

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک خدمت: پژوهشی توصیفی - مقطعی مربوط به پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی و درمانی شهرستان جهرم (۱۳۹۵)

نویسندگان: محمد حسن دم شناس^۱، یوسف حسینی^۲، نوید کلانی^۳، شهره جوادیپور^۴، فاطمه مولایی^۲، فرشته رحمانیان^۲، احمد رستگاریان^{۱*}

- ۱- مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 ۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 ۳- مرکز تحقیقات مؤلفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران
 ۴- گروه پرستاری، عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

چکیده

مقدمه: دیسترس اخلاقی در پرستاری، به معنای انجام اعمالی متضاد با اعتقادات اخلاقی مربوط به پرستاران می باشد، که امروزه این موضوع به عنوان یکی از چالش های مهم نظام بهداشتی تبدیل شده است؛ زیرا با اثرات مخربی که بر پرستاران به جا می گذارد موجب آن شده که آنها به ترک خدمت بپردازند. بنابراین در این زمینه لازم است این عوامل را در کنار هم مورد بررسی قرار داد. از این جهت پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک خدمت در پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی جهرم در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار: این تحقیق به صورت توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد. همه پرستاران شاغل در بیمارستان های مرتبط به دانشگاه علوم پزشکی جهرم به صورت سرشماری وارد بررسی شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه نی باشد، که شامل: اطلاعات دموگرافیک، دیسترس اخلاقی Corley و تمایل پرستاران برای باقی ماندن در شغل پرستاری Need بود. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش $28 \pm 5/4$ بود. نمره تمایل به ترک خدمت در پرستاران $1/10 \pm 3/04$ و نمره شدت دیسترس اخلاقی $2/72 \pm 2/44$ بود. بین تمایل به ترک خدمت با دیسترس اخلاقی از نظر شدت ($p\text{-value} > 0/337$) و تکرار، ارتباط معناداری وجود ندارد. ($p\text{-value} > 0/444$) میان متغیر جنسیت با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی، ارتباط معناداری وجود ندارد ($p\text{-value} > 0/05$). همچنین بین متغیرهای سطح تحصیلات، بخش خدمت و نوع استخدام با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی، ارتباط معناداری وجود ندارد ($p\text{-value} > 0/05$).

نتیجه گیری: میانگین دیسترس اخلاقی در دو بعد شدت و تکرار، با تمایل به ترک خدمت در پرستاران ارتباط معناداری وجود ندارد. با وجود اینکه دیسترس اخلاقی در این بررسی در سطح متوسط گزارش شده است، ولی نمی توان کاملاً این عدم ارتباط با ترک خدمت را در نظر گرفت بلکه گاهی اوقات به دلیل کمبود کار و شرایط اقتصادی سخت، پرستاران مجبور می باشند که تمایل به ترک حرفه را نداشته باشند. بنابراین پیشنهاد می شود که با توجه به شرایط موجود در جهت کاهش عوامل دیسترس زا اقدامات لازم صورت گیرد.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، ترک خدمت، پرستاران شهرستان جهرم.

J Educ Ethics Nurs 2020;9 (1&2):10-17

مقدمه

است. از لحاظ تاریخی شغل پرستاری نیز به جهت اصل لزوم مراقبت از دیگران به طور ذاتی حرفه ای اخلاقی قلمداد می شده

همواره مراقبت از بیماران به لحاظ ابعاد جسمی، روحی، روانی و معنوی انسان با مقوله اخلاق و ملاحظات اخلاقی مواجه بوده

*نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات بیهوشی و کنترل درد، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.
 تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۱۳۴۳۲
 پست الکترونیک: arastgarian@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۲/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۸

است [۶]. طبقه‌بندی دیگری که در مورد دیسترس اخلاقی صورت گرفته آن را به سه قسمت تقسیم می‌کند: ۱- مسائل اخلاقی مؤسسات و محیط‌های بالینی و درمانی می‌پردازد. ۲- مربوط به عملکرد حرفه‌ای بوده و به مباحثی همچون کدهای اخلاقی و مفاهیم اخلاقی در حرفه می‌پردازد ۳- مسائل مربوط به تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط‌های بالینی اشاره می‌شود [۱۰]. به طور کلی، می‌توان دیسترس اخلاقی را درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی دانست که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیش رو از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود [۷]. علل ایجاد کننده دیسترس اخلاقی متفاوت بوده و می‌توان آن را به صورت علل سازمانی، روابط بین گروه و علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی طبقه بندی کرد. از عوامل سازمانی می‌توان به تخصصی شدن شغل پرستاری، کمبود منابع و تجهیزات، پیشرفت فناوری، فقدان حمایت سازمانی و محدودیت بودجه اشاره کرد. توزیع ناعادلانه قدرت بین همکاران، فرمانبرداری بی‌چون و چرا از پزشکان، ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبت و نداشتن استقلال حرفه‌ای را می‌توان از علل روابط بین گروه به حساب آورد. از عوامل مربوط به بیماران و روندهای درمانی می‌توان به درمان‌های تهاجمی، بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیر ضروری و درمان‌های ناکافی اشاره کرد [۱۱ و ۱۲]. دیسترس اخلاقی، پدیده‌ای شایع در بین پرستاران به حساب می‌آید. در تحقیقی که توسط *Elpern* صورت گرفت پرستاران شرکت کننده در پژوهش سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را نشان دادند [۱۳]. همچنین، ۸۰ درصد از پرستاران مورد بررسی در *Corley Selig* از سطح بالای دیسترس اخلاقی برخوردار بودند [۱۴]. دیسترس اخلاقی، می‌تواند تبعات متفاوتی را در پرستاران، بیماران و همچنین سازمان‌های بهداشتی داشته باشد [۱۵]. دیسترس اخلاقی می‌تواند پیامدهایی را به دنبال داشته باشد که از پیامدهای منفی آن می‌توان به آثار رفتاری و روانشناختی احساس غمگینی، شرمندگی و محرومیت و فقدان و استرس، فرسودگی، نداشتن رضایت شغلی و ترک حرفه اشاره کرد. علاوه بر اثرات منفی، دیسترس اخلاقی می‌تواند اثرات مثبتی را نیز به دنبال داشته باشد که بیان مباحث مربوط به دیسترس می‌تواند سبب ترویج ایده‌های ارزشی در امر مراقبت از بیماران شود. شکست‌های گذشته نیز می‌تواند به عنوان اصلی اساسی برای تجارب مثبت آینده مطرح گردد. همچنین، دیسترس اخلاقی خود می‌تواند حاکی از توجه دلسوزانه پرستاران در امر مراقبت از بیماران باشد [۱۸-۱۵]. منطق اطاعت بی‌چون و چرا از دستورات پزشک و ملزم بودن فرد به حفظ ثبات محیط کار، باعث می‌شود که فرد خود را در چالشی بین وجدان کاری ناشی از متعهد بودن

است. با این حال، با پیشرفت‌های فزاینده فناوری، تجهیزات پزشکی، داروسازی و مشکلات موجود در تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها و افزایش جمعیت سالمندی در جوامع مختلف، توجه به مسائل اخلاقی و موضوعات حقوقی در پرستاری بیش از پیش اهمیت یافته است [۱-۳]. پرستاران بیشترین وقت خود را در بالین بیمار می‌گذرانند و تماس نزدیکی با تجارب مختلف بیماران دارند، بنابراین به طور مداوم با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مواجه می‌شوند. پرستاران نسبت به سایر گروه‌های ارائه کننده مراقبت سلامت، در محیط کاری خود استعداد و زمینه بیشتری برای رویارویی با موضوعات اخلاقی دارند [۵،۴]. یکی از مسائل اخلاقی شایع در شغل پرستاری دیسترس اخلاقی است که امروزه توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده است. مفهوم دیسترس اخلاقی اولین بار توسط **جامپتون** ارائه شده و سپس توسط پژوهشگران زیادی مورد بررسی قرار گرفته و گسترش یافته است. وی مفهوم دیسترس اخلاقی را به طور اولیه در (۱۹۸۳) بررسی کرده و بیان می‌کند که پرستاران در مواجهه با چهار اصل به تصمیم‌گیری اخلاقی اقدام می‌کنند [۱]. صلاحیت یک عامل اساسی برای پرستاران می‌باشد [۲]. پرستاران نایستی از موقعیت خود جهت بهره برداری از بیماران استفاده کنند [۳]. بهبودی بیمار نگرانی اولیه پرستاران است [۴]. پرستاران لازم است به یکدیگر وفادار باشند. وی بیان می‌کند که پرستاران در مواجهه با شرایطی که نسبت به عمل صحیح آگاهی داشته ولی قادر به انجام آن نیستند دچار دیسترس اخلاقی می‌شوند [۶]. نکته قابل توجه در تعریف بیان شده این است که فرد توانایی و آگاهی لازم را دارد ولی به دلیل محدودیت‌های ذهنی یا واقعی موجود از انجام آن ناتوان است [۷]. **ویلیکینسون** مفهوم دیسترس اخلاقی را گسترش داده و آن را این گونه مطرح می‌کند که اگر فرد نتواند تصمیم اخلاقی خود را به قابلیت اجرا درآورد، دچار یک احساس منفی و عدم تعادل روانی می‌شود که دیسترس اخلاقی نامیده می‌شود [۸]. **ارلن** دیسترس اخلاقی را ناشی از محدودیت‌های سازمانی دانسته که مانع از اجرای عمل صحیح می‌شود. وی در این زمینه به سه محدودیت مستند کردن اجباری مراقبت، کمبود مراقبین و سیاست‌های بیمارستان اشاره می‌کند [۹]. دیسترس اخلاقی به روش‌های متعددی مورد طبقه‌بندی قرار گرفته است. طبقه‌بندی اولیه دیسترس اخلاقی به صورت انواع اولیه و واکنشی است. منظور از دیسترس اخلاقی اولیه، تعارض ارزشی است که فرد در اولین تماسش با شرایط دیسترس‌زا به آن دچار می‌شود. دیسترس اخلاقی واکنشی، هنگامی روی می‌دهد که فرد به علت دیسترس اخلاقی اولیه قادر به انجام فعالیت صحیح نیست. این دیسترس با نوعی ناتوانی و کاهش اعتماد به نفس و علایمی همچون افسردگی همراه

انجام شد. همه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی چهارم به صورت سرشماری وارد تحقیق شدند. معیار ورود به این پژوهش شامل: حداقل دو سال سابقه کار در بخش پرستاری و معیار خروج شامل: همکاری نداشتن پرستاران و تکمیل نکردن کامل پرسشنامه‌ها توسط پرستاران بود. پس از اخذ مجوز، محققان در محیط انجام پژوهش حضور یافته و در مورد نحوه انجام این بررسی به پرستاران توضیح داده و اقدام به پخش پرسشنامه‌ها شد. قبل از شروع به انجام تحقیق، رضایت نامه کتبی آگاهانه از پرستاران گرفته و به آنها این اعتماد داده شد که اطلاعات آنها محرمانه خواهد ماند. این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی چهارم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1394.210 می باشد.

ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه بود: الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک (ب) پرسشنامه دیسترس اخلاقی (Corley و ج) پرسشنامه تمایل پرستاران برای باقیماندن در شغل پرستاری Need بود.

الف) پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل: سن، جنس، سابقه کار، نوع بخش، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، میزان درآمد ماهیانه و وضعیت استخدامی بود.

ب) این پرسشنامه از ۲۱ سؤال تشکیل شده و شامل موقعیت هایی است که فرد شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را با قرارگیری در آن موقعیت ها 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 [۲۷]. روایی و پایایی این ابزار در تحقیق عباس‌زاده و همکاران بدست آمد. میزان روایی محتوای این پرسشنامه ۸۸٪ و پایایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۹۳٪ محاسبه گردید [۲۸-۲۹].

ج) بخش سوم شامل پرسشنامه تمایل پرستاران برای باقیماندن در شغل پرستاری است که توسط Need طراحی شده و شامل یک سؤال چهارگزینه‌ای است که تمایل افراد را برای باقیماندن در حرفه شان در آینده می‌سنجد. در بررسی عباس‌زاده، روایی این پرسشنامه به صورت ۸۸ درصد محاسبه شد. پایایی آن در پژوهش عباس‌زاده با ضریب آلفای ۹۳ درصد محاسبه گردید [۲۹-۳۰]. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، درصد و انحراف معیار) و آمار استنباطی (من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن) در سطح معناداری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

به بیمار و اجرای دستورات به عنوان عضوی از سازمان مربوطه قرار دهد. در چنین شرایطی اگر فرد شجاعت کافی برای انجام عمل صحیح اخلاقی را نداشته باشد مجبور به تن در دادن به شرایط تحمیل شده است [۱۹]. این شرایط تبعاتی برای بیماران به دنبال دارد و محیط درمانی را ناامن می‌کند. پرسنل در این شرایط با اینکه نیاز بیماران را می‌دانند، اما قادر به برآورده کردن آن نیستند. پرستاران ممکن است مراقبت با کیفیت پایین ارائه داده یا حتی در موارد شدید از نزدیک شدن به بیمار و انجام مراقبت اجتناب کنند. متأسفانه، نتیجه این عمل بی‌کفایتی مراقبت ارائه شده و در نهایت بی‌تفاوتی یا ترک حرفه است [۲۰]. امروزه، ترک حرفه به عنوان یکی از چالش‌های مطرح شده در تمامی سازمان‌ها بدون در نظر گرفتن نوع سازمان یا موقعیت جغرافیایی به حساب می‌آید [۲۱]. روند ترک حرفه نیز خود تحت تأثیر عواملی همچون: استراتژی‌های مدیریتی، کمبود نیرو، حقوق و مزایا و استرس و عوامل دیسترس‌زا افزایش می‌یابد [۹]. استراتژی‌های متعددی برای پیشگیری از ایجاد ترک حرفه پیشنهاد شده است که از آن جمله می‌توان به ایجاد یک محیط مثبت کاری، شناسایی نیاز کارکنان برای برنامه‌ریزی انعطاف پذیر و تعادل کار با زندگی شخصی افراد اشاره کرد [۲۲]. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، اهمیت دیسترس را بیشتر آشکار می‌کند. Corley و همکارانش ضمن تأکید بر اهمیت دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی محیط کار را در بروز آن مؤثر دانسته و بیان کردند که پرستاران تحت شرایط دیسترس کار خود را ترک می‌کنند [۲۰]. همچنین، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیط‌های ویژه بوده و پرستاران در مواجهه با آن احساس دیسترس اخلاقی و نداشتن رضایت شغلی دارند و این شرایط عاملی برای ترک حرفه است [۱۳]. Cummings نیز در پژوهش خود سطوح بالای دیسترس اخلاقی و استرس شغلی را روی باقی ماندن پرستاران در حرفه شان مؤثر دانسته و عواملی همچون: کمبود نیروی انسانی و فقدان آگاهی در مدیران را جزء علل مؤثر دیسترس اخلاقی معرفی کرده است [۲۳]. تحقیقات انجام شده در ایران نیز شیوع این پدیده در پرستاران در حد متوسط و بالا گزارش کرده و تأثیر آن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند [۲۴-۲۶]. هدف از پژوهش حاضر تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل بر ترک خدمت در پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی چهارم در (۱۳۹۵) بود.

روش کار

این پژوهش توصیفی - مقطعی در (۱۳۹۵) بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی چهارم

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در این تحقیق $28 \pm 5/4$ بود. بیشترین (۷۶ درصد) شرکت کنندگان را زنان تشکیل دادند. سطح تحصیلات بیشتر (۹۵ درصد) پرستاران کارشناسی بود و بیشترین پرستاران (۲۹ درصد) مربوط به بخش‌های داخلی و جراحی بودند. همچنین اکثر آنها (۴۹ درصد) قراردادشان از نوع طرحی بود. نمره تمایل به ترک خدمت در پرستاران ($3/04 \pm 1/10$) بوده است. نمره شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران ($2/44 \pm 0/72$) از دامنه ۵-۰ بوده و همچنین نمره تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران ($2/20 \pm 0/83$) از دامنه ۵-۰ گزارش شده است.

نتایج آزمون اسپیرمن نشان داد که بین تمایل به ترک خدمت با دیسترس اخلاقی از نظر شدت ($p\text{-value} > 0/337$) و تکرار ارتباط معناداری وجود ندارد ($p\text{-value} > 0/444$).

نتایج آزمون من ویتنی نشان داد که بین متغیر جنسیت با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$).

نتایج آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین متغیرهای سطح تحصیلات، بخش خدمت و نوع استخدام با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معناداری وجود ندارد ($p\text{-value} > 0/05$).

جدول ۱: شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای تمایل به ترک خدمت، دیسترس اخلاقی بر حسب شدت و دیسترس اخلاقی بر حسب تکرار

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار
تمایل به ترک خدمت	۳/۰۴	۱/۱۰
دیسترس اخلاقی-شدت	۲/۴۴	۰/۷۲
دیسترس اخلاقی-تکرار	۲/۲۰	۰/۸۳

جدول ۲: ضرایب همبستگی متغیرهای تمایل به ترک خدمت، دیسترس اخلاقی بر حسب شدت و دیسترس اخلاقی بر حسب تکرار

متغیرهای پژوهش	همبستگی	تمایل به ترک خدمت
دیسترس اخلاقی-شدت	-۰/۰۸۶	۰/۳۳۷
دیسترس اخلاقی-تکرار	-۰/۰۷۳	۰/۴۴۴

جدول ۳: ارتباط متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی با جنسیت

متغیرهای پژوهش	تمایل به ترک خدمت		شدت دیسترس اخلاقی		تکرار دیسترس اخلاقی	
	میانگین	P .value	میانگین	P .value	میانگین	P .value
جنسیت مرد	۳/۱۳ ± ۱/۰۱	۰/۷۲۳	۲/۵۶ ± ۰/۸۱	۰/۲۴۰	۲/۴۰ ± ۰/۷۹	۰/۱۷۲
جنسیت زن	۳/۰۱ ± ۱/۱۳		۲/۴۱ ± ۰/۷۰		۲/۱۴ ± ۰/۸۵	

جدول ۴: ارتباط متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی با سطح تحصیلات، بخش خدمت و نوع استخدام

اطلاعات دموگرافیک	متغیرهای اصلی پژوهش		تمایل به ترک خدمت		شدت دیسترس اخلاقی		تکرار دیسترس اخلاقی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سطح تحصیلات	لیسانس	۳/۰۶	۱/۰۹	۲/۴۵	۰/۷۴	۲/۲۱	۰/۸۵	
	فوق لیسانس	۲/۶۷	۱/۲۱	۲/۲۲	۰/۲۹	۲/۰۷	۰/۶۰	
	دکتر	۰	۰	۰	۰	۰	۰	
	P .value	۰/۳۷۹		۰/۲۱۰		۰/۵۲۷		
بخش خدمت	اورژانس	۳/۱۹	۱/۱۱	۲/۳۷	۰/۶۱	۲/۰۰	۰/۸۸	
	داخلی	۲/۸۹	۱/۱۳	۲/۶۱	۰/۶۴	۲/۵۱	۰/۶۱	
	زنان	۳/۶۰	۰/۷۰	۲/۰۵	۰/۷۸	۲/۱۰	۰/۷۷	
	چشم	۴/۰۰	۰	۲/۱۹	۰/۰۰	۲/۲۹	۰	
	ویژه	۲/۶۷	۰/۱۸	۲/۲۹	۰/۶۳	۱/۸۹	۰/۹۴	
	جراحی	۳/۲۱	۱/۰۳	۲/۴۵	۰/۸۱	۲/۲۱	۰/۹۱	
	اطفال	۳/۶۰	۰/۸۹	۲/۰۵	۰/۶۷	۱/۷۸	۰/۱۴	
	اورژانس و جراحی	۲/۰۰	۰/۰۰	۳/۷۰	۰/۷۶	۱/۳۳	۰	

۰/۱۱۵		۰/۰۹۴		۰/۲۶۲		P .value
۰/۸۶	۲/۳۳	۰/۷۰	۲/۶۲	۱/۱۳	۲/۹۸	رسمی
۰/۹۱	۱/۹۵	۰/۸۲	۲/۵۲	۱/۰۱	۳/۳۱	نوع استخدام قراردادی
۰/۷۸	۲/۱۹	۰/۶۹	۲/۳۴	۱/۰۹	۳/۰۷	طرحی
۰/۳۳۳		۰/۱۹۹		۰/۵۸۰		P .value

بحث

می‌شوند بیشتر آنها از شرایط کاری آن مطلع هستند. بنابراین در مقابل کم و کاستی و سختی که وجود دارد خیلی جبهه نمی‌گیرند و سعی می‌کنند که با شرایط موجود کنار بیایند. دیگر نتایج این بررسی نشان دادند که بین متغیر جنسیت با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معناداری وجود ندارد. همچنین در پژوهش **حریری و همکاران** (۱۳۹۱) که به منظور تعیین برخی عوامل مرتبط با تمایل به ترک خدمت در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بررسی شده بود مشاهده گشت که بین جنسیت و تمایل به ترک خدمت در بین پرستاران همبستگی معناداری وجود ندارد [۳۱]. که با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین مشاهده شد که بین متغیرهای سطح تحصیلات، بخش خدمت و نوع استخدام با متغیرهای تمایل به ترک خدمت، شدت دیسترس اخلاقی و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معناداری وجود ندارد. همچنین در تحقیق **حریری و همکاران** (۱۳۹۱) با وجود اینکه پرستاران با مقطع کارشناسی بیشترین تمایل به ترک خدمت را داشتند اما مشاهده شد که بین سطح تحصیلات و ترک خدمت همبستگی وجود ندارد [۳۱]. که در واقع نتایج بررسی حاضر را نیز پررنگ‌تر می‌کند. **Kiyak** و همکاران در تحقیق خود بیان کردند که پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر دارای تمایل بیشتری برای ترک خدمت می‌باشند [۳۲].

Myers نیز مشاهده کرد که تحصیلات بیشتر تمایل به ترک کار را افزایش می‌دهد [۳۳]. می‌توان گفت که سطح تحصیلات بالاتر سطح انتظارات را در افراد بالا می‌برد و آنها را نسبت به موقعیت خود آگاه‌تر می‌سازد. همچنین **حریری و همکاران** بیشترین تمایل به ترک خدمت را در بخش روان گزارش کردند اما در پژوهش حاضر پرستاران بخش زنان بیشترین تمایل را به ترک حرفه داشتند با این وجود ارتباطی بین بخش خدمت با ترک حرفه وجود نداشت. **محمدی و همکاران** (۱۳۹۵) در تحقیق خود نتیجه گرفتند که ارتباط بین دیسترس اخلاقی و نوع بخش محل خدمت معنادار بوده و بیشترین نمره شدت و تکرار دیسترس اخلاقی مربوط به بخش ICU و کم‌ترین آن مربوط به بخش دیالیز بوده است [۳۴]. **Elpern** نیز در بررسی خود میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بالا گزارش کرده است [۱۳]. با توجه به این که بخش ICU دارای

حفظ و نگهداری نیروی انسانی در سازمان‌ها به عنوان یکی از اصول اساسی می‌باشد که امروزه مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و مدیران قرار گرفته است. بیمارستان‌ها با توجه به شرایط خاصی که دارند نیازمند نیروهایی پر توان و انرژی با حداکثر روحیه کار می‌باشند از این رو در شناسایی و مدیریت عوامل مرتبط با ایجاد حس منفی در کارکنان نسبت به شرایط کاری خود برای بالابردن کیفیت خدمت رسانی به بیماران بسیار ضروری می‌باشد. بنابراین هدف از این پژوهش بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی با تمایل به ترک خدمت پرستاران بود. نتایج این تحقیق نشان دادند که نمره دیسترس اخلاقی در بین پرستاران در هر دو جنبه شدت و تکرار در حد متوسط می‌باشد. **عباس‌زاده و همکاران** (۱۳۹۲) نیز در بررسی خود دیسترس اخلاقی را از نظر شدت و تکرار در واحدهای مورد پژوهش در حد متوسطی گزارش کرده‌اند [۲۹]. در تحقیق **Elpern** نیز دیسترس اخلاقی در سطح متوسط گزارش شد [۱۳]. همچنین مشاهده شد که بین دیسترس اخلاقی با تمایل پرستاران برای ترک خدمت و کار خود ارتباطی وجود ندارد. **صادقی و همکاران** (۱۳۹۵) در پژوهش خود با هدف بررسی نقش دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پیش بینی تمایل به ترک شغل پرستاران، مشاهده کردند که بین دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک شغل رابطه معناداری وجود ندارد [۳۰]. که با نتیجه پژوهش حاضر همخوانی دارد. اما از سوی دیگر **Norman** در طی بررسی خود دیسترس اخلاقی را در پرستاران در حد بالا گزارش کرده و ارتباط بین دیسترس اخلاقی و ترک حرفه را مثبت ارزیابی می‌کند [۲۲]. همچون **Cummings** که در تحقیقش ارتباط بین دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک حرفه را مثبت گزارش کرده است [۲۳]. این اختلاف در نتایج، عوامل متعددی را در برمی‌گیرد. به عنوان مثال شرایط سخت اداری که در نظام بهداشتی برای ترک حرفه وجود دارد موجب می‌شود که این اقدام کمتر صورت بگیرد. از سوی دیگر پس از ترک خدمت، با توجه به شرایط کاری که برای این رشته وجود دارد و متقاضیان زیاد و عرضه کم، در نتیجه این بیکاری امکان دارد که بر روی ابعاد دیگر زندگی از جمله؛ روابط خانوادگی تأثیرگذار باشد. بنابراین ترجیح می‌دهند که با وجود تمامی سختی‌ها و دیسترس‌های شغلی همچنان در حرفه خود باقی بمانند. همچنین می‌توان با یک طرز نگاه دیگر عنوان کرد که با توجه به اینکه افرادی که به این رشته وارد

نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان دادند که میانگین دیسترس اخلاقی در دو بعد شدت و تکرار با تمایل به ترک خدمت در پرستاران ارتباط معناداری وجود ندارد. بنابراین لازم است عوامل دیگری را که موجب ترک خدمت می‌شوند در کنار این فاکتور بررسی کرد. اما با وجود اینکه دیسترس اخلاقی در این بررسی در سطح متوسط گزارش شده است بنابراین نمی‌توان کاملاً این عدم ارتباط با ترک خدمت را در نظر گرفت بلکه گاهی اوقات به دلیل کمبود کار و شرایط اقتصادی سخت پرستاران مجبور می‌باشند که تمایل به ترک حرفه را نداشته باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که با توجه به شرایط موجود در جهت کاهش عوامل دیسترس‌زا اقدامات لازم صورت گیرد و با اقداماتی مانند: جذب نیروهای توانمند بیشتر در مجموعه، از شدت کار دیگر پرستاران کاسته شود تا در نهایت شاهد یک گروه پویا با حداقل تمایل به ترک خدمت باشیم.

تشکر و قدردانی

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان آموزشی و درمانی شهرستان جهرم بابت همکاری در اجرای این مقاله تقدیر و تشکر می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی را ذکر نکردند.

References:

1. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützn K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurs Ethics* 2004; 11(1): 63-76.
2. Ebrahimi H, Nikraves M, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: Major Reaction of Nurses to the Context of Ethical Decision Making. *RJMS* 2007; 14 (54):7-15.
3. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3):304-21.
4. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48(5):199-201.
5. Hart TJ. Moral distress in a non-acute care setting: the experience of registered nursing Ontario. Queen's University Kingston, Ontario, Canada 2009.
6. JAMETON, Andrew. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing* 1993; 4(4): 542-551.
7. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4):439-48.
8. Wilkinson JM. (1987-1988). "moral distress in nursing practice: experience and effect" *Nurs forum* 23(1):16-29.
9. Erlen, J. A. Moral distress: A pervasive problem. *Orthopedic Nursing* 2001; 20(2):76-80.
10. Mukherjee D, Brashler R. "Moral distress in rehabilitation professionals: Results from a hospital ethics survey." *PM&R* 2009; 1(5):450-458.
11. Ersoy N, Akpınar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nurs Ethics* 2010; 17(1):87-98.
12. Laabs CA. Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17(2):76-84.
13. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6):523-30.
14. Corley MC, Selig P. Prevalence of principle thinking by critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 1994; 13(2):96-103.

15. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6):636-50.
16. Pijl-Zieber Em, Hagen B, Armstrong-Esther C, Hall B, Akins L, Stingl M. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care?. *Qual Age Old Adults* 2008; 9(2):39-48.
17. Rushton CH. Defining and addressing moral distress. *AACN Adv Crit Care* 2006; 17(2):161-8.
18. Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM, and Harvey S. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *J Adv Nurs* 2010; 66(1):22-32.
19. Lassen AA, Fosbinder DM, Minton S, Robins MM. Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. *Nurs Econ* 1997; 15(2):87-91.
20. Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics* 2005; 12(4):p. 381-390.
21. Arnold E. Managing human resources to improve employee retention. *Health Care Manag(Frederick)* 2005; 24(2):132-40.
22. Norman LD, Donelan K, Buerhaus PI, et al. The older nurse in the workplace: Does age matter? *Nurs Econ* 2005; 23(6):282-9.
23. Cummings CL. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. http://www.stti.iupui.edu/pp07/congress10/cummings_c.pdf (accessed in 2012).
24. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi , M A. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *ijme*. 2012; 5 (2):58-69.
25. Shakeriniya I. The relationship between ethical conflicts, moral distress, and occupational stress in nurses. *ijme* 2010; 4:56-69.
26. Joolae S, Jalili H R, Rafii F, Hajibabae 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.
27. Simms L, Starr A. *The Person in a Leadership Role. The Professional Practice of Nursing Administration*. Albany, NY: Delmar Thomson: 2000: 80-82.
28. Nedd N. Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nurs Econ* 2006; 24(1):13-8.
29. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *IJME* 2013; 6(2) :57-66.
30. Sadeghi M, Radmehr P, Shahbazirad A. The Role of Moral Distress and Job Burnout In The Prediction Of Turnover Intention Among Nurses. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2017; 14(10) :867-874.
31. Hariri GR1, Yaghmaei F, Zagheri Tafreshi M, Shakeri N. Assessment of some factors related to leave in nurses and their demographic characters in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *J. Health promotion management* 2012; 1(6):17-27.
32. Kiyak H A. et al. Job commitment and turnover among women working in facilities serving older persons. *Research on Aging* 1997; 19(2): 223-246.
33. Myers J B. Organizational support, perceived social support and intent to turnover among psychiatric nurses: A mixed methods study. (PhD thesis). University of Alabama at Birmingham 2010.
34. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh F. Moral Sensitivity and Moral Distress in Critical Care Unit Nurses. *Med Ethics J* 2017; 10(38):19-28.

The relationship between moral distress and tendency to quit work: A cross-sectional descriptive study of nurses working in teaching hospitals of Jahrom in 2016

Mohammad Hasan Damshenas¹, Yousef Hosseini², Navid Kalani³
Shohre Javadpour⁴, Fatemeh Molaei², Fereshteh Rahmanian²
Ahmad Rastgarian^{1*}

Received: 2020/03/8

Revised: 2020/04/19

Accepted: 2020/04/20

1. Anesthesiology, Critical Care and Pain Management Research Center, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Student Research Committee, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
3. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
4. Department of Nursing, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.1&2, Spring & Summer 2020

J Educ Ethics Nurs 2020;9(1&2):10-17

Abstract:

Introduction:

Nurses' ethical distress means acting in contradiction with their ethical beliefs, which today has become one of the challenges of health systems because it has devastating effects on nurses and can lead them to abandon their jobs. Therefore, these factors should be considered together. The purpose of this study was to determine the relationship between ethical distress and willingness to leave their work among nurses working in Jahrom University of Medical Sciences in 2016.

Materials & Methods:

This descriptive cross-sectional study was performed on nurses working in hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences in 2016. All nurses working in hospitals affiliated to Jahrom University of Medical Sciences were enrolled. Data collection tools included three demographic information questionnaires, Corley's ethical distress questionnaire and nurses' willingness to remain in the Nursing profession. Data were analyzed using SPSS software version 21 and descriptive and inferential statistical tests.

Results:

The mean age of the participants was 28 ± 5.4 years. Nurses' willingness to leave the service was 1.04 ± 1.03 and ethical distress severity score was $0.72 \pm 2.44\%$. Spearman test results showed that there was no significant relationship between tendency to quit work and moral distress in severity (p -value > 0.337) and repetition (p -value > 0.444). Mann-Whitney test showed that there was no significant relationship between gender variables with variables of desire to quit, severity of moral distress and repetition of moral distress (p -value > 0.05). The results of Kruskal-Wallis test showed that there was no significant relationship between educational level, service sector and type of employment with variables of tendency to quit, severity of moral distress and repetition of moral distress (p -value > 0.05).

Conclusion:

The results of the present study showed that there was no significant relationship between mean moral distress in two dimensions of severity and repetition with the intention to quit nurses. Although the ethical distress reported in this study is moderate, this lack of relevance cannot be taken into account, but sometimes nurses have to be reluctant to quit due to lack of work and difficult economic

* Corresponding author Email: arastgarian@yahoo.com

conditions. Therefore, it is recommended that appropriate measures be taken to reduce the stressors due to the existing conditions.

Keywords: Moral distress, Quitting, Nurses.