

## The Association of Moral Distress and Demographic Characteristics in the Nurses of Critical Care Units in Tehran, Iran

Nooredin Mohamadi<sup>1</sup>, Faezeh Fakoor<sup>2</sup>, Hamid Haghani<sup>3</sup>, Sedigheh Khanjari<sup>4</sup>

### Abstract

**Background & Aim:** Nurses need peace of mind in the workplace in order to provide proper patient care and accurately perform their complicated responsibilities. On the other hand, workplace stress and ethical issues affect the nursing profession. Moral distress is an inevitable issue in the nursing profession and occurs when nurses want to operate based on knowledge and what is morally accepted. Nurses experience moral distress based on their occupational role and professional status, and various factors are involved in the emergence of moral distress, including organizational factors, collaborative and group relationships, and factors related to patients and their treatment processes. However, nurses working in intensive care units (ICUs) are more at risk of moral distress due to stressful situations. In addition, the highest level of moral distress in ICU is due to nonstandard care and treatment caused by a shortage of staff. Another factor that contributes to this issue is working with the unqualified staff at various nursing and medical levels. Moral distress can affect nurses' work-life and have various impacts on the life of staff, patients, and health organizations. This could lead to confusion, fear, anxiety, and lack of power in nurses, which results in job dissatisfaction and intention to leave in nurses. Therefore, the present study aimed to determine the relationship between moral distress and demographic characteristics of nursing in ICUs of medical training centers of Tehran, Iran.

**Materials & Methods:** This cross-sectional, correlational, and descriptive research was performed on 200 nurses working in ICUs of medical training centers in Tehran, affiliated with Iran and Shahid Beheshti universities of medical sciences in 2018. A stratified sampling method with proportional allocation was used to enroll participants, and CCU, ICU, and ICU-OH were considered as categories. Data were collected using a demographic characteristics questionnaire, which included background information of nursing staff. In addition, a 24-item moral distress scale by Corly was applied, which assessed the frequency and intensity of moral distress, and its items were scored based on a five-point Likert scale. In this regard, the mean of 24 items was calculated to estimate the moral distress score. In addition, the score range was 0-96. Data analysis was performed in SPSS version 16 using descriptive statistics (frequency distribution, mean, and estimation of numerical indicators), and inferential statistics such as independent t-test and (to evaluate the relationship between intensity and frequency of moral distress with demographic characteristics of the participants), analysis of variance (for pairwise comparison) and Scheffé's method.

**Results:** In this research, 79.5% of the participants working in intensive care units (n=200) were female, and the age range of 30-39 years had the highest frequency (46.5%). In addition, 57.5% of the subjects were married, 22% of whom had no children. Most subjects (55%) had a work experience of more than 10 years, which showed the presence of experienced nurses in these wards. Regarding the level of education, 87.5% of the subjects had a BSc and the rest had an MSc. Moreover, 56.5% of the participants were permanently employed. The majority of the participants (78.5%) worked in rotating shifts, and nurses with 10-14 night shifts per month (27.5%) had the highest frequency in the number of night shifts. The results of the analysis of variance and t-test showed no

---

<sup>1</sup>. Associate Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup>. MS Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: 0912776635 Email: fakoorfaezeh@gmail.com

<sup>3</sup>. Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup>. Associate Professor, Nursing Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

significant relationship between the frequency of moral distress and variables of gender, age, marital status, number of children, level of education, work experience, employment status, work shift, number of night shifts per month and ethics training. Overall, there was no significant relationship between the frequency of moral distress and the demographic characteristics of nurses. According to the results, the mean and standard deviation of the frequency of moral distress was estimated at  $48.96 \pm 18.21$ , which was near the medium score of the tool (49), and the mean and standard deviation of intensity of moral distress was reported at  $52.04 \pm 18.43$ , which was higher than the medium score (49). Meanwhile, we found a significant relationship between the frequency of moral distress and the type of ward ( $P=0.014$ ). However, the frequency of moral distress was significantly lower in the ICU-OH ward, compared to CCU ( $P=0.040$ ) and ICU ( $P=0.018$ ). Nonetheless, this difference was not significant between ICU and CCU. In addition, there was a significant difference between the intensity of moral distress and ward ( $P=0.030$ ). Furthermore, moral distress intensity was significantly lower in ICU-OH, compared to CCU ( $P=0.005$ ) and ICU ( $P=0.008$ ), and no significant difference was found between ICU and CCU.

**Conclusion:** In the present research, we observed a moderate frequency and intensity of moral distress in nurses working in intensive care units, which could have a negative impact on patient care and the health of personnel. According to the results, there was a significant relationship only between the ward and moral distress. In addition, there was no significant association between moral distress and ethics training. According to our findings, there was no significant relationship between the demographic characteristics of the participants and their moral distress. Therefore, other factors such as organizational support, socioeconomic factors, and other predisposing factors of moral distress should be assessed in this regard. In addition, training the staff and familiarizing them with factors of moral distress could play a role in decreasing this issue in nurses working in intensive care units. In this respect, training could be carried out by nursing managers and instructors in the form of researcher, counselor, and planner to familiarize nurses with moral distress and decrease this factor in these individuals. It is recommended that our findings be used by nursing managers and authorities to develop proper treatment policies to decrease moral distress in nurses working in intensive care units.

**Keywords:** Moral Distress, Nurse, Intensive Care Unit

**Conflict of Interest:** No

**How to Cite:** Mohamadi N, Fakoor F, Haghani H, Khanjari S. The Association of Moral Distress and Demographic Characteristics in the Nurses of Critical Care Units in Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2019; 32(121):41-53.

Received: 11 Sep 2019

Accepted: 10 Dec 2019

## ارتباط دیسترس اخلاقی با مشخصات جمعیت شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه شهر تهران

نورالدین محمدی<sup>۱</sup>، فائزه فکور<sup>۲</sup>، حمید حقانی<sup>۳</sup>، صدیقه خنجری<sup>۴</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دیسترس اخلاقی در حرفه پرستاری امری اجتناب ناپذیر است. پرستاران به دنبال دیسترس اخلاقی دچار علائمی مانند سردرگمی، ترس، اضطراب و بی‌قدرتی می‌شوند و همین امر منجر به نارضایتی شغلی و ترک محل خدمت پرستاران می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه دیسترس اخلاقی با مشخصات جمعیت شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در مراکز آموزشی و درمانی شهر تهران طراحی و اجرا گردیده است. روش بررسی: این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی است و نمونه‌ها شامل ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز منتخب شهر تهران هستند که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای با تخصیص متناسب انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه Corly جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی ۴۸/۹۶ با انحراف معیار ۱۸/۲۱ نزدیک به میانه نمره ابزار (۴۹) بود و میانگین شدت دیسترس اخلاقی ۵۲/۰۴ با انحراف معیار ۱۸/۴۳ از میانه نمره ابزار (۴۹) بالاتر بود. همچنین ارتباط آماری معنی‌داری میان فراوانی دیسترس اخلاقی با نوع بخش محل خدمت وجود داشت ( $P=0/014$ ). فراوانی دیسترس اخلاقی در بخش ICU-OH به طور معنی‌داری کمتر از دو بخش CCU ( $P=0/040$ ) و ICU ( $P=0/018$ ) بود و در دو بخش ICU و CCU این اختلاف معنی‌دار نبود. ارتباط معنی‌دار آماری میان شدت دیسترس اخلاقی با بخش محل خدمت پرستاران مورد پژوهش وجود داشت ( $P=0/030$ ). همچنین در بخش ICU-OH به طور معنی‌داری شدت دیسترس اخلاقی کمتر از بخش CCU ( $P=0/005$ ) و ICU ( $P=0/008$ ) بود و در دو بخش ICU و CCU تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی با سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معنی‌داری نداشتند.

**نتیجه‌گیری کلی:** دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه در حد متوسط گزارش شد که می‌تواند در امر مراقبت از بیماران و سلامت کارکنان تأثیر منفی داشته باشد. به همین سبب نتایج این پژوهش خطاب به مسئولین و مدیران پرستاری است که سیاست‌های درمانی متناسبی برای کاهش دیسترس اخلاقی در میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه اتخاذ نمایند.

### کلید واژه‌ها: مالتیپل اسکروزیس، مراقبین بیماران، کیفیت زندگی، اضطراب مرگ

تعارض منافع: ندارد

تاریخ دریافت: ۹۸/۶/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۹/۱۹

۱. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۲۷۷۶۶۳۵۳ Email: fakoorfaezeh@gmail.com
۳. مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

اساس و پایه حرفه پرستاری محافظت از سلامت افراد جامعه است و با توجه به نقش مهم این حرفه در حفظ سلامت افراد جامعه، امروزه پرستاران نقش مهمی در نظام های بهداشتی و درمانی ایفا می نمایند<sup>(۱)</sup>. پرستاران برای ارائه مراقبت صحیح به بیماران و انجام وظایف پیچیده خود نیازمند آرامش روانی در محیط کار خود هستند. از طرف دیگر، مسائل اخلاقی و تنش های محیط کار بر حرفه پرستاری تأثیرگذار می باشند. پرستاران در محیط کاری خود مسئول هماهنگی با سایر متخصصان و پرستاران دیگر هستند تا بتوانند برنامه ریزی و سازمان دهی را به گونه ای انجام بدهند که شرایط لازم برای مراقبت از بیمار فراهم شود<sup>(۲)</sup>. در سال های اخیر، در تحقیقات پرستاری توجه زیادی به دیسترس اخلاقی شده است و در میان نظریه پردازان پرستاری، Jampton اولین کسی است که به مفهوم دیسترس اخلاقی پرداخته و آن را توصیف کرده است<sup>(۳)</sup>. دیسترس اخلاقی یا پریشانی اخلاقی زمانی اتفاق می افتد که پرستاران می خواهند بر اساس دانش و آنچه از نظر اخلاقی صحیح است، عمل کنند اما با اختلاف نظر اخلاقی و شناختی مواجه می شوند و یا می توانند به دلایلی مانند بی احترامی به حقوق بیمار و یا درگیری در محیط کار رخ دهد و همین مساله در امر سلامت و مراقبت بیماران تأثیر منفی دارد<sup>(۴)</sup>. پرستاران با توجه به وضعیت حرفه و نقش شغلی خود، مورد دیسترس های اخلاقی قرار می گیرند و عوامل متعددی می تواند منجر به دیسترس های اخلاقی در فعالیت های روزانه پرستاران بشود<sup>(۴)</sup>. وجود دیسترس های اخلاقی در پرستاران باعث تعارض در آنها شده و آنان را از ارزیابی و ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران باز می دارد. این شرایط خود زمینه را برای نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری بیماران فراهم می کند<sup>(۵)</sup>. دیسترس اخلاقی پدیده ای شایع در حرفه پرستاری است و همین مساله می تواند زندگی کاری پرستاران را تحت تأثیر قرار بدهد و تأثیرات متفاوتی را بر روی زندگی کارکنان، بیماران و سازمان های بهداشتی داشته باشد<sup>(۶)</sup>.

عوامل متعددی منجر به دیسترس اخلاقی می شوند از جمله می توان به عوامل سازمانی، روابط همکاری و گروهی، عوامل مربوط به بیماران و روندهای درمانی اشاره کرد. علل سازمانی شامل کمبود امکانات و تجهیزات، تخصصی شدن حرفه ی پرستاری، عدم حمایت سازمانی و کمبود بودجه می باشند. از علل گروهی نیز می توان به انحصار قدرت پزشکان، فرمانبرداری مطلق از پزشکان و عدم استقلال حرفه ای در پرستاران و ناتوانی در اصلاح شیوه های مراقبتی اشاره کرد و از عوامل مربوط به بیماران و روندهای درمانی می توان درمان های تهاجمی، مسائل مربوط به بیماران در مراحل آخر زندگی، آزمایشات غیرضروری و درمان های نامناسب و ناکافی را مطرح نمود<sup>(۷)</sup>. از دیگر عوامل مؤثر بر دیسترس اخلاقی در پرستاران، تصمیم گیری در موقعیت های بحرانی و شرایط سخت بنا به دستورالعمل های سازمانی می باشد. به طوری که فرد مجبور به انتخاب یک گزینه در میان دو یا چندین موقعیت اخلاقی می شود که کمترین آسیب اخلاقی را داشته باشد. در چنین شرایطی فرد ممکن است مجبور به انتخاب در شرایطی باشد که برخلاف عقیده درست اخلاقی اوست. برای مثال به جهت کاهش هزینه ها و صرفه جویی مالی به جای اولویت بندی در ارائه مراقبت بهتر بیماران و ارزش های حرفه ای بر روی مسائل مالی و کاهش هزینه ها تمرکز کند که همین امر منجر به کیفیت نامطلوب مراقبت های پرستاری و چالش های اخلاقی در پرستاران می شود<sup>(۸)</sup>. حرفه پرستاری باید منجر به حفظ شأن و ارتقای شخصیت افرادی بشود که تحت مراقبت پرستاری قرار می گیرند. بنابراین تصمیم گیری اخلاقی از جمله مسائل مهم حرفه پرستاری می باشد و این تصمیم گیری جزء اساسی ترین تصمیمات پرستاری است. بنابراین پرستاران علاوه بر کسب دانش و مهارت باید آگاهی لازم در زمینه تصمیم گیری های اخلاقی را نیز کسب کنند<sup>(۹)</sup>. پرستاران بخش های مراقبت ویژه به دلایل شرایط استرس زا در معرض دیسترس های اخلاقی بیشتری قرار می گیرند؛ عواملی همچون شرایط نامناسب محیطی، تجهیزات ناکافی

حرفه بیشتر است<sup>(۱۵)</sup>. مطالعه O'Connel نشان داد که دیسترس اخلاقی در زنان ۰/۵ برابر بیشتر از مردان است و زنان، دیسترس اخلاقی بیشتری را نسبت به مردان تجربه می کنند<sup>(۱۴)</sup>. در مطالعه عباس زاده، ارتباط معنی داری میان سن، سابقه کاری و تصمیم به ترک شغل و استعفا گزارش شد. اما ارتباطی میان بخش محل خدمت و دیسترس اخلاقی وجود نداشت<sup>(۱۶)</sup>. بنابراین با توجه به نتایج متناقض مطالعات قبلی بر تأثیر عوامل جمعیت شناختی بر شدت دیسترس اخلاقی در میان پرستاران، انجام این مطالعه از آن جهت مورد اهمیت است که عوامل جمعیتی شناختی می توانند به عنوان یکی از عوامل پیشگویی کننده مؤثر بر دیسترس اخلاقی در نظر گرفته شوند. به همین سبب در این مطالعه به تعیین رابطه عوامل جمعیت شناختی با دیسترس اخلاقی در میان پرستاران بخش های مراقبت ویژه که در معرض خطر دیسترس اخلاقی هستند، پرداخته شد.

### روش بررسی

این مطالعه مقطعی از نوع همبستگی توصیفی است که در میان ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی و درمانی شهر تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی در سال ۱۳۹۷ صورت گرفت. پژوهشگر پس از کسب معرفی نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران، اقدام به اخذ مجوز انجام کار از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با شناسه اخلاق -IR-IUMS- REC-1397-194 نمود. همچنین به جهت رعایت موازین اخلاقی، در ابتدا قبل از انجام پژوهش، به افراد شرکت کننده در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده از آنها محرمانه خواهد بود و شرکت در پژوهش به صورت اختیاری بوده و هر زمان که تمایل داشتند می توانند از مطالعه خارج شوند. در این مطالعه از روش نمونه گیری طبقه ای با تخصیص متناسب استفاده شد. به طوری که بخش های مراقبت ویژه CCU، ICU، ICU-OH به عنوان طبقات در نظر گرفته شدند. بدین منظور نمونه های پژوهش از بیمارستان های منتخب دانشگاه

و کمبود تخت بخش های مراقبت ویژه، مراقبت از بیماران بدحال و بالا بودن میزان مرگ با وجود مراقبت های ویژه، انتظارات نامطلوب خانواده بیماران و احساس مسئولیت در مورد مرگ و زندگی بیماران و حمایت ناکافی از کارکنان از سوی سازمان های درمانی و حمایتی منجر به افزایش میزان دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه می گردد<sup>(۱۰)</sup>. هنگامی که این تعارضات اخلاقی منجر به ناسازگاری اخلاقی و حرفه ای در پرستاران شود به صورت دیسترس اخلاقی و با علائمی مانند سرخوردگی، خشم و احساسات دردناک بروز پیدا می کند و در صورت حل نشدن تعارضات اخلاقی ممکن است کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار را به خطر بیندازد و حتی باعث ترک حرفه پرستاری و کاهش نیروی انسانی شود<sup>(۱۱)</sup>. پیدایش دیسترس اخلاقی در میان پرستاران منجر به عصبانیت، احساس گناه، احساس بی ارزشی و عوامل روحی و روانی مانند کابوس های شبانه، افسردگی و احساس ناامیدی و اضطراب می گردد و همین امر موجب بی نظمی، از هم گسیختگی و ناتوانی در انجام مراقبت های پرستاری می شود. بنابراین شدت میزان دیسترس اخلاقی و فراوانی تکرار آن در پرستاران یکی از عوامل تأثیرگذار در ترک حرفه پرستاری است<sup>(۱۲)</sup>. بیشترین شدت دیسترس اخلاقی در بخش ویژه به دلیل ارائه مراقبت و درمان غیراستاندارد به علت کمبود درمانگر و مراقبت دهنده ای کافی بوده است. همچنین زمانی که پرستار مجبور به کار کردن با افراد فاقد صلاحیت در رده های مختلف پرستاری و پزشکی می باشد<sup>(۱۳)</sup>. در مطالعات متعددی رابطه دیسترس اخلاقی با متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن، جنسیت و سابقه کاری گزارش شده است. به طوری که عوامل جمعیت شناختی می توانند بر فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی تأثیرگذار باشند<sup>(۱۴)</sup>. همچنین در مطالعه ای که توسط Dodak و همکاران انجام شد، گزارش شد که سن به طور معکوس با دیسترس اخلاقی همراه است و با بالا رفتن سن، دیسترس اخلاقی کاهش پیدا می کند. اما هر چه سال های خدمت در پرستاران بیشتر می شود، تمایل آنها به ترک

های علوم پزشکی ایران و علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انتخاب شدند. بیمارستان‌های فیروزگر و حضرت رسول اکرم از دانشگاه علوم پزشکی ایران و بیمارستان‌های امام حسین (ع) و مدرس از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انتخاب شدند. ابتدا پژوهشگر با مراجعه به اداره کل پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی تعداد بخش‌های مراقبت ویژه و تعداد پرستاران چهار مرکز آموزشی و درمانی حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر، امام حسین (ع) و مدرس را تعیین کرد. سپس ۲۰۰ پرستار نمونه پژوهش به نسبت تعداد پرستاران شاغل در این بخش‌ها که ۴۰۰ پرستار بودند به نسبت یک از دو انتخاب شدند و بر اساس معیارهای ورود، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر و داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و همچنین نداشتن سابقه استرس شدید بر اساس خوداظهاری (حوادث غیرمترقبه، تصادف شدید، طلاق، مرگ یکی از نزدیکان طی یک ماه اخیر) بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی بود که این پرسشنامه در بردارنده اطلاعات زمینه‌ای کارکنان پرستاری بود. همچنین از پرسشنامه ۲۴ سئوالی Corly جهت جمع‌آوری داده استفاده شد. این پرسشنامه در ایران توسط جولایی و همکاران بررسی و تغییراتی در آن ایجاد شده بود به طوری که چهار مورد آن حذف و هفت گویه با توجه به مسائل موجود در بیمارستان‌های ایران جایگزین شد. این ابزار فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی را بر حسب مقیاس لیکرت در پنج بعد بررسی می‌کند و برای محاسبه نمره دیسترس اخلاقی، میانگین ۲۴ گویه محاسبه می‌شود. ابتدا پایه اولیه پرسشنامه توسط تیم پژوهش ترجمه و سپس به سه نفر از اعضای هیأت علمی که علاوه بر داشتن تخصص در زمینه مورد مطالعه به زبان انگلیسی هم تسلط داشتند، برای نظرخواهی ارائه و اصلاحات لازم صورت گرفت. همچنین برای تعیین اعتبار در اختیار هشت نفر از اعضای هیأت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار داده شد و پس

از جمع‌آوری و تغییرات لازم مجدداً ابزار، توسط دو نفر از متخصصان تأیید شد و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. پرسشنامه توسط ۱۵ پرستار که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، تکمیل گردید و مقدار ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ برآورد شد. این پرسشنامه فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی را بر حسب مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. گزینه‌ها در بعد فراوانی، از هرگز مواجه نشدم (نمره معادل صفر) تا بسیار مواجه شدم (نمره معادل چهار) و در بعد شدت از تنشی در من ایجاد نمی‌کند (معادل نمره صفر) تا تنش بسیار زیادی در من ایجاد می‌کند (نمره معادل چهار) امتیازبندی شده است. در این پژوهش نمره هر فرد با توجه به مجموع نمرات ۲۴ سؤال پرسشنامه در محدوده صفر تا ۹۶ بود. هرچه قدر نمره فرد بالاتر باشد، نشانگر شدت و فراوانی بالاتر دیسترس اخلاقی است<sup>(۱۷)</sup>.

از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی و میانگین و محاسبه شاخص‌های عددی برای توصیف نمونه‌ها استفاده گردید. برای بررسی ارتباط شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی با مشخصات جمعیت شناختی از آمار استنباطی شامل آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس و برای مقایسه دو به دو از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ صورت گرفت. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ لحاظ شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه با توجه به جدول شماره ۱ از میان ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه ۷۹/۵ درصد را زنان تشکیل می‌دادند و محدوده سنی ۳۰-۳۹ بالاترین فراوانی (۴۶/۵ درصد) را داشت. از میان افراد شرکت‌کننده ۵۷/۵ درصد متأهل بودند و ۲۲ درصد از افراد متأهل، فرزند نداشتند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش با فراوانی ۵۵ درصد سابقه کاری بالای ۱۰ سال داشتند که نشان دهنده وجود پرستاران با سابقه در بخش‌های مراقبت ویژه می

تعداد شیفت شب در ماه و آموزش اخلاق وجود نداشت ولی فراوانی دیسترس اخلاقی با بخش محل خدمت ارتباط آماری معنی داری داشت. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ارتباط معنی دار آماری میان فراوانی دیسترس اخلاقی با بخش محل خدمت پرستاران مورد پژوهش جود داشت ( $P=0/014$ ) و در سایر متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. فراوانی دیسترس اخلاقی در بخش ICU-OH به طور معنی داری کمتر از دو بخش CCU ( $P = 0/04$ ) و ICU ( $P= 0/018$ ) بود. در دو بخش ICU و CCU این اختلاف معنی دار نبود (جدول شماره ۱). همچنین ارتباط معنی دار آماری میان شدت دیسترس اخلاقی با بخش محل خدمت پرستاران مورد پژوهش وجود داشت ( $P=0/30$ ) و در سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین در بخش ICU-OH به طور معنی داری شدت دیسترس اخلاقی کمتر از بخش CCU ( $P=0/005$ ) و ICU ( $P= 0/008$ ) بود. در بخش ICU و CCU تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول شماره ۱).

باشد. همچنین ۸۷/۵ درصد واحدهای مورد پژوهش دارای مدرک کارشناسی و باقی دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. ۵۶/۵ درصد به صورت استخدام رسمی مشغول به کار بودند. بیشتر واحدهای مورد پژوهش ۷۸/۵ درصد دارای نوبت کاری در گردش بودند و پرستاران دارای نوبت کاری گردشی ۱۰-۱۴ شیفت شب در ماه با فراوانی ۲۷/۵ درصد بالاترین فراوانی را در تعداد شیفت شب داشتند. همچنین ۵۱ درصد از شرکت کنندگان اظهار کردند که آموزش اخلاق را دریافت کرده‌اند. توزیع فراوانی تخت بخش‌های مراقبت ویژه در این پژوهش به ترتیب CCU با میانگین ۱۵/۶ و انحراف معیار ۴/۷، ICU با میانگین ۱۵ و انحراف معیار ۴/۷ و ICU-OH با میانگین ۷/۸ و انحراف معیار ۲/۶ بود که کمترین تعداد تخت مربوط به بخش ICU-OH بود. نتایج حاصل از آنالیز واریانس و آزمون تی نشان داد که ارتباط آماری معنی داری بین فراوانی دیسترس اخلاقی با جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، نوبت کاری،

جدول شماره ۱: شاخص‌های عددی فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

متغیرها	فراوانی دیسترس اخلاقی		شدت دیسترس اخلاقی		نتایج آزمون	انحراف معیار	میانگین	نتایج آزمون	انحراف معیار	میانگین
	درصد فراوانی	انحراف معیار	نتایج آزمون	انحراف معیار						
جنسیت	مرد	۴۱	۲۰/۵	۴۷/۳	۱۶/۹۰	۴۸/۹	۰/۶۵۰	۱۶/۴۲	۴۸/۹	۰/۲۱
زن	۱۵۹	۷۹/۵	۴۹/۳۹	۱۸/۵۶	۱۸/۵۶	۵۲/۸۴	۰/۱۹۸	۱۸/۸۸	۵۲/۸۴	۰/۱۹۸
زیر ۳۰ سال	۵۹	۲۹/۵	۴۶/۲۰	۱۸/۷۵	۱۸/۷۵	۴۹/۲۲	۱/۱۷۴	۱۸/۶۴	۴۹/۲۲	۱/۱۷۴
۳۰ تا ۳۹ سال	۹۳	۴۶/۵	۵۰/۸۳	۱۷/۶۲	۱۷/۶۲	۵۳/۶۱	۰/۳۱۱	۱۷/۷۴	۵۳/۶۱	۰/۳۱۱
۴۰ به بالا	۲۸	۲۴	۴۸/۷۸	۱۸/۵۹	۱۸/۵۹	۵۲/۴۵	۰/۳۵۵	۱۹/۴۷	۵۲/۴۵	۰/۳۵۵
وضعیت تأهل	مجرد	۸۲	۴۱	۴۶/۷۴	۱۸/۱۳	۴۹/۳۹	۱/۴۵	۱۸/۲۵	۴۹/۳۹	۱/۷۷
متاهل	۱۱۵	۵۷/۵	۵۰/۵۶	۱۸/۰۱	۱۸/۰۱	۵۴/۰۱	۰/۱۹۵	۱۸/۵۷	۵۴/۰۱	۰/۱۹۵
تعداد فرزندان	فرزند ندارد	۴۵	۲۲	۴۹/۷۷	۱۷/۳۶	۵۱/۸۸	۰/۱۵۶	۱۸/۵۰	۵۱/۸۸	۱/۲۱
یک فرزند دارد	۳۷	۱۸	۵۰/۳۷	۱۷/۸۱	۱۷/۸۱	۵۳	۰/۸۵۵	۱۸/۵۹	۵۳	۰/۳۰۲
دو فرزند دارد	۳۵	۱۷	۵۲/۰۲	۱۹/۶۷	۱۹/۶۷	۵۷/۹۷		۱۶/۸۶	۵۷/۹۷	
سه و بیشتر فرزند دارد	۴	۲								
کارشناسی	۱۷۵	۸۷/۵	۴۹/۳۷	۱۸/۳۹	۱۸/۳۹	۵۲/۵		۱۸/۳۳	۵۲/۵	

*t = ۱/۰۷۹	۱۹/۱	۴۸/۳	*t = ۰/۸۳۵	۵۵	۴۶/۱۲	۱۲/۵	۲۵	کارشناسی ارشد	سطح تحصیلات
df = ۱۹۸			df = ۱۹۸						
P = ۰/۲۸۲			P = ۰/۴۰۵						
**F = ۱/۲۶۲	۱۸/۳۷	۵۰/۳۳	**F = ۰/۸۳	۱۷/۶۳	۴۶/۱۶	۲۶/۵	۵۳	کمتر از ۵	سابقه کاری،
P = ۰/۲۸۸	۱۸/۷۲	۴۸/۲۱	P = ۰/۴۷	۲۲/۴۷	۴۷/۹۱	۱۸/۵	۳۷	۹ تا ۱۰	سال
	۱۶/۵۹	۵۵/۱۰		۱۵/۱۱	۵۱/۴۱	۲۷/۵	۵۵	۱۰ تا ۱۴	
	۱۹/۸۷	۵۳/۱۸		۱۸/۵۰	۴۹/۹۲	۲۷/۵	۵۵	۱۵ به بالا	
**F = ۰/۱۵۸	۱۸/۵۱	۵۳	**F = ۰/۴۷	۱۶/۹۸	۴۹/۵۶	۵۶/۵	۱۱۳	رسمی	وضعیت استخدامی
P = ۰/۶۷۷	۲۰/۷۳	۵۰/۷۷	P = ۰/۷۲	۲۲/۷۷	۴۸/۲۴	۱۵/۵	۳۱	پیمانی	
	۱۶/۶۵	۵۴/۱۶		۱۸/۳۴	۵۱/۲۵	۶	۱۲	قراردادی	
	۱۶/۹۰	۴۸/۰۹		۱۷/۳	۴۵/۴۶	۱۶	۳۲	طرحی	
	۱۸/۲۸	۵۴/۷۵		۲۰/۲۳	۵۲/۲۵	۶	۱۲	شرکتی	
**F = ۰/۴۶۱	۲۱/۰۸	۵۵/۳۶	**F = ۰/۴۶	۱۹/۷۹	۵۲	۱۲/۵	۲۵	صبح ثابت	نوبت کاری
P = ۰/۶۳۲	۱۵/۶۸	۵۱/۶۱	P = ۰/۶۲	۱۷/۹۳	۴۷	۹	۱۸	شب ثابت	
	۱۸/۳۴	۵۱/۵۶		۱۸/۰۵	۴۸/۷۱	۷۸/۵	۱۵۷	شیفت در گردش	
**F = ۰/۳۲	۲۰/۲۶	۵۱/۹۸	**F = ۰/۶۱	۲۰/۹۲	۴۸/۲۶	۲۶/۵	۵۳	ندارد	تعداد شیفت
P = ۰/۶۸	۱۲/۰۷	۵۶	P = ۰/۶۵	۱۰/۹۲	۵۳/۴۱	۸/۵	۱۷	کمتر از ۴	
	۱۸/۷۹	۵۰/۷۹		۱۸/۴۱	۴۶/۶۸	۲۷	۵۴	۵ تا ۹	شب در ماه
	۱۸/۰۸	۵۲/۶۹		۱۷/۲۳	۵۰/۶۶	۲۹/۵	۵۹	۱۰-۱۴	
	۱۹/۰۸	۴۹/۹۴		۱۸/۲۰	۴۸/۱۱	۸/۵	۱۷	۱۵ و بیشتر	
**F = ۶/۱۱	۱۸/۰۵	۵۳/۱۴	**F = ۴/۳۹	۱۸/۲۵	۵۰/۳۹	۶۳/۵	۱۲۷	ICU	بخش
P = ۰/۰۳	۱۹/۴۰	۵۵/۷۷	P = ۰/۰۱۴	۱۷/۳۵	۵۰/۸۴	۲۲	۴۴	CCU	
	۱۵/۱۷	۴۱/۵۵		۱۷/۱۶	۳۹/۸۲	۱۴/۵	۲۹	ICU OH	
*t = ۰/۸۴	۱۹/۶۶	۵۰/۹۶	*t = ۱/۶۲	۱۷/۹۲	۴۶/۹۲	۵۱	۱۰۲	بله	آموزش اخلاق
df = ۱۹۸			df = ۱۹۸			۴۹	۹۸	خیر	
P = ۰/۴۰			P = ۰/۱۰۶						

\*آزمون تی مستقل \*\*آنالیز واریانس

انحراف معیار ۱۸/۲۱ بود که نزدیک به میانه نمره ابزار (۴۸) بود. میانگین شدت دیسترس اخلاقی ۵۲/۰۴ با انحراف معیار ۱۸/۴۳ بود که از میانه نمره ابزار (۴۸) بالاتر بود (جدول شماره ۲).

همچنین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در میان پرستاران مورد پژوهش در حد متوسط، یعنی کمی بالاتر از میانه نمره ابزار گزارش شد. در میان پرستاران مورد پژوهش، میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی ۴۸/۹۶ با

## جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در میان پرستاران مورد پژوهش

انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	دیسترس اخلاقی (دامنه نمرات ابزار ۰-۹۶)
۱۶/۹۲	۴۶/۶۴	۸۷	۶	فراوانی دیسترس اخلاقی
۱۸/۴۳	۵۲/۰۴	۹۴	۵	شدت دیسترس اخلاقی



نتایج جدول شماره ۳ بیانگر این بود که بیشترین فراوانی دفعات مواجهه با دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۲۴ مبنی بر "از این که همراهان بیمار دچار پریشانی (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستند، رنج می‌برم" با میانگین ۲/۶۳ و انحراف معیار ۱/۳۹ بود. کمترین فراوانی دفعات مواجهه با دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۲ "زمانی که مرگ بیمار اجتناب ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم" با میانگین ۱/۱۹ و انحراف معیار ۱/۳۶ بود. بیشترین فراوانی

شدت مواجهه با دیسترس اخلاقی نیز مربوط به سؤال ۲۴ "از این که همراهان بیمار دچار پریشانی (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستند، رنج می‌برم" با میانگین ۲/۸۳ و انحراف معیار ۱/۳۶ بود و کمترین میانگین شدت دیسترس اخلاقی مربوط به سؤال ۲ "زمانی که مرگ بیمار اجتناب ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم" با میانگین ۱/۳۱ و انحراف معیار ۱/۵۳ بود.

### جدول شماره ۳: توزیع فراوانی و میانگین مواجهه با و سطح یا شدت دیسترس اخلاقی

سئوالات پرسشنامه		فراوانی و دفعات مواجهه با		سطح یا شدت دیسترس اخلاقی	
		دیسترس اخلاقی			
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱) به علت فشار ناشی از کاهش هزینه‌ها (کمبود امکانات تجهیزات و نیروی انسانی) نمی‌توانم خدمات مطلوبی به بیمار ارائه دهم		۱/۸۵	۱/۳۲	۲/۶۱	۱/۲۵
۲) زمانی که مرگ بیمار اجتناب ناپذیر است با خانواده وی در مورد اهدای عضو صحبت می‌کنم.		۱/۱۹	۱/۳۶	۱/۳۱	۱/۵۳
۳) درخواست خانواده مبنی بر عدم صحبت در مورد مرگ با بیمار در حال مرگشان را قبول می‌کنم.		۱/۶۸	۱/۴۷	۱/۷۴	۱/۵۱
۴) دستورات پزشک مبنی بر انجام آزمایشات و درمان‌های غیرضروری برای بیمارانی که در مراحل آخر زندگی هستند را اجرا می‌کنم.		۲/۵۵	۱/۴۸	۲/۳۶	۱/۵۰
۵) به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست مراقبت‌های پرستاری ارائه می‌دهم		۲/۹۱	۱/۳۴	۲/۵۹	۱/۴۳
۶) از دستور پزشک مبنی بر نگفتن حقیقت به بیماری که سؤال می‌کند تبعیت می‌کنم		۱/۹۵	۱/۳۹	۲/۰۷	۱/۴۸
۷) به پزشکی که به نظرم صلاحیت مراقبت از بیمار را ندارد کمک می‌کنم		۲/۲۴	۱/۴۸	۲/۳۴	۱/۵۲
۸) وقتی دانشجویان صرفاً برای بالا بردن مهارت‌های خود اعمال دردناک را روی بیمار انجام می‌دهند سکوت کرده و اعتراض نمی‌کنم		۱/۹۹	۱/۳۹	۲/۳۶	۱/۵۳
۹) دوز داروی تسکین دهنده درد بیمار را زیاد نمی‌کنم چون نگرانم که باعث مرگ او شود اگرچه با مراقبت‌های دیگر درد وی کاهش نمی‌یابد		۲/۱۵	۱/۲۷	۲/۳۴	۱/۳۰
۱۰) درخواست پزشک مبنی بر عدم صحبت کردن با خانواده بیمار در مورد کد احیا را زمانی که امید به زنده ماندن وی نیست قبول می‌کنم		۱/۹۰	۱/۴۵	۱/۹۵	۱/۵۰
۱۱) درخواست شفاهی پزشک مبنی بر <b>No code</b> بودن بیمار را می‌پذیرم		۲/۰۳	۱/۵۷	۱/۹۳	۱/۵۷
۱۲) درخواست پزشک مبنی بر عدم گفتگو در مورد مرگ با بیمار در حال احتضار را قبول می‌کنم		۱/۷۵	۱/۵۴	۱/۷۲	۱/۵۴
۱۳) با همکاری که صلاحیت لازم را برای مراقبت از بیمار ندارند کار می‌کنم		۲/۰۰	۱/۳۹	۲/۲۷	۱/۵۱

۱/۶۱	۲/۲۳	۱/۵۳	۱/۹۷	۱۴) در صورت مشاهده مواردی که به حریم بیمار تجاوز می‌شود واکنشی نشان نمی‌دهم
۱/۵۳	۲/۱۱	۱/۴۲	۱/۸۷	۱۵) از موقعیت‌هایی که در آنها برای پر کردن فرم رضایت نامه به بیمار اطلاعات کافی داده نمی‌شود به راحتی می‌گذرم
۱/۵۱	۱/۹۵	۱/۳۷	۱/۷۶	۱۶) درخواست پزشک مبنی بر عدم صحبت کردن در مورد وضعیت احیا را با بیمار اجرا می‌کنم
۱/۴۷	۲/۱۸	۱/۴۳	۲/۰۳	۱۷) دستورات دارویی ضد درد را حتی زمانی که داروی تجویز شده قادر به کنترل درد نیست ادامه می‌دهم
۱/۵۴	۱/۹۹	۱/۴۱	۱/۸۲	۱۸) درخواست پزشک مبنی بر گفتگو با خانواده در مورد تشخیص بیماری غیرقابل علاج را قبول می‌کنم
۱/۵۶	۲/۰۸	۱/۴۴	۱/۷۷	۱۹) علی‌رغم مشاهده تبعیض در ارائه خدمات مراقبتی به بیماران اعتراضی نمی‌کنم
۱/۴۸	۲/۲۱	۱/۳۷	۱/۹۲	۲۰) اشتباهات همکارانم را در مراقبت از بیماران نادیده می‌گیرم
۱/۴۸	۲/۳۵	۱/۳۸	۱/۹۹	۲۱) به دلیل تعداد زیاد بیماران قادر به ارائه مراقبت با کیفیت به آنان نیستم
۱/۵۰	۲/۰۴	۱/۳۸	۱/۷۵	۲۲) وقتی همکاران از آگاهی دادن به بیماران در مورد حقوقشان خوداری می‌کنند من سکوت می‌کنم
۱/۴۵	۲/۴	۱/۴۲	۲/۲۱	۲۳) از این که فرصت کافی برای آموزش به بیمار و خانواده ندارم رنج می‌برم
۱/۳۶	۲/۸۳	۱/۳۹	۲/۶۳	۲۴) از این که همراهان بیمار دچار پریشانی (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستند رنج می‌برم

### بحث و نتیجه‌گیری

شهر بیرجند در حد متوسط بود<sup>(۲۲)</sup> که نتایج این دو مطالعه همسو با نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه‌ای که توسط عباس زاده و همکاران در شهر بم به بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل پرداخته است، میزان شدت دیسترس اخلاقی در حد متوسط گزارش شد که با مطالعه حاضر همسو است<sup>(۱۶)</sup>.

همچنین در این مطالعه میان دیسترس اخلاقی و عوامل جمعیت شناختی ارتباط معنی‌داری گزارش نشد و نتایج این پژوهش نشان داد که فقط بخش محل خدمت ارتباط معنی‌داری با دیسترس اخلاقی داشت. نتایج مطالعه Ohnishi و همکاران در پرستاران بخش روان پزشکی ژاپن نشان داد که فراوانی دیسترس اخلاقی می‌تواند با نوع بخش محل خدمت در ارتباط باشد<sup>(۲۳)</sup>. مطالعه صادقی و همکاران در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود نشان داد که دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های مختلف متفاوت بود و اختلاف معنی‌داری وجود داشت به طوری که

در این پژوهش فراوانی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه در حد متوسط گزارش شد. در مطالعه بیک مرادی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مراکز آموزشی و درمانی شهر همدان دیسترس اخلاقی در حد متوسط گزارش شد<sup>(۱۸)</sup>. همچنین در مطالعه برهانی و همکاران در بیمارستان‌های آموزشی شهر بیرجند، فراوانی دیسترس اخلاقی در حد متوسط گزارش گردید<sup>(۱۹)</sup>. Elpern و همکاران، دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه شیکاگو آمریکا، متوسط گزارش کردند<sup>(۲۰)</sup>.

همچنین در این مطالعه شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه در حد متوسط گزارش شد. مطالعه صادقی و همکاران در شاهرود نشان داد که میزان شدت دیسترس اخلاقی در حد متوسط بود<sup>(۲۱)</sup>. همچنین در مطالعه برهانی و همکاران شدت دیسترس اخلاقی در

همچنین در زمینه آموزش اخلاقی در مطالعه حاضر، رابطه معنی داری میان دیسترس اخلاقی و آموزش اخلاقی وجود نداشت. در حالی که در مطالعه محمدی و همکاران در شهر تبریز با هدف تأثیر آموزش اخلاقی بر آسفتگی اخلاقی در پرستاران، دیسترس اخلاقی پرستاران کاهش پیدا کرده بود<sup>(۲۷)</sup>. همچنین در ایالات متحده امریکا Cheryl Rathert در مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل پیشگویی کننده و مداخلات بالقوه در دیسترس اخلاقی پرستاران نشان داد که آموزش‌های اخلاقی از طرف سازمان‌های حمایتی منجر به کاهش دیسترس اخلاقی در پرستاران می‌شود که با نتایج مطالعه حاضر در تناقض است<sup>(۸)</sup>.

از محدودیت‌های این مطالعه جمع آوری داده‌ها به روش خود گزارش دهی بود. همچنین ممکن است پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌ها تحت تأثیر عوامل محیطی مانند مشغله کاری زیاد پرستار، خستگی، و عدم تمرکز در حین پاسخ دهی به دلیل شرایط بحرانی بیماران قرار گرفته باشد که از کنترل پژوهشگر خارج است.

بر اساس یافته‌های پژوهش، مشخصات جمعیت شناختی با دیسترس اخلاقی ارتباط نداشت. نیاز است عوامل دیگری مانند حمایت سازمانی، عوامل اقتصادی و عوامل اجتماعی و دیگر عوامل مستعد کننده دیسترس اخلاقی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرند. همچنین از طریق آموزش کارکنان و آشنایی با عوامل دیسترس اخلاقی می‌توان در کاهش میزان دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه تلاش نمود. این امر می‌تواند از طریق استادان و مدیران پرستاری در قالب محقق، مشاور و برنامه ریز جهت آشنایی و کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران صورت پذیرد. با توجه به اهمیت دیسترس اخلاقی در پرستاران و تأثیر در امر مراقبت از بیماران، توصیه می‌گردد مطالعات بیشتری در زمینه عوامل تأثیرگذار بر دیسترس اخلاقی پرستاران و راهبردهای مناسب جهت کاهش دیسترس اخلاقی آنان انجام گیرد.

بالاترین دیسترس اخلاقی در بخش‌های ICU، ارتوپدی و اورژانس بود. در حالی که بین دیسترس اخلاقی و سن و سابقه کاری همبستگی معکوس و میان نوع استخدام و دیسترس اخلاقی رابطه معنی دار وجود داشت اما با جنس و وضعیت تأهل ارتباط معنی داری یافت نشد<sup>(۲۱)</sup>. نتایج مطالعه آن‌ها با برخی از نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. در حالی که در مطالعه جولایی و همکاران در بخش‌های منتخب مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، بخش اورژانس بالاترین دیسترس اخلاقی و بخش CCU کمترین دیسترس اخلاقی را نشان داده بود<sup>(۱۷)</sup>. در مطالعه Elpern و همکاران بین نوع بخش محل خدمت ارتباط آماری معنی داری گزارش شد. همچنین در این مطالعه با سابقه کاری هم ارتباط معنی داری وجود داشت<sup>(۲۰)</sup> که متناقض با پژوهش حاضر است. در مطالعه Mcandrew و همکاران که به صورت مرور نظام‌مند انجام شد، ارتباط معنی داری بین محل بخش خدمت و دیسترس اخلاقی وجود داشت<sup>(۱۱)</sup> در مطالعه کیقبادی و همکاران ارتباط معنی داری بین دیسترس اخلاقی و بخش محل خدمت وجود داشت که تأیید کننده نتایج مطالعه حاضر است<sup>(۲۴)</sup> و هم راستا با مطالعه حاضر است. در حالی که در مطالعه Corly و همکاران در پرستاران بخش مراقبت ویژه بین سابقه کاری و دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس وجود داشت<sup>(۵)</sup> که با مطالعه حاضر مغایر بود. مطالعه Hamaideh و همکاران در پرستاران اردنی ارتباط معکوسی بین دیسترس اخلاقی با سن و سابقه کاری نشان داد<sup>(۲۵)</sup> که با مطالعه حاضر در تناقض است. در مطالعه آتش زاده و شوریده، دیسترس اخلاقی با وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نوع استخدام ارتباط نداشت اما با سن و سابقه کاری ارتباط معنی داری داشت<sup>(۲۶)</sup> که با مطالعه حاضر مغایر است. در مطالعه برهانی و همکاران که در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران صورت گرفت از میان عوامل جمعیت شناختی، سن و سابقه کاری ارتباط معنی داری با دیسترس اخلاقی داشتند<sup>(۲۲)</sup> که مغایر با مطالعه حاضر است.

تمامی پرستاران منتخب بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی که در این پژوهش شرکت کرده و پژوهشگر را یاری کرده‌اند، قدردانی و تشکر می‌نمایند.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه می‌باشد. نویسندگان این مقاله از

### References

1. Humeniuk E, Dąbska O, Pawlikowska-Łagód K, Goś A. Occupational stress in nursing—review of studies in chosen hospital wards of Eastern Poland. *Journal Of Public Health, Nursing And Medical Rescue*. 2017;207(2017\_1):14-20.
2. Ramos AM, Barlem EL, Barlem JG, Rocha LP, Dalmolin GD, Figueira AB. Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(5):1011-7.
3. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*. 2008;15(2):254-62.
4. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):64-76.
5. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
6. Aarabi, A, Pahlavan Zadeh S, Joolae S, Riahi M. Shahriari, M. Ethics and Law in Nursing and Midwifery, Esfahan: Isfahan University Of Medical Sciences. 2013. [Persian]
7. Ersoy N, Akpinar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. *Nursing Ethics*. 2010;17(1):87-98.
8. Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *Int J Nurs Stud*. 2016 1;53:39-49.
9. Imani JA, Rezae HH, Mirzai M. Evaluation the effect of work conscientiousness and moral sensitivity with ethical stress in nurses working in intensive care units in educational and therapeutic centers affiliated to Zahedan University of Medical Sciences. *Quarterly Journal of Iranian Society Anaesthesiology and Intensive Care Quarterly*. 2018;2(4):20-7. [Persian]
10. Haghiginezhad G, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Mohtashami J, Barkhordari-Sharifabad M. Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(2):460-70.
11. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. *Nursing Ethics*. 2018;25(5):552-70.
12. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. *Nursing Ethics*. 2012;19(2):183-95.
13. Rahimi Madiseh M, Ayazi Z. Ethics and Professional ethics. Tehran Jame-e-Negar; 2015.
14. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):32-42.
15. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, Hamric A, Rodney P, Stewart M, Alden L. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31(1):178-82.
16. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(2):57-66. [Persian]
17. Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haggani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(4):56-66. [Persian]

18. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(2): 53-63. [Persian]
19. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and its relationship with professional stress in nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;6(6):10-9. [persian]
20. 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
21. Sadeghi M, Ebrahimi H, Aghayan S. Evaluation of the Moral Distress and Related Factors in Clinical Nurses of Shahroud City. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015;3(3):20-8. [Persian]
22. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2017;24(4):474-82.
23. Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, Nakahara J, Narita Y. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*. 2010;17(6):726-40.
24. Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(3):36-47. [Persian]
25. Hamaideh SH. Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(1):33-41.
26. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavimajd H. Association of ICU nurses' demographic characteristics and moral distress. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;5(7):66-78. [Persian]
27. Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. The effectiveness of ethics training on nurses ethical distress. *Journal of Medical Education Development*. 2016;8(20):99-105. [Persian]