰۹۳۳۶۹۳۰۳۸۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۰

پست الکترونیک: tavakko12769@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۲۲

اخلاقی پدیده ای چند فرهنگی است و در سیستم های بهداشتی مختلف در سطوح مختلفی بروز می کند [۱۷] و همچنین بررسی عملیاتی و پژوهشی پریشانی اخلاقی در سیستم پزشکی و بهداشتی اکیدا توصیه شده است [۱] و بخش های مراقبت ویژه قلب به عنوان یکی از بخشهای پر استرس و مستعد پریشانی اخلاقی در تحقیقات متعدد معرفی شده است، لذا این پژوهش با هدف بررسی پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه قلب و ارتباط آن با ویژگی های دموگرافیک انجام شده است.

روش کار:

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۹۲-۱۳۹۱ در مرکز قلب شیراز انجام شد. این مرکز، بزرگترین بیمارستان دولتی قلب در شهرستان شیراز می باشد و بالغ بر ۲۵۰ پرستار در این مرکز مشغول به کار می باشند. شرکت کنندگان طی یک فراخوان آمادگی خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند که ۱۰۰ نفر، اعلام آمادگی کردند و ۱۰ نفر، به علت نداشتن معیار های ورود به مطالعه حذف شدند و در نهایت ۶۰ پرسشنامه تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شرایط ورود به مطالعه شامل: داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه قلب و تمایل به شرکت در پژوهش و همچنین نداشتن سابقه بیماریهای روحی و روانی بود. در این مطالعه از پرسش نامه پریشانی اخلاقی کورلی (MDS) که در جامعه پرستاران ایران در سال ۲۰۰۸ روایی و پایایی آن مورد ارزیابی قرار گرفته است [۱۴]، استفاده شد.

این پرسش نامه در قالب ۳۰ سوال بود که پاسخ هایی در طیف ۷ گزینه ای لیکرت برای آن در نظر گرفته شده است. عدد ۱، به منزله کمترین تنش و عدد ۷، به منزله بیشترین تنش بود. اعداد ۱-۲ نشان دهنده پریشانی اخلاقی کم، ۳-۴ پریشانی اخلاقی متوسط و ۵-۷ پریشانی اخلاقی شدید بودند. در حیطه نادیده انگاشتن بیمار، سوالات (۱۰-۱۱-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶ و ۲۸) قرار دارند. در حیطه قدرت تصمیم گیری بیمار، سوالات (۵-۶-۷-۱۲-۱۳-۲۷-۲۹ و ۳۰) قرار دارند. در حیطه صلاحیت حرفه ای - عملکردی، سوالات (۱-۲-۳-۴-۸ و ۹) قرار دارند.

هم چنین پرسش نامه پژوهشگر ساخته حاوی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، سابقه کاری، متوسط ساعات کار هفتگی و وضعیت تاهل برای این مطالعه در نظر گرفته شد. پرسشنامه ها توسط محققین به شرکت کنندگان در شیفت های کاری تحویل داده می شد و یک الی دو روز بعد از آنان تحویل گرفته می شد. قبل از اجرای مداخله، مجوز انجام پژوهش از

است که شامل مطالعات کیفی و کمی بوده اند. محققانی مثل کورلی، ردمن، ویلکینسون [۷-۹] در مطالعات خود سطوح پریشانی اخلاقی و شیوع این پدیده را در پرستاران بررسی کرده و از سطوح متوسط تا بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران خبر داده اند. کورلی با استفاده از مفاهیم مطرح شده توسط جامتون و تئوری تضاد نقش مطرح شده توسط هاوز و ریزو، مقیاس پریشانی اخلاقی را در سال ۲۰۰۰ طراحی کرد [۱۰].

بیهوده بودن خدمات پرستاری برای بیمار و طولانی کردن رنج بیمار، عملکرد های خارج از ضوابط متخصصین بالینی، عدم شایستگی های همکاران، ادراک ناتوانی در پرستار در مقابل پزشکان و فقدان دانش پرستاران در مراقبت از بیماران، فقدان حمایت اجرایی شامل حقوق، ساعات کاری، مزایا و شرایط کاری نامناسب مثل مدیریت نامناسب، بار کاری زیاد، اضافه کاری و فقدان حمایت مناسب از طرف مدیران، از منابع قدرتمند پریشانی اخلاقی هستند [۲، ۱۱].

از علایم پریشانی اخلاقی در تحقیقات مختلف به نارسایی در ارائه مراقبت فیزیکی خوب و موثر، کاهش ظرفیت ارائه مراقبت از بیمار، اجتناب از تماس چشمی با بیمار و بروز مشکلاتی نظیر کمبود خواب، پرخوری، ارتباطات ضعیف اجتماعی و کاهش همکاری، تدافعی عمل کردن، کاهش اعتماد و کاهش رضایت شغلی در پرستاران اشاره شده است [۱۲، ۱۳].

امروزه پرستاران ایران به دلیل پیچیده تر شدن مراقبت ها و افزایش انتظارات از آنها، با پریشانی اخلاقی بیشتری روبرو هستند.

شاکی نی در تحقیقی بر روی پرستاران بخش های مختلف به این نتیجه رسیده است که پرستاران بخش های قلب، داخلی و اعصاب، پریشانی اخلاقی بیشتری را تجربه می کنند و این تجربه با بروز فرسودگی شغلی، رابطه مستقیم و با سرسختی روان شناختی رابطه معکوس دارد [۲].

مراقبتی خوبی و همکاران نیز در مطالعه ای در ایران دریافتند که بسیاری از پرستاران در اثر مواردی مثل کمبود حمایت از پرستاران، بی احترامی به حقوق بیمار، عدم صلاحیت حرفه ای و عملکردی پزشکان و انجام آزمایشات غیر ضروری برای بیماران، دچار پریشانی اخلاقی می شوند و پرستاران بخش های ویژه بیش از سایر بخش ها، پریشانی اخلاقی را تجربه می کنند [۱۴].

تحقیقات بسیاری بر شدت و شیوع بیشتر این پدیده در بخشهای ویژه نسبت به سایر بخش ها تاکید کرده اند، که می تواند ناشی از شرایط ویژه بیماران در این بخش ها باشد [۱۶-۱۴]. تحقیقات اندکی در مورد میزان پریشانی اخلاقی پرستاران بخش های ویژه قلبی صورت گرفته است. از آنجا که پریشانی

میانگین سنی افراد ۲۹/۷۲ بود. میانگین نمره سابقه کاری ۴۴/۸۹ ± ۳/۷۵ بود. متوسط ساعات کاری نیز ۶۵ ± ۱۰/۸۹ بود (جدول ۱).

در این مطالعه رابطه معناداری بین متغیرهای دموگرافیک با میانگین نمره پریشانی اخلاقی مشاهده نشد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. دامنه میانگین نمره پریشانی اخلاقی ۷/۱۰ - ۲/۶۹ و میانگین نمره پریشانی اخلاقی در افراد شرکت کننده در پژوهش ۴/۵۰ ± ۰/۸۸ بدست آمد (جدول ۱).

طبق نتایج به دست آمده از آمار توصیفی، مشخص شد، که در سه حیطه نادیده انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم گیری بیمار و صلاحیت حرفه‌ای- عملکردی برخی سوالات دارای بالاترین میانگین شده‌اند.

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز به شماره ۹۱-۶۱۰۶ و هم چنین اجازه از مسئولین بیمارستان اخذ گردید. شرکت کنندگان نیز قبل از تکمیل پرسش نامه، برگ رضایتنامه و شرکت داوطلبانه در پژوهش را بدون ذکر نام پر کردند. اطلاعات جمع آوری شده به وسیله نرم افزار spss:15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون‌های آمار توصیفی (درصد، میانگین و انحراف معیار) برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک و خصوصیات شغلی و از آمار استنباطی (من ویتنی، کروسکال والیس) برای تعیین سطح شدت پریشانی اخلاقی استفاده شد.

یافته‌ها:

۶۰ پرستار در این پژوهش شرکت داشتند که ۵۸ نفر زن و ۲ نفر مرد بودند. ۳۰ نفر افراد متاهل و ۳۰ نفر دیگر مجرد بودند.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان و ارتباط آنها با پریشانی اخلاقی

متغیرها	میانگین و انحراف معیار	ماکسیمم-مینیمم	سطح معناداری	نوع آزمون
جنس	۵۸(۹۶/۷٪) ۲(۳/۳٪)		۰/۰۷۵	من ویتنی
وضعیت تاهل	۳۰(۵۰٪) ۳۰(۵۰٪)		۰/۲۴۴	کروسکال والیس
سن	۲۹/۷۲ ± ۴/۶۷	۴۵-۲۴	۰/۴۵۸	پیرسون
متوسط ساعات کار هفتگی	۴۴/۸۹ ± ۱۶/۵	۱۰۰-۳۳	۰/۳۴۹	پیرسون
سابقه کار	۵/۶۰ ± ۳/۷۵	۱۸-۱	۰/۹۲۰	پیرسون
پریشانی اخلاقی	۴/۵۰ ± ۰/۸۸	۲/۶۹- ۷/۱۰		

جدول ۲: نمرات شرکت کنندگان در سه حیطه پرسشنامه پریشانی اخلاقی

حیطه‌ها	میانگین	انحراف معیار
حیطه ۱: نادیده انگاشتن بیمار	۴/۳۲۲	۱/۰۲۷
حیطه ۲: قدرت تصمیم گیری بیمار	۳/۴۷۵	۰/۹۰۵
حیطه ۳: صلاحیت حرفه‌ای- عملکردی	۴/۱۸۳	۱/۱۲۴

جدول ۳: نمرات پریشانی اخلاقی در هر یک از گویه‌ها

گوپه‌ها	میانگین	انحراف معیار
۱ کار کردن در موقعیتی که به دلیل کم بودن نیروی پرستاری، مراقبت ناکافی برای بیمار انجام می‌شود.	۵/۱۷	۱/۸۴۰
۲ انجام دادن آزمایشات و درمان‌های غیرضروری برای بیماران در حال احتضار، که توسط پزشک دستور داده شده است.	۴/۲۳	۱/۶۱۲
۳ کمک کردن به پزشکی که به نظر شما درمان و مراقبت ناقص ارائه می‌دهد	۵/۲۴	۱/۳۲۷
۴ کار کردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش	۵/۳۰	۱/۵۳۵
۵ شروع کردن عملیات احیاء زمانی که فکر می‌کنم بی نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند	۴/۱۳	۱/۸۵۲
۶ پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمار در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۳/۸۵	۱/۴۰۶
۷ پیروی کردن از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمار در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۳/۹۳	۱/۴۹۲
۸ انجام دستور پزشک برای آزمایشات و درمان‌های غیرضروری	۴/۳۳	۱/۹۷۱
۹ پیروی کردن از دستور پزشک مبنی بر خودداری از گفتن حقیقت به بیمار، وقتی که بیمار از شما سؤال می‌کند.	۴/۴۶	۱/۶۰۶
۱۰ پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با عدم اطلاع رسانی به خانواده بیمار در مورد وضعیت بیمار زمانی که بیمار وضعیت خوبی ندارد.	۴/۵۷	۱/۷۵۲
۱۱ فقط مشاهده نمودن و عدم مداخله در مواردی که پرسنل بهداشتی به ارزشهای بیمار احترام نمی‌گذارند.	۵/۰۴	۱/۴۵۳
۱۲ مراقبت نمودن از بیمار شدیداً مصدوم (End Stage) وابسته به دستگاه احیاء تنفسی در شرایطی که کسی برای جدائی او از دستگاه تصمیم نمی‌گیرد.	۴/۷۶	۱/۷۸۶
۱۳ پیروی نمودن از درخواست و تقاضای خانواده برای ادامه دستگاه احیاء تنفسی، وقتی که به نفع بیمار نیست.	۳/۸۳	۱/۹۱۰
۱۴ وقتی که به دانشجویان پزشکی جهت افزایش مهارت‌های خود، اجازه داده می‌شود که روی بیمار پروسه دردناک اجرا نمایند.	۵/۳۷	۱/۵۸۶
۱۵ کمک کردن به پزشکی که پس از یک CPR ناموفق، هنوز به تمرین پروسه احیاء ادامه می‌دهند.	۴/۲۰	۱/۹۵۵
۱۶ آماده کردن بیمار مسن در حال احتضار متصل به دستگاه احیاء تنفسی برای جراحی و خارج نمودن یک توده	۴/۴۸	۱/۸۷۳
۱۷ انجام دادن یک وظیفه شغلی، درحالی که برای انجام آن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای ندارم.	۵/۸۹	۱/۲۵۱
۱۸ ارائه مراقبت بهتر برای کسانی که توانایی پرداخت هزینه را ندارند، نسبت به کسانی که این توانایی را ندارند.	۵/۱۱	۱/۷۲۹
۱۹ چشم‌پوشی نمودن از موارد مشکوک به آزار بیماران توسط مراقبین	۵/۳۱	۱/۱۹۲
۲۰ چشم‌پوشی نمودن از موقعیتی که فکر می‌کنم، به بیمار اطلاعات دقیق در مورد رضایت‌نامه داده نشده است.	۴/۶۲	۱/۳۸۸
۲۱ ترخیص نمودن بیماری که علیرغم بستری طولانی مدت در بیمارستان هنوز آموزش لازم به او داده نشده است.	۴/۸۳	۱/۵۵۵
۲۲ اجرا نمودن یک پروسه و روند درمانی، وقتی که بیمار در مورد آن اطلاعات دقیق و کافی ندارد.	۴/۶۷	۱/۳۹۸
۲۳ اجرای دستورات و سیاست‌های سازمانی برای قطع درمان، وقتی که بیمار هزینه درمان را پرداخت نمی‌کند.	۵/۵۲	۱/۶۱۷
۲۴ چشم پوشی و عدم گزارش، وقتی که همکار پرستار در دادن دارو مرتکب خطا می‌شود.	۴/۸۹	۱/۲۸۶
۲۵ کمک کردن به پزشکی که آزمایش یا درمانی را بدون رضایت بیمار انجام می‌دهد.	۵/۰۴	۱/۵۵۱
۲۶ تجویز فقط داروی تثبیت‌کننده همودینامیک وریدی، وقتی که بیمار به انتوباسیون و CPR نیاز دارد.	۶/۰۰	۱/۱۶۶
۲۷ پیروی کردن از دستور پزشک برای خودداری از مطلع نمودن بیمار از وضعیت بیماری (Code Status).	۵/۰۴	۱/۰۳۸
۲۸ آماده نمودن یک مرد مسن با فراموشی شدید که لوله گاستروستومی داشته و اندیکاسیونی برای جراحی ندارد.	۴/۴۸	۱/۶۳۶
۲۹ پیروی کردن از خواسته خانواده بیمار برای مراقبت، وقتی که با خواسته خانواده موافق نیستم.	۴/۵۶	۱/۵۰۲
۳۰ تبدیل کردن داروی خوراکی به وریدی برای بیماری که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند.	۳/۱۴	۱/۷۹۹

بحث:

در سال ۲۰۱۳ صورت داده اند، به این نتیجه رسیده است که بین میانگین پریشانی اخلاقی و متغیرهای سن، جنس و سابقه کاری رابطه معناداری وجود ندارد [۲۱]، که این مسئله نشان دهنده لزوم توجه به آموزش در مورد پریشانی اخلاقی به همه ارائه دهندگان مراقبتی صرف نظر از سن، جنس و سابقه کاری آنها می باشد. هم چنین از این نتیجه می توان استنباط کرد که با توجه به این که پریشانی اخلاقی پدیده ای چند بعدی بوده و عوامل مختلف محیطی، شغلی، سازمانی، مدیریتی و شخصی در بروز و شیوع آن نقش دارند، تحقیقات جدیدی بر مبنای بررسی بیشتر این عوامل می تواند صورت پذیرد.

نتایج مطالعه حاضر در مورد پریشانی اخلاقی حاکی از وجود سطوح متوسط تا بالای آن در پرستاران بخش مراقبت ویژه قلبی می باشد که تحقیقات زیادی موید این نتیجه بوده اند. برخی پژوهش‌ها پریشانی اخلاقی را به میزان متوسط [۱۸ - ۲۰] و برخی به میزان بالا گزارش کرده اند [۲۱-۲۲] با توجه به مقایسه یافته این پژوهش که همسو با سایر پژوهش‌هاست می توان نتیجه گرفت که میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران از حد متوسط به بالا می باشد و ضرورت توجه به آن احساس می شود. در این مطالعه ارتباطی بین متغیرهای دموگرافیک و میزان پریشانی اخلاقی مشاهده نشد. ابراهیمی و همکاران در مطالعه ای که بر روی ۴۱۸ نفر از پرستاران شمال غرب کشور

دهند دچار پریشانی اخلاقی می‌شوند [۲۵]. عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری، فضیلت‌های اخلاقی محسوب می‌شوند [۲۶]، و انجام مراقبت از بیماران توسط افراد ناتوان و تازه کار و بی تجربه بر کیفیت مراقبت تاثیر گذار بوده [۲۷] و به همراه احساس ناموثر بودن به عنوان یک پرستار و ناتوانی در ارائه مراقبت از بیماران باعث ایجاد پریشانی اخلاقی می‌شود [۲۸]. لذا لازم است در ایران صلاحیت بالینی پرستاران در بدو اشتغال به کار و در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد و در دوره‌های آموزش ضمن خدمت جهت افزایش توانایی و مهارت آنها به نیازهای آموزشی آنان توجه شود.

در حیطة قدرت تصمیم‌گیری بیمار، گویه " پیروی کردن از خواسته خانواده بیمار برای مراقبت، وقتی که با خواسته خانواده موافق نیستم" بالاترین میانگین نمره را دارا بود [۲۹]، که مشابه یافته‌های مطالعه مرقاتی خوبی و مطالعه کورلی است.

در حیطة صلاحیت حرفه‌ای - عملکردی، گویه " کارکردن در موقعیتی که به دلیل کمبود نیروی پرستاری، مراقبت ناکافی برای بیمار انجام می‌شود" و گویه " کمک به پزشکی که به نظر شما درمان و مراقبت ناقص ارائه می‌دهد" و گویه " کار کردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش" بیشترین میانگین نمره را دارا بودند.

مطالعات دیگر نیز نشان داده هنگامی که پرستاران به دلیل نداشتن وقت کافی در ارائه مراقبت از بیماران در شرایط کمبود پرستار کار می‌کنند و نمی‌توانند به وظایف حرفه‌ای خود عمل کنند، دچار احساس خستگی، گناه و ضعف می‌شوند [۳۰-۳۱]. کمبود پرستار موجب ایجاد استرس، فرسودگی، نارضایتی شغلی و بیمار شدن جسم و روان پرستاران می‌شود که همه این عواقب منجر به غیبت پرستاران از محل کار، گردش (turnover) زیاد پرستاران و ارائه مراقبت ضعیف می‌شود. هم چنین به تاخیر افتادن اقدامات موثر به علت ناتوانی پزشک یا پاسخ آهسته پزشک در موقعیت‌های حساس، منجر به ایجاد پریشانی اخلاقی در پرستاران می‌شود [۱۷-۳۱]. محدودیت این پژوهش تعداد شرکت کنندگان بود، که می‌توانست بیشتر باشد که دلیل عمده آن حجم زیاد کاری پرستاران و شاید عدم احساس نیاز و همکاری پرستاران برای شرکت در پژوهش‌های اخلاقی می‌باشد که توصیه می‌شود این پژوهش با حجم نمونه بالاتر صورت بگیرد.

نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که شیوع پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه قلبی در سطح متوسط به بالا می‌باشد. با توجه به اثرات منفی پریشانی اخلاقی بر پرستاران و بیماران و

اما مطالعاتی نیز وجود ارتباط بین پریشانی اخلاقی و متغیرهای دموگرافیک را تایید کرده اند [۹، ۲۲، ۲۳]. کورلی و همکاران [۱۰] و جولایی و همکاران [۲۰]، دریافتند که بین سن و پریشانی اخلاقی همبستگی منفی وجود دارد، که وجود این ارتباط می‌تواند ناشی از افزایش تجارب فرد در برخورد و مقابله با پریشانی اخلاقی در طول زمان باشد. عباس زاده به رابطه مثبت بین پریشانی اخلاقی و سابقه کار پرستاران اشاره کرده است [۲۳]. وجود رابطه مثبت بین پریشانی اخلاقی و سابقه کار می‌تواند ناشی از افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران در طول خدمت باشد، هر چند این سازگاری پس از سالها ناکامی و تجربه‌های مکرر و تلخ پریشانی اخلاقی به دست می‌آید و چه بسا پرستارانی که نتوانند به این سازگاری دست پیدا کنند که پژوهش ما نیز این مطلب را تایید می‌کند.

با توجه به خلاء مباحث اخلاقی در طرح درس پرستاری ایران؛ گنجاندن مباحث اخلاق حرفه‌ای در محتوای آموزشی دانشجویان پرستاری و همچنین ارائه این مباحث برای پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها توصیه می‌شود، همانطور که سایر تحقیقات صورت گرفته در مورد پریشانی اخلاقی پرستاران ایران نیز بر آموزش‌های اخلاقی برای پرستاران تاکید کرده اند. ابراهیمی (۲۰۱۳) که در ایران پریشانی اخلاقی را بر روی ۴۱۸ نفر از پرستاران سه استان بزرگ غرب کشور بررسی کرده است خاطر نشان می‌کند که کمبود پرستار و عدم توانایی پرستاران در برخورد با مسائل اخلاقی نقش بسزایی در ایجاد پریشانی اخلاقی پرستاران ایرانی دارد [۲۱]. ملازم نیز به کمبود پرستار به یکی از عوامل اصلی ایجاد پریشانی اخلاقی اشاره کرده است [۲۴]. هم چنین عباس زاده نیز با بررسی این پدیده بر روی ۱۴۰ نفر از پرستاران به این نتیجه دست یافته است که عوامل سازمانی از جمله عدم حمایت از جانب مدیران، عدم رضایت شغلی و عدم همکاری بین پزشک و پرستار از منابع قدرتمند پریشانی اخلاقی هستند [۲۲].

یافته‌ها نشان دادند که در حیطة نادیده انگاشتن بیمار، گویه " انجام یک وظیفه شغلی در حالی که برای آن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای ندارم" و گویه " تجویز فقط داروی تثبیت کننده ویریدی وقتی که بیمار به انتوباسیون و CPR نیاز دارد" دارای بیشترین میانگین نمره بودند.

این یافته‌ها نشان دهنده این است که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلب در شرایطی که حقوق بیماران به دلیل عدم صلاحیت حرفه‌ای پرستاران یا دستورات ناصحیح پزشکان در مورد وضعیت بیماران، نادیده گرفته می‌شود، دچار بیشترین پریشانی اخلاقی می‌شدند. پرستاران هنگامی که احساس کنند، نمی‌توانند مراقبتی درست و اصولی و بر طبق ارزش‌ها انجام

تشکر و قدردانی:

این مقاله برگرفته از پایان نامه دانشجویی دوره کارشناسی ارشد پرستاری است که در کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی شیراز با شماره مجوز ۹۱-۶۱۰۶ به تصویب رسیده است. در پایان از همه پرستارانی که در این پژوهش همکاری داشتند کمال تشکر را داریم.

کاهش کیفیت مراقبت لزوم توجه به این پدیده و برگزاری کلاس‌های آموزشی و دایر کردن کمیته‌های اخلاق در بیمارستان‌ها و گنجانیدن مباحث اخلاق حرفه‌ای در طرح درس دانشجویان پرستاری ضروری می‌باشد. با توجه به شیوع بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران، بررسی عوامل محیطی، سازمانی و مدیریتی که در ایجاد پریشانی اخلاقی نقش دارند، در حجم نمونه بزرگتر و در بخش‌های مختلف و در سایر نقاط کشور پیشنهاد می‌گردد.

References:

- Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *OJIN* 2010;16(2).
- Shakerinia I. Relationship between moral distress, psychological hardiness and occupational burnout in the nursing. *Iranian J Med Ethics Hist Med* 2010;4:56-69.
- Kalantari S, Abbaszadeh A, Borhani F. The relationship between moral distress and job satisfaction of nurses in health centers in Bam, 2012. [MA dissertation]. Bam: Kerman Univ Med Sci, Bam Int Unit; 2012. (Persian)
- Austin W, Rankel M, Kagan L, Bergum V, Lerner G. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav* 2005;15(3):197-212.
- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 2008;16(3):360-73.
- Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral Distress, Compassion Fatigue, and Perceptions About Medication Errors in Certified Critical Care Nurses. *Dimensions Crit Care Nurs* 2011;30(6):339-45. 10.1097/DCC.0b013e31822fab2a.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nurs forum* 2007;23:16-29.
- Franco A. Confronting moral distress in Nursing: recognizing nurses as moral agents. *Rev Bras Enferm* 2013;66(esp):33-8.
- Hekmat Afshar M, Jooybari L, Sanagou A, Kalantari S. Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies. *J Educ Ethic Nurs* 2013;1(1).
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001;33(2):250-6.
- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society Alpha Omega Alpha*. 2006;69(1):16.
- Beumer CM. Innovative Solutions: The Effect of a Workshop on Reducing the Experience of Moral Distress in an Intensive Care Unit Setting. *Dimensions Crit Care Nurs* 2008;27(6):263-7. 10.1097/01.DCC.0000338871.77658.03.
- Nelson WA. Ethical uncertainty and staff stress. Moral distress has negative consequences for healthcare organizations. *Healthc Exec* 2009;24(4):38.
- Merghati Khoiee E, Alizadegan S, Motevallian SA, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iranian J Psychiatry* 2008;3(2):55-8.
- Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 2007;25(4):217.
- 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 Crit Care Nurs* 2007;23:256-63.
- Maluwa VM, Andre J, Ndebele P, Chilemba E. Moral distress in nursing practice in Malawi. *Nurs Ethics* 2012;19(2):196-207.
- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and its relationship with professional stress in nurses. *Iranian J Med Ethics Hist Med* 2014; 6(6): 10-19.
- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American J Crit Care* 2005;14(6):523-30.
- Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Hajjibabae F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Hayat* 2012;18(1):42-51.
- Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian J Med Ethics Hist Med* 2013;6(4):80-8.
- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American J Crit Care* 2004;13(3):202-8.
- Abbas A, Borhani F, Kalantari S. Moral distress in nurses of treatment centers, Bam, 2011. *Medical ethic*. 2011;5(17):119-40(persian).
- Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *J Med Ethics* 2013;6:5.
- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *NursEthics* 2002;9(4):373-87.
- Silén M, Tang PF, Ahlström G. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. *J Clin Nurs* 2009;18(10):1470-9.

27. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Response of ICUs nurses to moral distress: A qualitative Study. *Iranian J Crit Care Nurs* 2012;4(4):159 - 68.
28. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi. Nurse's distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 58-69.
29. Shoorideh FA, 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.
30. Manojlovich M, Laschinger HKS. Application of the nursing worklife model to the ICU setting. *Crit Care Nurs Clin North America*. 2008;20(4):481.
31. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics* 2010;17(6):726-40.

Exploring moral distress in the intensive care unit nurses of Shiraz Heart Center in 2013

Tavakol N¹, Molazem Z^{2*}

Received: 12/31/2015

Accepted: 5/11/2016

1. Dept of Nursing, Heart Hospital Alzahra, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2. Dept of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Volume 4, Number 2, Summer 2015

J Educ Ethics Nurs 2015;4(2):49-56

Abstract:

Introduction:

Moral distress is a major problem in the nursing profession and is of high prevalence. The study aims to investigate the rate of moral distress among the nurses working in Cardiac Care Units (CCU) and its relationship with demographic characteristics.

Materials and Methods:

In this descriptive and cross-sectional study, 60 nurses working in Cardiac Care Units (CCU) participated in the study following a cooperation announcement and on the basis of inclusion criteria. Corley's Moral Distress Scale (MDS) was completed by participants and the results of study were analyzed by SPSS:15.

Results:

According to the results of descriptive statistics, it became clear that nurses working in Cardiac Care Units (CCU) suffer from 10/7 -69/2 of moral distress in the range of moderate to severe. Based on the two-way ANOVA, no significant relationship was observed between demographic variables such as age, marital status, work experience and average weekly working hours with an average score of moral distress.

Conclusion:

There are high rates of moral distress among the Cardiac Care Unit nurses. Educational programs regarding moral distress for nurses is recommended. Moreover, convening committees to plan and resolve ethical dilemmas for nurses in hospitals can be an effective step in addressing this problem. More studies with larger sample sizes are recommended to be conducted in different hospital wards.

Keywords: Moral Distress, Cardiac Care Units, Nurse

* Corresponding author, Email: tavakkol2769@yahoo.com