



بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی بrazجان در سال ۱۳۹۴

عبدالرضا شفیعی*^۱، مریم روانی پور^۲، محمدرضا یزدانخواه فرد^۳، کامران میرزایی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۲ دانشیار گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج فارس، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۳ مربی گروه پرستاری، دانشکده ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران
^۴ دانشیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران

(دریافت: ۹۴/۱۰/۱۵ - پذیرش: ۹۴/۱۱/۲۰)

چکیده

مقدمه: دیسترس اخلاقی در پرستاری به معنی انجام اعمالی متضاد با اعتقادات اخلاقی یک پرستار است که ضمن ایجاد اثر منفی بر روند درمان بیماران، با تاثیر بد بر روی پرستار، منجر به فرسودگی شغلی در وی گشته و در نهایت باعث عدم کارایی سیستم های بهداشتی خواهد شد.

هدف: این مطالعه با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران در بیمارستان شهید گنجی Brazجان در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

روش: پژوهش حاضر، مطالعه ای مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است. جامعه ی آماری شامل کلیه ی پرستاران شاغل در بخش های مختلف درمانی بود که به شکل تمام شماری انتخاب شدند. ۹۱ نفر به پرسشنامه ی دیسترس اخلاقی کورلی و فرسودگی شغلی ماسلاچ پاسخ دادند. داده ها پس از جمع آوری با کمک نرم افزار SPSS v.19 و در سطح معنی داری (0/05) (p=) تحلیل آماری شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که بین میانگین دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار با فرسودگی شغلی، ارتباط مثبت معنی داری (p=0/001 و I=0/404) وجود داشت. میانگین شدت دیسترس اخلاقی در واحدهای پژوهش (11/38 ± 53/59) و میانگین تکرار آن (14/21 ± 47/59) بوده و نیز دارای میانگین فرسودگی شغلی (14/71 ± 77/93) بوده است. وجود یک ارتباط معنی دار بین فرسودگی شغلی در بعد میزان موفقیت فردی (p=0/007 و I=-0/284) و در بعد مسخ شخصیت (p=0/002 و I=0/327) با ساعات کارکرد در ماه دیده شد.

نتیجه گیری: دیسترس اخلاقی به دلیل تاثیر بر سیر درمان بیمار، منجر به فرسودگی شغلی بر روی پرستاران گردیده و کارکرد سیستم های بهداشتی را نیز مختل می نماید؛ لذا بایستی توسط مدیران به صورت جدی مطالعه و جهت کاهش عوارض آن بر بیمار، پرستار و سیستم بهداشتی برنامه ریزی شود.

کلید واژه ها: دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی، پرستاران

مقدمه :

مراقبت های پرستاری در تمام زمینه های روحی، روانی و معنوی دارای ارتباط عمیق و گسترده ای با موضوعات اخلاقی هستند. امروزه با وجود گسترش روز افزون فناوری، تجهیزات پزشکی و مشکلات موجود در مراکز درمانی و با توجه به افزایش جمعیت جهان و نیز تعداد بیماری های متعدد، توجه به مسائل اخلاقی در بین پرستاران، دارای اهمیت بیشتری شده است؛ (۲ و ۱) چرا که حضور مداوم پرستاران بر بالین بیماران و تماس نزدیک آن‌ها با افراد بیمار در تمام مراحل درمانی، نیاز به تصمیم گیری و اظهار نظر های اخلاقی را ناگزیر می نماید. از همین رو است که پرستاران در اقدامات درمانی روزمره ی خود، دارای استعداد بیشتری برای مواجهه با موضوعات اخلاقی هستند. (۴ و ۳)

یکی از مهم ترین مسائل اخلاقی، وجود دیسترس اخلاقی است یعنی حالتی که فرد در شرایطی کاملاً متضاد با اعتقادات اخلاقی خود و باوجود یک استدلال اخلاقی مناسب، بدلیل وجود یک سری از موانع واقعی و ذهنی، قدرت انجام عمل اخلاقی متناسب با آن شرایط را ندارد. به عبارتی دیگر، دیسترس اخلاقی به داشتن حالتی از عدم تحمل روانی اطلاق می شود که می تواند فرد را از انجام عمل درست باز دارد و یا وی را مجبور به انجام کاری نماید که می داند غلط است. این اجبار ناشی از نداشتن وقت و انرژی لازم جهت انجام آن عمل و یا وجود بعضی از قوانین و مقررات سازمانی می باشد که باعث ایجاد قدرت بازدارندگی در فرد می شود. (۲) از زمانی که جامیتون

برای اولین بار این اصطلاح را به کار برد تاکنون تعاریف متفاوتی از آن بیان شده است. Corley معتقد است که دیسترس اخلاقی باعث می شود که پرستار در زمینه ی اقدامات تشخیصی _ درمانی خود، دچار تعارض شده و از انجام یک مراقبت با کیفیت به بیمار خودداری کند؛ به طوری که این عمل وی منجر به نقص در روند بهبودی بیمار و افزایش مدت زمان بستری وی خواهد شد. (۵) دیسترس اخلاقی پدیده ای شایع در میان پرستاران است. در تحقیقات Elpern، پرستاران دارای سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی بودند. (۶) هم چنین در تحقیقات انجام شده توسط Elswick و Corley، ۸۰ درصد از پرستاران شرکت کننده در مطالعه، دارای سطح بالایی از دیسترس اخلاقی بودند. (۹) در یک مطالعه در سال ۲۰۱۲ با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در بخش هایی که با مراقبت های پایان زندگی مواجه بودند، دیسترس اخلاقی به عنوان یک مشکل شایع در این بخش ها عنوان شد. (۱۰) یک مطالعه ی انجام شده در ایران میزان بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش های ویژه را در سطح بالایی گزارش کرده که باعث بروز تاثیرات منفی بر عملکرد پرستاران شده است. (۱۱) با بروز دیسترس اخلاقی در محیط های درمانی، بر اساس مکانیسم های سازگاری متفاوتی که در بین افراد وجود دارد، نحوه ی مواجهه ی افراد با این حالات متفاوت است؛ به طوری که برخی دچار حالت افسردگی و ناامیدی شده و به سمت مکانیسم های غیر تطابقی می روند و برخی به دلیل تغییر دادن شرایط، با سازمان مربوطه و با دیگر اعضای تیم بهداشتی دچار

آمریکا، ۴ برابر بیش تر از سایر مشاغل بوده است. (۱۹) با توجه به این که سختی کار در بین بخش های مختلف درمانی متفاوت است، میزان فرسودگی در بین پرستاران این بخش ها با یکدیگر متفاوت خواهد بود. (۲۰) با توجه به این که دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی، از موضوعات مهم و رو به رشد در حرفه ی پرستاری هستند که با توجه به ماهیت خود می توانند بر کیفیت زندگی پرستاران و بیماران تاثیرات منفی داشته باشند و ضمن ایجاد افت عملکرد در پرستاران، منجر به ناراضایتی در بیماران از کیفیت پائین خدمات ارایه شده می شوند و آن ها را از رسیدن به اهداف درمانی با اشکال مواجه می سازند و همین طور به دلیل نیاز به انجام مطالعات بیشتر در ایران، با توجه به ساختارهای خاص اداری و پرستاری موجود، این مطالعه با هدف بررسی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی برازجان انجام شد.

روش مطالعه :

پژوهش حاضر، یک مطالعه ی توصیفی- تحلیلی است که به صورت مقطعی به بررسی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی برازجان در سال ۱۳۹۴ پرداخته است. در این مطالعه، ۱۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان به صورت تمام شماری شرکت کردند که ۹۱ نفر از آن ها فرم پرسشنامه را تکمیل نمودند. (میزان پاسخ دهی = $82/72$) معیار های ورود به طرح شامل داشتن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری، حداقل سابقه ی یک سال کار

تعارض می شوند. برخی دیگر نیز با این شرایط کنار آمده ولی به طور ناخودآگاه، تحت تاثیر اثرات پنهان دیسترس اخلاقی، دچار ناراضایتی و فرسودگی شغلی می شوند. (۱۲) فرسودگی شغلی از اواسط سال ۱۹۷۰ مورد توجه محققان قرار گرفت. (۱۳) در حقیقت فرسودگی شغلی، یک سندرم روانی است که با علایم خستگی عاطفی، کاهش احساس موفقیت و مسخ شخصیت مشخص می شود. (۱۴) در فضایی آکنده از غم و غصه در مراکز درمانی، عواملی مثل نقص در تجهیزات پزشکی، کمیاب یا نایاب بودن برخی از داروها، عدم کفایت تعداد پرستاران، نامشخص بودن تعداد موقعیت هایی که یک پرستار باید با آن ها مقابله کند (مثل موقعیت های اورژانس) و مسئولیت در قبال جان بیماران (به خصوص در شیفت های شبانه)، باعث ایجاد فرسودگی شغلی در بین پرستاران می شوند. (۱۵) بر اساس تحقیقات اداره ی اطلاعات کل آمریکا، در میان مشاغل موجود، مشاغل بهداشتی درمانی دارای بالا ترین میزان فرسودگی شغلی می باشند. (۱۶) وجود این فرسودگی در پرستاران از دو بعد قابل توجه است: اولاً "فرسودگی باعث کاهش بازده کاری، افزایش غیبت از محل کار، افزایش هزینه های بهداشتی و جا به جایی پرسنل و وجود تغییرات رفتاری در آن ها می شود. (۱۷) دوماً" کیفیت خدمات ارایه شده برای بیماران کاهش می یابد و منجر به بروز ناراضایتی از خدمات پزشکی و پرستاری در بین بیماران می شود و نیز اقدامات تشخیصی- درمانی را با رکود مواجه می نماید. (۱۸) در برخی از مطالعات، میزان فرسودگی شغلی در بین پرستاران ایالات متحده ی

در بخش های مختلف درمانی بوده است. ابزار مورد استفاده یک پرسشنامه ی ۳ قسمتی است که در بخش نخست اطلاعات دموگرافیک پرستاران شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات، تعداد سال های خدمت، نوع استخدام، مدت کارکرد در هفته و بخش محل خدمت بررسی شد. بخش دوم حاوی پرسشنامه ی ۲۱ سوالی دیسترس اخلاقی کورلی می باشد و شامل موقعیت هایی است که فرد شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را با قرار گرفتن در آن موقعیت ها نشان می دهد. برای پاسخ گویی به سوالات از یک مقیاس لیکرت ۷ قسمتی استفاده شده است. در این مقیاس، عدد ۶ نشانه ی بیش ترین میزان دیسترس اخلاقی و عدد صفر نشانه ی عدم وجود دیسترس اخلاقی است. مجموع نمرات حاصل برای شدت و تکرار دیسترس اخلاقی، ۰-۲۱۶ می باشد به طوری که نمره ی 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. بخش سوم شامل پرسشنامه ی فرسودگی شغلی ماسلاچ است که رایج ترین ابزار بررسی فرسودگی شغلی می باشد و حاوی ۲۲ سوال است و هر سه جنبه ی فرسودگی شغلی یعنی خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و میزان موفقیت فردی را نشان می دهد. ۹ سوال مربوط به خستگی عاطفی (به پاسخ گویان اجازه می دهد تا احساسات مربوط به ضعف بیش از اندازه و خستگی عاطفی در برابر مددجویان را بیان نماید) که نحوه ی رتبه بندی در این حیطه به صورت (بالا=نمره ی بالاتر از ۳۰، متوسط=نمره ی ۱۸-۲۹ و کم=نمره ی زیر ۱۷) می باشد.

۱۸ و کم=نمره ی زیر ۱۷) می باشد. ۵ سوال مربوط به مسخ شخصیت (به پاسخ گویان اجازه می دهد که نگرش های خود را به صورت بی علاقه و بی تفاوتی به مددجویان نشان دهند) که نحوه ی رتبه بندی در این حیطه به صورت (بالا=نمره ی بالاتر از ۱۲، متوسط=نمره ی ۶-۱۱ و کم=نمره ی کم تر از ۵) می باشد و ۸ سوال مربوط به میزان موفقیت فردی (به پاسخ گویان اجازه می دهد که میزان احساس شایستگی و رسیدن به موفقیت در ارتباط با مراقبت از مددجویان را بیان نمایند) که نحوه ی رتبه بندی در این حیطه به صورت (بالا=نمره ی زیر ۳۳، متوسط=نمره ی ۳۹-۳۴ و کم=نمره ی بالای ۴۰) می باشد. هم چنین ۹ سوال مربوط به خستگی عاطفی (به پاسخ گویان اجازه می دهد تا احساسات مربوط به ضعف بیش از اندازه و خستگی عاطفی در برابر مددجویان را بیان نمایند) که نحوه ی رتبه بندی در این حیطه به صورت (بالا=نمره ی بالاتر از ۳۰، متوسط=نمره ی ۱۸-۲۹ و کم=نمره ی زیر ۱۷) می باشد.

در مورد دیسترس اخلاقی، شاخص روایی محتوا (CVI) توسط عباس زاده، به صورت ۸۸ درصد و پایایی آن نیز با کمک ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) به صورت ۹۳ درصد محاسبه شد. (۲۲) شاخص روایی محتوا (CVI) پرسشنامه ی فرسودگی شغلی نیز توسط برهانی، به صورت ۸۹ درصد و پایایی آن نیز با کمک ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) به صورت ۹۲ درصد محاسبه شد. (۲۰)

از میان ۱۱۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی برازجان، ۱۰ نفر به دلایل شخصی حاضر به همکاری نشدند و ۹ پرسشنامه نیز به دلیل اشکالات متعددی که در نحوه ی پر کردن آن ها وجود داشت، از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت تعداد ۹۱ نفر از آن ها در این مطالعه شرکت کردند. میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش ($33/91 \pm 7/08$) سال و در دامنه ی بین ۲۰ تا ۵۲ سال قرار داشت. از نظر جنس، ۱۸ نفر (۱۹.۸ درصد) از آن ها را مردان و ۷۳ نفر (۸۱.۲ درصد) مابقی را زنان تشکیل می دادند. میانگین تعداد سال های خدمت در واحد های مورد پژوهش ($10/50 \pm 6/78$) سال بود که کم ترین میزان خدمت با یک سال و بیش ترین میزان خدمت با ۲۶ سال، گزارش شد. از نظر بخش های محل خدمت، پرستاران در بخش های CCU، اورژانس قلب، دفتر پرستاری، درمان گاه تخصصی، ICU جراحی، ICU داخلی، جراحی مردان، جراحی زنان، اتاق عمل، اورژانس اطفال، اورژانس بزرگسالان، اطفال، نوزادان، دیالیز و داخلی مشغول به کار بودند. جدول شماره ی ۱ اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش را نشان می دهد.

پرسشنامه پس از اخذ مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی، در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه ی پاسخ گویی به آن ها، اطلاعاتی داده شد و خاطرنشان شد که شرکت در مطالعه به صورت اختیاری است و برای شرکت یا کناره گیری از آن آزادی کامل دارند. پرسشنامه پس از یک هفته و با مراجعه به بخش های مربوطه جمع آوری شد. مدت جمع آوری داده ها از کل بخش ها ۲ هفته بوده است. داده ها پس از جمع آوری، توسط نرم افزار SPSS_{v.19} با استفاده از آزمون های تی مستقل، آزمون واریانس، تست تعقیبی توکی، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مجذور کای در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد. برای بررسی ویژگی های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شد.

یافته ها :

جدول شماره ی (۱): اطلاعات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۸
	زن	۷۳
	کل	۹۱
تحصیلات	لیسانس	۸۹
	فوق لیسانس	۲
	کل	۹۱
وضعیت استخدامی	رسمی	۶۲
	قراردادی	۱۳
	طرحی	۱۶
	کل	۹۱
وضعیت تأهل	متاهل	۷۹
	مجرد	۱۲
	کل	۹۱

گزارش شده است. از نظر رتبه بندی و در زیر حیطه های شدت دیسترس اخلاقی، ۸۴ نفر (۹۵/۵ درصد) در گروه خفیف و ۴ نفر (۴/۵ درصد) در گروه متوسط قرار گرفتند. هم چنین از نظر زیر حیطه ی تکرار دیسترس اخلاقی، ۸۶ نفر (۹۷/۷ درصد) در گروه خفیف و ۲ نفر (۲/۳ درصد) در گروه متوسط قرار گرفتند.

اطلاعات گزارش شده در جدول شماره ی ۲، میزان دیسترس اخلاقی (از نظر شدت و تکرار) و فرسودگی شغلی را در بیمارستان نشان می دهد. میانگین نمره ی شدت دیسترس اخلاقی (۱۱/۳۸+ _ ۵۳/۵۹) از کل نمره صفر تا ۲۱۶ بوده است. میانگین نمره ی تکرار دیسترس اخلاقی (۱۴/۲۱+ _ ۴۷/۵۹) از کل نمره ی صفر تا ۲۱۶

جدول شماره ی (۲): میزان دیسترس اخلاقی (از نظر شدت و تکرار) و فرسودگی شغلی در پرستاران شرکت کننده در

مطالعه

متغیر	میانگین(انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
شدت دیسترس اخلاقی	۱۱/۳۸+ _ ۵۳/۵۹	۲۹	۸۴
تکرار	۱۴/۲۱+ _ ۴۷/۵۹	۲۰	۸۰
خستگی عاطفی	27/82+_12/00	۹	۵۷
میزان موفقیت فردی	40/38+_10/01	۱۸	۵۶
مسخ شخصیت	9/31+_5/23	۵	۳۱

A=حداکثر نمره ۲۱۶ B=نمره بیش تر از ۳۰ C=نمره زیر ۳۳ D=نمره بیشتر از ۱۲

نفر (۲۱/۱ درصد) به ترتیب در گروه های خفیف، متوسط و شدید قرار داشتند.

بین میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی در مردان رابطه ی معنی داری مشاهده نشد؛ (به ترتیب $p= ۰/۴۱۳$ و $p= ۰/۹۴۹$) لیکن در گروه پرستاران زن، شدت و تکرار دیسترس اخلاقی با فرسودگی دارای ارتباط معنی دار آماری بود. (به ترتیب $r= ۰/۳۱۷$ و $p= ۰/۰۰۹$ و $r= ۰/۴۰۵$ و $p= ۰/۰۰۱$)

نمره ی میانگین فرسودگی شغلی در پرستاران، به میزان (۷۷/۹۳±۱۴/۷۱) گزارش شده است. از نظر رتبه بندی و در زیر حیطه های خستگی عاطفی، ۱۷ نفر (۱۹/۳ درصد) در گروه خفیف، ۳۶ نفر (۲۴/۹ درصد) در گروه متوسط و ۳۵ نفر (۳۹/۸ درصد) در گروه شدید قرار داشتند. در زیر حیطه ی احساس موفقیت فردی، ۵۰ نفر (۵۶/۲ درصد) در گروه خفیف، ۱۷ نفر (۱۹/۱ درصد) در گروه متوسط و ۲۲ نفر (۲۴/۷ درصد) در گروه شدید قرار گرفتند. از همین منظر و برای زیر حیطه ی مسخ شخصیت، این مقادیر به صورت ۲۲ نفر (۲۴/۴ درصد)، ۴۹ نفر (۵۴/۴ درصد) و ۱۹

یافت نشد؛ ولی در حیطه ی موفقیت فردی، یک ارتباط معنی دار با ساعات کار در ماه وجود داشت؛ ($P= /0.07$)
 $R= - 0.284$ که نشان می داد هر اندازه میزان ساعات کارکرد در ماه افزایش بیشتری پیدا می کرد به همان میزان موفقیت فردی آنان کاهش می یافت. هم چنین در حیطه ی مسخ شخصیت نیز رابطه ی معنی داری با میزان ساعات کار در ماه مشاهده گردید. ($R= /0.327$ $p= /0.02$)
 و به این معنی بود که هر چقدر میزان ساعات کارکرد در ماه در پرستاران افزایش می یافت، میزان مسخ شخصیت نیز در آنان شدید تر می شد.
 از نظر فرسودگی شغلی و در حیطه ی فقدان موفقیت فردی یک ارتباط معنی دار با نوع بخش خدمتی وجود داشت؛ ($P= /0.05$) در حالی که در بقیه ی حیطه های فرسودگی شغلی این ارتباط با بخش خدمتی وجود نداشت. ($p > /0.05$)

بین دیسترس اخلاقی و میزان فرسودگی شغلی پرستاران مورد مطالعه با متغیر های سن و سابقه ی خدمت، ارتباط معنی داری پیدا نشد. ($P > /0.05$)
 بین زیر حیطه های فرسودگی شغلی و محل خدمت پرستاران، رابطه ی معنی داری مشاهده نگردید. (0.05)
 $(p >)$ هم چنین بین زیر حیطه های دیسترس اخلاقی و محل خدمت پرستاران نیز ارتباط معنی داری مشاهده نگردید. ($p > /0.05$)
 اطلاعات گزارش شده در جدول شماره ی ۳، ارتباط بین نمره ی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی بر حسب متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه را نشان می دهد؛ بر این اساس از نظر ارتباط بین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی، تفاوت معنی داری در بین مردان مشاهده نشد. ($P= 0.585$)
 ولی این ارتباط در بین زنان نشان دهنده ی وجود تفاوت معنی داری بود ($P= 0.001$ $R= 0.404$)
 هرچند که از نظر فرسودگی شغلی در حیطه ی خستگی عاطفی با ساعات کار در ماه، هیچ رابطه ی معنی داری

جدول شماره ی (۳): ارتباط بین نمره ی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی بر حسب متغیرهای دموگرافیک مورد مطالعه

فرسودگی شغلی		دیس‌ت‌رس اخلاقی	
p	r		
0.585	0.138	مرد	جنسیت
0.001	0.404	زن	
0.001	0.363	لیسانس	تحصیلات
0.003	0.379	رسمی	
0.444	0.258	قراردادی	نوع استخدام
0.265	0.307	طرحی	

بحث:

هدف اصلی مطالعه ی حاضر، بررسی دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در بین پرستاران شاغل در بیمارستان شهید گنجی برازجان بوده است. نتایج حاصل نشان می دهد که بین دیسترس اخلاقی (در هر دو بعد شدت و تکرار) با فرسودگی شغلی، ارتباط معنی دار و مثبتی وجود دارد. این ارتباط در مطالعات قبلی نیز تأیید شده است. (۲۴ و ۲۳) در ایران، نیز مطالعات قبلی وجود این ارتباط را تأیید می کند. (۲۵) در همه ی این مطالعات، به این نکته اساسی اشاره شده است که فرسودگی شغلی همواره از عوارض ناشی از دیسترس اخلاقی است. در بررسی حاضر، مشخص شد که شدت و دیسترس اخلاقی در پرستاران در سطح ضعیفی می باشد. در حالی که در سایر مطالعات در سطح متوسط گزارش شده است. (۲۶ و ۲۷) این مساله شاید به دلیل تعداد نمونه گیری مطالعه ی موجود در مقایسه با دیگر مطالعات و نیز وجود تفاوت فرهنگی در جوامع مختلف باشد. با وجودی که در این مطالعه میزان فرسودگی شغلی در بین پرستاران در حد متوسط گزارش شده است ولی این میزان در سایر مطالعات متفاوت بوده است به طوری که در بیمارستان های آموزشی انگلیس کم گزارش شده است. (۲۸)

در این مطالعه مشخص شد که ارتباط معنی داری بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در مردان وجود ندارد ولی این ارتباط در پرستاران زن معنی دار بود و این با مطالعه ی Kifedder و همکارانش هم خوانی دارد. (۲۹)

کمبود نیروی پرستاری در بخش های بالینی باعث افزایش حجم کاری افراد شده و ایجاد شرایطی مثل خستگی، فقدان فرصت استراحت، داشتن اشتغال ذهنی فراوان و افزایش خطای پزشکی در بین آن ها می گردد. (۲۹) در این مطالعه، هر چه قدر که میزان ساعت کاری افراد افزایش می یافت به همان مقدار، میزان موفقیت فردی آن ها کاهش پیدا می کرد. همین طور، با افزایش میزان ساعات کارکرد در طی ماه، میزان مسخ شخصیت نیز در بین آن ها افزایش می یافت. در بررسی مطالعات گذشته، یکی از علل فرسودگی در بین پرستاران، وجود فشار کاری بالای این حرفه و استرس ناشی از آن عنوان شده است. (۳۱ و ۳۲)

در این مطالعه، فرسودگی شغلی در حیطة ی موفقیت فردی دارای ارتباط معنی داری با نوع بخش خدمتی بود؛ هرچند در سایر حیطة ها این ارتباط دیده نشد. این موضوع با توجه به حساسیت کاری بالا در این بخش ها و نوع بیماران آن ها دارای ارتباط است به طوری که در مطالعه ی Foxall، فرسودگی شغلی در بخش های ویژه بیش تر دیده شده است (۳۰) ولی در مطالعه ی روشن زاده و همکاران، پائین ترین میزان فرسودگی شغلی مربوط به بخش اورژانس بوده است. (۳۲)

عدم ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی با سن، تحصیلات، سابقه ی کار بالینی، وضعیت تاهل و نوع استخدام به دست آمده در این مطالعه، با مطالعه ی Elpern هم خوانی دارد. چنانچه در مطالعه ی Elpern مشخص شد که تاثیر عوامل محیطی بر متغیرهای

میانگین دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار با فرسودگی شغلی، ارتباط مثبت معنی داری ($p=0.001$) وجود داشته است. با این نتایج و از آنجا که پیامد های دیسترس اخلاقی، می تواند بر کیفیت کار درمانی پرستاران در سیستم سلامت، تاثیر گذار باشد، لذا توجه جدی مدیران جهت به کار گیری برنامه های آموزشی در رابطه با مباحث اخلاقی با هدف شناسایی علایم دیسترس اخلاقی و عوامل موثر بر آن و نیز انجام تحقیقات بیش تر جهت شناسایی سایر ابعاد دیسترس اخلاقی در دیگر مراکز درمانی، ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی:

از کلیه ی پرستاران بیمارستان شهید گنجی برازجان که در این طرح پژوهشی شرکت نموده و پژوهشگر را یاری نمودند، تشکر می شود. هم چنین از مرکز توسعه ی پژوهش های بالینی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بابت راهنمایی های ارزنده ی خود سپاسگزاری می شود.

دیسترس و فرسودگی خیلی بیشتر از عوامل دموگرافیکی بوده است و عوامل دموگرافیک به تنهایی در بروز دیسترس و فرسودگی موثر نیستند و دارای ارزش کمتری می باشند. (۶) میزان تاثیر این عوامل در ایجاد دیسترس و فرسودگی شغلی به نوع محیط کاری افراد و ویژگی های شخصیتی آنان ارتباط دارد و افرادی که از نظر عاطفی حساس تر هستند بیش تر تحت تاثیر شرایط بیماران قرار می گیرند و در نتیجه میزان بروز دیسترس در آنان بیش تر و احتمال تکرار پذیری آن فراوان تر می باشد. در گیری با مدیران مختلف در بیمارستان، نیز احتمالا باعث بروز دیسترس اخلاقی در بین پرستاران می شود ولی شاید دارای درجات پایین تری در بروز دیسترس داشته باشد. لذا برنامه های آموزشی جهت کاهش دیسترس اخلاقی، می تواند برای تمام پرستاران قابل اجرا باشد و این موضوع با مطالعه ی وزیری و همکاران هم خوانی دارد (۳۱)

نتیجه گیری نهایی:

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که سطح دیسترس اخلاقی در بین پرستاران، در حد ضعیف ولی از نظر فرسودگی شغلی در حد متوسط بوده است. هم چنین بین

References:

1. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützn K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nurse Ethics*. 2004; 11(1): 63-76.
2. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurse Ethics*. 2008; 15(3): 304-21.
3. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurse Outlook*. 2000; 48(5): 199-201.
4. Hart TJ. Moral distress in a non-acute care setting: the experience of registered nursing Ontario. Queen's University. 2009; 40(2): 180-186.

5. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002; 9(6): 636-50.
6. 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.
7. Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005; 12(4): 381-390.
8. Lazzarin MA, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*. 2012; 19 (2): 183-95.
9. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2012; 5(2): 58-69. [In Persian].
10. Fuerst D, Hamrice AB. Strategies for coping with moral distress in: managing moral distress in clinical practice. Presented at nursing leadership initiative, uva health system. Charlott esville Virginia. 2001; 20(10): 230-234.
11. Paines A. Nurses burnout. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2000; 38: 23-33.
12. Maslach C, I. S. J , Maslash M . Burnout in ventory manual. Palo Alto calif: consulting psychologists. 2000; 16(1): 145-150.
13. Mc Grath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Intrenational Journal of Nursing Studies*. 2003; 40: 555-565.
14. Rafiei F. The study of burnout and its relationship with coping methods used by nurses in hospitals burn and comparison with workers employed in these hospitals. Master's thesis Tehran University of Medical Sciences. 1388; 38: 42. [in persian]
15. Olley BO. A comparative study of burnout syndrome among health professionals in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Med Sci*. 2003;32(3): 297-302.
16. Felton JS. Burnout as clinical entity- its importance in health care workers. *Occup Med (lond)*. 1998; 48(4): 237-50.
17. Bakker AB, Zee K.I.V.D, Lewing ki, Dollard MF. The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *The Journal of Social Psychology*. 2002; 135(5): 1-20.
18. Vahey C, Doris AH, Linda SM. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*, February. 2004; 42(2): 132-136.
19. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh, M . The relationship between moral distress and retention in nurses of Birjand teaching hospitals . *Ethics and History of Medicine*. 1392; 6(2): 57-66. [in persian]
20. Borhani F, Abdar MA, Rozban F, Roshanzadeh M. moral distress and burnout among nurses. *Medical ethics*. 1392; (25)7: 123-144. [in persian]
21. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001; 33(2): 205-256.
22. Meltzer L. S, Huckabay L.M. . Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American Journal of Critical Care*. 2004; 13(3): 202-8.
23. Shakrnya, A. The relationship between moral confusion, hardiness and burnout among nurses. Rasht city. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 1389; (4): 56-69. [in persian]
24. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(6): 523-31.

25. Bygmrady AS, Rubaie SA, Khatibian d, Lamp CE. Moral distress of nurses in the intensive care unit: a survey of hospitals in. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 1391;0(2): 53-63. [in Persian]
26. Nicla P. Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J Adv Nurse*. 2001; 33 (3): 39-60.
27. Khaghani d, Character d, Abdi w, Freedom c. The study of burnout in nurses. *Journal of Behavioral Sciences*. 1389; 2(1): 51-9. [in Persian]
28. Kilfedder CJ, Power K, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurse*. 2001; 34(3): 383-396.
29. Poncet-Cecile-Marie TP. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2007; 175: 698-704.
30. Foxall.MLZ, Standly R, Bene C. A comparison of frequency and nursing job stress perceived by intensive care hospice and medical-surgical nurses. *J adv Nurse*. 2004; 15: 577-840.
31. Vaziry M, Emami M, Salsali M, Gosheger J. Development and validation of a scale of moral distress of nurses in the community. *Medicine and Purification*. 1387; 4(3): 46-55. [in persian]
32. Roshan-Zadeh M, Abaszade A, Nakhaee N, Borhani F. Moral distress in clinical practice nurses: a cross - sectional study. *Journal of Medical Ethics*.1391; 6(21): 114-29. [in persian]

Original Article

The relationship between moral distress and job burnout among nurses of ShahidGanji Hospital, Borazjan in 2015

A. Shafiei^{1*}, M. Ravanipour², M. Yazdankhahfard³, K. Mirzaei⁴

^{1*}Master Science Student of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

²Associate Professor of Nursing Department, The Persian Gulf tropical medicine research center, Bushehr, Iran

³Lecturer of Nursing Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

⁴Associate professor of Social Medicine Department, Faculty of Medicine, Bushehr University of Medical Science, Bushehr, Iran

(Received: 5 Jan, 2016 – Accepted: 9 Feb, 2016)

Abstract

Introduction: Moral distress in nursing is to act against a nurse's moral beliefs, which can lead to job burnout in the nurse, in addition to impacting them and patient's treatment process negatively and finally to inefficacy of healthcare systems.

Objective: This study aimed to investigate the relationship between moral distress and burnout among nurses of ShahidGanji Hospital, Borazjan in 2015.

Method: The present cross-sectional, descriptive and analytical study recruited all the nurses from different medical wards of ShahidGanji Hospital, Borazjan. Ninety-one nurses completed Corley moral distress questionnaire and Maslach Burnout questionnaire (in three dimensions including emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment). The collected data were analyzed in SPSS 19 software ($p = 0.05$).

Results: The results revealed a positive significant correlation between the mean severity and frequency of moral distress and burnout ($p = 0.001$ and $r = 0.404$). Mean baseline intensity of moral distress was 59.53 in the participants and its repeat was 59.47, while burnout was 93.77. We also found the significant relationship of individual success rate ($p = 0.007$ and $r = -0.284$) and depersonalization ($p = 0.002$ and $r = 0.327$) in burnout with monthly work hours.

Conclusion: Because moral distress affects patients' treatment, leads to nurses' burnout and disrupts healthcare functioning, this problem should seriously be examined by managers to reduce its effects on patients, nurses and healthcare system.

Keywords: moral distress, burnout, nurses