

ارتباط دیسترس اخلاقی و تکامل اخلاقی در پرستاران دانشگاه علوم پزشکی بم

اعظم رحمانیان^۱، طیبه میرزایی^۲، سکینه سبزواری^{۳*}

۱- کارشناسی ارشد آموزش پرستاری داخلی جراحی، بیمارستان پاستور بم، دانش آموخته کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، رفسنجان، ایران

۳- دانشیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.8, No.3&4, Fall & Winter 2020

چکیده

مقدمه: دیسترس اخلاقی، یکی از مسائل اخلاقی شایع در حرفه های بهداشتی است که می تواند عواقب متفاوتی را برای پرستاران به دنبال داشته باشد. پرستاران جهت انجام مراقبت های روزمره خود باید از سطح مناسب تکامل اخلاقی برخوردار باشند. بنابراین تحقیق حاضر با هدف ارتباط دیسترس اخلاقی و تکامل اخلاقی در پرستاران دانشگاه علوم پزشکی بم صورت گرفت.

روش کار: این پژوهش بر روی ۱۶۶ پرستار دانشگاه علوم پزشکی بم در (۱۳۹۴) با روش سرشماری انجام شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley و پرسشنامه تکامل اخلاقی Kohlberg جمع آوری گردید. روایی و پایایی پرسشنامه دیسترس اخلاقی به ترتیب ۰/۸۸٪ و ۰/۹۱٪ و پرسشنامه تکامل اخلاقی ۰/۸۶٪ و ۰/۹۵٪ محاسبه گردیده است. داده ها توسط نرم افزار آماري SPSS 20 و با استفاده از آزمون های توصیفی و استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون t با نمونه های مستقل و آنالیز واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نوع تحقیق حاضر بررسی مقطعی از نوع توصیفی - همبستگی بود.

یافته ها: ۱۰ نفر (۶/۰ درصد) از پرستاران در سطح پیش عرفی، ۵۱ نفر (۳۰/۷ درصد) در سطح عرفی، ۹۴ نفر (۵۶/۶ درصد) در سطح پس عرفی (NP) قرار داشته اند. شایان ذکر است در سطح پیش عرفی افراد تابع اطاعت محض هستند در سطح عرفی تابع قوانین و اصول اجتماعی و در سطح پس عرفی تابع اصول شاخص اخلاقی می باشند. بین تکرار دیسترس و سن، رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). یعنی هرچه سن پرستاران بالاتر باشد شدت دیسترس کم تر است. همچنین جنسیت بر روی شدت دیسترس اخلاقی پرستاران تأثیر داشت ($p < 0/05$). به طوری که در زنان شدت دیسترس بیشتر بود با توجه به نتایج این بررسی، هیچ گونه ارتباطی بین تکامل اخلاقی و دیسترس اخلاقی مشاهده نشد.

نتیجه گیری: در این پژوهش شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در محیط های بالینی بر سطح تکامل اخلاقی پرستاران تأثیری نداشته است. سطح دیسترس اخلاقی در ابعاد شدت و تکرار در حد متوسط بود. همچنین تقریباً نیمی از پرستاران مورد تحقیق در سطح پس عرفی قرار داشتند که در کل بیانگر نامطلوب بودن سطح تکامل اخلاقی پرستاران بود. از این جهت با عنایت به نتایج حاصله و نداشتن ارتباط بین ویژگی های فردی و تکامل اخلاقی لزوم توجه بیشتر مسئولین پرستاری به امر تربیت اخلاقی پرستاران از هر جنس و سابقه کار و در هر سنی احساس می شود.

واژگان کلیدی: تکامل اخلاقی، دیسترس اخلاقی، بیمارستان بم، پرستاران

J Educ Ethics Nurs 2020;8(3&4):37-43

مقدمه

محدودیت های سازمانی موجود به عملکرد اخلاقی منتهی نمی شود [۲]. علل متعددی همانند مراقبت بیهوده، ارتباط غیر مؤثر با بیماران در حال مرگ و خانواده های آنها، اقدامات درمانی غیرضروری، توقعات بیماران و خانواده های آنها می تواند در بروز دیسترس اخلاقی نقش داشته باشد. طیف تأثیرات دیسترس

گسترش روزافزون علوم سلامتی، گروه مراقبین را با مسائل اخلاقی مختلفی مواجه ساخته که در این میان دیسترس اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردار است [۱]. دیسترس اخلاقی اولین بار توسط جامپتون مطرح شد (۱۸۹۴) و شامل نداشتن تعادل روانشناختی ناشی از تصمیمات اخلاقی است که به دلیل

*نویسنده مسئول، نشانی: دانشیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

پست الکترونیک: S_Sabzevari@kmu.ac.ir

تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۴۱۹۹۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۱

برای مسئولین آموزش و مراقبت پرستاری داشته باشد. مدیران پرستاری، با ایجاد یک فضای کاری بدون تنش در بخش‌ها، تأکید بر احترام به شأن و شخصیت بیمار، انطباق آموزش نظری و بالینی برای ارتقای آگاهی و نگرش اخلاقی پرستاران، بازنگری نظام آموزش ضمن خدمت و در نهایت پیگیری موارد عملکرد غیراخلاقی پرستاران، می‌توانند برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاران در ابعاد مختلف آموزش و بالین برنامه ریزی کنند. این پژوهش با هدف ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تکامل اخلاقی در پرستاران انجام شد تا بتواند ضمن بررسی وضعیت کنونی پرستاران مورد تحقیق، راهکارهایی را در جهت ارتقای عملکرد اخلاقی پرستاران در محیط‌های درمانی ارائه دهد.

روش کار

پژوهش حاضر تحقیقی توصیفی - تحلیلی بود که متغیرهای دیسترس اخلاقی، تکامل اخلاقی، مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه در این پژوهش مشتمل بر تمامی پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان پاستور شهرستان بم بود. نمونه‌گیری به صورت سرشماری و شامل ۲۰۰ نفر از پرسنل پرستاری شاغل در بیمارستان پاستور بود. ملاک‌های ورود به این تحقیق شامل پرسنل دارای حداقل تحصیلات لیسانس پرستاری و حداقل سابقه یک سال کار در بخش‌های بالینی و داشتن تمایل به شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج، شامل تکمیل ناقص پرسشنامه، نداشتن تمایل به شرکت در تحقیق بود که در نهایت تعداد، ۱۶۶ نفر در این بررسی شرکت کردند.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از یک پرسشنامه استفاده شد که شامل سه قسمت بود: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تکامل اخلاقی کوهلبرگ: که شامل دو بخش می‌باشد. قسمت اول مشخصات فردی و اجتماعی پرستاران را بررسی می‌کند و قسمت دوم با عنوان معمای پرستاری است که خود آزمون معمای پرستاری، شامل ۶ سناریوی نوزاد دارای آنومالی‌های شدید، اجبار دارویی، تقاضای بالغین نسبت به مرگ، آشناسازی پرستار جدید، اشتباه دارویی و افراد بیمار در مراحل آخر بیماری می‌باشد. هرکدام از این گزینه‌ها در هر سناریو بیانگر سطح تکامل اخلاقی ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ و ۰ از سطوح تکامل اخلاقی کوهلبرگ می‌باشد. در نهایت، سطح تکامل اخلاق پرستاران در سه سطح پیش عرفی (مجموع سطح اول و دوم)، عرفی (مجموع سطح سوم و چهارم) و پس عرفی (سطح پنجم و ششم) تعیین می‌گردد. این آزمون در (۱۹۸۱) توسط Krishnam ساخته شد و در تحقیق (۱۳۹۰) این پرسشنامه توسط زیرک و همکاران مورد بررسی روایی و پایایی قرار گرفته است و

اخلاقی متفاوت است. دیسترس اخلاقی می‌تواند علاوه بر ایجاد علائم جسمی و روانی (اضطراب، افسردگی، بی‌خوابی و سردرد، کابوس) باعث افزایش استرس و فرسودگی شغلی و همچنین نداشتن رضایت از حرفه را در پرستاران به دنبال داشته باشد. این شرایط باعث افت کیفیت مراقبت و توان افراد برای مقابله با شرایط موجود شده و غیبت از کار و ترک حرفه ایجاد خواهد شد [۳].

پرستار شدن تنها کسب دانش و یادگیری مهارت‌های خاص و یا انجام فعالیت‌های عملی روزمره نیست؛ بلکه شامل کسب ارزش-های حرفه‌ای و اخلاقی خاصی است که سبب تغییرات اساسی در نگرش اخلاقی و جایگاه اخلاقی پرستاران می‌شود [۴]. بنابراین، پرستاران بایستی همواره در سطحی از تکامل اخلاقی قرار داشته باشند که حقوق اساسی بیماران را بدون به خطر انداختن وجدان اخلاقی خود محترم بشمارند. باید توجه داشت اگرچه برخورداری از سطح مناسب تکامل اخلاقی برای همه افراد جامعه مهم است، ولی این موضوع برای کارکنان بهداشتی و از جمله پرستاران اهمیت خاصی دارد؛ زیرا این کارکنان در مراقبت‌های درمانی خود همواره با مسائلی روبرو هستند که در زندگی روزمره خود آنها را تجربه نکرده‌اند [۵].

پرستاران بر اساس تحقیقات Kohlberg باید در سطح عرفی و بیشتر در سطح پس عرفی استدلال اخلاقی کنند [۶] نتایج پژوهش‌های زیرک و همکاران [۶]، رژه و همکاران [۷] و Ham [۸] و Callister [۹] نشان داد که پرستاران در مواقع تصمیم‌گیری بیشتر در سطوح عرفی و پس عرفی استدلال می‌کنند که حاکی از اخلاقی بودن تصمیم آنهاست.

با توجه به اینکه دیسترس اخلاقی می‌تواند به عنوان یک عامل بازدارنده و محدودکننده برای رفتار بر پایه معیارهای اخلاقی پرستاران عمل نماید [۷]. علاوه بر این، دیسترس اخلاقی نیز می‌تواند در پرستاران باعث ناراضی و استرس و همچنین افسردگی و ترک حرفه شده و بیماران نیز به دنبال این شرایط یا افت کیفیت مراقبت مواجهه شده و زمان بستری شدن در محیط‌های درمانی افزایش می‌یابد و از آن جا که یکی از اهداف حرفه پرستاری ارتقای شخصیت و شأن انسانی افرادی است که تحت مراقبت قرار می‌دهند همچنین مراقبت‌های پرستاری باید منجر به سود رساندن به مددجویان و جلوگیری از آسیب دیدن آنان گردند. بنابراین تکامل اخلاقی و دیسترس اخلاقی علاوه بر اینکه جزء جداناپذیر حرفه پزشکی هستند می‌توانند بر یکدیگر تأثیرگذار باشند. شناخت ارتباط این دو و عوامل تأثیر گذار بر آنها می‌تواند راه را برای ارائه راه حل‌هایی جهت بالابردن سطح تکامل اخلاقی و کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران هموار کند. نتایج این بررسی می‌تواند کاربردهای زیادی

توصیفی و تحلیلی ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن، آزمون t با نمونه‌های مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های فردی پرستاران مورد پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

میانگین شدت دیسترس اخلاقی برابر با ۵۹/۵۹ و میانگین تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران انتخاب شده برابر با ۴۶/۸۴ بود. برای تعیین سطح تکامل اخلاقی پرستاران قسمت دوم پاسخ پرستاران به هر سناریو تجزیه و تحلیل گردید. این تجزیه و تحلیل با توجه به اولین اولویت انتخابی پرستاران در مورد دلیل اتخاذ هر تصمیم صورت گرفت (با در نظر گرفتن اینکه هر گزینه نشان دهنده یکی از سطوح اخلاقی Kohlberg است) در نهایت، سطح تکامل اخلاقی پرستاران در سه سطح: پیش‌عرفی، عرفی و پس‌عرفی تعیین شد. از ۱۶۶ پرستار انتخاب شده ۱۰ نفر (۶/۰ درصد) در سطح پیش‌عرفی، ۵۱ نفر (۳۰/۷ درصد) در سطح عرفی، ۹۴ نفر (۵۶/۶ درصد) در سطح پس‌عرفی (NP) و ۱۱ نفر (۶/۶ درصد) در سطح ملاحظات بالینی (PC) قرار داشتند. نتایج نشان می‌دهد حدود نیمی از پرستاران در سطح پس‌عرفی (NP) قرار داشتند (جدول ۲).

با توجه به نتایج این پژوهش، هیچ گونه ارتباطی بین تکامل اخلاقی و شدت و تکرار دیسترس اخلاقی وجود نداشت ($P > 0/05$). جهت بررسی تأثیر شدت و تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران روی سطوح تکامل اخلاقی آنها از آنالیز واریانس استفاده شده است (متغیر وابسته کمی، نرمال، تصادفی مستقل و واریانس برابر). نتایج این آزمون در جدول ۳ آمده است.

نتایج نشان داد که بین شدت دیسترس با سن و سابقه خدمت و بین تکرار دیسترس و سابقه خدمت رابطه معناداری وجود نداشت اما بین تکرار دیسترس و سن رابطه معناداری وجود داشت ($P < 0/05$). انتظار داریم هرچه سن پرستاران بالاتر باشد شدت دیسترس کم‌تر شود. جنسیت بر روی شدت دیسترس اخلاقی پرستاران تأثیر داشت ($P < 0/05$) که این بیانگر شدت دیسترس اخلاقی در زنان پرستار مورد بررسی بیشتر از مردان است. وضعیت تأهل بر روی شدت و تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران تأثیری نداشت. همچنین بین تکامل اخلاقی و ویژگی‌های فردی رابطه معناداری وجود نداشته است.

با توجه به ساختار آن از روش بازآزمایی استفاده گردید. بدین منظور پرسشنامه به فاصله ۱۰ روز به ۱۵ پرستار داده و سپس با انجام ۲ بار آزمون، ضریب همبستگی بین نمره تفکر اخلاقی Nursing Principled Thinking (NP) محاسبه گردید و برابر ۹۵٪ به دست آمد که بیان کننده سطح قابل قبول پایایی برای ابزار مورد استفاده می باشد. سطوح ۶۵ این پرسشنامه تکامل اخلاقی را نشان می دهد. در اینجا نمرات ۶ سناریو جمع و نمره هر سناریو بین ۱۱-۳ است و نمرات بین ۱۸ تا ۶۶ است.

پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley: پرسشنامه دیسترس اخلاقی اولیه در (۱۹۹۵) طراحی و در (۲۰۰۷) نیز توسط وی مورد تجدید نظر قرار گرفته است و توسط کورلی در (۲۰۰۹) مورد استفاده قرار گرفته و دارای ۲۱ سؤال می‌باشد که دیسترس اخلاقی را از نظر شدت و تکرار مورد بررسی قرار می‌دهد. گویه‌های مربوطه در مورد هر سؤال شدت و تکرار را می‌سنجند، در مورد شدت با طیف شش گزینه‌ای (اصلاً، خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) می‌باشد که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آنها تعلق می‌گیرد و گویه‌های پرسشنامه در مورد تکرار با طیف شش گزینه‌ای (هرگز، خیلی کم، کم، زیاد، خیلی زیاد، مکرراً) می‌باشد که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آنها تعلق می‌گیرد [۱۰]. این پرسشنامه توسط برهانی و همکاران در (۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفته و به روش ترجمه دو طرفه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده است و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. سپس بررسی روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید متخصص در امر اخلاق صورت گرفته و شاخص روایی محتوا به صورت ۸۸٪ به دست آمده است. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شده است [۱۶]. سطح نمرات بین ۲۱ تا ۱۲۶ است.

پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی و دریافت کد اخلاق K: IR.KMU.REC.1394.79 در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آنها خاطر نشان شد که شرکت در تحقیق اختیاری بوده و آنها برای ورود و یا کناره‌گیری از بررسی آزادی کامل دارند. همچنین ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش خاطر نشان شد که اطلاعاتشان فقط برای استفاده در تحقیق بوده و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های بررسی از آمار

جدول ۱: توزیع فراوانی جنس، وضعیت تأهل و سن و سابقه خدمت در پرستاران مورد تحقیق

نام متغیر	فراوانی	درصد
جنس	مرد	۳۴
	زن	۱۳۲
وضعیت تأهل	متاهل	۱۲۷
	مجرد	۳۹
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۶۴
	۳۰ تا ۴۰ سال	۹۰
	۴۰ تا ۵۰ سال	۱۲
سابقه خدمت	۰ تا ۱۰ سال	۱۱۷
	۱۰ تا ۲۰ سال	۴۰
	۲۰ تا ۳۰ سال	۹

جدول ۲: سطح تکامل اخلاقی پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شهر بم براساس آزمون NDT

سطوح رشد اخلاقی	فراوانی	درصد فراوانی
پیش‌عرفی	۱۰	۶/۰
عرفی	۵۱	۳۰/۷
پس‌عرفی	۹۴	۵۶/۶
ملاحظات بالینی	۱۱	۶/۶
کل	۱۶۶	۱۰۰/۰۰

جدول ۳: تحلیل واریانس برای بررسی تأثیر شدت و تکرار دیسترس اخلاقی پرستاران روی سطوح تکامل اخلاقی

متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	P-Value
شدت دیسترس	بین گروهی	۳	۰/۸۱۵	۰/۸۱۲	۰/۴۸۹
	درون گروهی	۱۶۲	۱/۰۰۳		
	کل	۱۶۵			
تکرار دیسترس	بین گروهی	۳	۱/۱۱۰	۱/۱۱۲	۰/۳۴۶
	درون گروهی	۱۶۲	۰/۹۹۸		
	کل	۱۶۵			

بحث

سطح تکامل اخلاقی پرستاران در سه سطح پیش‌عرفی، عرفی و پس‌عرفی تعیین شد. نتایج نشان داد که تقریباً نیمی از پرستاران در سطح پس‌عرفی قرار داشته‌اند (۵۶/۶) که سطح مناسب تکامل اخلاقی است، ولی متأسفانه سایر پرستاران در سطوح عرفی و پیش‌عرفی قرار داشتند که سطح مناسبی از تکامل اخلاقی نمی‌باشد. شایان ذکر است در سطح پیش‌عرفی افراد تابع اطاعت محض هستند که در سطح عرفی تابع قوانین و اصول اجتماعی و در سطح پس‌عرفی تابع اصول شاخص اخلاقی می‌باشند.

در تحقیق Ham [۸]، پرستاران از نظر تکامل اخلاقی اکثراً در سطح عرفی و پس‌عرفی قرار داشتند و میانگین نمره NP برای پرستاران 51.7 ± 5.9 برآورد شد. همچنین در تحقیق Goethals

دیسترس اخلاقی، از نظر شدت و تکرار در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسطی گزارش شده است. در بررسی که توسط ارلن صورت گرفت، شرکت‌کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند [۱۱]. نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق الپرن و همکاران [۱۲] با عنوان بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، جانویر و همکاران [۱۳] با عنوان بررسی دیسترس اخلاقی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، بیکمرادی و همکاران [۱۴] که با عنوان دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه شهر همدان و عباس زاده و همکاران [۱۰] با عنوان دیسترس اخلاقی در عملکرد بالینی انجام داده‌اند، تمامی تحقیقات سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی داشتند که با پژوهش ما همخوانی دارند.

پرستاران بالاتر باشد شدت دیسترس کم تر شود. الپرن رابطه بین سن و تعداد سال های خدمت را معنادار معرفی کرده و با افزایش سن و تعداد سال های خدمت شدت دیسترس افزایش می یابد [۱۲]. عباس زاده رابطه بین دیسترس اخلاقی و سن و تعداد سال های خدمت را معنادار گزارش کرده است [۱۰].

در توضیح این نتایج شاید بتوان گفت که وقتی سن و تعداد سال های خدمت پرستاران افزایش می یابد تجربه آنها در مواجهه با حوادث دیسترس زای اخلاقی افزایش یافته و این خود سبب می شود که اولاً شناخت و آگاهی آنها از این مسائل در مواجهه های مکرر با آن افزایش یافته و از طرفی دیگر پرستاران به مرور زمان از مکانیزم های سازگاری مؤثرتری برای مواجهه با آن استفاده کرده و در نتیجه تأثیر شرایط دیسترس زا در آنها پایین تر باشد.

در این پژوهش بین تکامل اخلاقی و ویژگی های فردی (سن، جنس، سابقه خدمت و وضعیت تأهل) رابطه معناداری وجود نداشت که با نتایج سایر تحقیقات همخوانی داشته باشد. در بررسی Cady [۱۷] مشاهده گردید جنسیت، تأثیری روی سطح تکامل اخلاقی افراد ندارد. نتایج پژوهش Ham [۸] در آمریکا مشخص کرد سن، جنس، سطح و نوع تحصیلات تأثیری روی تکامل اخلاقی پرستاران ندارد.

از محدودیت های تحقیق می توان به این نکته اشاره کرد که بررسی حاضر در تنها بیمارستان آموزشی این شهرستان انجام گردیده و با محدودیت تعداد شرکت کننده و همکاری ضعیف برخی از پرسنل در پاسخگویی مواجهه بوده است. بنابراین انجام پژوهش با حجم نمونه بیشتر در بیمارستان ها و بخش های مختلف و بیشتری پیشنهاد می گردد.

نتیجه گیری

توجه به این نکته نیز ضروری است که بسیاری از پرستاران قبل از ورود به حرفه پرستاری با شرایط کاری و مشکلات این حرفه تقریباً آشنا بوده و شاید بتوان گفت بیشتر افرادی که وارد این حرفه می شوند نسبتاً به این حرفه تمایل داشته اند و در نتیجه عواملی همانند دیسترس اخلاقی یا استرس حرفه ای تأثیر نامطلوبی را بر عملکرد اخلاقی آنها نداشته باشد و این خود سبب می شود که افراد تحت هر شرایطی استرس زایی پایبند به اصول اخلاقی باقی بمانند. با توجه به نتایج این تحقیق، هیچ گونه ارتباطی بین دیسترس اخلاقی و تکامل اخلاقی وجود نداشت، به بیان دیگر استرس های محیط کار هیچ تأثیری بر روی عملکرد اخلاقی پرستاران مورد بررسی ندارد. سطح دیسترس اخلاقی در ابعاد شدت و تکرار در حد متوسط بود. همچنین تنها نیمی از پرستاران مورد تحقیق در سطح پس عرفی قرار داشتند

[۱۵] مشاهده گردید که بیشتر پرستاران از نظر استدلال اخلاقی در سطح عرفی قرار می گیرند. همچنین پژوهش برهانی و همکارانش [۱۶] در شهر کرمان نشان داد پرستاران اکثراً در مرحله عرفی و پس عرفی قرار دارند و میانگین نمره NP آنان ۴۲/۱۶ بود. تحقیق زیرک و همکاران [۶] در تبریز نشان داد که پرستاران از نظر تکامل اخلاقی اکثراً در سطح عرفی و پس عرفی قرار داشتند و میانگین نمره NP آنان ۴۶/۶ بود، در حالی که نمره NP در پژوهش حاضر ۳۶/۷۵ بود، با توجه به اینکه نمره NP بیشتر نشان دهنده سطح تکامل اخلاقی بالاتر است. پرستاران بیمارستان پاستور بم در سطح تکامل اخلاقی پایین تری قرار دارند. این اختلاف می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی و منطقه ای، همچنین تفاوت آموزش های پرستاری باشد. علاوه بر این ممکن است محیط کار و شیفت های مختلف در پرستاران مورد پژوهش منجر به فرسودگی شود که این خود منجر به کاهش سطح تکامل اخلاقی آنها می گردد. به علاوه، ممکن است در محیط هایی که به آموزش اهمیت زیادی داده نمی شود، مسائل اخلاقی نیز به مرور فراموش شده و افراد تنها ملزم به پیروی از سیاست های مؤسسه ای و ملاحظات بالینی می باشند.

با توجه به نتایج این تحقیق، هیچ گونه ارتباطی بین دیسترس اخلاقی و تکامل اخلاقی وجود نداشت ($P > 0.05$). به بیان دیگر فشارها و استرس های محیط کار هیچ تأثیری بر روی عملکرد اخلاقی پرستاران مورد پژوهش ندارد. البته محدودیت هایی نتایج را تحت تأثیر قرار دادند که عبارتند از: کم بودن حجم نمونه در این تحقیق (فقط پرستاران شاغل در بیمارستان پاستور بم شرکت داشتند)، همچنین داده های پرستاران با روش پرسشنامه جمع آوری شد که ممکن بود سبب شود تا پرستاران داده های واقعی خود را گزارش نکنند.

از سوی دیگر، با وجود اینکه پرسشنامه های مورد استفاده در این بررسی مطابق فرهنگ ایران طراحی شده، ولی در هر صورت این امکان وجود داشت که به طور کامل قادر به اندازه گیری دقیق سطح تکامل اخلاقی پرستاران نباشد. از طرفی، بررسی فوق با روش مقطعی انجام شد، که با این روش نمی توان به صورت دقیق ارتباط ها را بررسی نمود. بنابراین پیشنهاد می گردد تحقیقاتی با روش طولی بر روی پرستاران انجام شود تا بتوان به صورت کامل تری ارتباط را ارزیابی کرد.

بر اساس این پژوهش جنسیت بر روی شدت دیسترس اخلاقی پرستاران تأثیر داشت. بین شدت دیسترس با سن و سابقه خدمت و بین تکرار دیسترس و سابقه خدمت رابطه معناداری وجود نداشت. اما بین تکرار دیسترس و سن رابطه معناداری وجود داشت ($p < 0.05$) به عبارتی انتظار داریم هر چه سن

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد و طرح مصوب شماره ۹۵/۴۵ معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان است. نویسندگان بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی خود را از همه پرستاران شرکت کننده در این تحقیق و همچنین تمام افرادی که در این پژوهش با ما همکاری داشته‌اند، ابراز می‌دارند.

که در کل بیانگر نامناسب بودن سطح تکامل اخلاقی پرستاران بود که لزوم توجه بیشتر مسئولین پرستاری به امر تربیت اخلاقی پرستاران می‌رساند.

تشکر و قدردانی

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. *Critical Care Medicine* 2007; 35(2):422.
2. Wilkinson, JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum* (1987-1988); 23(1):16.
3. Corley, MC. Elswckl, RK. Jacobs, M. Nursing moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 2005; 12:381.
4. Thompson LE, Melia KM, Boyd KM. *Nursing Ethics*. 4th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. P:28.
5. Rodney P, Varcoe C, Storch JL, Mcpherson G, Mahoney K, Brown H, et al. Navigating Towards a Moral Horizon: A Multisite Qualitative Study of Ethical Practice in Nursing. *Can J Nurs Res* 2009; 41(1):292.
6. Zirak M. [Mogayeseye Estedlale Akhlagiye Daneshjoyane Parastari va Parastaran], [dissertation]. Tabriz (Iran). Tabriz University of Medical Sciences; 2010. [in Persian].
7. Rejeh N, Karimoi MH, Borhani F, Khatooni A, Zirak M. Master of science moral reasoning ability in facing with professional dilemma in Tehran University of Medical Sciences. *Medical Ethics* 2014; 8(29):143-65. [in Persian].
8. Ham KL. A Comparison of Ethical Reasoning Abilities of Senior Baccalaureate Nursing Students and Experienced Nurses [PhD Dissertation]. The University of Memphis 2012.
9. Callister LC, Luthy KE, Thompson P, Memmott RJ. Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. *Nurs Ethics* 2009; 16(4):499.
10. Abbaszade A. [Tarrahi va Azmone Modele Amalkarde Akhlagiye Parastarn], [dissertation]. Tabriz (Iran). Tabriz University of Medical Science; 2002. [in Persian].
11. Erlen, JA. Moral distress: A pervasive problem. *Orthopedic Nursing* 2001; 20(2):76-80.
12. Elpern, EH. Covert, B. Kleinpell, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 2010; 14(6):523-31.
13. Janvier, A. Nadeau, S. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *Journal of perinatology* 2007; 27(4):203-8.
14. Bykmradi, A. Rubaie, S. khtybyan, M. chraghi, M. "The moral distress among nurses in intensive care: a survey of medical training centers in Hamedan." *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2012; 5(2):63. [in Persian].
15. Goethals S, Gastmans C, Casterle BDD. Nurses' Ethical Reasoning and Behaviour: A Literature Review. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(5):635-50.
16. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazael MA. Comparison of the Moral Reasoning Ability of Nurses and Nursing Students at Kerman University of Medical Sciences in Dealing with Ethical Problems. *J Med Ethic History Med* 2010; 4:74-6. [in Persian].
17. Cady PA. An Analysis of Moral Judgment in Registered Nurse: Pricipiled Reasoning versus Caring Values [MS Thesis]. Boston University School of Nursing; 2010.

The relationship between moral development and moral distress in nurses at Bam University of Medical Sciences

Azam Rahmanian¹, Taiebe Mirzaei², Sakineh Sabzevari^{3*}

Received: 2019/07/2

Revised: 2020/02/15

Accepted: 2020/01/15

1. Msc Kerman University of medical sciences, Bam.Pasteur Hospital
2. Associate professor Rafsanjan Univ, Rafsanjan University of medical sciences .nursing school
3. Associate Professor Kerman University of medical sciences, Kerman University of medical sciences, nursing school, Kerman, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.8, No.3&4, Fall & Winter 2020

J Educ Ethics Nurs 2020;8(3&4):37-43

Abstract:

Introduction:

Moral distress is one of the most common ethical issues in health profession that can have different consequences for nurses to be followed .This study aims to develop ethical and moral distress communication among nurses in Bam. The sample included 166 nurses of educational hospitals in the city of Bam in 2015, the questionnaire was based on Corley's Moral Distress and Kohlberg moral distress. Data were analyzed using SPSS 20 software, descriptive statistics Spearman's correlation coefficient, independent samples t-test and ANOVA.

Results:

10 (0.6%) of nurses were in the pre-conventional level, 51 (30.7%) in conventional, 94 (56.6%) in the post-conventional (NP). It is worth noting that at the pre- conventional level individuals are subject to pure obedience; There was a significant relationship between repetitive distress and age ($P < 0.05$). This means that the higher the age of nurses, the lower the severity of distress. Also, gender had a significant effect on nurses' moral distress ($p < 0.05$). According to the results of this study, there was no relationship between moral development and moral distress in women.

Conclusion:

In this study, severity and repetition of moral distress in clinical settings had no effect on nurses' moral development level. The level of moral distress was moderate in intensity and repetition. Also, about half of the nurses surveyed were at the post- conventional level, which indicated that the level of nurses' moral development was undesirable. Therefore, due to the results and lack of relationship between individual characteristics and moral development, it is necessary to pay more attention to the ethical education of nurses of all genders and backgrounds at any age.

Keywords: Moral Development, Moral Distress, Nurses

* Corresponding author Email: S_Sabzevari@kmu.ac.ir