CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran

A.Shamsalinia(PhD) [1]، A. Mahmoudian(Msc)* [1] ، B. Sorouri(Msc)[2], M. Youseframaki(Msc)[3] ، MH. Vaziri(MPH) [4]

1. Nursing Care Research Center, Health Research Institute, Babol University of Medical Sciences, Babol, I.R.Iran
2. Tonekabon hospital, MazandaranUniversity of Medical Sciences,Mazandaran,I.R.Iran
3. Imam Sajjad hospital, MazandaranUniversity of Medical Sciences,Mazandaran,I.R.Iran
4. Health, Department of Health Engineering, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info

Article Type:
Research Article

Received: Jul 2ed 2021
Revised: Aug 27th 2021
Accepted: Aug 31th 2021

ABSTRACT

Background and Objective: Moral distress as one of the important issues affects the physical and mental health of nurses and the quality of patient care. Considering the importance of moral distress, the aim of this study was to determine moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran.

Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, 142 nurses working in two hospitals in Western Mazandaran were selected using the convenience sampling method. The data were collected using the moral distress scale (MDS) validated in Iran. The MDS included 10 questions about environmental contexts of distress, scored from very low to high and 30 questions related to moral distress factors, scored on a Likert scale from 1 (very low distress) to 7 (very distress) as well as the moral distress score was ranged from 30 to 210. The data were analyzed using descriptive and analytical statistics (independent t-test and Spearman correlation coefficient) through SPSS 18 at a significant level of $P<0.05$.

Findings: Based on the results of this study, the mean intensity of moral distress of the nurses was high (4.96±1.82). The highest percentage of moral distress was related to working and caring for the patient in unsafe conditions due to low nursing staff numbers in the ward (5.88 ± 1.34). Among the related factors, work experience, employment status and type of departments were significantly associated with moral distress.

Conclusion: Due to the high level of moral distress, it is necessary for nurses to adopt strategies in order to care for the patient in safe conditions. It is also suggested that more attention should be paid to the concept of moral distress in the training program of hospital nurses.

Keywords: Nursing, Hospital, Ethics, Distress

Cite this article: Shamsalinia A, Mahmoudian A, Sorouri B, Youseframaki M, Vaziri MH. Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran. *Caspian Journal of Health and Aging*. 2021; 6(1): 20-28.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: A. Mahmoudian (Msc)
Address: Babol University of Medical Sciences, Ganj Afrooz Ave., Babol, Iran.
Tel: +98 (11) 55225151. **E-mail:** A.mahmoudian@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]
[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

CJHaA
Caspian Journal of Health and Aging
e-ISSN: 2645-5749
p-ISSN: 2588-3763
مجله سلامت و سالمندی خزر
Fateme Zahra Nursing and Midwifery School of Ramsar
دانشکده پرستاری و مامایی فاطمه زهرا (س) رامسر
دانشگاه علوم پزشکی بابل

بررسی پریشانی اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غرب مازندران

عباس شمسعلی‌نیا(PhD) [۱]، آمنه محمودیان (Msc)* [۱]، بهرام سروری(Msc) [۲]، مرضیه یوسف‌رمکی (Msc)[۳]، محمدحسین وزیری (MPH)[۴]

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بابل، بابل، ایران
۲. بیمارستان شهید رجایی تنکابن، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
۳. بیمارستان امام سجاد (ع) رامسر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مازندران، ایران
۴. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت: ۱۴۰۰/۴/۱۱
اصلاح: ۱۴۰۰/۶/۵
پذیرش: ۱۴۰۰/۶/۹

چکیده

سابقه و هدف: پریشانی اخلاقی، از موضوعات مهم مؤثر بر سلامت جسمی، روحی پرستاران و کیفیت مراقبت است. با توجه به اهمیت پریشانی اخلاقی، مطالعه حاضر باهدف تعیین پریشانی اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غرب مازندران انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی که از نوع توصیفی- تحلیلی است، ۱۴۲ پرستار شاغل در دو بیمارستان غرب مازندران به روش در دسترس شرکت کردند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه پریشانی اخلاقی (MDS) استفاده شد که در ایران اعتبارسنجی شده و شامل ۱۰ سؤال زمینه‌های محیطی پریشانی با نمره‌گذاری (از خیلی کم تا خیلی زیاد) و ۳۰ سؤال عوامل پریشانی اخلاقی، با لیکرت از ۱(پریشانی خیلی کم) تا ۷(پریشانی خیلی زیاد) بود و نمره پریشانی اخلاقی، از ۳۰ تا ۲۱۰ بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی (آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی اسپیرمن) و با spss نسخه ۱۸ در سطح معناداری (P< ۰/۰۵) انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین شدت دیسترس اخلاقی پرستاران مورد پژوهش بالا (۱/۸۲ ±۴/۹۶) بود. بیشترین درصد پریشانی اخلاقی مربوط به گویه " کار کردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش"(۱/۳۴±۵/۸۸) بود. از بین عوامل مرتبط سابقه کار و وضعیت استخدامی و نوع بخش با دیسترس اخلاقی ارتباط معناداری داشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به سطح بالای دیسترس اخلاقی، اتخاذ راهکارهایی برای پرستاران به منظور انجام مراقبت از بیمار در شرایط ایمن ضروری است. همچنین پیشنهاد می‌شود که در برنامه آموزشی پرستاران بیمارستان‌ها به مفهوم دیسترس اخلاقی بیشتر توجه شود.

واژه‌های کلیدی: پرستاری، بیمارستان، اخلاق، پریشانی

استناد: عباس شمسعلی نیا، آمنه محمودیان، بهرام سروری، مرضیه یوسف رمکی، محمدحسین وزیری. بررسی پریشانی اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غرب مازندران. مجله سلامت و سالمندی خزر. ۱۴۰۰؛ ۶ (۱): ۲۰-۲۸.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* مسئول مقاله: آمنه محمودیان
آدرس: رامسر، خیابان مطهری، میدان انقلاب، بیمارستان امام سجاد(ع)، دانشکده پرستاری مامائی فاطمه زهرا(س).
تلفن: ۵۵۲۲۵۱۵۱ - ۰۱۱ رایانامه: A.mahmoudian@mubabol.ac.ir

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]
[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

سابقه و هدف

پرستاری از مهم‌ترین حرفه‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی است (۱) در خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی، با چالش‌های اخلاقی متعددی روبرو و در مواجهه با موقعیت‌های بی‌سابقه‌ای قرار می‌گیرد (۳ و ۲). پرستاران در طول فعالیت‌های روزانه خود، به‌طور مداوم با شرایطی که نیاز به دانش و مهارت درزمینه‌ی اخلاق حرفه‌ای و تصمیم‌گیری اخلاقی دارند، مواجه هستند که می‌تواند منجر به پریشانی اخلاقی شود (۴). پریشانی اخلاقی در حرفه پرستاری، یکی از مشکلات روانی و اجتماعی شایع است که پرستاران شاغل در کلیه بخش‌های مراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵).

پریشانی اخلاقی به‌عنوان پدیده‌ای پیچیده از تجربه بشری شناخته می‌شود که مانع از عملکرد صحیح اخلاقی افراد، علیرغم دارا بودن دانش لازم می‌شود. مفهوم پریشانی اخلاقی، اولین بار توسط Jameton در سال ۱۹۸۴ مطرح شد. وقتی فرد از انجام عملی که به درست بودن آن واقف است، بازداشته و یا مجبور به انجام کاری شود که بر نادرستی آن آگاه است، پریشانی اخلاقی تجربه می‌شود. در پریشانی اخلاقی، پرستار می‌داند انجام کاری ازنظر اخلاقی صحیح است اما فشارهای سازمانی و درگیری با دیگر همکاران، موانعی را ایجاد می‌کند. پرستاری که در مواجهه با این موانع، عملکردش شکست می‌خورد، ممکن است علاوه بر استرس اولیه، دیسترس واکنشی را نیز نشان دهد (۶). پریشانی اخلاقی درکی است که از انجام کاری برخلاف موازین اخلاقی در پرستار به وجود می‌آید، هنگامی که پرستار کار درست اخلاقی را می‌داند ولی به علت محدودیت‌های سازمانی (حمایت کم مدیریت پرستاری، عدم توازن قدرت بین پزشکان و پرستاران، سیاست‌های سازمانی یا محدودیت‌های قانونی) یا ساختاری نمی‌تواند به آن عمل کند. مطالعات مختلف، سطوح بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران به‌ویژه در مقایسه با پزشکان و سایر مراقبین را گزارش کرده‌اند (۴ و ۷ و ۸). همچنین نتایج مطالعات انجام شده در ایران میزان پریشانی اخلاقی پرستاران را متوسط تا شدید برآورد کرده‌اند (۹ و ۱۰). به‌طور مثال ابراهیمی و همکاران دریافتندکه ۵۳ درصد پرستاران از پریشانی اخلاقی شدید رنج می‌برند (۱۱).

پریشانی اخلاقی می‌تواند موجب کاهش همکاری سازمانی و درنتیجه کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، کاهش رضایتمندی در محیط کار، فرسودگی شغلی، ترک شغل، به افزایش طول بستری بیمار، افزایش نیاز به مداخلات درمانی و افزایش هزینه شود که درنهایت موجب ارائه مراقبت ضعیف و آسیب به اعتبار سازمان می‌شود (۱۲).

شدت پریشانی اخلاقی با تخصصی شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت آنان در مراقبت از بیماران بدحال افزایش می‌یابد (۱۳). پریشانی اخلاقی پیامدهای بسیاری دارد که این پیامدها می‌تواند روی پرستار، بیمار و خانواده و سیستم بهداشتی تأثیرگذار باشد و منجر به عواقب مهم جسمی، روحی و اقتصادی شود (۱۴). پریشانی اخلاقی یک مشکل جدی در پرستاری است که نتیجه آن، مشکلات جسمی و روانی است که منجر به دلسردی از زندگی حرفه‌ای، بیزاری از کار، کاهش ماندگاری در شغل، تغییر وضعیت شغلی، ترک حرفه و درنهایت تعامل حداقل با بیمار و خانواده و تشدید کمبود نیروی پرستاری می‌گردد (۱۵). با توجه به عوارض ناشی از پریشانی اخلاقی در پرستاران و نقش مستقیم آن در عملکرد حرفه‌ای آن‌ها، شناخت و بررسی میزان پریشانی اخلاقی، اولین گام در شناسایی و میزان درگیری پرستاران با این مسئله می‌باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در دو بیمارستان غرب مازندران انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی در ۱۴۲ پرستار شاغل در بیمارستان‌های غرب مازندران (رامسر و تنکابن) به شیوه در دسترس انجام شد. معیارهای ورود شامل دارا بودن مدرک کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری پرستاری، سابقه کار بیش از ۶ ماه در بخش‌های مشغول کار، نداشتن سابقه استرس شدید (مانند مرگ نزدیکان، طلاق و یا تصادف شدید) در یک ماه گذشته و تمایل به تکمیل پرسشنامه بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی و خصوصیات شغلی و سؤالات پریشانی اخلاقی (MDS) بود. اطلاعات جمعیت شناختی و خصوصیات شغلی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه کار پرستاری در بالین، وضعیت استخدامی، داشتن سمت سازمانی، تعداد شیفت و میزان درآمد بود.

پرسشنامه پریشانی اخلاقی Jameton، اولین مقیاس سنجش پریشانی اخلاقی در جامعه پرستاران است که شدت پریشانی اخلاقی را بر اساس موقعیت‌های بالینی ایجادکننده بررسی می‌کند.۱۰ سؤال در مورد زمینه‌های محیطی پریشانی مانند امنیت شغلی، روابط بین همکاران، روابط علمی بین پزشک و پرستار و ...که نمره‌گذاری آن کیفی) از خیلی کم تا خیلی زیاد (و۳۰ سؤال مربوط به عوامل پریشانی اخلاقی که میزان

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

پریشانی اخلاقی که پرستاران در موقعیت‌های خاص تجربه می‌کنند را اندازه‌گیری می‌کند که بر مبنای درجه‌بندی لیکرت از ۱(پریشانی خیلی کم) تا ۷(پریشانی خیلی زیاد) نمره‌گذاری شده است. نمره کل پریشانی اخلاقی بین ۳۰ تا ۲۱۰ بود و سطوح پریشانی اخلاقی در سه رده به صورت پایین در محدوده نمرات ۳۰ تا ۹۰، متوسط در محدوده نمرات ۹۱ تا ۱۵۰، بالا در محدوده نمرات ۱۵۱ تا ۲۱۰ ارزیابی شدند (۱۶). در متن پرسشنامه قید گردید که در موضوعاتی که هیچ تجربه‌ای از مشکلات اخلاقی ویژه‌ای نداشتند، آن گویه را بدون پاسخ بگذارند. پایایی پرسشنامه توسط وزیری و همکاران در ایران با آلفای کرونباخ ۸۴ درصد تأیید شده بود (۱۷).

پرسشنامه با رعایت کامل موارد اخلاقی درزمان استراحت پرستاران با توجه به معیارهای ورود در اختیار پرستاران قرار داده شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. از آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای بررسی‌های جمعیت شناختی و خصوصیات شغلی و از آمار استنباطی برای تعیین سطح شدت پریشانی اخلاقی استفاده شد.

یافته‌ها

این مطالعه روی ۱۴۲ پرستار (۹۶/۹۲ درصد زن) که اکثریت نمونه‌ها (۳۷/۳۲ درصد) در محدوده سنی ۳۰-۲۶ سال قرار داشته، ۶۷/۶ درصد متأهل و ازنظر سطح تحصیلات، ۸۵/۲ در صد کارشناس بودند. ۹۲/۲۵ درصد در نوبت‌کاری در گردش بودند. ۴۳/۱۷ درصد استخدام رسمی بودند.۶۵/۵ درصد، دارای سابقه کار ۱ تا ۱۰ سال بودند.

جدول ۱ پاسخ پرستاران را به برخی از سؤالات از قبیل تعامل و همکاری در محیط کار بین پزشکان و پرستاران، تصمیم در مورد استعفا و ترک شغل، فرصت‌های ارتقای شغلی پرستاران، احساس امنیت شغلی پرستاران، برخورداری از حمایت مدیران بیمارستان، همکاری مناسب بین همکاران و پرستاران، تمهیدات محیط کار برای ادامه تحصیل و حمایت پدر، مادر و همسر در شغل حاضر را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۵/۱ درصد از پرستاران مورد پژوهش اظهار داشتند که تعامل علمی در محیط کار بین پزشک و آنان کم است. همچنین نظر ۳۷/۷ درصد از واحده‌ای مورد پژوهش در مورد تصمیم به استعفا و ترک شغل خیلی کم بود. ۴۳ درصد از آنان نیز احساس امنیت شغلی خیلی کمی داشته و ۴۲/۳ درصد از آنان از حمایت کم مدیران بیمارستان برخوردار بوده‌اند. اکثریت پرستاران (۵۸/۵ درصد) پرستاران نیز اظهار داشتند که تعامل بین همکاران و آنان زیاد می‌باشد.

جدول ۱. توزیع فراوانی مطلق و نسبی زمینه‌های محیطی ایجاد پریشانی اخلاقی واحدهای مورد پژوهش

زمینه‌های محیطی ایجاد پریشانی اخلاقی	خیلی کم (٪)	کم (٪)	زیاد (٪)	خیلی زیاد (٪)
تعامل با پزشکان	۲۹/۶	۴۵/۱	۲۲/۵	۲/۸
تصمیم به ترک شغل	۳۷/۹	۲۸/۵	۲۸/۹	۴/۷
فرصت برای ارتقای شغلی	۳۸/۹	۴۰/۸	۱۸/۵	۱/۸
تمهیدات محیط کار برای ادامه تحصیل	۵۵/۶	۲۸/۹	۱۳/۴	۲/۱
مقررات محیط کار مانع ادامه تحصیل	۱۸/۳	۲۲/۵	۳۸	۲۱/۱
احساس امنیت شغلی در محیط کار	۴۳	۴۱/۵	۱۳/۴	۲/۱
حمایت از طرف همسر و پدر و مادر در شغل فعلی	۸/۵	۱۶/۹	۳۹/۴	۳۵/۲
وجود همکاری مناسب با سایر پرستاران	۳/۵	۸/۵	۵۸/۵	۲۹/۵
برخورداری از حمایت مدیران در شغل فعلی	۲۹/۶	۴۲/۳	۲۳/۹	۴/۲
چگونگی تحمل تنش حاصل از محیط کاری	۳۷/۳	۱۶/۲	۳/۵	۴۳

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش، نمره کلی حاصل از پرسشنامه پریشانی اخلاقی ۱/۸۲± ۴/۹۶ می‌باشد که این نشان‌دهنده میزان بالای پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش در موقعیت‌های بالینی می‌باشد. سطح پریشانی اخلاقی در ۱۲/۶۷ درصد پرستاران پایین،۴۲/۲۵ درصد

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

متوسط و ۴۵/۰۸ درصد بالا بود. جدول ۲، نشان‌دهنده میانگین و انحراف معیار گویه‌های حاصل از پرسشنامه پریشانی اخلاقی می‌باشد. که نتایج نشان داده که بیشترین پریشانی اخلاقی در ارتباط به گویه " کار کردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش "می‌باشد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار گویه‌های پرسشنامه پریشانی اخلاقی از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غرب مازندران

گویه	انحراف معیار ±میانگین
کار کردن در موقعیتی که به دلیل کم بودن نیروی پرستاری، مراقبت ناکافی برای بیمار انجام می‌شود.	۵/۳۸±۱/۸۳
انجام دادن آزمایش‌ها و درمان‌های غیرضروری برای بیماران در حال احتضار، که توسط پزشک دستور داده شده است.	۴/۵۷±۱/۸۲
کمک کردن به پزشکی که به نظر شما درمان و مراقبت ناقص ارائه می‌دهد	۵/۱۴±۱/۸۰
کار کردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش	۵/۸۸±۱/۳۴
شروع کردن عملیات احیاء زمانی که فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند	۴/۷۷±۱/۸۲
پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمارِ در حال احتضار، وقتی‌که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۴/۵۵±۱/۸۰
پیروی کردن از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفتگو در مورد «مرگ» با بیمارِ در حال احتضار، وقتی‌که بیمار در مورد «مردن» سؤال می‌کند.	۴/۴۰±۱/۸۵
انجام دستور پزشک برای آزمایش‌ها و درمان‌های غیرضروری	۴/۶۸±۱/۷۸
پیروی کردن از دستور پزشک مبنی بر خودداری از گفتن حقیقت به بیمار، وقتی‌که بیمار از شما سؤال می‌کند.	۴/۷۵±۱/۹۵
پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با عدم اطلاع‌رسانی به خانواده بیمار در مورد وضعیت بیمار (Code Status) زمانی که بیمار وضعیت خوبی ندارد.	۵/۲۷±۶/۳۴
فقط مشاهده نمودن و عدم مداخله در مواردی که کارکنان بهداشتی به ارزش‌های بیمار احترام نمی‌گذارند.	۵/۰۷±۱/۶۰
مراقبت نمودن از بیمار شدیداً مصدوم (End Stage) وابسته به دستگاه احیاء تنفسی در شرایطی که کسی برای جدائی او از دستگاه تصمیم نمی‌گیرد.	۵/۲۴±۱/۶۳
پیروی نمودن از درخواست و تقاضای خانواده برای ادامه دستگاه احیاء تنفسی، وقتی‌که به نفع بیمار نیست.	۴/۷۵±۱/۷۹
وقتی‌که به دانشجویان پزشکی جهت افزایش مهارت‌های خود، اجازه داده می‌شود که روی بیمار پروسه دردناک اجرا نمایند.	۵/۱۷±۱/۷۱
کمک کردن به پزشکانی که پس از یک CPR ناموفق، هنوز به تمرین پروسه احیاء ادامه می‌دهند	۴/۶۸±۱/۷۰
آماده کردن بیمار مسن در حال احتضار متصل به دستگاه احیاء تنفسی برای جراحی و خارج نمودن یک توده	۴/۹۰±۱/۷۵
انجام دادن یک وظیفه شغلی، درحالی‌که برای انجام آن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای ندارم.	۵/۳۸±۱/۷۱
ارائه مراقبت بهتر برای کسانی که توانایی پرداخت هزینه را دارند نسبت به کسانی که این توانائی را ندارند.	۴/۸۸±۲/۱۲
چشم‌پوشی نمودن از موارد مشکوک به آزار بیماران توسط مراقبین	۵/۱۸±۱/۸۴

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

گویه	انحراف معیار ±میانگین
چشم‌پوشی نمودن از موقعیتی که فکر می‌کنم به بیمار اطلاعات دقیق در مورد رضایت‌نامه داده نشده است.	۵/۱۰±۱/۶۵
ترخیص نمودن بیماری که علیرغم بستری طولانی‌مدت در بیمارستان هنوز آموزش لازم به او داده نشده است.	۴/۹۴±۱/۶۵
اجرا نمودن یک پروسه و روند درمانی، وقتی‌که بیمار در مورد آن اطلاعات دقیق و کافی ندارد.	۴/۸۹±۱/۶۲
اجرای دستورات و سیاست‌های سازمانی برای قطع درمان، وقتی‌که بیمار هزینه درمان را پرداخت نمی‌کند.	۵/۴۰±۱/۷۷
چشم‌پوشی و عدم گزارش، وقتی‌که همکار پرستار در دادن دارو مرتکب خطا میشود.	۵/۲۹±۱/۷۷
کمک کردن به پزشکی که آزمایش یا درمانی را بدون رضایت بیمار انجام می‌دهد.	۴/۷۳±۱/۸۴
تجویز فقط داروی تثبیت‌کننده همودینامیک وریدی، وقتی‌که بیمار به انتوباسیون و CPR نیاز دارد.	۵/۲۴±۱/۷۲
پیروی کردن از دستور پزشک برای خودداری از مطلع نمودن بیمار از وضعیت بیماری (Code Status).	۵/۱۴±۶/۵۵
آماده نمودن یک فرد مسن با فراموشی شدید که لوله گاسترستومی داشته و اندیکاسیونی برای جراحی ندارد.	۴/۷۴±۱/۷۳
پیروی کردن از خواسته خانواده بیمار برای مراقبت، وقتی‌که با خواسته خانواده موافق نیستم.	۴/۶۷±۱/۸۱
تبدیل کردن داروی خوراکی به وریدی برای بیماری که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند.	۴/۱۶±۲/۱۵

بر اساس نتایج مطالعه، رابطه معنی‌داری بین سابقه کار و وضعیت استخدامی با زمینه‌های محیطی ایجاد پریشانی اخلاقی (تعامل با پزشکان، حمایت همسر و پدر و مادر، حمایت از طرف مدیران و احساس امنیت شغلی و همچنین سابقه کاری و پریشانی اخلاقی ($p = ۰/۰۰۱$) به دست آمد به‌نحوی‌که پرستاران باسابقه کاری کم، دچار پریشانی اخلاقی زیاد بودند. در مورد رابطه بین نوع بخش مشغول به کار و پریشانی اخلاقی پرستاران، پرستاران بخش‌های ویژه و داخلی دارای پریشانی زیادتری بودند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین پریشانی اخلاقی کلی پرستاران شاغل در مراکز درمانی غرب مازندران بالا بود. مطالعه عباس زاده و همکاران، سطح متوسطی از پریشانی را گزارش کرده‌اند (۹ و ۱۸). بیگ مرادی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه خود، سطح بالایی از پریشانی اخلاقی را گزارش کردند (۱۵). Maiden در کشور آمریکا، میزان پریشانی اخلاقی را پایین گزارش کردند که ممکن است ناشی از تفاوت محیط کاری پرستاران در ایران، مثلاً خودمختاری کم پرستاران، دموکراسی پزشک در جامعه، نادیده گرفتن پرستاران در بسیاری از تصمیمات مربوط به مراقبت از بیمار، کمبود امکانات و موانع سازمانی ناشی از قوانین و سیاست مؤسسات است (۲۰ و ۱۹).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین بالای پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در ارتباط با گویه "کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش" می‌باشد که با نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران با میانگین درصد پریشانی اخلاقی پرستاران در بعد کارکردن در شرایط غیر ایمن به دلیل کمبود نیروی کم پرستاری در بخش، هم‌راستا است (۹). مطالعه تبری و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که بیشترین پریشانی اخلاقی در موقعیت شرایط غیر ایمن بود (۲۱) که پرستاران با کارکردن در شرایط کمبود نیروی انسانی برای پاسخ‌گویی مناسب به نیازهای بیماران و انجام مراقبت صحیح که حق مسلم بیمار است، ازنظر اخلاقی، تحت استرس و فشار هستند (۲۲).

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تفاوت معنی‌دار آماری بین سابقه کار و میزان پریشانی اخلاقی پرستاران مورد پژوهش وجود دارد. نتایج مطالعه عباس زاده و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که سابقه کار با نقش تجربه کاری و یادگیری راه‌حل‌هایی که برای غلبه بر تنش‌های تجربه‌شده ضروری است، می‌تواند کمک‌کننده باشد (۹). پرستاران جوان، تجربه، مهارت و دانش لازم برای غلبه بر محدودیت‌ها را نداشته و خود را در مقابل مشکلات ناتوان احساس می‌کنند اما پرستاران با سابقه کاری بیشتر، با توجه به تجربه مواجهه با موقعیت‌های مختلف ازنظر اخلاقی، به‌راحتی می‌توانند مشکلات اخلاقی را در بالین مدیریت نمایند که هم‌راستا با اصول یادگیری Patricia Benner می‌باشد که پرستاران با سابقه خدمت کمتر،

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

توانایی شناسایی و تفسیر موقعیت‌های اخلاقی و نیز استفاده از قضاوت خوب و رفتار مناسب اخلاقی را ندارند (۲۲) نتیجه دیگر این مطالعه، ارتباط معنی‌داری بین نوع بخش و میزان پریشانی اخلاقی می‌باشد، به‌نحوی‌که پرستاران بخش‌های ویژه و داخلی دارای پریشانی اخلاقی زیادتری بودند. در مطالعه Elpern (۲۰۰۵)، پریشانی اخلاقی در بخش ویژه در سطح متوسط بود (۲۳) ولی مطالعه Browning ۲۰۱۳(۲۴)، ابراهیمی ۲۰۱۳ (۱۱) و Mason ۲۰۱۴ (۲۵)، عامری و همکاران در سال ۲۰۱۵ (۲۶)، بیگ مرادی ۲۰۱۲(۱۵) و بل ۲۰۰۸(۲۷) پریشانی اخلاقی بالایی را در بخش‌های ویژه نشان دادند که می‌تواند به این دلیل باشد که چون در بخش‌های ویژه علیرغم فشار کاری جسمی، پرستاران با فشارهای زیاد روانی مواجه هستند. آن‌ها به‌طور مداوم، در معرض وضعیت‌های بحرانی در مراقبت و درمان بیماران هستند که باید ازنظر اخلاقی تصمیم بگیرند که رویارویی با این شرایط اضطراری، موجب افزایش پریشانی اخلاقی در آن‌ها می‌شود. عامری ۲۰۱۵ (۲۶)، افت ۲۰۱۱(۲۸) و Silen ۲۰۱۱ (۲۹) بیان می‌کنند که سطح بالای پریشانی اخلاقی در بخش داخلی می‌تواند مربوط به مراقبت پرستاری نادرست و نامناسب و گذرا در مقایسه با عوامل دیگر باشد. مطالعه حاضر همانند مطالعات دیگر دارای محدودیت‌هایی بود؛ ازجمله اینکه حالات روحی شرکت‌کنندگان به هنگام تکمیل پرسشنامه، می‌توانست بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد که خارج از کنترل پژوهشگر بود. همچنین به‌جای استفاده از پرسشنامه‌ها، اگر از مصاحبه و روش‌های کیفی استفاده می‌شد، شاید صحت یافته‌های پژوهش بیشتر مورد تأیید می‌بود. بدین ترتیب برای مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود برای بررسی پریشانی اخلاقی پرستاران از روش‌های کیفی و مصاحبه نیز بهره برده شود تا شاید از این طریق بتوان بر وضعیت روحی شرکت‌کنندگان آگاهی یافت و از طریق اعمال کنترل بیشتر، بر صحت یافته‌ها نیز افزوده شود. این مطالعه در دو بیمارستان انجام شد، پیشنهاد می‌شود که با تعداد بیشتر در کل استان انجام شود.

نتایج نشان‌دهنده میزان بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش می‌باشد. مؤسسات مراقبت سلامتی، برای فراهم کردن و حفظ محیط کاری ایمن و سالم، دارای مسئولیت اخلاقی هستند. پریشانی اخلاقی، مفهومی قابل‌توجه در پرستاری بوده است. مدیران پرستاری برای کاهش این پریشانی اخلاقی در پرستاران، باید روی منابع سازمانی تمرکز کنند و در بررسی مشکلات و تصویب راه‌حل‌هایی در کمیته اخلاق، در جهت کاهش پریشانی اخلاقی که منجر به فرسودگی شغلی، سرخوردگی و استعفا از کار پرستاران می‌شود، تلاش نمایند. فراهم نمودن بستری مناسب برای بیان موقعیت‌های استرس‌زای اخلاقی و مشاوره و آموزش راهبردهای مقابله‌ای با پریشانی اخلاقی، اجرای برنامه‌های توانمندسازی می‌تواند کمک‌کننده می‌باشد.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی پرستاران بیمارستان رامسر و تنکابن، جهت تکمیل پرسشنامه‌ها و همکاری صمیمانه با پژوهشگران، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

References

1-Heydari A, Ahrari S, Toghian Chaharsoughi N. Moral Distress in Nursing and Its Contributors in the Context of Iran. Health, Spiritual Med Ethics. 2018;5(3):44-50.
2-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. Ann Intern Med. 2020; 172(10):699-701.
3-Lackman VD. Moral resilience: managing and preventingmoral distress and moral residue.Med Surg Nursing.2016;25(2),121–24.
4-Butts JB, Rich KL. Nursing ethics: across the curriculum and into practice. Jones & Bartlett Learning; 2019.
5- Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. J Nurs Scholarsh. 2015;47(2):117-25.
6-Jameton A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. AMA J Ethics. 2017;19(6):617-28.
7-Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. Int J Nurs Stud. 2016;53:39-49.
8-Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. J Crit Care. 2016;31(1):178-82.
9-Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantary S. The moral distress of nurses in health centers in the city of Bam in 1390. Med Ethic J. 2011;5(17):119-40.
10-Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. J Med Ethics Hist Med. 2014;7:3.
11-Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. IJME History Med. 2013;6(4):80-8.
12-Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou EDE, Karanikola MNK. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. BioMed Res Int. 2017;2017:1908712.
13-Latimer AL, Otis MD, Flaherty C, Ross MA. A survey of moral distress and end of life care in mechanical circulatory support nurses.Heart Lung.2020;50(1): 65-70.
14-Mitton C, Peacock S, Storch J, Smith N, Cornelissen E. Moral distress among healthcare managers: conditions, consequences and potential responses. Healthcare Policy. 2010;6(2):99-112. PMID: 22043226.
15- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. J Med Ethic History Med. 2012;5(7):58-69.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]

16-Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005; 12(4): 381-90.
17-Vaziri MH. Emami M, Salsali M, Goshegir G. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. Teb and Tazkieh J. 2008; 17(3-4): 55-8. [In Persian]
18-Etebari-Asl Z, Etebari-Asl F, Nemati Kh. A Survey on the Level of Moral Distress among Nurses ofSpecial Wards Affiliated to Educational-Therapeutic Centers in Ardabil University of Medical Sciencesin 2016: A ShortReport. JRUMS.2017; 16(2):169-78. [In Persian]
19.Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Barriers to implementation of team care and interprofessional education: The viewpoints of educational managers of iranian health system. Iran J Med Educat. 2015;14(11):943-56.
20-Mahmoodian F, Jafari SS, Keshmiri M, Azimi A, Vosoughi M. Nurses' experiences about the challenges of nurse-physician professional relationships, in 1390.Sadra Med Sci J.2014;2 (1), 31-42. [In Persian]
21-Jalali K, Tabari-Khomeiran R, Asgari F, Sedghi-Sabet M, Kazemnejad E, Moral Distress and Related Factors Among Emergency Department Nurses. Eurasian J Emerg Med. 2019;18(1): 23- 27.
22-Kalvemark Sporrong S, ArnetzB, Hansson MG, Westerholm P, Höglund AT. Developing ethicalcompetence in health care organizations. Nursing Ethics. 2007;14(6):825-37.
23-Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staffnurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care.2005; 14(6):523-30.
24- Browning AM. CNE article: moral distress and psychologicalempowerment in critical care nurses caring for adults at endof life. Am J Crit Care. 2013; 22(7):143-51.
25- Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, ButlerC, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: apilot study. Dimens Crit Care Nurs.2014; 33(4):215-25.
26-Ameri M, Safavi Bayat Z, Ashktorab T, Kavoosi A, Vaezi A. Moral distress:evaluating nurses' experiences. J Med Ethics Hist Med. 2013;6(1):64-73.
27-Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. JONAS Healthc Law Ethics Regul. 2008; 10(4): 94-7.
28-Aft SLK. Moral distress in medical surgical nurses. [MasterThesis]. Cullowhee: Western Carolina University; 2011.
29- Silen M. Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B,Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. J Clin Nurs. 2011; 20(23-24):3483-93.

[Downloaded from cjhaa.mubabol.ac.ir on 2025-08-19]

[DOI: 10.22088/cjhaa.6.1.20]