

بررسی سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران و پزشکان مراقب از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ : یک مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۹

لیلی مصلی نژاد^۱، سمانه عبیری^۲، نوید کلانی^{۳*}

۱- مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

۲- گروه طب اورژانس، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.3&4, Fall & Winter 2021

چکیده:

مقدمه: با توجه به افزایش روزافزون بیماری کوید ۱۹ در جهان و شیوع موج دوم کوید ۱۹ در ایران، روزانه شاهد مرگ بسیاری از هم وطنانمان در بیمارستان های کشور هستیم. در این میان کادر درمانی بیمارستان ها، علی الخصوص پزشکان و پرستاران بیشترین درگیری را با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ دارند. با توجه به مسئله بسیار مهم حساسیت اخلاقی در این بازه زمانی و اثر آن بر کیفیت عملکرد تیم درمانی، بر آن شدیم تا مطالعه ای را با هدف بررسی سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران و پزشکان مراقب از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ انجام دهیم.

روش کار: این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۹ با نمونه گیری در دسترس بر روی ۱۰۳ نفر از پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی و استنباطی در سطح معنی داری $p < 0/05$ صورت گرفت.

یافته ها: در این مطالعه ۱۰۳ نفر از پرستاران و پزشکان درگیر با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ شرکت نمودند. میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی، به ترتیب $47/98 \pm 17/69$ و $47/82 \pm 16/78$ بوده است. نمره بالاتر نشان دهنده شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بالاتر است. میزان سطح شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در اکثریت کادر درمانی مراقب در حد کم قرار داشت. شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پزشکان بالینی بالاتر از پرستاران و پزشکان عمومی بود اما بین شغل و شدت و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معنی دار وجود نداشت ($p\text{-value} < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد که سطح دیسترس اخلاقی در مطالعه حاضر در سطح بسیار کم قرار دارد. از آنجا که پیامدهای دیسترس اخلاقی، می تواند بر کیفیت کار درمانی پرستاران در سیستم سلامت، تاثیرگذار باشد، لذا توجه جدی مدیران جهت به کارگیری برنامه های آموزشی در رابطه با مباحث اخلاقی با هدف شناسایی علایم دیسترس اخلاقی و عوامل موثر بر آن و نیز انجام تحقیقات بیشتر جهت شناسایی سایر ابعاد دیسترس اخلاقی در دیگر مراکز درمانی، ضروری به نظر می رسد.

واژگان کلیدی: پرستاران، پزشکان، دیسترس اخلاقی، کوید ۱۹

J Educ Ethics Nurs 2021;9(3&4):1-8

مقدمه

این اپیدمی نشان می دهد که به این زودی ها این ویروس تعداد بیشتری را مبتلا کرده و قربانیان بیشتری را رقم خواهد زد [۲]. هم اکنون این بیماری در ایران نیز شیوع گسترده ای پیدا کرده است و باعث ایجاد سردرگمی و تغییر شرایط زندگی شده است [۳]. بدلیل شیوع بالای بیماری کوید ۱۹، تمرکز عمده کادر درمانی و

یکی از عواملی که در ماه های اخیر باعث استرس و اضطراب فراوانی در میان افراد جوامع مختلف شده است، بیماری ناشی از کوید ۱۹ می باشد [۱]. سازمان بهداشت جهانی اعلام نموده است که بیش از ۱۶ میلیون نفر به این ویروس مبتلا شده اند و بیش از ۶۰۰ هزار نفر، جان باخته اند (سازمان بهداشت جهانی) و چشم انداز

*نویسنده مسئول، نشانی: مرکز تحقیقات مولفه های اجتماعی نظام سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جهرم، جهرم، ایران.

پست الکترونیک: navidkalani@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۵۶۰۵۴۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۴

این مطالعه توصیفی مقطعی در سال ۱۳۹۹ با نمونه‌گیری در دسترس بر روی ۱۰۳ نفر از پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان پیمانه شهرستان چهارم انجام شد.

ملاحظات اخلاقی:

قبل از شروع انجام مطالعه در مورد روند تحقیق به پزشکان و پرستاران درگیر با بیماران مبتلا به کوید ۱۹، توضیح داده شد و رضایت آگاهانه از آنها به دست آمد. با توجه به شیوع ویروس کرونا در جهان، تمام پروتکل‌های بهداشتی جهت جمع‌آوری اطلاعات رعایت گردید. در تمام مراحل مطالعه، محققان به اصول اعلامیه هلسینکی و محرمانه بودن اطلاعات پایبند بودند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی چهارم تحت کد اخلاقی IR.JUMS.REC.1399.018 تایید شده است.

معیارهای ورود و خروج از مطالعه:

معیار ورود مطالعه شامل: پرستاران و پزشکان شاغل در بیمارستان پیمانه شهرستان چهارم که با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در تماس هستند و مراقبت می‌کنند و بازه سنی ۳۰ تا ۵۰ سال بود.

معیار خروج از مطالعه نیز شامل: عدم همکاری در اجرای طرح توسط پرستاران و پزشکان بود.

روش انجام مطالعه:

پس از اخذ مجوز پژوهشگران در محیط انجام پژوهش حضور یافته و در مورد نحوه‌ی انجام این مطالعه به کادر درمانی توضیح دادند. همچنین سعی شد در زمان‌های اول شیفت کاری پرسشنامه‌ها پخش و جمع‌آوری شود تا کمترین میزان امتناع را در این پژوهش داشته باشیم.

جمع‌آوری اطلاعات:

جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه دیسترس اخلاقی کورلی و همکاران بود. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک در این مطالعه شامل: جنسیت، سن، شغل، نوع استخدام، سابقه مسافرت، سابقه ابتلا به بیماری کرونا و سابقه گذراندن دوره‌های اخلاق بود.

دیسترس اخلاقی با استفاده از پرسشنامه Corley سنجیده شد. این پرسشنامه از ۲۱ سؤال تشکیل شده و شامل موقعیت‌هایی است که فرد شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را با قرارگیری در آن موقعیت‌ها نشان می‌دهد. گزینه‌های آن در مورد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (۶) و در مورد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (۶) مرتب شده است [۱۱]. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه

مختصان بر روی درمان بیماری است و فرصت کمتری برای پرداختن به شرایط روان شناختی این بیماران وجود دارد [۴]. پزشکان و پرستاران در خط مقدم پاسخ مراقبت‌های بهداشتی، خود را در مواجهه با موقعیت‌های بی‌سابقه‌ای می‌بینند و گاهی لازم است تصمیم‌گیری‌های بسیار مهمی برای بیماران و زندگی شخصی خود بگیرند در شرایط ایده‌آل، چارچوب‌های اخلاقی، ابزارهای راهنما و گایدلاین‌های هر بخش از قبل تهیه می‌شدند و در دسترس کادر درمان قرار می‌گرفت [۵]. همواره مراقبت از بیماران به لحاظ ابعاد جسمی، روحی، روانی و معنوی انسان با مقوله‌ی اخلاق و ملاحظات اخلاقی مواجه بوده است. با این حال، با پیشرفت‌های فزاینده‌ی 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 [۶-۸]. گسترش روزافزون علم پزشکی، گروه مراقبین را با مسائل اخلاقی مختلفی مواجه ساخته است که در این میان دیسترس اخلاقی از اهمیت خاصی برخوردار است [۹]. دیسترس اخلاقی درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی است که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیشرو از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود [۱۰]. علی‌رغم شیوع بسیار بالای دیسترس اخلاقی در میان کادر پزشکی، این موضوع در این گروه کمتر مورد توجه واقع شده است [۱۱]. در مطالعه‌ای که در یک گروه از پرستاران بخش‌های آنکولوژی در برزیل صورت گرفت مشخص شد که مشاهده درد و رنج دیگران توسط پرستاران می‌تواند باعث افزایش استرس، فشار کاری و خطاکاری آن‌ها شود و در نهایت موجب دیسترس اخلاقی در آنان شود [۱۲]. امروزه اپیدمی ویروس کرونا به یکی از مهم‌ترین عوامل نگرانی و اضطراب در میان مردم و نیز سازمان جهانی بهداشت و علی‌الخصوص کادر درمانی مراقب از بیماران کوید ۱۹ تبدیل شده است. دیسترس اخلاقی پدیده‌ای غیرقابل انکار بوده که می‌تواند در روند دستیابی به اهداف سیستم مراقبتی مداخله ایجاد کرده و در نهایت بر الگوی سلامتی جامعه نیز تأثیرات سویی بگذارد. با توجه به اهمیت پدیده دیسترس اخلاقی و شیوع رو به رشد آن در کادر درمانی و با توجه به شرایط اپیدمی کرونا، این پدیده هنوز در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است، لذا با توجه به این موضوع هدف از انجام این مطالعه بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران و پزشکان مراقب از بیماران مبتلا به کوید ۱۹ در شهرستان چهارم می‌باشد.

روش کار

طراحی مطالعه:

درمانی شرکت‌کننده در مطالعه زن و کمتر از ۳۰ سال داشتند. شغل اکثریت آن‌ها پرستار و استخدام آن‌ها رسمی و پیمانی بوده است. ۱۶/۵ درصد از آن‌ها سابقه مسافرت در دوران کرونا و ۴۲/۲ درصد از آن‌ها دوره‌های اخلاق را شرکت کرده بودند (جدول ۱). میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی، به ترتیب $47/98 \pm 17/69$ و $47/82 \pm 16/78$ بوده است. نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت و تکرار دیسترس اخلاقی بالاتر است. میزان سطح شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در اکثریت کادر درمانی مراقب در حد کم قرار داشت (جدول ۲).

نتایج نشان داد که بین سابقه مسافرت در دوران کرونا و شدت دیسترس اخلاقی در کادر درمانی ارتباط وجود دارد ($p\text{-value} = 0/037$). شدت دیسترس اخلاقی در کادر درمانی با سابقه مسافرت در دوران کرونا به طور معنی‌داری بالاتر از کادر درمانی بدون سابقه مسافرت گزارش شد (جدول ۳). از طرفی دیگر، تکرار دیسترس اخلاقی در کادر درمانی شرکت‌کننده در دوره اخلاق به طور معنی‌داری پایین‌تر از کادر درمانی با عدم شرکت در دوره اخلاق بود ($p\text{-value} = 0/029$).

اگر چه شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پزشکان بالینی بالاتر از پرستاران و پزشکان عمومی بود اما بین شغل و شدت و تکرار دیسترس اخلاقی ارتباط معنی‌دار وجود نداشت ($p\text{-value} > 0/05$).

عباس‌زاده و همکاران بدست آمد. میزان روایی محتوی این پرسشنامه و پایایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ محاسبه گردید [۱۳-۱۴].

برای پاسخ‌گویی به سوالات از یک مقیاس لیکرت ۷ قسمتی استفاده شده است. در این مقیاس، عدد ۶ نشانه‌ی بیش‌ترین میزان دیسترس اخلاقی و عدد صفر نشانه‌ی عدم وجود دیسترس اخلاقی است. مجموع نمرات حاصل برای شدت و تکرار دیسترس اخلاقی، ۰-۲۱۶ می‌باشد به طوری که نمره‌ی ۰-۷۲ نشانگر میزان دیسترس در سطح کم، نمره ۷۳-۱۴۴ نشانگر دیسترس در سطح متوسط و نمرات ۱۴۵-۲۱۶ نشانگر شدت دیسترس اخلاقی است [۱۵].

تجزیه و تحلیل اطلاعات:

تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی تست و انوا)، در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ صورت گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۳ نفر از پرستاران و پزشکان درگیر با بیماران مبتلا به کوید ۱۹ شرکت نمودند. نتایج نشان داد اکثریت کادر

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک کادر درمانی شرکت‌کننده در مطالعه

درصد	فراوانی	
۶۱/۲	۶۳	زن
۳۸/۸	۴۰	مرد
۶۴/۱	۶۶	کمتر از ۳۰
۲۴/۳	۲۵	بین ۳۰ تا ۴۰ سال
۱۱/۷	۱۲	بالای ۴۰ سال
۶۸/۹	۷۱	پرستار
۱۷/۵	۱۸	پزشک عمومی
۱۳/۶	۱۴	پزشک بالینی
۲۹/۱	۳۰	رسمی
۱۹/۴	۲۰	پیمانی
۳/۹	۴	شرکتی
۹/۷	۱۰	قراردادی
۳۷/۹	۳۹	طرحی
۸۳/۵	۸۶	سابقه. مسافرت
۱۶/۵	۱۷	بلی
۷۵/۷	۷۸	سابقه ابتلا به بیماری کرونا
۲۴/۳	۲۵	بلی
۵۷/۸	۵۹	سابقه گذراندن دوره‌های اخلاق
۴۲/۲	۴۳	بلی

جدول ۲: سطح شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در کادر درمانی شرکت کننده در مطالعه

متغیر	کم	متوسط	زیاد
شدت دیسترس ۴۸/۷۶±۱۹/۲۶	۹۳(۹۰/۳)	۹(۸/۷)	۱(۱)
تکرار دیسترس ۴۷/۸۲±۱۶/۷۸	۹۴(۹۱/۳)	۸(۷/۸)	۱(۱)

جدول ۳: میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی برحسب متغیرهای دموگرافیک

متغیرهای دموگرافیک	تکرار دیسترس		شدت دیسترس		p-value
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
جنسیت	زن	۴۵/۴۴	۱۵/۶۹	۴۵/۸۶	۰/۰۸۰
	مرد	۵۱/۵۵	۱۷/۹۳	۵۱/۹۸	
سن	کمتر از ۳۰	۴۶/۴۲	۱۶/۴۷	۴۷/۷۶	۰/۷۱۷
	بین ۳۰ تا ۴۰	۴۹/۳۶	۱۸/۲۳	۴۷/۶۴	
	بالای ۴۰ سال	۵۲/۲۵	۱۵/۵۹	۵۲/۰۸	
شغل	پرستار	۴۷/۱۵	۱۶/۸۸	۴۶/۹۴	۰/۳۳۶
	پزشک عمومی	۴۴/۱۷	۱۲/۹۱	۴۸/۵۰	
	پزشک بالینی	۵۵/۸۶	۱۹/۱۲	۵۴/۴۳	
نوع استخدام	رسمی	۵۲/۰۰	۱۵/۶۸	۵۲/۶۳	۰/۱۱۶
	پیمانی	۵۰/۶۵	۱۹/۰۸	۴۹/۳۵	
	شرکتی	۳۳/۷۵	۸/۳۴	۳۲/۲۵	
	قراردادی	۵۳/۳۰	۱۶/۸۱	۵۲/۰۰	
	طرحی	۴۳/۱۸	۱۵/۶۴	۴۴/۹۵	
سابقه مسافرت	خیر	۴۶/۲۹	۱۶/۵۶	۴۶/۸۶	۰/۰۶۹
	بلی	۵۵/۵۳	۱۶/۱۴	۵۵/۱۸	
سابقه ابتلا به بیماری کرونا	خیر	۴۹/۵۹	۱۷/۷۷	۵۰/۰۵	۰/۰۵۹
	بلی	۴۲/۲۸	۱۱/۸۷	۴۲/۵۶	
سابقه گذراندن دوره های اخلاقی	خیر	۵۰/۰۷	۱۵/۲۹	۵۲/۶۳	۰/۰۲۹
	بلی	۴۶/۴۱	۱۸/۶۵	۴۵/۰۷	

بحث

تعارض می‌شوند. برخی دیگر نیز با این شرایط کنار آمده ولی به طور ناخودآگاه، تحت تاثیر اثرات پنهان دیسترس اخلاقی، دچار نارضایتی و فرسودگی شغلی می‌شوند [۱۹-۱۸].

در مطالعه حاضر بین متغیرهای دموگرافیک (جنسیت، سن، شغل، نوع استخدام و سابقه ابتلا به بیماری کرونا) با دیسترس اخلاقی ارتباط معنی داری وجود ندارد. نتایج این مطالعه با مطالعات بیک مرادی [۲۰]، برهانی و همکاران [۲۱]، محمدی نافچی و همکاران [۲۲]، دم شناس و همکاران [۲۳]، همخوانی دارد. در این مطالعات نیز ارتباطی بین متغیرهای دموگرافیک و دیسترس اخلاقی وجود نداشت. عدم ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و دیسترس اخلاقی نشان می‌دهد که برنامه‌های آموزشی جهت کاهش دیسترس اخلاقی می‌تواند برای تمام کادر درمانی ارائه‌دهنده مراقبت یکسان و برای همه قابل اجرا باشد.

دیسترس اخلاقی به عنوان نگرانی عملکردی در حرفه‌های بهداشتی که درگیر تصمیم‌گیری بالینی و همین‌طور تضادهای اصول اخلاقی اند شناخته شده است [۱۶]. علل متفاوتی می‌توانند در ایجاد دیسترس اخلاقی نقش داشته باشند. از آن جمله میتوان به کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بالینی، کیفیت نامناسب مراقبت‌های ارائه شده توسط پزشک و پرستار، سهل‌انگاری و خطاهای پزشکی و عدم شایستگی همکاران اشاره نمود [۱۷].

با بروز دیسترس اخلاقی در محیط‌های درمانی، بر اساس مکانیسم‌های سازگاری متفاوتی که در بین افراد وجود دارد، نحوه‌ی مواجهه‌ی افراد با این حالات متفاوت است؛ به طوری که برخی دچار حالت افسردگی و ناامیدی شده و به سمت مکانیسم‌های غیر تطابقی می‌روند و برخی به دلیل تغییر دادن شرایط، با سازمان مربوطه و با دیگر اعضای تیم بهداشتی دچار

مطالعات خود گزارش کردند که سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران در حد متوسط قرار دارد. شفیی و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی برازجان در سال ۱۳۹۴ انجام شد نشان داد که شدت و دیسترس اخلاقی در پرستاران در سطح ضعیفی می‌باشد [۱۵]. نتایج مطالعات Selig و Corley نشان داد که ۸۰ درصد پرستاران از سطح بالای دیسترس اخلاقی برخوردار بودند [۳۲]. در مطالعه دیگری که توسط عباس عباس زاده و همکاران با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی پرستاران با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر در بخش‌های ویژه انجام شد نتایج نشان داد که میزان دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های آی.سی.یو. بیش از حد متوسط و با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر در ارتباط بود [۳۳]. Norman در مطالعه خود دیسترس اخلاقی در پرستاران را در حد بالا گزارش نمودند [۳۴]. Janvier نیز در مطالعه اش میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران در سطح بالایی گزارش کرده است [۳۵]. نتایج مطالعات فوق با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

علت این عدم همخوانی مطالعات با مطالعه حاضر می‌تواند به علت وجود تفاوت فرهنگی در جوامع و ملیت‌های مختلف باشد. همچنین شاید یکی از دلایل دیگر بتوان گفت که میزان تأثیر این عوامل در ایجاد دیسترس به نوع محیط کاری و ویژگی‌های خود افراد برمی‌گردد. شاید افرادی که از نظر عاطفی حساستر بوده و بیشتر تحت تأثیر شرایط بیماران قرار می‌گیرند دیسترس در آنها با شدت بیشتر و تکرار بالاتری به وقوع می‌پیوندد.

لازارین در مطالعه خود بیان می‌کند که یکی از راه‌های مقابله پرستاران با شرایط دیسترس اخلاقی فرار از اجرای مراقبت و دستورات پزشکان است. وی بیان می‌کند که پرستاران در حالت عادی از ارائه خدمت به بیماران لذت می‌برند ولی شرایط دیسترس زای حاکم بر محیط کاری نوعی مانع برای اجرای مراقبت محسوب می‌شود [۳۶]. همچنین یکی از مواردی که تأثیر مسائل اخلاقی را افزایش می‌دهد؛ شاید تکرار آن باشد. مواجه مکرر پرستاران با مسائل اخلاقی خود عامل مهمی در تأثیرپذیری از آن است. یک حادثه اخلاقی هر چند شدید با یک بار وقوع، تأثیرات حادی را در فرد ایجاد خواهد کرد [۲۱].

در ایران با توجه به کمبود پرستار خصوصاً در بخش‌های بالینی و همچنین با توجه به روند رو به رشد بیماری کرونا (کوید-۱۹) در جامعه که باعث افزایش زیاد مرگ و میر در همه سنین شده است و همچنین با توجه به آنکه مدت زمان بستری این افراد در محیط‌های بیمارستانی (بخش عفونی و بخش مراقبت‌های ویژه) افزایش یافته و این افزایش طول مدت بستری، خود نیاز بیشتری برای مراقبین (پرستاران و پزشکان) خصوصاً پرستاران را طلب

نتایج این مطالعه نشان داد که ۵۷/۰۸ از پرستاران و پزشکان سابقه گذراندن دوره‌های اخلاق را نداشته‌اند. در این پژوهش تقریباً نیمی از پرستاران و پزشکان سابقه گذراندن دوره‌های اخلاق را نداشته‌اند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه بیک مرادی و همکاران [۲۰]، همخوانی دارد. در این مطالعه ۵۰/۰۳ درصد پرستاران بیان کرده‌اند که آموزش‌هایی در مورد اخلاق حرفه‌ای داشته‌اند. این مسأله نشان می‌دهد که با پرستاران و پزشکان آموزشی در این زمینه نگرفته‌اند یا این که این آموزش‌ها آنقدر مؤثر نبوده تا در خاطر افراد باقی بماند. با توجه به این که پرستاران و پزشکان اغلب بیش از سایر افراد تیم مراقبت سلامت با بیماران در ارتباط هستند لزوم اهتمام جدی به آموزش مؤثر آنان در زمینه‌ی اخلاق حرفه‌ای احساس می‌گردد.

علی رغم شیوع بسیار بالای دیسترس اخلاقی در میان کادر پزشکی، این موضوع با توجه به جستجوهای مختلف پژوهشگران در زمان پاندمی کرونا بررسی نشده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میزان سطح شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در کادر درمانی در حد کم قرار دارد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعات اریندا، صدیقی، ژیاویان، کاراگوزلو با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اریندا و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس انجام شد نشان داد که پرستاران بخش اورژانس از دیسترس اخلاقی کمی برخوردار هستند [۲۴]. همچنین صدیقی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که ۹۳/۸۳٪ پرستاران خراسان دارای سطح دیسترس اخلاقی کمی هستند [۲۵]. نتایج مطالعه Xiaoyan و همکاران نیز نشان داد که سطح دیسترس اخلاقی در پرستاران چینی در سطح کم قرار دارد [۲۶]. در مطالعه دیگری که با هدف بررسی میزان دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه ترکیه انجام شد نتایج نشان داد که پرستاران از سطح دیسترس اخلاقی پایینی برخوردار بودند [۲۷].

در زمینه دیسترس اخلاقی اکثر مطالعات حاکی از سطح متوسط به بالای آن در تیم درمانی و علی‌الخصوص پرستاران بوده است. در همین راستا عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود به بررسی تأثیر دیسترس اخلاقی بر تمایل پرستاران به ترک خدمت در بیمارستان‌های آموزشی بیرجند پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که میزان دیسترس اخلاقی نیز در پرستاران در حد متوسط قرار دارد [۱۳]. در مطالعه ای که توسط Elpern صورت گرفت نتایج نشان داد که پرستاران شرکت کننده در مطالعه سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را نشان دادند [۲۸]. بیک‌مرادی و همکاران نیز سطح دیسترس اخلاقی را در پرستاران در حد متوسطی ارزیابی کرده است [۲۰]. Niela [۲۹]، Khaghani [۳۰]، برهانی و همکاران [۲۱]، رحمانیان و همکاران [۳۱]، نیز در

جدی مدیران جهت به کار گیری برنامه‌های آموزشی در رابطه با مباحث اخلاقی با هدف شناسایی علایم دیسترس اخلاقی و عوامل موثر بر آن و نیز انجام تحقیقات بیش‌تر جهت شناسایی سایر ابعاد دیسترس اخلاقی در دیگر مراکز درمانی، ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان پیمانیه شهرستان جهرم بابت همکاری در اجرای این مطالعه تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین این مطالعه حاصل از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی جهرم با کد اخلاق IR.JUMS.REC.1399.018 می‌باشد. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه بخاطر تامین هزینه‌های مالی این مطالعه سپاسگزاری می‌گردد.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

می‌کند، لذا کمبود نیروی پرستاری در محیط‌های بالینی خود سبب می‌شود که حجم کاری افراد افزایش یافته و این خود باعث دیسترس اخلاقی در کادر درمانی خصوصاً در پرستاران بدلیل مراقبت‌های شبانه روزی از بیماران کوید مثبت بستری می‌شود. همچنین حضور مداوم پرستاران بر بالین بیماران و تماس نزدیک آن‌ها با افراد بیمار در تمام مراحل درمانی، نیاز به تصمیم‌گیری و اظهار نظرهای اخلاقی را ناگزیر می‌نماید. از همین رو است که پرستاران در اقدامات درمانی روزمره‌ی خود، دارای استعداد بیشتری برای مواجهه با موضوعات اخلاقی هستند [۹ و ۳۷].

نتیجه‌گیری

با توجه به آنکه سطح دیسترس اخلاقی در مطالعه حاضر در سطح بسیار کم قرار دارد و همچنین با عنایت به این موضوع که شرایط کوید ۱۹ در کشور ایران که در موج دوم این بیماری به سر می‌برد و از آنجا که پیامدهای دیسترس اخلاقی، می‌تواند بر کیفیت کار درمانی پرستاران در سیستم سلامت، تاثیر گذار باشد، لذا توجه

References:

1. Saadat Talab A, Jafari M. Mediator Role of spiritual happiness in the relationship between Social capital and social support with resiliency in employees against, Covid -19 diseases epidemic in the period of Social distance. *Journal of Research in Psychological Health* 2020; 14(1): 115-129.
2. Farahani M. N. Changes in Attitude, Beliefs and Values and COVID-19 pandemic. *Journal of Research in Psychological Health* 2020; 14 (1): 1-15.
3. Rahmatinejad P, Yazdi M, Khosravi Z, Shahi Sadrabadi F. Lived Experience of Patients with Coronavirus (Covid-19): A Phenomenological Study. *Journal of Research in Psychological Health* 2020; 14 (1): 71-86.
4. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. *N Engl J Med* 2020; 382(8): 727-733.
5. Tuite AR, Bogoch II, Sherbo R, Watts A, Fisman D, Khan K. Estimation of coronavirus disease 2019 (COVID-19) burden and potential for international dissemination of infection from Iran. *Annals of Internal Medicine* 2020; 172(10): 699-701.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Hamric, AB. Davis, WS. Childress, MD. Moral distress in health care professional. *Pharos Journal of the Netherlands institute at Athens* 2006;69 (1): 16-23.
10. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res* 2006; 28(4): 419-38.
11. Khoee EM, Hosseini Vaziri M. Alizadegan, S. Motevallian, SA. Goushegir, SA. Ghoroubi, J. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. *Iranian Journal of Psychiatry* 2008; 3(2): 55-8.
12. De Carvalho EC, Muller M, de Carvalho PB, de Souza Melo A. Stress in the professional Practice of oncology nursing. *Cancer Nurs* 2005; 28(3): 187-92.
13. 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.
14. West J. Ethical issues and new nurses: Preventing ethical distress in the work environment. *Kansas Nurse* 2007; 82(4): 5.
15. Shafei AR, Ravanipour M, Yazdankhahfard M, Mirzaeai K. The relationship between moral distress and burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 1394. *nvj* 2016; 2(5): 15-26.
16. Zuzelo, p. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics* 2007; 14(3): 344-54.
17. Harrowing JN, Mill J. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical Ethnography. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(6): 723-73.

18. Maslach C, I. S. J, Maslash M. Burnout in ventry manual. Palo Alto calif: consulting psychologists 2000; 16(1): 145-150.
19. The relationship between moral distress and burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 2016. *NVI* 2016; 2(5): 15-26.
20. 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.
21. Borhani F, Esmaealei Abdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Ethical distress in nurses and its relationship with burnout. *Medical Ethic* 2013; 7(25): 123-144.
22. Mohammadi Nafchi S, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and environmental empowerment in nurses of Kerman teaching hospitals. *Medical Ethic* 2013; 7(26): 91-113.
23. Damshenas M H, Kalani N, Javadpour S, Molaei F, Rahmanian F, Hosseini Y, et al . Moral distress and desire to quit: A cross-sectional descriptive study of nurses working in teaching hospitals of Jahrom in 2016. *J Educ Ethics Nurs* 2020; 9(1-2): 10-17.
24. Arinda R, Prawesti A, Widiati E. Nurses' Moral Distress in the Emergency Department. *Journal of Nursing Care* 2019; 2(3): 223-230.
25. Sedaghati A, Assaroudi A, Akrami R, Rad M. Moral distress and its influential factors in the nurses of the nursing homes in khorasan provinces in 2019: A descriptive-correlational study. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2020; 25:319-24.
26. Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, Lifeng C, Congcong S. Moral distress and its influencing factors: A cross-sectional study in China. *Nurs Ethics* 2018; 25(4): 470-480.
27. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. *Nurs Ethics* 2017; 24(2): 209-224.
28. 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.
29. Nicla P. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurse* 2001; 33(3): 39-60.
30. Khaghani d, Character d, Abdi w, Freedom c. The study of burnout in nurses. *Journal of Behavioral Sciences* 1389; 2(1): 51-9.
31. Rahmanian A, Mirzaei T, Sabzevari S. The relationship between moral development and moral distress in Bam. *J Educ Ethics Nurs* 2019; 8(3-4): 37-43.
32. Corley MC, Selig P. Prevalence of principle thinking by critical care nurses. *Dimens Crit Care Nurs* 1994; 13(2): 96-103.
33. Abbaszadeh A, Borhani F, Sharif F, Toghraei F. The relationship between nurses' moral distress and end-of-life decisions in intensive care units. *Medical ethics* 2012; 6(22): 117-133.
34. Norman LD, Donelan K, Buerhaus PI, et al. The older nurse in the workplace: Does age Matter? *Nurs Econ* 2005; 23(6): 282-9.
35. Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ. Moral distress in the neonatal Intensive care unit: caregiver's experience. *J Perinatol* 2007; 27(4): 203-8.
36. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and hematology Units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-95.
37. Hart TJ. Moral distress in a non-acute care setting: the experience of registered nursing Ontario. *Queen's University* 2009; 40(2): 180-186.

Evaluation of the level of moral distress in nurses and physicians caring for patients with Covid 19: A cross-sectional descriptive study in 2020

Leili Mosalanezhad¹, Samaneh Abiri², Navid Kalani^{1*}

Received: 2020/08/25

Revised: 2020/09/15

Accepted: 2020/09/17

1. Research center for social Determinants of Health, Jahrom University of Medical Sciences, Jahrom, Iran
2. Department of Emergency Medicine, Jahrom University of Medical sciences, Jahrom, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.9, No.3&4, Fall & Winter 2021

J Educ Ethics Nurs 2021;9(3&4):1-8

Abstract:

Introduction:

Due to the increasing number of Covid 19 disease in the world and the prevalence of the second wave of Covid 19 in Iran, we are witnessing the death of many of our compatriots in the country's hospitals every day. Meanwhile, the medical staff of hospitals, especially doctors and nurses, have the most conflicts with patients with Covid 19. Considering the very important issue of moral sensitivity in this period and its effect on the quality of performance of the treatment team, we decided to conduct a study to investigate the level of moral distress in nurses and physicians caring for patients with Covid 19.

Methods and Materials:

This cross-sectional descriptive study was performed in 1399 with available sampling on 103 nurses and physicians working in Peymaniyeh Hospital in Jahrom. Data collection tools in this study included the Demographic Information Questionnaire and the Corelli Moral Distress Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS software version 21 and descriptive and inferential statistical tests at a significant level of $p < 0.05$.

Results:

In this study, 103 nurses and physicians involved with patients with Covid 19 participated. The mean severity and recurrence of moral distress were 47.98 ± 17.69 and 47.82 ± 16.78 , respectively. A higher score indicates the severity and recurrence of higher moral distress. The level of severity and recurrence of moral distress was low in the majority of caregivers. The severity and recurrence of moral distress in clinicians was higher than nurses and general practitioners, but there was no significant relationship between job and severity and recurrence of moral distress (p -value < 0.05).

Conclusion:

The results of this study showed that the level of moral distress in the present study is very low. Since the consequences of moral distress can affect the quality of nurses' occupational therapy in the health system, so the serious attention of managers to use training programs related to ethical issues with the aim of identifying the symptoms of moral distress and the factors affecting it. It also seems necessary to do more research to identify other dimensions of moral distress in other medical centers.

Keywords: Nurses, Physicians, Moral Distress, Covid 19

* Corresponding author Email:navidkalani@ymail.com