

توسعه و اعتبارسنجی مقیاس پریشانی اخلاقی در جامعه پرستاران ایران

دکتر محمد حسین وزیری^۱، دکتر عفت السادات مرقاتی خویی^۲، دکتر سید عباس متولیان^۳
دکتر شهرزاد علیزادگان^۴، دکتر عمران محمد رزاقی کاشانی^۵، دکتر امیر کاوسی^۶
دکتر سید اشرف الدین گوشه گیر^۷، دکتر جواد غروبی^۸

چکیده

مقدمه: پریشانی اخلاقی در حرفه پرستاری از پدیده های شایعی است که باعث بروز مشکلات روحی - روانی در پرستاران می شود. هدف این مطالعه تعیین روائی و پایائی مقیاس پریشانی اخلاقی معرفی شده توسط آندرو جامتون (۱۹۸۴) متناسب با فرهنگ ایرانی برای پرستاران و استفاده از آن برای اندازه گیری و استخراج عوامل مهم ایجاد پریشانی اخلاقی در میان پرستاران شاغل در بیمارستانهای دولتی و خصوصی غرب تهران در سال ۱۳۸۷ می باشد.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از روش ترکیبی (کیفی و کمی) طراحی گردید. در مرحله کیفی از روش FGD و در مرحله کمی از روش های آماری استفاده گردید. در هر دو مرحله پرسشنامه ۳۰ سوالی جامتون با طیف ۷ گزینه ای لیکرت به عنوان مرجع ابتدایی انتخاب شد. تعداد ۲۷۸ نفر به روش نمونه گیری تصادفی سانه استخراج و مورد مطالعه قرار گرفت و تعداد ۹۵ نفر دیگر برای انجام Test- Retest استفاده گردید. ضریب کاپا و آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی و آزمونهای کای اسکوئر و T-Test با استفاده از نرم افزار SPSS به کار گرفته شد.

نتایج: یافته های مرحله کیفی مطالعه در سه موضوع بافت بیمارستانی، مراقبت از بیمار و شخص پرستار گروه بندی شدند. در تحلیل مرحله کیفی عوارض حاصل از پریشانی اخلاقی در پرستاران به صورت استرس، دلشوره گی، سردرگمی، عذاب وجدان، گریه کرین، انتقال استرس و فشار به درون خانه، پرخاشگری، تحمل استرس و فشارهای روانی، از بین رفتن انگیزه کاری، افسردگی شغلی و ترک شغل بروز می کرد. همچنین ارتباط میزان پریشانی اخلاقی با متغیرهای دموگرافیک سن، جنس و ... تعیین گردید. و در بخش کمی ارتباط میزان پریشانی اخلاقی با تعامل بین پرستار و پزشک، استرس و تنش موجود در محیط کار، نوع بیمارستان، بخش بیمارستانی، تعداد تخت تحت مراقبت پرستار، استعفاء و ترک شغل بررسی گردید.

بحث و نتیجه گیری: این مطالعه نشان داد که پریشانی اخلاقی واکنشی، بین اکثر پرستاران بصورت تحمل، سازش، سکوت و عادت کرین بروز می کند. پس از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تکنیک آنالیز فاکتور سئوالات در سه آیتم نادیده انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم گیری بیمار و صلاحیت حرفه ای - عملکردی دسته بندی شدند.

واژه های کلیدی: پریشانی اخلاقی، مقیاس پریشانی اخلاقی، پرستاران، ایران

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست (MD, MPH)
۲. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت (PhD)
۳. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت (PhD MD)
۴. عضو هیئت علمی پژوهشکده باروری و ناباروری رویان (MD)

۵. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی (MD)
۶. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست (PhD)
۷. عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران (MD)
۸. عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (MD)

مقدمه

سال ۱۹۹۸ با مرور سیستماتیک ۲۷ مطالعه بروی شغل پرستاران دریافتند که این مطالعات پریشانی اخلاقی را به عنوان یک عامل مهم مورد بررسی قرار نداده اند. فقط در مطالعات دکر (۱۹۸۵) ابزار به کار گرفته شده مباحث اخلاقی را در سنجش رضایت شغلی پرستاران در نظر گرفته است (۴).

کورلی و همکاران (۲۰۰۵) ارتباط بین شدت پریشانی اخلاقی و تناوب آن با ویژگیهای دموگرافیک مانند محل کار، قومیت و سن را هم نشان داده است (۵). در این مطالعه پرستارانی که در محیط کار با رعایت اصول اخلاقی کار میکردند، میزان کمتری از پریشانی اخلاقی را نشان دادند. شدت پریشانی اخلاقی در سنین بالا با قومیت آمریکایی-آفریقایی بیشتر بود. موبلی و همکارانش (۲۰۰۷) در بررسی ارتباط بین پریشانی اخلاقی و عملیات غیرضروری و بی فایده در بخش CCU در یافتند که سن بالای ۲۳ سال، مدت کار بیشتر از ۴ سال در CCU و عملیات پرستاری بیشتر از ۷ سال بصورت معکوس در افزایش پریشانی اخلاقی مؤثر بوده است (۶). فرای و همکارانش (۲۰۰۲) در مطالعه ای روی پرستاران نظامی ارتش آمریکا دریافتند که پرستاران نظامی مراحل پریشانی اخلاقی را طبق تعریف جامتون تجربه کرده اند. نتایج نشان داد که در شرایط بحرانی نظامی پرستاران در معرض خطر پریشانی اخلاقی ویژه ای قرار دارند. زیرا با دستور ناگهانی آنها در یک دوره نظامی بحرانی شرکت میکنند و از خانواده ها و اشخاصی که دوست دارند، جدا میشوند و همینطور از آنها انتظار می رود تا مراقبت های پرستاری ماهرانه ای را در شرایط بحرانی انجام دهند که در وضعیت معمولی آن را تجربه نکرده اند. پرستاران نظامی شرایط غیرمعمولی نظیر تلفات زیاد نبرد، مرگ های دسته جمعی، قربانیان بدخیم یا شوک روحی، بیماران محلی، بیماران شدیداً فلج یا قطع عضو شده را تجربه می کنند همچنین آنها فشارهای مضاعفی ناشی از استرس حاصل از صحنه نبرد، قرار گرفتن خود در معرض بیماریهای عفونی بدلیل شرایط نامناسب بهداشت محیط را تحمل می کنند. در شرایطی که دیگران مرده اند از پرستاران نظامی انتظار می رود برای نجات زندگی و جان خودشان بجنگند، در بعضی مواقع در تریاژ مجروحین شرایط ضد و

اولین بار پروفسور جامتون در سال ۱۹۸۴ پریشانی اخلاقی^۲ را به عنوان احساسات دردناک یا عدم توازن و آرامش روانی تعریف کرد (۱). در این شرایط پرستار بواسطه ویژگیهای سازمانی و موانع موجود قادر به انجام آنچه که احساس می کند یا معتقد است که باید بعنوان اقدامات مناسب اخلاقی و رفتاری باید صورت پذیرد، نیست یا اینکه پرستار از ملاحظات اخلاقی یک موقعیت مراقبتی مطلع است اما بواسطه موانع سازمانی از قبیل اندک بودن زمان، کمبود حمایت و پشتیبانی سوپروایزر، فوریتهای پزشکی، سیاست و خط مشی سازمانی یا محدودیت های قانونی نمی تواند اقدام مراقبتی را انجام دهد. با وجود گذشت ۲۴ سال از توصیف جامتون از پریشانی اخلاقی به عنوان یک تجربه شایع و علیرغم شیوع روزافزون این پدیده توسط پزشکان، مسئولین امر و حتی خود پرستاران نادیده گرفته شده است، اگرچه این عارضه در عرصه تحقیقاتی در جوامع پیشرفته بطور وسیع مورد مطالعه است.

ملاحظات اخلاقی همواره درسیستم مراقبتی و سلامت مورد بحث است. بدنبال این ملاحظات بروز پریشانی اخلاقی تجربه پیچیده انسانی شایع است اما تا کنون تعریف روشن و واضحی برای آن ارائه نگردیده است. به عقیده جامتون (۱۹۸۴) پریشانی اخلاقی (سردرگمی اخلاقی) از مشکلات بزرگ شغلی است که به نوعی در حرف پزشکی بویژه در حرفه پرستاری باعث بروز تنش، عوارض و اثرات منفی در محیط کاری سیستم های بهداشتی - مراقبتی می گردد (۲).

به علت تغییرات اساسی درسیستم مراقبت بهداشتی ایران و بدنبال آن پیچیدگی این مراقبتها، مسائل و تنشهای اخلاقی بطور فزاینده ایی در عملیات مراقبتی مطرح شده است. تقریباً یک سوم پرستاران در طول خدمت دچار این مشکل می شوند. با توجه به اینکه پرستاران فقط دستورات پزشکان را عمل و اجرا می کنند، نیمی از پرستاران در مراقبت از بیماران بدحال برخلاف باور اخلاقی خود عمل می کنند. حدود ۸۰٪ پرستاران، سطوح متوسط تا شدید پریشانی اخلاقی را گزارش داده اند (۳). تامی و همکارانش در



نقیض حکمفرماست، جایی که فردی حداقل زخم یا بیماری را دارد در درمان حق تقدم پیدا می کند، بویژه اگر منابع دارویی پزشکی کم و ناکافی باشد، آنهایی که شدیداً زخمی شده اند پایین ترین و کم ترین حق تقدم درمان را دریافت می کنند. اینگونه مسائل غیرمعمول می توانند پریشانی اخلاقی شدیدتری را در پرستاران نظامی ایجاد کنند (۷).

ابزار سنجش این عارضه همواره در مطالعات مورد بحث بوده است. اسپورانگ و همکارانش (۲۰۰۶) با اندازه گیری پریشانی اخلاقی بین ۲۵۹ کارمند داروخانه و کلینیک های مختلف توانستند ابزار اختصاصی خود را طراحی کنند که دارای فاکتورهای سطح پریشانی اخلاقی، پذیرش و عمل سردرگمی های اخلاقی است. کورلی از متخصصین پریشانی اخلاقی با همکاران خود در فاصله سالهای ۱۹۹۴ تا ۱۹۹۷ با استفاده از رویکردهای تحقیقاتی مقیاس پریشانی اخلاقی را طراحی و بین ۲۱۴ پرستار از بیمارستانهای مختلف ایالات متحده آمریکا به مورد آزمایش گذاشتند. مفهوم سازی پریشانی اخلاقی جامتون، تئوری نقش متضاد هاوز و ریزو و تئوری ارزش روکنج در چهارچوب این آزمایشات استفاده شد (۲).

بدیهی است که بعلاوه تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی در بروز هر پدیده و تفاوت در هنجارها و ارزشهای هر جامعه استفاده از ابزارهای بومی شده معتبرتر است. از اینرو مطالعات جداگانه بر طراحی و اعتبارسنجی مدل اختصاصی و بومی آن جامعه و محیط کاری، لازم و ضروری بنظر می رسد. طراحی و اعتبارسنجی ابزار سنجش پریشانی اخلاقی نیاز به بررسی های متدولوژیک دارد، تا کاربردی نمودن آن تحقق یابد. در این مقاله چگونگی طراحی ابزار سنجش پریشانی اخلاقی و اعتبارسنجی آن در جامعه پرستاران بیمارستانهای دولتی و خصوصی غرب شهر تهران در سال ۸۷-۱۳۸۶ گزارش میشود.

روش بررسی

پس از کسب اجازه از کمیته پژوهش و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران و موسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل آن دانشگاه برای سنجش پریشانی اخلاقی در این تحقیق برای پرستاران ایران پرسشنامه ۲۰ سوالی

جامتون بعنوان مرجع ابتدایی در نظر گرفته شد. در این پرسشنامه میزان تنش و پریشانی اخلاقی پاسخگو در یک طیف ۷ گزینه ای از خیلی کم تا خیلی زیاد بر اساس مقیاس نمره گذاری لیکرت سنجیده میشود. از پاسخگو خواسته شد در صورت عدم تجربه موقعیت، سوال مربوطه را بدون پاسخ بگذارد. برای توسعه^۱ و بومی سازی آن بر اساس ویژگیهای اجتماعی و فرهنگی ایران از روش کیفی و برای اعتبار سنجی آن از روش کمی استفاده گردید. در روش کیفی ابتدا از برگرداندن دوبله^۲ استفاده و MDS جامتون به فارسی ترجمه شد. سپس دو روش جمع آوری اطلاعات: جلسات متمرکز گروهی (دو جلسه) و پانل متخصصین (۱۰ نفر) استفاده گردید. برای بررسی اعتبارسنجی MDS داده ها به روش آزمون و آزمون مجدد، در مرحله اول ۱۲۰ پرسشنامه تکمیل شد. پس از سه هفته ۹۵ پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل شده و توسط نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای گزینش پرستاران برای ورود به مطالعه داشتن لیسانس پرستاری و حداقل یکسال سابقه کار در حرفه پرستاری و مراقبت از بیماران بوده است.

برای اعتبارسنجی مجدد و استخراج فاکتورهای مهم در ایجاد پریشانی اخلاقی ۳۰۰ پرسشنامه دیگر با روش تصادفی ساده بین پرستاران پنج بیمارستان دولتی و خصوصی در غرب تهران توزیع گردید. با ریزش ۲۲ مورد نهایتاً اطلاعات ۲۷۸ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. با رعایت جوانب اخلاقی برای تفکیک بیمارستانهای خصوصی از دولتی، پرسشنامه ها کدگذاری (۱ تا ۵) شدند. در این تحقیق دو فرضیه مهم زیر مورد آزمون قرار گرفت:

- ۱- پریشانی اخلاقی بر استعفاء و ترک شغل موثر است.
 - ۲- در بین پرستاران پریشانی اخلاقی وجود دارد.
- همچنین چند فرضیه فرعی دیگر نیز تست گردید.

یافته ها

با بررسی ۲۷۹ نفر پرستار دارای مدرک لیسانس و حداقل یک سال سابقه میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۳/۵ با انحراف استاندارد ۷/۷ سال بود. ۹۲/۶٪ نمونه ها زن و

سوال ۲۵ (کمک به پزشکی که بدون رضایت بیمار دستور آزمایش و درمان می دهد) بیشترین میزان پریشانی اخلاقی را در پرستاران ایجاد می کردند. که این مسئله نشان دهنده این است که پرستاران نسبت به کرامت انسانی، شخصیت، احترام، حقوق و رضایت بیمار و عدم اطلاع رسانی در مورد رضایتنامه حساس بوده و در صورت مواجهه با زیر پا گذاشتن و بی توجهی به مسائل فوق الذکر، در معرض پریشانی اخلاقی قرار می گیرند. به فاکتور دوم عنوان قدرت تصمیم گیری بیمار^۲ اختصاص یافت. در این فاکتور سنوآل ۱۳ (پیروی نمودن از درخواست خانواده برای ادامه دستگاه احیاء وقتی که به نفع بیمار نیست) و سنوآل ۶ (پیروی کردن از درخواست خانواده در مورد عدم گفتگو در مورد مرگ با بیمار) بیشترین میزان پریشانی اخلاقی را در پرستاران ایجاد می کردند. با توجه به نوع سنوآلاتی که در این فاکتور قرار گرفته اند مشخص می شود که پرستاران در شرائطی که بیمار هوشیار نبوده و قدرت تصمیم گیری درست و صحیح را ندارد و تبعیت از درخواست خانواده بیمار که به نفع بیمار نیست، پرستار را در معرض پریشانی اخلاقی بیشتری قرار می دهد. به فاکتور سوم عنوان صلاحیت حرفه ای- عملکردی^۴ اختصاص یافت. در این فاکتور سنوآل ۳ (کمک به پزشکی که درمان ناقص ارائه می دهد) و سنوآل ۲ (انجام آزمایشها و درمان های غیر ضروری برای بیمار در حال احتضار به دستور پزشک) و سنوآل ۸ (انجام دستور پزشک برای آزمایشات و درمانهای غیر ضروری) بیشترین میزان پریشانی اخلاقی را در پرستاران ایجاد می کردند. با توجه به موضوع سوالات این فاکتور می-توان نتیجه گرفت که هر چقدر صلاحیت حرفه ای- عملکردی پزشک پایین باشد و دستور آزمایشات و درمانهای غیرضروری و ناقص برای بیمار صادر نماید پرستار را در معرض پریشانی اخلاقی بیشتری قرار می دهد که در این رابطه ارتقای سطح علمی پزشکان و گذراندن دوره های بازآموزی و شرکت در کنگره ها و سمینارها می تواند موثر بوده و صلاحیت حرفه ای- عملکردی پزشک را افزایش دهد. نتایج این مطالعه با مطالعه کورلی متفاوت است. در مطالعه کورلی سه فاکتور مسئولیت پذیری (۲۰ سوال

۷/۴٪ مرد که ۶۵/۳٪ آنها متاهل و ۳۴/۷٪ مجرد بودند. در ۵ بیمارستان غرب تهران با کدهای ۱ تا ۵ به ترتیب تعداد ۲۱۰، ۷۵، ۷۰، ۳۵ و ۱۵ پرسشنامه MDS بین پرستاران توزیع گردید، که نرخ برگشت پرسشنامه ها به ترتیب ۷۲٪، ۷۸٪، ۲۷٪، ۸۵٪ و ۸۰٪ بوده است. به نظر میرسد نرخ برگشتی پایین (۲۰٪) از پرستاران بخشهای مانند اورژانس و ICU نوزادان بدلیل حجم کاری بالا باشد که میزان پریشانی اخلاقی هم در این بخشها در درجه بالایی بود. نرخ برگشت پایین در بیمارستان کد ۳ (۳۷/۱٪) میتواند با عدم همکاری آن بیمارستان توجیه گردد

پس از آنالیز اطلاعات کیفی بروش آنالیز^۱ موضوعی نتایج نشان داد که عواملی مانند جو حاکم بر بیمارستانهای خصوصی و عدم حمایت لازم از پرستاران و نبودن مقررات و خط مشی و سیاست مدون مراقبتی و درمانی و اخلاقی موجب افزایش تنش و استرس محیط کار بوده و میزان پریشانی اخلاقی را بالا می برد. نتایج حاصل از مطالعات دیگر نیز این مسئله را اثبات می کند. فرای و همکارانش در سال ۲۰۰۲ پریشانی اخلاقی را بواسطه پیچیدگی ها و فشارهای سازمانی بین درصد بالایی (۲۳٪) از پرستاران گزارش کردند. هاجینسون می گوید هنگامی که یک سازمان مراقبت بهداشتی و سلامتی سیاست و خط مشی را فراهم و ارائه نمی کند که اعمال و اقداماتی را برای مراقبت های پیچیده اخلاقی و معنوی هدایت کند، پرستاران دچار بحران و پریشانی اخلاقی شده و آن را تجربه می کنند (۳). طبق نتایج هر دو فرضیه فوق الذکر پذیرفته می شوند ($P > 0.05$). یعنی پرستاران در معرض پریشانی اخلاقی هستند و پریشانی اخلاقی روی شیوع استعفاء و ترک شغل موثر است.

پس از اجرای روش آنالیز فاکتور، ۳۰ سوال در ۳ فاکتور خلاصه گردید، که در فاکتور اول ۱۶ سوال با آلفا کرونباخ ۰/۹۳ در فاکتور دوم ۸ سوال با آلفا کرونباخ ۰/۸۶ و در فاکتور سوم ۶ سوال با آلفا کرونباخ ۰/۸۰ قرار گرفت. با توجه به نوع سوالات عبارت نادیده انگاشتن بیمار^۲ به فاکتور اول اختصاص داده شد. در این فاکتور سوال ۲۰ (چشم پوشی از عدم ارائه اطلاعات در مورد رضایتنامه) و سوال ۱۹ (چشم پوشی از آزار بیماران توسط مراقبین) و

1. Thematic Analysis
2. Ignorance of the patient
3. patient's decision making power
4. practical-professional competency

وجود داشته باشد که مورد سوال ما نبوده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی میزان استعفا و ترک شغل در بین پرستاران در ارتباط با پریشانی اخلاقی

میزان استعفاء و ترک شغل	تعداد(نفر)	درصد
خیلی کم	۷۷	۲۹/۱
کم	۶۸	۲۵/۷
زیاد	۵۸	۲۱/۹
خیلی زیاد	۶۲	۲۳/۴
جمع	۲۶۵	۱۰۰

در مطالعه ما مشخص شد که تعداد زیادی از پرستاران ۵۱/۱٪ استرس و تنش موجود در محیط کار را مجبورند تحمل نمایند و ۳۷/۹٪ با استرس و تنش موجود در محیط بیمارستان سازش می کنند (جدول ۲). در بخش کیفی هم تعداد زیادی از پرستاران همین نظر را داشتند که در همه بیمارستانها وضعیت همین است و هیچ فرقی با هم ندارند و اگر بدلیل استرس و تنشهای زیاد محیط بخواهند استعفا دهند و به مرکز دیگری بروند آنجا هم شبیه همین استرسها و تنشها وجود دارد. بنابراین بهتر است تحمل نمایند. بعضی از پرستاران اعتقاد داشتند اگر پرستاران در شرکت های بیمه و یا شرکت های تجهیزات پزشکی و دارویی امکان جذب و استخدام داشته باشند، به هیچ وجه در بیمارستان ها استخدام نمی شوند و همینطور می گفتند پرستاران تازه فارغ التحصیل شده را بدلیل شرایط موجود جهت کار در بیمارستانها راهنمایی نمی کنند و هیچوقت به افراد فامیل و فرزندان خود توصیه نمی کنند که در رشته پرستاری تحصیل نمایند. در این مطالعه میزان حمایت خانواده از پرستاران زیاد تا خیلی زیاد (۶۴/۲٪) بود.

با آلفاکرونباخ (۰/۹۷)، غیر مرتبط با علاقه بیمار (۷ سوال با آلفاکرونباخ ۰/۸۲) و فریبکاری (۳ سوال با آلفاکرونباخ ۰/۸۴) استخراج شده است. همچنین مطالعه حاضر نشان داد که میزان پریشانی اخلاقی با توجه به میانگین و انحراف استاندارد در سوالات ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵، ۱۴ و ۲۰ بالا بود در صورتی که در مطالعه کورلی (۲۰۰۱) سوالات ۱۱، ۱۰، ۹، ۸، ۷، ۶، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ طبق نتایج ما همه سوالاتی که نمره بالایی از نظر میزان پریشانی اخلاقی دارند در فاکتور یک (نادیده انگاشتن بیمار) قرار دارند در حالی که در مطالعه کورلی سوالات ۵، ۶ و ۷ در فاکتور دو (قدرت تصمیم گیری بیمار) و سوالات ۸، ۹ در فاکتور سه (صلاحیت حرفه ای - عملکردی) و سوالات ۱۰ و ۱۱ در فاکتور یک (نادیده انگاشتن بیمار) قرار گرفته اند. به نظر می رسد که این تفاوتها در رابطه با اختلاف فرهنگی-اجتماعی دو جامعه پرستاری مورد مطالعه باشد و یا شاید ارتباط با مقررات و خط مشی و سیاست مراکز بیمارستانی و محیط کاری پرستاران داشته باشد. که این مسئله نیاز به مطالعه بیشتری را در جامعه پرستاران دارد.

بر اساس جدول ۱ حدود ۲۹/۱٪ از پرستاران خیلی کم به فکر استعفا و ترک شغل بوده اند و ۲۳/۴٪ گفته اند که خیلی زیاد به استعفا و ترک شغل فکر کرده اند. اما در مطالعه کورلی (۲۰۰۲) ۱۵٪ ترک کرده اند. شاید در جوامع توسعه یافته، پرستاران نگرانی برای برگشت به کار و یا یافتن شغل مجدد ندارند و ضمناً از تأمین اجتماعی بالاتری برخوردارند. (۳). در یک تحقیقات کیفی با به کار گیری مفهوم MD ویلکینسون اشاره کرد که MD با استعفای پرستاران و دست کشیدن از حرفه پرستاری همراه بوده است (۸). البته ما در این مطالعه فقط در مورد تصمیم پرستار به استعفاء و ترک شغل سوال کرده ایم و سابقه ترک شغل و استعفاء و ارتباط آن با پریشانی اخلاقی را از پرستاران نپرسیده ایم و به همین دلیل نمی توانیم در این مورد اظهار نظر نمائیم که آیا تصمیم به استعفاء و ترک شغل مستقیماً با پریشانی اخلاقی ارتباط دارد یا نه؟ شاید برای استعفا و ترک شغل دلایل زیادی

طبق جدول ۳ حدود ۸۲/۱٪ از پرستاران میزان همکاری و حمایت همکاران را به میزان زیاد تا خیلی زیاد در صورتیکه فقط حدود ۲۳/۵٪ از پرستاران حمایت مدیریت را به میزان زیاد تا خیلی زیاد بیان کرده اند. این یافته ها در بخش کیفی و کمی این مطالعه و مطالعات انجام شده در مورد حمایت از پرستاران بیانگر اینست که حمایت زیاد خانواده و همکاران در کاهش پریشانی اخلاقی تاثیر داشته است و برعکس حمایت کم مدیریت باعث کاهش رضایت شغلی و افزایش پریشانی اخلاقی گردیده است.

آستر و همکارانش نتیجه گیری کردند که سازمانها و تشکیلات مراقبت و درمان سلامتی می بایستی شرایط و محیط حمایت کننده ای برای ارائه دهندگان مراقبت و درمان

جدول ۲- توزیع فراوانی نحوه برخورد با استرس و تنش در بین پرستاران در ارتباط با پریشانی اخلاقی

میزان استرس و تنش	تعداد	درصد
سازش	۱۰۰	۳۷/۹
عادت	۲۵	۹/۵
بی تفاوت	۴	۱/۵
مجبور به تحمل	۱۳۵	۵۱/۱
جمع	۲۶۴	۱۰۰

جدول ۳- توزیع فراوانی میزان حمایت مدیران، خانواده از پرستاران و همکاری بین پرستاران

میزان همکاری بین پرستاران	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	جمع
میزان همکاری بین پرستاران	۱/۵	۱۶/۴	۵۲/۶	۲۹/۵	۱۰۰
میزان حمایت مدیران از پرستاران	۳۶/۱	۴۱/۳	۱۸/۶	۴/۹	۱۰۰
میزان حمایت خانواده از پرستاران	۱۰/۴	۲۵/۴	۳۶/۲	۲۸	۱۰۰

پرستارانی که در سازمانهای مراقبت سلامتی کار می کنند که این سازمانها هیچ سیاستی که اعمال را هدایت کند، فراهم نمی کنند، و محیط کاری پشتیبان کننده فراهم نمی کنند، مراقبت های پیچیده اخلاقی را هدایت نمی کنند و مکانیزمی برای پرداختن به تناقضات پیچیده با پزشکان ارائه نمی دهند، پریشانی اخلاقی بیشتری را تجربه می کنند. با توجه به مطالعات انجام شده و این مطالعه نتیجه می گیریم که باید سیستم حمایتی مدیریت بیمارستانی از پرستاران تقویت شده و وزارت بهداشت در جهت ارتقا و تقویت سیستم های حمایتی مراکز تشخیصی و درمانی قدم های موثر بردارد.

در طبقه بندی سوالات بر اساس کاپای وزنی^۱ سوالات از خوب تا ضعیف درجه بندی و ارزیابی شدند که بیشترین

که شرایط سخت و دشوار را بر عهده دارند، فراهم سازند. (۳) تای در سال ۱۹۹۶ در مطالعه خود دریافت که افزایش حمایت شغلی از جانب دوستان، خانواده و سوپروایزرها میل به تغییر شغل را کاهش می دهد و گفت سوپروایزرها باید توجه خاصی به نیازهای حمایتی کارمندان که پتانسیل بالائی جهت تغییر شغل دارند، داشته باشند. (۳). مک دانیل با استفاده از یک مقیاس رضایت شغلی ۶ ایتمی، گزارش داد که حد متوسط رضایت شغلی پرستاران از حد ممکن ۵/۰ در حدود ۳/۱ بود.

کورلی در سال ۲۰۰۲ در مطالعه خود نتیجه گرفت پرستارانی که روابط خوبی با همکاران و بیماران، مدیران، مدیریت اجرایی بیمارستان و پزشکان خود دارند دارای استرس و پریشانی اخلاقی کمتری هستند. (۳)

کاپای وزنی مربوط به سوال ۱۱ بود (۰/۶۴). موضوع این سوال عدم مداخله در موارد بی احترامی به ارزشهای بیمار بود و درجه و وضعیت سوال خوب طبقه بندی گردید و این نشان می دهد که بر اساس کاپای وزنی در شرایطی که ارزشها و کرامت انسانی بیمار مورد بی احترامی قرار می گیرد. بیشتر پرستاران دچار پریشانی اخلاقی می شوند و این مسئله نشاندهنده ی وجود تعهد بالا و ارزش های اخلاقی و معنویت در پرستاران مورد مطالعه می باشد که کماکان باید این ویژگی در پرستاران تقویت شود و در رابطه با کسانی که به ارزشهای بیمار احترام نمی گذارند برخورد کرده و منشور حقوق بیمار در بیمارستان را به آنها گوشزد نموده و آنها را ملزم به رعایت منشور حقوقی و اخلاقی بیمار بنماییم. در این مطالعه کمترین کاپای وزنی مربوط به سوال ۳۰ بود (۰/۲۹) که ضعیف ترین سوال پرسشنامه نامیده شد. موضوع سوال ۳۰ در رابطه با "تبدیل داروی خوراکی به وریدی وقتی که بیمار از خوردن آن خودداری می کند" بود.

شاید طراحی سوال مناسب نبود و یا به نظر پرستاران مبهم بود و به اعتقاد پرستاران ارتباط این کار با پریشانی اخلاقی مشخص نبود و در بخش کیفی هم به اعتقاد چند پرستار این سوال مبهم بود و عمل تبدیل داروی خوراکی به وریدی در شرایطی که بیمار امتناع می ورزد، کاملاً طبیعی است و نمی تواند به عنوان یک عمل اخلاقی به ضرر بیمار تلقی شود، بنابراین در پرستار پریشانی اخلاقی ایجاد نمی کند. و یا اینکه اتونومی بیمار بعنوان یک اصل در سیستم پرستاری ایران مطرح نیست.

یافته های دموگرافیک از قبیل جنس، سن، تاهل، سابقه کاری، تحصیلات و سمت (پرستار، سرپرستار) و وضعیت استخدام در بخش کمی مطالعه هیچ گونه ارتباطی را با میزان پریشانی اخلاقی نشان نداد.

اما در بخش کیفی مطالعه نتایج نشان داد که میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران متاهل و در جنس مونث و پرستار بخش بیشتر از مجردین و جنس مذکر و سرپرستاران می باشد. طبق نتایج کیفی در رابطه با متاهلین انتظارات و توقعات همسر و محدودیت ایجاد شده

و اضافه شدن وظیفه ی مدیریت خانه موثر شناخته شد. در رابطه با جنس چون اکثر نمونه های این پژوهش (۹۲/۶٪) جنس مونث بودند و در بخش کیفی هم بیشتر پرستاران خانم شرکت داشتند و نظرات خود را ارائه می نمودند روشن است که میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران مونث بیشتر دیده شود اگر چه میتوان بحث کرد که به دلیل احساسات و عواطف ویژه خانمها میزان پریشانی اخلاقی واقعا در جنس مونث بالا باشد. بهرحال این محدودیت مطالعه ما بود که نتوانستیم نمونه مذکر به اندازه مؤنث بیابیم. در رابطه با سمت، پرستاران بخش چون به طور مستقیم در ارتباط با بیمار می باشند و موارد را مشاهده می کنند و در عمل باید دستورات پزشکان را اجرا نمایند، به همین دلیل بالا بودن میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش نسبت به سرپرستاران مورد انتظار است.

بر اساس اطلاعات جدول ۴ میزان پریشانی اخلاقی با تعداد تخت های تحت مراقبت پرستار ارتباط دارد (p=۰,۰۳۹). در این بخش از مطالعه پرستاران از نظر تعداد تخت تحت مراقبت به چهار گروه ۱- کمتر از ۱۰ تخت، ۲- ۱۱ الی ۲۵ تخت، ۳- ۲۶ الی ۳۵ تخت و ۴- بیشتر از ۳۶ تخت تقسیم کردیم. در گروه ۲ پرستاران میزان پریشانی اخلاقی بیشتری داشتند. علت این امر شاید وجود بخشهای I.C.U، C.C.U، نوزادان و اورژانس در این گروه باشد. در این بخش ها به علت شرایط ویژه بیماران و اورژانسی بودن عملیات پزشکی (تشخیص_درمان) زمینه ایجاد پریشانی اخلاقی در پرستاران فراهم می شود و پرستاران بیشتر از سایر بخشها در معرض پریشانی اخلاقی قرار می گیرند. از طرف دیگر در مقایسه برابری دویو حالتها به روش توکی، میزان پریشانی اخلاقی در گروه دو نسبت به پرستاران گروه چهار بیشتر است. و این مسئله شاید به خاطر این باشد که بخشهای بیشتر از ۳۶ تخت عموماً به بخشهای داخلی، گوش و حلق و بینی و چشم اختصاص داشت و در بررسی و مطالعه انجام شده در این بخشها میزان پریشانی اخلاقی پایین بود و علت این امر شاید به خاطر این باشد که در این بخشها روشهای تشخیصی و درمانی به صورت اورژانس کمتر اتفاق می افتد. و پرستاران کمتر در معرض شرایط

کد ۲ (دولتی ویژه کودکان)، بیمارستانهای کد ۳ (خصوصی) و کد ۵ (دولتی) یکسان نیست و چون بیمارستان کد دو ویژه ی کودکان می باشد و در بخش کیفی مطالعه هم پرستاران بخشهای کودکان و نوزادان اظهار می کردند که به دلیل قرار گرفتن در شرائط ویژه با بیماران کودک و نوزاد دچار استرس و تنش بیشتری می شوند. شاید سر و صدا و گریه ی ممتد کودکان، حساس بودن کودکان و نوزادان در برابر ابتلا به بیماریها و عدم بیان مشکلات و علائم توسط بیماران نوزاد و کودک و نگرانی و پیگیری مداوم پدر و مادر و علل دیگر پرستاران را در این بخشها در معرض پریشانی اخلاقی بیشتری قرار می دهند (جدول ۵).

بر اساس جدول ۶ و آزمون آنالیز واریانس میزان پریشانی اخلاقی در همه بخشهای بیمارستانی یکسان می باشد ($P=0.337$). ولی با توجه به متوسط پریشانی، در این بخشها که در جدول ۶ نشان داده شده است. در بخش کودکان و نوزادان (میانگین= $5/3965$) با انحراف معیار= $0/5968$) میزان پریشانی اخلاقی بیشتر از سایر بخشها می باشد که این مسئله در نوع بیمارستان هم مشخص گردید و بیمارستان ویژه کودکان و نوزادان میزان پریشانی اخلاقی بالاتری داشتند. در صورتی که در بخش داخلی (میانگین= $4/8790$) با انحراف معیار= $0/9699$) میزان

ویژه ی اخلاقی قرار می گیرند.

جدول ۴- میانگین و انحراف معیار پریشانی اخلاقی به تفکیک تخت های تحت مراقبت پرستار

تعداد تخت های مراقبت پرستار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
≥ 10	۵۳	۴/۸۶	۱/۱۵
۱۱ - ۲۵	۷۵	۵/۰۹	۰/۸۹
۲۶ - ۳۵	۴۳	۴/۹۹	۱/۰۲
≤ 36	۶۸	۴/۶۰	۱/۱۳
جمع	۲۳۹	۴/۸۸	۱/۰۶

نوع بخش و بیمارستان (دولتی-خصوصی) در میزان پریشانی اخلاقی پرستاران تاثیر دارد به عبارت دیگر میزان پریشانی اخلاقی در بیمارستانهای مختلف مورد مطالعه تفاوت معنی دار داشته و یکسان نیستند ($P=0.003$). در این مطالعه مشخص شد که میزان پریشانی اخلاقی در بیمارستان

جدول ۶- میانگین و انحراف معیار پریشانی اخلاقی پرستاران به تفکیک بخش بیمارستانی

نام بخش	تعداد	میانگین	انحراف معیار
مراقبت ویژه	۳۹	۵/۰۷۱۲	۱/۱۵۷۴
داخلی	۳۸	۴/۸۷۹۰	۰/۹۶۹۹
کودکان	۱۸	۵/۳۹۶۵	۰/۵۹۶۸
جراحی و اتاق عمل	۶۷	۴/۹۵۵۲	۱/۰۹۶۴
جمع	۱۶۲	۵/۰۱۴۳	۰/۰۴۲۰

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار پریشانی اخلاقی پرستاران به تفکیک نوع بیمارستان

کد بیمارستان	تعداد	میانگین	انحراف معیار
(دولتی-جنرال) ۱	۱۵۱	۴/۹۲	۱/۰۱۶
(دولتی-خصوصی) ۲	۵۹	۵/۲۳	۰/۹۱۵۲
(خصوصی) ۳	۲۶	۴/۵۲	۱/۱۲۹۶
(بیمارستان ویژه کلیه) ۴	۳۰	۵/۰۲	۰/۹۶
(دولتی) ۵	۱۲	۴/۱۱	۰/۹۹۵۸

پریشانی اخلاق از سایر بخشها کمتر می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه بیانگر ضرورت وجود ابزار معتبر سنجش پریشانی اخلاقی برای جامعه پرستاری ایران می باشد. همچنین در جامعه پرستاری ایران نیز مانند سایر جوامع به طرز هشدار دهنده ایی پریشانی اخلاقی بالا است که پرستاران را در معرض عوارض ناشی از آن مانند ترک شغل و استعفاء قرار میدهد. این پدیده باعث استرس، تنش، افسردگی، بی تفاوتی در محیط کار، اختلالات ارتباطی در زندگی روزانه، بی تفاوتی به اصول مراقبت و خط و مشی های بیمارستان میشود. این مطالعه نشان داد که پریشانی اخلاقی واکنشی، بین اکثر پرستاران بصورت تحمل، سازش، سکوت و عادت کردن بروز می کند در بخشهای بیشتر از ۲۶ تخت که عموماً به بخشهای داخلی، گوش و حلق و بینی، چشم اختصاص دارد، میزان پریشانی اخلاقی پایین بود و علت این امر شاید به خاطر این باشد که در این بخشها روشهای تشخیصی و درمانی به صورت اورژانس کمتر اتفاق می افتد. و پرستاران کمتر در معرض شرائط ویژه ی اخلاقی قرار می گیرند. در پرستاران بخشهای اورژانس و ICU نوزادان میزان پریشانی اخلاقی در درجه بالایی بود در این بخش ها به علت شرائط ویژه بیماران و اورژانسی بودن عملیات پزشکی (تشخیص_درمان) زمینه ایجاد پریشانی اخلاقی در پرستاران فراهم می شود و پرستاران بیشتر از سایر بخشها در معرض پریشانی اخلاقی قرار می گیرند. از طرف دیگر در مقایسه برابری دویو در رابطه با تعداد تخت های تحت مراقبت پرستاران، باتوجه به اینکه $p=0.39$ می باشد، نتیجه آزمون معنی دار بوده و میزان پریشانی اخلاقی با تعداد تخت های تحت مراقبت پرستار ارتباط دارد. نوع بخش و بیمارستان (دولتی-خصوصی) در میزان پریشانی اخلاقی پرستاران تاثیر دارد و این مسئله با در نظر گرفتن نتایج آزمون $p=0.42=T$ (و آزمون $p=0.03=ANOVA$) میزان پریشانی اخلاقی در بیمارستانهای مورد مطالعه معنی دار بوده و یکسان نیست. در این مطالعه مشخص شد که در بیمارستان کودکان، به ویژه در پرستاران بخش نوزادان، ICU کودکان و NICU میزان پریشانی اخلاقی بیشتری مشاهده شد.

پس از آنالیز اطلاعات کیفی، نتایج نشان داد که عواملی مانند جو حاکم بر بیمارستانهای خصوصی و عدم حمایت لازم از پرستاران و نبودن مقررات و خط مشی و سیاست مدون مراقبتی و درمانی و اخلاقی موجب افزایش تنش و استرس محیط کار بوده و میزان پریشانی اخلاقی را بالا می برد. در بخش کمی مطالعه هیچ گونه ارتباطی بین یافته های دموگرافیک از قبیل جنس، سن، متاهل و مجرد بودن، سابقه کاری، تحصیلات و سمت (پرستار-سرپرستار) و وضعیت استخدامی با میزان پریشانی اخلاقی نشان داده نشد.

نتیجه دیگر اینکه هر چقدر صلاحیت حرفه ای- عملکردی پزشک پایین باشد و دستور آزمایشات و درمانهای غیرضروری و ناقص برای بیمار صادر نماید پرستار را در معرض پریشانی اخلاقی بیشتری قرار می دهد. در این رابطه ارتقای سطح علمی پزشکان و گذراندن دوره های بازآموزی و شرکت در کنگره ها و سمینارها می تواند موثر بوده و صلاحیت حرفه ای - عملکردی پزشک را افزایش دهد.

یافته های بخش کیفی و کمی این مطالعه و مطالعات انجام شده در مورد حمایت از پرستاران بیانگر اینست که حمایت زیاد خانواده و همکاران در کاهش پریشانی اخلاقی تاثیر داشته است و برعکس حمایت کم مدیریت باعث کاهش رضایت شغلی و افزایش پریشانی اخلاقی گردیده است.

پرستاران نسبت به کرامت انسانی، شخصیت، احترام، حقوق و رضایت بیمار و عدم اطلاع رسانی در مورد رضایتنامه حساس بوده و در صورت مواجه با زیر پا گذاشتن و بی توجهی به مسائل فوق الذکر، در معرض پریشانی اخلاقی قرار می گیرند.

بر اساس کاپای وزنی در شرایطی که ارزشها و کرامت انسانی بیمار مورد بی احترامی قرار می گیرد. بیشتر پرستاران دچار پریشانی اخلاقی می شوند و این مسئله نشاندهنده ی وجود تعهد بالا و ارزش های اخلاقی و معنویت در پرستاران مورد مطالعه می باشد که کماکان باید این ویژگی در پرستاران تقویت شود و در رابطه با کسانی که به ارزشهای بیمار احترام نمی گذارند برخورد کرده و منشور حقوق بیمار در بیمارستان را به آنها گوشزد نموده و آنها

References

1. JAMETON, A. (1984) The ethical issues, Prentice-Hall Series in. the Philosophy of Medicine. Nursing practis, 58, vii-xviii.
2. CORLEY, M. C., ELSWICK, R. K., GORMAN, M. & CLOR, T. (2001) Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of Advanced Nursing, 33, 250-256.
3. DECKER, F. H. (1985) Socialization and interpersonal environment in nurses' affective reactions to work. Social Science Medicine, 20, 499 - 509.
4. CORLEY, M., MINICK, P., ELSWICK, R. & JACOBS, M. (2005) Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics, 12, 381-90.
5. MOBLEY, M., RADY, M., VERHEIJDE, J., PATEL, B. & LARSON, J. (2007) The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs, 23, 256-63.
6. FRY, S. T., HARVEY, R. M., HURLEY, A. C. & FOLEY, B. J. (2002) Development of a model of Moral Distress in military nursing. Nursing Ethics, 9, 373 - 387

را ملزم به رعایت منشور حقوقی و اخلاقی بیمار بنماییم. نتایج این مطالعه بررسی عملیاتی و پژوهشی این عارضه را در سیستم پزشکی و بهداشتی قویا توصیه میکند.

تقدیر و تشکر

این تحقیق با پشتیبانی مالی مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام گرفته است که بدینوسیله از معاونین محترم پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران و ریاست محترم مؤسسه تقدیر میگردد. محققین نهایت تقدیر و تشکر خود را از اساتید ارجمند دانشگاه و روسای محترم بیمارستانها و مسئولین دفاتر پرستاری و پرستاران بیمارستانهای محل پژوهش دولتی و خصوصی تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی ایران، تهران و شهید بهشتی شهر تهران را دارند. همچنین مراتب تقدیر و تشکر ویژه خود را از دانشجویان دانشکده پرستاری که با نهایت دقت و علاقمندی، پرسشنامه ها را توزیع و جمع آوری نمودند، اعلام می داریم.

