

ارتباط آشفته‌گی اخلاقی با سلامت روان پرستاران زن

* جواد محمدی^۳

محمدعلی سپهوندی^۲

امیر عزیزی^۱

چکیده

زمینه و هدف: آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند منجر به ایجاد مشکلات روان‌شناختی شود. هدف پژوهش حاضر تعیین ارتباط سلامت روان با آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران زن می‌باشد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند. تعداد نمونه با استفاده از روش تصادفی طبقه‌ای و فرمول کوکران ۱۸۰ نفر برآورد شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه آشفته‌گی اخلاقی کورلی و پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش توسط ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بین آشفته‌گی اخلاقی و مؤلفه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب و اختلال در خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد ($P=0/001$). نتایج رگرسیون نیز نشان داد که آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند سلامت روان پرستاران را پیش‌بینی کند.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به اینکه سلامت روان پرستاران از طریق آشفته‌گی اخلاقی قابل پیش‌بینی می‌باشد، به نظر می‌رسد نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه انجام مداخلات پیشگیرانه برای پرستاران به همراه دارد.

کلیدواژه‌ها: آشفته‌گی اخلاقی، سلامت روان، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۴

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۲/۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

^۲ استادیار گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

^۳ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. (* نویسنده مسئول)

شماره تماس +۹۱۸۵۵۵۸۸۵۰

Email: javad.m60@gmail.com

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامتی در جوامع مختلف، بهداشت روانی آن جامعه است و سلامت روانی از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از اصول اولیه بهداشت روانی قلمداد شده است^(۱).

یکی از مشاغلی که توجه به بهداشت روان در آن حائز اهمیت می‌باشد، حرفه پرستاری است. بر اساس گزارش انجمن بین‌المللی پرستاری، ۶۲ تا ۹۲ درصد مشکلات سلامت روان پرستاران بر اثر تنش‌های شغلی به وجود می‌آید؛ به طوری که ۷۵ درصد پرستاران دچار افسردگی و انواع ناراحتی‌های روحی هستند و کمتر پرستاری را می‌توان یافت که دچار ناراحتی‌های فیزیولوژیکی، بیماری‌های عفونی یا ناراحتی‌های روحی نشده باشد؛ چنانچه اکثر پرستاران در سن بازنشستگی انسان‌هایی ضربه دیده و از کارافتاده هستند^(۲). بنابراین سلامت عمومی و بهداشت روانی پرستاران به دلیل حجم کار فراوان و شرایط خاص شغلی آن‌ها به خطر می‌افتد و پرستاران به دلیل سروکار داشتن با اقشار جامعه و بیماران، نیاز به حفظ روحیه قوی و بهداشت روانی کامل برای ادامه حرفه خود دارند^(۳).

بررسی‌ها درباره سلامت روانی در پرستاران نشان می‌دهد که در شرایط کاری یکسان، افراد به یک اندازه دچار آسیب‌های ناشی از کاهش سلامت روانی نمی‌شوند؛ به عبارت دیگر سلامت روانی از تعامل عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، بین‌فردی و شغلی پدید می‌آید^(۴)؛ بنابراین، برای رسیدن به شناختی عمیق نسبت به بهداشت روانی پرستاران، ابتدا باید تعریفی علمی و دقیق از مؤلفه سلامت روانی حاصل آید تا به این طریق بتوان اقدام‌های کاربردی و پیشگیرانه در جهت رفاه روانی آن‌ها انجام داد. سلامت روان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های یک زندگی سالم است که عوامل بی‌شماری در شکل‌بندی صحیح یا ناسالم آن دخیل هستند. این مفهوم در پی آن است که احساسات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و ناامیدی کم‌رنگ گشته و از بروز نشانه‌های مرضی در افراد

پیشگیری به عمل آید^(۵).

سازمان بهداشت جهانی ابعاد سه‌گانه سلامت یعنی سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی را مطرح کرد که هر سه بعد لازم و ملزوم یکدیگر است. در این تعریف سلامت روان عبارت است از قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب^(۶)؛ به عبارت دیگر سلامت روان به مفهوم احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکاء به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین‌نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری، هیجانی و غیره است^(۷).

بحث دیگر در رابطه با پرستاران به آشفتگی اخلاقی مربوط می‌شود. به عقیده Nathaniel آشفتگی اخلاقی درد یا ناراحتی عاطفی و ذهنی است که در آن فرد ضمن آگاهی از موضوع اخلاقی، درباره عمل درست نیز قضاوت اخلاقی انجام می‌دهد، ولی در عمل به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی، دچار خطاکاری اخلاقی می‌شود^(۸).

Corley بیان می‌دارد، حس مسئولیت‌پذیری پرستاران هنگام مراقبت از بیماران در مقایسه با قدرت تصمیم‌گیری آنان قوی‌تر است؛ تعارض بین حس مسئولیت در پرستار، قدرت پزشک و مدیریت بیمارستان باعث ایجاد عدم تعادل بین قدرت و مسئولیت و سرانجام آشفتگی اخلاقی می‌شود^(۹).

آشفتگی اخلاقی اولیه با احساس ناکامی، خشم و اضطراب، به خصوص زمانی که پرستاران با موانع سازمانی و تعارضات بین‌فردی مواجه می‌شوند مرتبط است. شواهد موجود نشان می‌دهد که آشفتگی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثر گذاشته و مشکلات ثانویه سلامتی در بیماران ایجاد می‌کند^(۱۰).

در رابطه با تأثیر آشفتگی اخلاقی بر وضعیت سلامت روان پرستاران، مطالعات محدودی صورت گرفته که از آن جمله می‌توان به مطالعه Cummings اشاره کرد. وی

در مطالعه‌ای نشان داد پرستارانی که از آشفته‌گی اخلاقی در محیط کاری رنج می‌برند مشکلات بهداشت روانی بیشتری را گزارش کرده و تلاش می‌کنند بخش محل کار خود را در بیمارستان تغییر دهند^(۱۱).

پرستاران زن علاوه بر فعالیت در محیط بیمارستان در زندگی شخصی و خانوادگی مسئولیت‌های سنگین همسرداری، تربیت کودکان و مواردی از این قبیل را به دوش دارند و از جمله مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر آشفته‌گی اخلاقی می‌باشند. هر گونه مشکلات روانی و آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند کیفیت خدمات در سازمان و خصوصاً مشاغل چون پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سلامت روان با آشفته‌گی اخلاقی در پرستاران زن انجام گرفت.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های توصیفی-تحلیلی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های تبریز در سال ۱۳۹۳ به تعداد ۲۵۰ نفر بودند و تعداد نمونه در این پژوهش از طریق فرمول کوکران ۱۸۰ نفر برآورد شد. برای انتخاب حجم نمونه از هر بیمارستان از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. نمونه‌های مورد نظر از بیمارستان‌های دولتی انتخاب شدند. برای اجرای پژوهش، پژوهشگران هر روز با مراجعه به بخش‌های مورد نظر و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران تهیه کرده و سپس به شیوه قرعه‌کشی تعدادی پرستار مبتنی بر حجم نمونه انتخاب نموده و پس از توضیح هدف کلی و جلب رضایت آن‌ها با استفاده از فرم انتخاب نمونه، واجدین شرایط پژوهش را انتخاب می‌نمودند. انتخاب پرستاران زن به دلیل آسیب‌پذیری بیشتر قشر زنان در حرفه حساس و پراسترس پرستاری انجام شد. در مدت ۲ ماه تمامی داده‌ها گردآوری شدند. حضور پژوهشگران در بیمارستان باعث شد که تمام پرستاران انتخاب شده به سؤالات پرسشنامه‌ها به صورت کامل و دقیق پاسخ دهند. در ادامه

از آزمودنی‌ها خواسته شد که در یک جلسه توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. بعد از کسب رضایت آگاهانه به سؤالات آن‌ها در زمینه مرتبط با پژوهش طی یک جلسه پاسخ داده شد. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به نمونه‌ها اطمینان دادند که نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. معیارهای ورود مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی، حداقل چهار سال سابقه کاری، نداشتن اختلال جدی پزشکی و روان‌پزشکی و میل و رغبت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. ضمن اینکه کلیه پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش را زنان تشکیل می‌دادند، اگر فردی واجد شرایط فوق نبود از نمونه حذف شده و فرد دیگری جایگزین وی می‌شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل دو بخش بود: پرسشنامه آشفته‌گی اخلاقی کورلی و پرسشنامه سلامت روان. پرسشنامه آشفته‌گی اخلاقی (Moral Confusion Corley) توسط Corley اندازه‌گیری تجربه پرستاران از آشفته‌گی اخلاقی تدوین شده است^(۹). در این پژوهش از پرسشنامه مذکور که توسط شاکری‌نیا ترجمه، و تعیین روایی و پایایی شده بود، استفاده گردید. شاکری‌نیا برای اعتباریابی پرسشنامه از روش اعتبار محتوا استفاده کرده و با اصلاح سؤالات و حذف چند سؤال، پرسشنامه نهایی را با ۳۳ آیتم تدوین کرده است. آیتم‌های پرسشنامه با فعالیت‌های عام پرستاران جهت ارائه خدمات در بیمارستان‌ها مطابقت دارد. دامنه نمرات در این پرسشنامه بین ۳۳ تا ۱۶۵ است و بر اساس نمره‌گذاری، هرچه نمره فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، آشفته‌گی اخلاقی وی نیز بیشتر است. شاکری‌نیا پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۳ گزارش کرده است^(۱۲). برای ارزیابی سلامت عمومی پرستاران از پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire)

در این مطالعه ۱۸۰ پرستار زن شرکت داشتند که میانگین سنی آنها ۲۶ سال با انحراف معیار ۶/۱۳ سال بود و ۳۶/۶ درصد آنها مجرد و ۶۳/۳ درصد متأهل بودند. در جدول شماره ۱ وضعیت سن و تأهل شرکت کنندگان درج گردیده است. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای سلامت روان و آشفتگی اخلاقی و مولفه‌های آنها درج شده است.

جدول شماره ۱: وضعیت سن و تأهل شرکت کنندگان

سن	متأهل		مجرد	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۳۰ تا ۲۰	۸۶	۴۷/۷	۵۳	۲۹/۴۴
۴۰ تا ۳۰	۱۷	۹/۴۴	۹	۵
بالتر از ۴۰	۱۱	۶/۱۱	۴	۲/۲۲

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های سلامت روان و آشفتگی اخلاقی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
نشانه‌های جسمانی	۶/۴۷	۲/۵۲
اضطراب و اختلال در خواب	۷/۳۵	۲/۳۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۲/۳۰	۴/۲۹
افسردگی	۸/۶۲	۳/۱۷
سلامت روان	۳۴/۴۷	۱۳/۱۲
آشفتگی اخلاقی	۱۰۷/۶۴	۲۱/۹۳

برای بررسی رابطه آشفتگی اخلاقی با سلامت روان از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول شماره ۳). نتایج حاصل نشان می‌دهد که بین آشفتگی اخلاقی با سلامت روان در پرستاران همبستگی معناداری وجود دارد؛ به طوری که پرستارانی که دارای آشفتگی اخلاقی بالایی می‌باشند از میزان سلامت روان کمتری برخوردارند

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی آشفتگی اخلاقی با مولفه‌های سلامت روان

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
نشانه‌های جسمانی	۰/۳۳۶	۰/۰۰۱
اضطراب و اختلال در خواب	۰/۲۹۷	۰/۰۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۳۴۲	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۴۳۳	۰/۰۰۱

که توسط Goldberg ساخته شده است استفاده شد. این ابزار دارای ۲۸ سؤال است^(۱۳) که هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت دارای چهارگزینه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده است. در کل دارای ۴ زیرمقیاس و هر زیرمقیاس دارای ۷ سؤال است. این زیرمقیاس‌ها عبارت‌اند از: ۱- علائم جسمانی، ۲- علائم اضطراب و اختلال در خواب، ۳- اختلال در کارکرد اجتماعی و ۴- افسردگی. دسته‌بندی نمرات از ۰-۸۴ براساس چهارمقیاس به ترتیب عالی، خوب، متوسط و ضعیف که به صورت نمره (۲۱-۰) عالی، (۲۲-۴۲) خوب، (۴۳-۶۴) متوسط و از ۶۴ به بالا ضعیف طبقه‌بندی شده است. نور بالا و همکاران میزان حساسیت و ویژگی این پرسشنامه را در بهترین نقطه برش آن به ترتیب ۹۷/۳ و ۷۰/۵ بدست آوردند^(۱۴) و شیربیم و همکاران پایایی آن به روش بازآزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش کردند^(۱۵).

روایی ابزارهای فوق به روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که در دو مرحله توسط ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر در دانشگاه روان‌شناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش باز آزمون استفاده شد؛ به این منظور پرسشنامه‌ها توسط ۱۰ نفر از پرستاران که دارای مشخصات یکسان با نمونه‌های پژوهش بودند تکمیل و به فاصله ۷-۱۰ روز بعد مجدداً پرسشنامه‌ها توسط همان پرستاران تکمیل و سپس ضریب همبستگی آنها محاسبه شد. ضریب همبستگی برای پرسشنامه آشفتگی اخلاقی ۰/۸۲ و پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۶ به دست آمد. سپس نمره پرستاران در هر دو پرسشنامه محاسبه و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از آمار توصیفی و سپس ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید و سپس کلیه مراحل توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ محاسبه گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون که در جدول شماره ۴ درج شده‌اند، نشان می‌دهد که آشفته‌گی اخلاقی می‌تواند

سلامت روان پرستاران را پیش‌بینی کند ($P = 0/001$).

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون آشفته‌گی اخلاقی با مؤلفه‌های سلامت روان

متغیر	B	Beta	T	معناداری
نشانه‌های جسمانی	۰/۰۶۵	۰/۳۳۶	۴/۴۹	۰/۰۰۱
اضطراب و اختلال در خواب	۰/۰۳۶	۰/۲۹۷	۳/۹۲	۰/۰۰۱
اختلال در کارکرد اجتماعی	۰/۱۵۰	۰/۳۴۲	۴/۵۷	۰/۰۰۱
افسردگی	۰/۱۲۸	۰/۴۳۳	۶/۰۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش، همبستگی معنی‌داری میان آشفته‌گی اخلاقی با سلامت روان در پرستاران زن بدست آمد؛ به طوری که آشفته‌گی اخلاقی توانست سلامت روان پرستاران را پیش‌بینی کند. به این ترتیب پرستارانی که آشفته‌گی اخلاقی بیشتری را گزارش می‌کنند، از میزان سلامت روان کمتری برخوردارند. این یافته‌ها با نتایج شاکری‌نیا مطابقت می‌کند. وی در مطالعه‌ای نشان داد بین آشفته‌گی اخلاقی و بعد عزت‌نفس بهداشت روانی در پرستاران شهر یزد رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد^(۱۲). برخی از مطالعات نشان دادند پرستارانی که آشفته‌گی اخلاقی را تجربه می‌کنند تا سال‌های متوالی از مشکلات مربوط به سلامت روان رنج می‌برند^(۱۱-۱۶).

برخی از مطالعات شیوع آشفته‌گی اخلاقی را در بین پرستاران نشان می‌دهند^(۱۷-۱۸). به عنوان مثال در مطالعه عباس‌زاده و همکاران مشخص شد که میانگین آشفته‌گی اخلاقی کلی پرستاران شاغل ۵/۰۴۱ از ۷ می‌باشد^(۱۹) و Pauly و همکاران سطح متوسطی از آشفته‌گی اخلاقی را در پرستاران گزارش کردند^(۲۰). مطالعه Corley و همکاران نیز نشان می‌دهد محیط کاری پرستاران می‌تواند شدت آشفته‌گی اخلاقی را پیش‌بینی نماید^(۱۶).

پرستاران برای مقابله با آشفته‌گی اخلاقی راهکارهای گوناگونی را مورد استفاده قرار می‌دهند. برخی تلاش می‌کنند تا بر تصمیم‌گیریهای پزشکان اثر بگذارند، برخی با سرپرستاران تماس می‌گیرند. تعدادی از آنها گزارش

خطا تنظیم می‌کنند و برخی نیز تلاش می‌کنند مسئولان را مطلع سازند^(۲۱).

به عقیده Harmic آشفته‌گی اخلاقی نتیجه تلاش فرد برای حفظ یکپارچگی ارزش‌های اخلاقی است و این پدیده زمانی رخ می‌دهد که فرد مرتکب عملی می‌شود و آن عمل با اعتقادات اخلاقی وی همخوانی ندارد^(۲۲).

بنابراین آشفته‌گی اخلاقی به دلیل ایجاد مشکلات روان‌شناختی باعث کاهش سلامت روانی پرستاران می‌شود؛ به طوری که با ایجاد شرایط استرس‌زا و ادامه آن در محیط کار و شکسته شدن منابع مقاومت پرستاران، پیامدهایی نظیر کاهش رضایت شغلی ایجاد می‌شود^(۲۳). پرستارانی که دچار آشفته‌گی اخلاقی هستند، بیشتر احتمال دارد که محل کار خود را تغییر داده و یا حرفه پرستاری را ترک کنند. این تغییر و جابه‌جایی خصوصاً برای بخش‌های حساس بیمارستان کمبود کادر مجرب پرستاری را به دنبال دارد؛ کمبود پرستار به خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌ها بحران‌ساز است و در ارائه خدمات به بیماران اثر جدی می‌گذارد^(۲۴).

یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، بررسی صرف آشفته‌گی اخلاقی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در سلامت روان و انتخاب پرستاران زن به دلیل محدودیت نمونه‌گیری می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تاثیرگذار بر سلامت روان به عنوان مثال آشفته‌گی اخلاقی را در بین سایر کارکنان بیمارستان مدنظر قرار داده و تأثیر آن را با

پیشنهاد می‌شود از مداخلات آموزشی در خصوص کاهش آشفته‌گی اخلاقی استفاده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌بینند از تمامی پرستاران محترمی که در این پژوهش شرکت داشتند و مسئولین و پرسنل اداری بیمارستان‌های شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

سایر عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سلامت روان مورد بررسی قرار دهند. علاوه بر این، پژوهش حاضر تنها بر روی پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. ضمناً با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع مشاهده‌ای بود، برای تأیید رابطه علی و معلولی نیاز به مطالعات گسترده‌تری احساس می‌شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تشخیص به موقع آشفته‌گی اخلاقی به عنوان یک مشکل عمده و توسعه راه‌کارهای مقابله‌ای، اثرات زیان‌بار آن را کاهش می‌دهد. همگام با نظریات موجود در این زمینه

فهرست منابع

- 1- Mental and Neurological Disorders. The world health report, 2014. Available from: www.who.int/entity.
- 2- Ghasemi A, Attar M. [The Survey intensity of Occupational stressor nurses in Hospital of Cities Babol, Sari and Behshahr]. 2007. Available from at www.betsa.ir. Persian.
- 3- Rezaei R, Beheshti Z, Haji Hoseini F, Seyedy Andi J. [Study Of Relation Between Studying Of Universities And Psychiatric Health In First And Last Grade Students Of Nursing]. *Iranian Journal Nursing Research*. 2007; 1(3): 67-74. Persian.
- 4- Abasszadeh A. [Association between mental health and educational stressful factors among students of Razi Nursing and Midwifery School in Kerman]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2011;11(3):200-9. Persian.
- 5- Kaplan, B.J. & Sadock, V.A. Synopsis of Psychiatry Bahavioural Science, Updated with DSM-5: 11th ed copyright. 2015.
- 6- Ghodrat Mirkohi M, Khormai E. [The relationship between religiosity and mental health in adolescents]. *Behavioral Sciences*. 2010; 2(5): 115-31. Persian
- 7- Haddadi Koohsar AA, Roshan R, Asghar Nejad Farid AA. [A Comparative Study of the Relationship Emotional In-telligence with Mental Health and Aca-demic Achievement in Shahed and Non-Shahed Students in University of Tehran]. *J Psych Educ*. 2007; 37(1): 73-97. Persian.
- 8- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. *West J Nurs Res*. 2006;28(4):419-38.
- 9- Corley MC. Moral Distress of cirtical Nurses. *Am J critcare* 1995; 4: 280-5.
- 10- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Managt*. 2008;16(3):360-73.
- 11- Cummings CL. The Effect of Moral Distress on Nursing Retention in the Acute Care Setting. Nursing, University of North Florida, Jacksonville, FL 2009.
- 12- Shakerinia I. [Moral distress, burnout and mental health nurses Yazd]. *Journal of Medical Jurisprudence*, 2013; 4(11-12): 167-91. Persian.
- 13- Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. *Psychol Med*. 1979; 7(9):131-45.
- 14- Noorbala A, Mohammad K. [The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool]. *Hakim Research Journal*. 2009;11(4):47-53. Persian.
- 15- Shirbim Z, Soudani M, Shafi Aa. [Relationship between mental health and mental hardiness of university students]. *Andisheh va Raftar*. 2009; 4(13) 7-16. Persian.
- 16- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
- 17- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care

unit. *Am J Critl Care*. 2005;14(6):523-30.

18- McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2007;26(5):199-206.

19- Abasszadeh A, Borhani F, Kalantari S. [Moral distress of nurses in health centers Bam in 2011]. *Journal of Medical Ethics* 2011;17(5): 119-41. Persian.

20- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*. 2009;16(5):561-73.

21- Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurse Econ* 2007; 25: 217-21

22- Hamric AB. Moral distress and nurse-physician relationships. *Virtual Mentor*. 2010;12(1):6-11.

23- Shakerinia I, [The relationship between moral chaos, psychological hardiness and job Frsvdgs Nurses in Rasht]. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 2010; 4:56-69. Persian.

24- Shakerinia I, [Moral chaos, stress hidden in the nursing profession]. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 2011: 4(3): 26-37. Persian.

Relationship between Moral Distress and Mental Health among Female Nurses

Azizi A¹., Ph.D.Cond

Sepahvani M.A²., Ph.D

Mohamadi J³. Ph.D Cond

Abstract

Background & Aim: Moral distress could lead to psychological problems. The aim of this study was to determine the relationship between moral distress and mental health in female nurses.

Material & Methods: It was a descriptive cross-sectional study. The study population consisted of all female nurses working in hospitals of Tabriz city in 2014. A total of 180 nurses were recruited by stratified random sampling using Cochran formula. Data was collected by Moral distress Corley and the (GHQ) General Health Questionnaire and analyzed by Pearson correlation and regression analysis using SPSS-PC (v.20).

Results: There was significant direct relationships between moral distress and GHQ subscales of, somatic symptoms, anxiety and sleep disorders, social dysfunction and depression ($P = 0.001$). The results of Regression analysis showed that moral distress could predict nurses' mental health.

Conclusion: Given that female nurses' mental health is predictable by their moral distress, it seems that the results of this study could have important implications regarding the preventive interventions for nurses.

Key words: Moral Distress, Mental Health, Nurses

Received: 25 Nov 2014

Accepted: 23 Feb 2015

¹ Ph.D Student of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

² Assistant professor, Department of Psychology, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

³ Ph.D Student of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (*Corresponding author).

[Tel:+98 09185558850](tel:+9809185558850)

E mail: javad.m60@gmail.com.