

پیشانی اخلاقی در پرستاران بخش‌های اورژانس: فراوانی، شدت، اثر

شیوا مهدوی فشتمی^۱، شهلا محمدزاده زرنگش^۲، محمد اسماعیل پور بندبنی^۳

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ مربی، دانشجوی دکترای مدیریت آموزش عالی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۳ استادیار، دکترای آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

چکیده

سابقه و هدف: پیشانی اخلاقی، پدیده شناخته شده‌ای در حرفه پرستاری است که می‌تواند استرس جسمی روانی زیادی بر پرستاران وارد کند و باعث عدم رضایت آنان، کاهش کارایی و کیفیت مراقبت‌ها شود. علل، فراوانی، شدت و اثر پیشانی اخلاقی با توجه به نوع بخش و بیمارستان متفاوت است. این مطالعه به منظور بررسی ابعاد سه گانه پیشانی اخلاقی (فراوانی، شدت، و اثر) و عوامل مرتبط با آن در پرستاران اورژانس انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی به روش سرشماری در میان ۱۲۵ پرستار شاغل در ۷ بیمارستان غیر آموزشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسش‌نامه پیشانی اخلاقی هامریک "۲۰۱۲" جمع آوری شد و با آزمون‌های آماری T-ANOVA test و ضریب همبستگی Pearson در نرم افزار SPSS 21 تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین فراوانی پیشانی اخلاقی $1/4 \pm 0/58$ ، شدت آن $1/7 \pm 0/92$ از ۴ و میانگین اثر آن $4 \pm 2/38$ از ۱۶ به دست آمد که نشان می‌دهد پرستاران اورژانس از پیشانی اخلاقی در حد متوسطی رنج می‌برند. ضریب همبستگی پیرسون ارتباط مثبت و معنی‌داری بین تعداد پرستاران و تخت‌های موجود در بخش و ابعاد سه گانه پیشانی اخلاقی نشان داد ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: پیشانی اخلاقی در بخش اورژانس، اثرات منفی بر پرستاران، در ابعاد مختلف حرفه پرستاری و بیمارستان دارد. لذا برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت، باید در سطح کلان به این معضل اخلاقی توجه و برنامه‌های مناسب برای پیشگیری آن پیشنهاد کنند. **واژگان کلیدی:** پیشانی اخلاقی، پرستار اورژانس، بیمارستان غیر آموزشی.

مقدمه

سازمانی به دنبال داشته باشد (۱). بر پایه مطالعات کرامر در ۱۹۷۴، برای پاسخ به این سوال که چرا پرستاران، شغل خود را ترک می‌کنند؟، جامیتون (۱۹۸۴) چالش‌های اخلاقی در بیمارستان‌ها را از جمله دلایل ترک شغل پرستاران می‌داند و یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها را پیشانی اخلاقی معرفی می‌کند و در تعریف آن بیان می‌دارد: پیشانی اخلاقی زمانی روی می‌دهد که پرستار می‌داند چه کاری درست است، اما محدودیت‌های سازمانی و بالادستی، انجام کار درست را غیرممکن می‌سازد (۲). عوارض و تبعات پیشانی اخلاقی جدی، ولیکن تدریجی است، و در اغلب مواقع پرستاران نه تنها راهکارهای پیشگیرانه‌ای ندارند، بلکه به وجود آن نیز پی نمی‌برند (۳). این معضل اخلاقی پیامدهای منفی متعددی از

پیشانی اخلاقی یکی از چالش‌های اخلاقی مطرح در حرفه پرستاری است و به عنوان پدیده‌ای شناخته می‌شود که مانع از عملکرد صحیح اخلاقی افراد، علی‌رغم دارا بودن دانش لازم می‌شود. این امر می‌تواند تبعات فردی و حرفه‌ای متعددی، نظیر مشکلات جسمی و روحی برای پرستاران، ترک شغل و عدم رضایت حرفه‌ای و همچنین خسارت‌های مادی و معنوی

می‌شود، احساس عدم قدرت کرده و سلامت فردی و حرفه‌ای خود را به مخاطره می‌اندازند.

علیرغم اینکه در مطالعات پریشانی اخلاقی، محققین با ابزارهای مختلف، در بازه‌های زمانی متفاوت و نیز در بخش‌های متمایزی، این پدیده را مورد بررسی قرار داده‌اند و نمی‌توان نتایج مطالعات را مقایسه کرد، با این وجود، اشاره به نتایج به دست آمده می‌تواند بر ضرورت و اهمیت پرداختن به این معضل اخلاقی تأکید کند. از جمله ابزارهای مورد استفاده در بررسی پریشانی اخلاقی، پرسش‌نامه‌های جامیتون (۱۹۸۴)، کورلی (۲۰۰۷، ۲۰۰۱) و هامریک (۲۰۰۷) هستند که هر کدام از نظر تعداد و نوع گزینه‌ها با هم متفاوتند و تنها ابزار هامریک (۲۰۱۲) هر سه بعد فراوانی، شدت و اثر پریشانی اخلاقی را به طور هم‌زمان می‌سنجد (۲). در مطالعات انجام شده (۱۸-۱۲)، میانگین فراوانی پریشانی اخلاقی در پرستاران بین ۲/۹۹ الی ۳/۵۵ از ۴ و همچنین میانگین شدت پریشانی اخلاقی بین ۲/۶۵ الی ۳/۷ از ۴ گزارش شده است و این میزان در بخش‌های مختلف از فراوانی یکسانی برخوردار نیست. در زمینه پریشانی اخلاقی در بخش اورژانس، مطالعه‌ای در سطح کشور وجود نداشت و در خارج از کشور نیز بسیار محدود بود. از مطالعه انجام شده در سطح کشور، با ابزار هامریک ۲۰۱۲، می‌توان به بررسی عامری در بخش انکولوژی در سال ۱۳۹۳ و در سطح بین‌المللی نیز به دو مورد مطالعه فرناندز (۲۰۱۳) و همچنین زواتسکی (۲۰۱۵) اشاره کرد. فرناندز (۲۰۱۳) در مطالعه خود تصریح می‌کند که علیرغم متفاوت بودن ماهیت بخش‌های اورژانس و مواجهه روزانه پرستاران با چالش‌های اخلاقی در این بخش‌ها، محققین پرستاری کمتر به این معضل پرداخته‌اند و پیشنهاد می‌کند با مطالعاتی مستقل، وضعیت پریشانی اخلاقی در بخش‌های اورژانس بررسی و مورد نقد موشکافانه قرار گیرد (۳). در بیمارستان‌های آموزشی، هم‌زمان با حضور دانشجویان، گروه‌های مختلف پزشکی، رزیدنت‌ها و نیز متخصصین طب اورژانس، و با برگزاری نشست‌های علمی و کنفرانس‌های متعدد، این شرایط برای پرستاران شاغل فراهم شده است که تا حدی به رفع چالش‌های اخلاقی در بالین بپردازند و راهکارهای مناسب مواجهه با معضلات اخلاقی را چاره‌اندیشی کنند. در مقابل، در محیط کاری بیمارستان‌های غیرآموزشی که بیشتر بر امر درمان تمرکز دارند، مدیریت چالش‌های اخلاقی به وجود آمده، به ویژه در بخش اورژانس کاملاً مبهم و تحت تاثیر عوامل متعددی، از جمله متغیرهای مالی و کیفیت مهارت نیروی انسانی قرار دارد. هدف پژوهشگران در این مطالعه، بررسی

جمله، خشم، ناامیدی، ناراحتی و احساس بی‌پناهی برای پرستار به دنبال دارد (۶-۳) و به علاوه با خطاهای درمانی، فرسودگی شغلی، ترک حرفه و افزایش خشونت و به هم ریختن جو اخلاقی محل کار ارتباط دارد (۴). مطالعات متعددی جوکاری منفی، عدم رضایت شغلی و ترک زود هنگام کار (۵، ۷، ۸) را از جمله عوارض ناشی از پریشانی اخلاقی می‌دانند. مطالعات نشان می‌دهند پریشانی اخلاقی در حرفه پرستاری مشکلی رو به رشد است، چرا که پرستاران نه تنها در صف اول ارائه خدمات در ساختار سلامت قرار دارند، بلکه امروزه به واسطه پدیده انفجار اطلاعات، پیشرفت‌های تکنولوژی و فن‌آوری، سیاست‌های تصمیم‌گیری در حرفه و استخدام آنان، ساختارهای مدیریتی، سختی کار مراقبت و محدودیت‌های موجود در حرفه پرستاری، از جمله کمبود پرستار و دیگر موارد، متحمل فشارهای روانی مضاعفی هستند که بر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آنان تاثیر گذاشته است (۹). بخش اورژانس، محیط پرکار و استرس‌آوری است که پرستاران را روزانه با شرایط برهم‌زننده عوامل اخلاقی درگیر می‌کند و آنها را در معرض تجربه پریشانی اخلاقی قرار می‌دهد، پدیده‌ای که اثراتی مخرب بر پرستاران و مراقبت از بیمار دارد. شلوغی و مراجعات فراوان به این بخش‌ها، وضعیت حاد بیماران و نیاز به ارائه مراقبت ویژه، مواجهه با بیماران و همراهان مضطرب آنها، متخصصین و مراقبین پرستار، لزوم رعایت جنبه‌های اخلاقی و قانونی، هزینه‌های غیر قابل پیش‌بینی، و احتمال وقوع خشونت علیه پرسنل از مشکلات کار در بخش‌های اورژانس است (۲). به علاوه، بی‌نظمی موجود در این بخش‌ها، موقعیت‌های غیر قابل پیش‌بینی، کمبود کنترل و چارچوب زمانی محدود برای ارزیابی تاثیر مداخلات درمانی، از مسایل تنش‌زا برای پرستاران این بخش‌ها محسوب می‌شود (۱۰). در این بخش‌ها، محدودیت زمان در تصمیم‌گیری صحیح، به ویژه در انجام فوریت‌هایی نظیر عملیات احیاء و نیز کار کردن با پرسنل و پزشک‌هایی که ممکن است از صلاحیت علمی و حرفه‌ای مناسبی برخوردار نباشند، از مواردی است که تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران را تحت الشعاع قرار می‌دهد و نتایج منفی نه تنها بر عملکرد اخلاقی پرستار بلکه بر روند مراقبت و درمان صحیح بیمار بر جا می‌گذارد (۷) و از آنجایی که پرستاران در بخش اورژانس نقش محوری ایفا می‌کنند، به هنگام مواجهه با شرایط تصمیم‌گیری اخلاقی به دلیل اینکه نمی‌توانند پیگیر اقداماتی باشند که برای بیماران و خانواده‌هایشان امری درست تلقی

و در بعد شدت از هرگز (معادل صفر) تا خیلی زیاد (معادل چهار) اندازه گیری می‌کند. میزان اثر پیشانی اخلاقی هر عبارت از حاصل ضرب نمره شدت پیشانی اخلاقی و نمره فراوانی پیشانی اخلاقی آن عبارت محاسبه می‌شود. نمره میانگین مجموع نمرات عبارات به دست می‌آید. نمره فراوانی و شدت پیشانی به دست آمده از کل مقیاس به چهار دسته کم (۱-۰)، متوسط (۲-۱/۰)، زیاد (۳-۲/۰) و خیلی زیاد (۴-۳/۰) طبقه بندی می‌شود. امتیاز بالاتر نشان دهنده پیشانی اخلاقی بالاتر است. برای بررسی عوامل از ۲۱ عبارت که خود عاملی برای ایجاد پیشانی اخلاقی بود، میانگین گرفته شد. حداکثر آن ۴ و حداقل صفر بود و مانند تفسیر میانگین کلی، از کم تا خیلی زیاد تفسیر شد (۱۵).

برتری ابزار هامریک، حذف گویه های تکراری، افزایش وضوح گویه‌ها، کاربرد آن در همه بخش‌های بیمارستانی، و حتی امکان ویرایش‌های موازی این ابزار در سایر پرسنل نظیر پزشک‌ها است. به علاوه، این ابزار دو سوال باز در خصوص سایر موقعیت‌هایی که منجر به پیشانی اخلاقی می‌شوند و نیز تصمیم به ترک حرفه به علت پیشانی اخلاقی را مورد پرسش قرار می‌دهد. از دیگر مزیت‌های این ابزار، علاوه بر بررسی ابعاد فراوانی و شدت پیشانی اخلاقی، ارزیابی مقدار اثر پیشانی اخلاقی است که از حاصل ضرب دو بعد دیگر به دست می‌آید. هامریک همبستگی درونی این ابزار را در جامعه پرستاری با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه کرد. این پرسش‌نامه در کشور روان‌سنجی و از سال ۲۰۱۲ در مطالعات داخلی استفاده شده است. برای محاسبه پایایی در این مطالعه، با انتخاب تصادفی ۲۰ نفر از گروه‌های هدف، همبستگی درونی ابزار با آلفای کرونباخ به ترتیب برای بعد فراوانی ۰/۸۴، برای بعد شدت ۰/۸۲ و در نهایت برای بعد اثر پیشانی اخلاقی ۰/۸۶ و همچنین مقدار آلفا کرونباخ کلی ابزار نیز ۰/۸۶ محاسبه شد. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شد و میانگین و انحراف معیار سه بعد فراوانی، شدت، و اثر پیشانی اخلاقی مشخص و با استفاده از آزمون ANOVA، تست T و همبستگی پیرسون مورد تحلیل قرار گرفت. در همه آزمون‌ها، $p < 0.05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

پس از هماهنگی‌های لازم با مدیران بیمارستان‌ها و نیز مدیران پرستاری هفت بیمارستان شرق گیلان، تعداد ۱۲۵ پرسش‌نامه در اختیار پرستاران واجد شرایط شرکت در پژوهش و شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌ها قرار گرفت. علیرغم وضوح

معضل پیشانی اخلاقی برای اولین بار در بخش اورژانس و با استفاده از جدیدترین ابزار سنجش پیشانی اخلاقی، که امکان بررسی ابعاد سه گانه آن را فراهم می‌ساخت، بود. برای شروع و به دلایل فوق‌الذکر، پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس ۷ بیمارستان غیرآموزشی مستقر در شرق گیلان مورد مطالعه قرار گرفتند، به این امید که شناسایی و گزارش ابعاد مشکل بتواند زمینه‌های برنامه‌های پیشگیری و نیز امکان بررسی‌های بعدی در بیمارستان‌های آموزشی منطقه را فراهم کند.

مواد و روشها

این مطالعه‌ای مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی است که در بخش‌های اورژانس هفت بیمارستان غیر آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش اورژانس بودند. نمونه‌گیری از نوع سرشماری و با توزیع ۱۲۵ پرسش‌نامه بین پرستاران در محیط پژوهش انجام شد که تعداد ۱۰۵ پرسش‌نامه عودت داده شد (۸۴٪) و مورد تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود به پژوهش، شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و اشتغال در بخش اورژانس حداقل به مدت شش ماه بود. تکمیل و تحویل پرسش‌نامه در این مطالعه، دلیل بر رضایت تلویحی مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شد.

ابزار مطالعه:

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه خود گزارش دهی بود که توسط واحدهای مورد پژوهش تکمیل شد. پرسش‌نامه شامل دو بخش بود. در بخش اول مشخصات فردی، شغلی و سازمانی پرستاران شاغل در بخش اورژانس با ۱۸ سوال، و در بخش دوم عوامل موثر بر پیشانی اخلاقی پرستاران MDS، با ۲۱ سوال مورد سنجش قرار گرفت. پرسش‌نامه پیشانی اخلاقی اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط جامیتون تدوین و در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۰۷ توسط کورلی و ۲۰۰۷ توسط هامریک مورد بازنگری قرار گرفت (۱). در حال حاضر پرسش‌نامه ویرایش شده در سال ۲۰۱۰ و اصلاح شده در ۲۰۱۲ هامریک به عنوان آخرین نسخه بررسی پیشانی اخلاقی پرستاران در دسترس است که توسط شوریده آتش‌زا در ایران روان‌سنجی شده و در مطالعات عباس‌زاده (سال ۱۳۹۴) و عامری (۱۳۹۲) نیز مورد استفاده قرار گرفت.

این ابزار که مشتمل بر ۲۱ عبارت است، فراوانی و شدت پیشانی اخلاقی را بر حسب مقیاس لیکرت پنج قسمتی در بعد فراوانی از هیچ وقت (معادل صفر) تا روزانه (معادل چهار)

در جدول بیشترین فراوانی را داشتند و عامل "انجام عملیات احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار" با بیشترین میانگین ($2/08 \pm 1/35$) از ۴ بالاترین فراوانی را داشت.

براساس جدول ۲، از مجموع ۲۱ عامل بروز پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، پنج عامل مندرج در جدول بیشترین شدت را برای بروز پریشانی اخلاقی داشت و عامل "کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد"، با بیشترین میانگین ($2/25 \pm 1/35$) از ۴ بالاترین شدت پریشانی اخلاقی را به خود اختصاص داد.

برای پیدا کردن "تاثیر پریشانی اخلاقی" مقدار به دست آمده فراوانی با مقدار شدت محاسبه شده، ضرب شد. در جدول ۳، از مجموع ۲۱ عامل بروز پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، پنج عامل مندرج در جدول به نظر پرستاران بیشترین تاثیر را داشتند و عامل "کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد"، با بیشترین میانگین ($5/23 \pm 5/01$) از ۱۶ بالاترین اثر در بروز پریشانی اخلاقی را به خود اختصاص داد.

نتایج ارائه شده در جدول ۴ مشخص کرد که بین ابعاد سه گانه پریشانی اخلاقی و متغیرهایی، نظیر تعداد تخت بخش اورژانس، و همچنین تعداد پرستاران شاغل در هر شیفت ارتباط معنی‌داری وجود دارد.

سوالات، توضیحات لازم برای نحوه پرکردن پرسش‌نامه داده شد و در مواردی نظیر داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه، عدم نیاز به ذکر نام، استفاده از اطلاعات صرفاً جهت تحلیل آماری و امکان کناره‌گیری آنها در هر لحظه از فرایند تحقیق به آنها اطمینان داده شد. سه روز پس از توزیع پرسش‌نامه‌ها، دوباره به بخش‌های اورژانس مراجعه و تعداد ۱۰۵ پرسش‌نامه جمع‌آوری شد، به عبارتی میزان بازگشت ۸۴٪ بود. از این تعداد، سه پرسش‌نامه به علت مخدوش بودن کنار گذاشته شد و در نهایت ۱۰۲ پرسش‌نامه مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه، از ۱۰۲ پرستار مورد مطالعه، ۹۱ نفر ($89/2\%$) زن و بقیه مرد بودند. دامنه سنی پرستاران مورد پژوهش ۴۹-۲۳ سال با میانگین $31/38 \pm 6/35$ سال بود. ۷۴ نفر ($72/5\%$) متأهل بودند. میانگین سابقه کار نمونه‌های تحت بررسی $6/6 \pm 5/3$ سال و سابقه کار در بخش اورژانس $4/2 \pm 0/4$ سال بود. اغلب پرستاران بخش اورژانس در استخدام پیمانی به تعداد ۷۴ نفر ($72/5\%$) بود و ۹۱ نفر ($89/2\%$) شیفت کاری در گردش داشتند. نتایج این پژوهش در جدول‌های ۱ تا ۴ آمده است.

بر اساس جدول ۱، از مجموع ۲۱ عامل بروز پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس، پنج عامل مندرج

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار پنج مورد از فراوان‌ترین گویه‌های پریشانی اخلاقی

میانگین \pm انحراف معیار	پنج مورد از فراوان‌ترین گویه‌های پریشانی اخلاقی
$2/08 \pm 1/35$	۱-انجام عملیات احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار
$1/96 \pm 1/27$	۲-انجام درمان و آزمایش‌های غیر ضروری در مراجع آخر حیات بیماران بنا به دستور پزشک
$1/92 \pm 1/32$	۳-کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد
$1/86 \pm 1/28$	۴-قبول درخواست خانواده در رابطه با عدم اطلاع به بیماران در حال احتضار در مورد مرگ
$1/72 \pm 1/23$	۵-کار با پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پنج مورد از شدیدترین گویه‌های پریشانی اخلاقی

میانگین \pm انحراف معیار	میانگین پنج مورد از شدیدترین گویه‌های پریشانی اخلاقی
$2/25 \pm 1/39$	۱-کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد.
$2/11 \pm 1/34$	۲-انجام احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار
$2/10 \pm 1/40$	۳-کار با پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت
$2/06 \pm 1/34$	۴-انجام درمان و آزمایشات غیر ضروری در مراحل آخر حیات بیماران بنا به دستور پزشک
$1/98 \pm 1/33$	۵-چشم‌پوشی و عدم گزارش خطاهای انجام شده توسط همکاران

جدول ۳. میانگین وانحراف پنج مورد از موثرترین گویه‌های پیشانی اخلاقی

میانگین \pm انحراف معیار	درجه اثر پنج مورد از تاثیرگذارترین گویه‌های پیشانی اخلاقی بر پرستاران
۵/۲۳ \pm ۵/۰۱	۱- کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد
۵/۱۶ \pm ۵/۰۴	۲- انجام عملیات احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار
۵/۰۷ \pm ۵/۰۱	۳- انجام درمان و آزمایشات غیر ضروری در مراحل آخر حیات بیماران بنا به دستور پزشک
۴/۶۹ \pm ۴/۸۱	۴- کار با پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت
۴/۱۸ \pm ۴/۳۴	۵- چشم پوشی و عدم گزارش خطاهای انجام شده توسط همکاران

جدول ۴. همبستگی تعداد تخت و تعداد پرستار در بخش اورژانس با ابعاد پیشانی اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش

پیشانی اخلاقی	فراوانی		شدت		اثر
	همبستگی پیرسون	معنی داری	همبستگی پیرسون	معنی داری	
میانگین تعداد تخت (عدد ۱۲)	۰/۴۴۶	۰/۰۰۱	۰/۲۸۷	۰/۰۰۴	۰/۰۰۱
تعداد پرستار (نفر ۳)	۰/۴۹۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴	۰/۰۰۲	۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه برای اولین بار در بخش اورژانس بیمارستان‌های غیر آموزشی انجام شده است. میانگین فراوانی مواجهه با شرایط ایجاد کننده پیشانی اخلاقی در این مطالعه $۱/۴ \pm ۰/۵۸$ از ۴ بود و بر اساس جدول ۱، از مجموع ۲۱ عبارت موثر در ایجاد پیشانی اخلاقی بر طبق پرسش‌نامه هامریک، گویه "انجام عملیات احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار" از بیشترین فراوانی برخوردار بود. در مطالعه فرناندز (۲۰۱۳)، میانگین فراوانی پیشانی اخلاقی در بخش اورژانس ۱/۱۴ و گویه "پیروی نمودن از درخواست خانواده برای ادامه درمان درحالی که به نفع بیمار نیست" با بیشترین فراوانی به عنوان علت پیشانی اخلاقی گزارش شد (۳). در مطالعه زاوتسکی (۲۰۱۵) که در بخش اورژانس انجام شد، فراوانی پیشانی اخلاقی در پرستاران $۱/۲ \pm ۰/۶$ و فراوانی گویه "انجام دستورات پزشک و آزمایشات غیرضروری" بود (۲). در مطالعه نبوره و همکارانش (۱۳۹۳) که در بخش ویژه و اورژانس انجام شد، میانگین فراوانی پیشانی اخلاقی $۱/۷۱ \pm ۰/۹۶$ گزارش شد (۱۶). در مطالعه عامری (۱۳۹۳)، پیشانی اخلاقی پرستاران بخش اونکولوژی، این مقدار $۳/۸ \pm ۲/۵$ و فراوانی گویه "کار با پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت" بود (۱۱). در مطالعه روشن زاده (۲۰۱۴) که پیشانی اخلاقی را با ابزار کورلی (۲۰۰۷) در همه بخش‌های بیمارستانی ارزیابی کرده بود، میانگین فراوانی $۲/۱۱ \pm ۰/۵۶$ و گویه "وقتی که مراقبت عاطفی به بیمار می‌دهم" فراوانی بیشترین علت پیشانی

اخلاقی بیان شد (۱۷). بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منطقه با توجه به تعداد زیاد مسافران در فصول مختلف سال و رونق صنعت توریسم و به تبع آن متاسفانه آمار بالای تصادفات و غرق شدگی در دریا و سایر حوادث همواره پرازدحام و چالش برانگیز است. نبود اورژانس جامع وابسته به دانشگاه در منطقه، کمبود پرستار حرفه‌ای، آموزش ناکافی، تجهیزات نامناسب، عدم حضور متخصصین طب اورژانس، فرهنگ متفاوت مراجعین، پرستاران را با چالش‌های اخلاقی متعددی مواجه می‌کند. در این میان، ارجاع بیماران بدحال و محتضر حوزه‌های شهری و روستایی نیز آمار درگیری روزانه پرستاران در عملیات احیاء را بالا برده و این مهم با توجه به احساس مسئولیت حرفه‌ای پرستاران، چالش اخلاقی بیشتری را ایجاد می‌کند. بدیهی است این قضیه در مطالعه فرناندز (۲۰۱۳) و همچنین زاوتسکی (۲۰۱۵) به دلیل شرایط متفاوت و امکانات و تجهیزات و متخصصین اورژانس، در کشورهای توسعه یافته به عنوان فراوانی بیشترین علت پیشانی اخلاقی گزارش نشود. از آنجایی که در مطالعات عامری (۱۳۹۳) و روشن زاده (۲۰۱۴) از بیمارستان‌های آموزشی و همچنین از بخش‌های مختلف بیمارستانی نمونه‌گیری شده است، بنابراین طبیعی است نوع گویه‌ها در بعد فراوانی متفاوت از گویه‌های مطالعه حاضر باشد (۱۷، ۱۱). بعد دوم از پیشانی اخلاقی، شدت پیشانی اخلاقی است. میانگین شدت $۱/۷ \pm ۰/۹۲$ از ۴ و گویه "کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد" شدیدترین میانگین تاثیر در ایجاد پیشانی اخلاقی را به خود اختصاص داده بود. درحالی که در مطالعه فرناندز (۲۰۱۳)، میانگین شدت پیشانی اخلاقی $۲/۹۶ \pm ۱/۹۸$ و گویه "عدم

(۲۰۱۳)، میانگین اثر پریشانی اخلاقی $۵/۳۵ \pm ۰/۹$ و گوپه "کار با پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت" بیشترین اثر را داشت (۳). علت این تفاوت نیز می‌تواند ناشی از اختلاف در محیط پژوهشی باشد، چرا که در مطالعه فرناندز فقط از اورژانس یک بیمارستان و به تعداد ۵۰ پرستار به طور سرشماری نمونه‌گیری شده است، در حالی که در مطالعه حاضر از اورژانس هفت بیمارستان نمونه‌ها انتخاب شده‌اند. گوپه‌های مطالعه فرناندز و مطالعه حاضر، هر دو "عدم صلاحیت" را باعث پریشانی اخلاقی می‌دانند، با این تفاوت که در مطالعه حاضر، "عدم صلاحیت پزشک"، اما در مطالعه فرناندز عدم صلاحیت پرستار ارائه دهنده خدمت، باعث پریشانی اخلاقی است. علت این تفاوت می‌تواند بخاطر عدم تفکیک وظایف در بخش اورژانس و نیز عدم حضور متخصصین طب اورژانس در بیمارستان‌های منطقه مورد پژوهش باشد. همچنین در مطالعه عامری (۱۳۹۲)، میانگین اثر پریشانی اخلاقی در پرستاران $۱۱/۸۶ \pm ۳/۰۲$ و گوپه "چشم پوشی از عدم دریافت رضایت آگاهانه از بیمار" دارای بیشترین میانگین اثر بود (۱۱). علت اختلاف این یافته با مطالعه حاضر در این است که عامری به طور مشخص از پرستاران بخش انکولوژی نمونه‌گیری کرد، بخشی که درمان‌ها و مراقبت‌های تهاجمی به فراوانی در آن یافت شده و به تهیه و تنظیم دقیق فرم رضایت آگاهانه از بیمار نیاز دارد.

در این مطالعه، از مجموع متغیرهای دموگرافیک کنترل شده، تعداد تخت در بخش اورژانس و نیز تعداد پرستاران حاضر در شیفت با ابعاد سه گانه فراوانی، شدت و اثر پریشانی اخلاقی، ارتباط معنی‌داری داشتند ($p < ۰/۰۱$). این درحالی است که در مطالعه زواتسکی (۲۰۱۵) که به طور مشخص در بخش اورژانس انجام شده بود، پریشانی اخلاقی با متغیرهای دموگرافیک ارتباط معنی‌داری نداشت (۲). همچنین در مطالعه عباسی (۱۳۹۴) با سن و سابقه کار ارتباط معنی‌داری گزارش نشد (۱۸). ولی در مطالعات عامری (۱۳۹۲)، و حکمت افشار و همکارانش (۱۳۹۲)، ارتباط معنی‌داری بین پریشانی اخلاقی با سن و سابقه کار گزارش شد (۱۱، ۲۰). به همان گونه، در مطالعه روشن زاده (۱۳۹۱)، با نوع بخش ارتباط معنی‌دار و نیز با سن و سابقه کار ارتباط منفی و معنی‌داری مشاهده شد (۱۷). در مطالعه ابراهیمی (۱۳۹۲)، از بین متغیرهای دموگرافیک، استان محل خدمت، تحصیلات، شیفت کاری و وضعیت استخدام با میزان پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری داشتند (۱۳). علت گزارش متناقض از ارتباط بین دموگرافیک و پریشانی اخلاقی در مطالعات ذکر شده، می‌تواند

رعایت اصول ایمنی بیمار توسط پرستار و سایر مراقبان بهداشتی" دارای بیشترین میانگین بود (۳). در مطالعه زواتسکی (۲۰۱۵)، گوپه "عدم رعایت ایمنی بیمار توسط پرستار" بالاترین شدت به میزان $۲/۹۶ \pm ۱/۳۶$ را به خود اختصاص داد (۲). در مطالعه ابراهیمی (۱۳۹۲)، میانگین شدت پریشانی اخلاقی در همه بخش‌های بیمارستان‌های منتخب شمال غرب کشور $۴/۷۴ \pm ۱/۲۱$ و شدیدترین گوپه نظیر مطالعه فرناندز "عدم رعایت اصول ایمنی بیمار توسط پرستار و سایر مراقبان بهداشتی" گزارش شده است (۱۳). در مطالعه نبوره (۱۳۹۳) که در بخش ویژه و اورژانس انجام شده بود، میانگین شدت پریشانی اخلاقی $۱/۹۶ \pm ۰/۸۱$ بود (۱۶). در مطالعه روشن زاده و همکارانش (۲۰۱۴) که پریشانی اخلاقی را با ابزار کورلی (۲۰۰۷) در همه بخش‌های بیمارستانی ارزیابی کرده بود، میانگین شدت پریشانی اخلاقی $۲/۲۵ \pm ۰/۱۶$ گزارش شد و گوپه "وقتی که مراقبت عاطفی به بیمار می‌دهم"، فراوان‌ترین علت پریشانی اخلاقی بود (۱۷). همان طور که بیان شد، در بخش اورژانس بیمارستان‌های منطقه مورد پژوهش، از یک سو نبود پزشک متخصص اورژانس و از طرفی عدم تجهیز بیمارستان‌ها برای ارائه خدمات تخصص‌های مختلف، پرستاران را با مشکلات درمانی و مراقبتی متعددی مواجه می‌کند و پرستاران که بنا به وظایف حرفه‌ای خود نقش وکالت درمانی بیمار را برعهده دارند در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مراقبتی برای بیمار در اورژانس، با پزشک عمومی حاضر در بخش دچار تضاد می‌شوند. به بیانی دیگر، تأکید پرستاران به گوپه "عدم صلاحیت پزشک اورژانس به عنوان شدیدترین عامل پریشانی اخلاقی" به ارتباط حرفه‌ای پزشک - پرستار اشاره دارد که در مطالعه عباسی به عنوان عدم توانایی پرستار در متقاعد کردن پزشک به تصمیم‌گیری صحیح بیمار بیان شده است (۱۸). این درحالی است که در بیمارستان‌های مورد مطالعه فرناندز (۲۰۱۳) و زواتسکی (۲۰۱۵)، ارتباطات حرفه‌ای پزشک - پرستار مشخص و کاملاً تعریف شده است و نیز متخصصین طب اورژانس همراه با پرستاران متخصص اورژانس به کار مشغول هستند (۲، ۳). بنابراین، توجه پرستاران بیشتر معطوف به حفظ ایمنی بیمار اورژانسی است و عدم رعایت اصول ایمنی بیمار می‌تواند به عنوان شدیدترین عامل وقوع پریشانی اخلاقی در پرستار مطرح شود. بُعد سوم از پریشانی اخلاقی یعنی "اثر" در این مطالعه با میانگین $۳/۴ \pm ۲/۳۸$ محاسبه شد و گوپه "کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد"، بالاترین میانگین اثر را به خود اختصاص داد. در مطالعه فرناندز

یاد آوری در علت بروز پربشانی اخلاقی وجود دارد؛ از این رو محقق در حین تکمیل توضیحات لازم را ارائه داد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل پایان نامه مصوب، جهت اخذ کارشناسی ارشد پرستاری با کد ۵۱۲۸۵ است. بدین وسیله از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران پزشکی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی گیلان و پرستاران بخش اورژانس شرکت کننده در این مطالعه و سرکار خانم عامری و آقای دکتر عباس زاده جهت در اختیار قرار دادن پرسشنامه MDS تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

ناشی از نوع ابزار مطالعه و نوع بخش باشد. از سوی دیگر، اغلب پرستاران در بخش اورژانس در رده سنی نزدیک به هم قرار داشته و سابقه کاری شبیه به هم دارند. از این رو بدیهی است که پرستاران جوان و فارغ التحصیلان جدید در ابتدای فعالیت در بخش اورژانس به کار گرفته شوند. به علاوه، به دلیل کمبود متخصص در شهرستان‌ها، اغلب بیماران اورژانسی به مرکز استان منتقل شده و طول اقامت کمتری در اورژانس دارند. بنابراین، طول مدت ارائه خدمت به بیماران اورژانسی محدود و در برخی موارد قبل از آنکه چالش‌های اخلاقی شدیدی بروز کند، بیماران به سرعت منتقل می‌شوند. از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که ابزار از نوع خودگزارش دهی بود، و نظیر دیگر ابزارهای خودگزارش دهی، احتمال خستگی، عدم فرصت کافی در بخش اورژانس و عدم

REFERENCES

1. Corley M, Elswick R, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of moral distress scale. *J Adv Nur* 2001;33:250-56.
2. Zavotsky KE. Exploring the relationship between moral distress and coping in emergency nursing. *Adv Emerg Nurs J* 2016;38:133-46.
3. Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs* 2013;39:547-52.
4. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA J* 2011;79:39-45.
5. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. *Soc Sci Med* 2010;71:1687-91.
6. Kilcoyne M, Dowling M. Working in an overcrowded accident and emergency department: nurses' narratives. *Aust J Adv Nurs* 2007;25:21-29.
7. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* 2012;3:1-9.
8. McAndrew NS, Leske JS, Garcia A. Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *J Trauma Nurs* 2011;18:221-30.
9. Shakeriniya I. Moral distress: the latent stress in nursing. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011;4:26-35. [In Persian]
10. Aghajani M. The professional burnout of nurses in different wards. *Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing and Midwifery* 2013;9:97-104. [In Persian]
11. Ameri M, Safavibayat Z, Kavousi A. Evaluation of clinical situations leading to moral distress in nurses working in oncology wards of Tehran-based educational hospitals in 2012. *Mod Care J* 2014; 11:153-60.
12. Ashktorab T, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013;6:64-73. [In Persian]
13. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest medical of Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2014;6:80-88. [In Persian]
14. Shafipour A, Ravanbakhsh Esmaeili V, Heidari MR, Aghaei N, Saadatmehr SR, Sanagoo A. Investigating the level of moral distress and its related factors among nurses in Mazandaran Burn Center." *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015;25:58-67. [In Persian]
15. Hamric A, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in health care professionals. *AJOB Prim Res* 2012;3:10-19.

16. Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015;14:443-54. [In Persian]
17. 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* 2015;6:113-30.
18. Abbasi M, Hajatmand F, Khaghanizadeh M, Askari Gashtroudkhani A. Moral distress in nurses employed in selected hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Med Ethics* 2015;9:20-29.
19. Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantary S. Moral distress of nurses working in the hospitals of the city of Bam in 1390. *Med Ethics* 2011;17:119-4.
20. Hekmat Afshar M, Jooybari L, Sanagou A, Kalantari S. Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies. *Journal of Education and Ethics in Nursing* 2013; 1: 22-28. [In Persian].
21. Abbaszadeh A, Nakaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral distress in nursing clinical function: cross-sectional study. *J Med Ethics* 2012;6:113-30.