مصورسازی و تحلیل اطلاعات درباره‌ی تنیدگی اخلاقی و ابعاد آن بین پرستاران مراکز آموزشی‌درمانی

معصومه حسنلو*[۱]،آرزو آزرم[۲]، پروانه اسدی[۳]، آذر آوازه[۴]، میترا حجت انصاری[۵]، حسین ابراهیمی[۶]، محمد اصغری جعفرآبادی[۷]

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۲۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳ تاریخ انتشار: ۹۶/۱۲/۱۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

موقعیت‌های اخلاقی تنش‌زا یکی از مسائل و معضلات حرفه‌ی پرستاری به شمار می‌رود که باعث اختلال در شایستگی، کاربرد همزمان دانش، مهارت، نگرش‌ها و ارزش‌ها در امر مراقبت از بیمار می‌شود. ازآنجاکه پرستاران در بالین به سبب ماهیت کاری خود به‌خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه و روان بیشتر با موارد تنیدگی اخلاقی مواجهه دارند، این مطالعه به‌منظور تحلیل و بررسی ارتباط بین سه بعد تنیدگی اخلاقی اجرا شد. در این مطالعه‌ی توصیفی‌همبستگی تعداد ۵۴۵ پرستار مراکز آموزشی‌درمانی تبریز با استفاده از روش سرشماری در سال ۹۳-۱۳۹۲ انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی MDS (Moral Distress scale) بین شرکت‌کنندگان توزیع و طی نه ماه پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها SPSS V13، آمار توصیفی، آزمون کای‌دو و ضریب همبستگی تاو کندال استفاده شد. طبق یافته‌ها، میانگین دیسترس اخلاقی ۲۹/۶±۱۴۱/۸۹ (در محدوده‌ی متوسط) بود. آزمون کای‌دو نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین ابعاد تنیدگی اخلاقی (رابطه‌ی بین نادیده‌انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم‌گیری و صلاحیت حرفه‌ای) بود (P<۰۵/۰). بر حسب آزمون تاو کندال بی‌یک نیز بین ابعاد تنیدگی اخلاقی، ارتباط مستقیم و معنادار مشاهده شد (P<۰۵/۰). در بررسی رابطه‌ی بین تنیدگی اخلاقی با مشخصات دموگرافیک سطح تحصیلات ارتباط معنی‌داری نشان داد (P<۰۵/۰). با توجه به ارتباط مستقیم و معنادار سه بعد نادیده‌انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم‌گیری و صلاحیت حرفه‌ای، تنیدگی اخلاقی به‌عنوان عامل تشدیدکننده یا تعدیل‌کننده، هر یک از این عوامل را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در چرخه‌ی مراقبت از بیمار نقشی مهم دارد؛ بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌ریزان و متولیان حوزه‌ی سلامت در سطح کلان، برای توجه و حمایت بیشتر پرستار از بیمار، افزایش قدرت تصمیم‌گیری و صلاحیت حرفه‌ای با افزایش تعداد پرستاران و سایر برنامه‌های کنترل‌کننده، برنامه‌های مناسبی طراحی و اجرا کنند.

واژگان کلیدی: پرستار، دیسترس اخلاقی، صلاحیت حرفه‌ای، قدرت تصمیم‌گیری

۱. کارشناسی ارشد داخلی- جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روان‌پرستاری، مرکز آموزشی‌درمانی حضرت ولی‌عصر(عج...)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز آموزشی‌درمانی امام رضا(ع)، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

۴. کارشناسی ارشد داخلی- جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۵. دکترای تخصصی بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

۶. دانشیار، گروه آموزشی روان‌پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

۷. استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت خدمات بهداشتی‌درمانی تبریز، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران.

*** نویسنده‌ی مسؤول:** گروه اتاق عمل، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان ، تلفن: ۰۹۹۰۴۷۵۹۲۶۰،

Email: hasanlo_md@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

مقدمه

توسعه‌ی روزافزون علوم پزشکی و بهداشتی فرصت بیشتری را برای ادامه‌ی زندگی در اختیار بیماران قرار داده است؛ اما ارائه‌دهندگان مراقبت ازجمله پرستاران را با چالش‌هایی مواجه ساخته است (۱). یکی از مشکلات اخلاقی که پرستاران به واسطه‌ی ماهیت حرفه‌ی خود با آن روبه‌رو هستند، تنیدگی اخلاقی است (۲). این مشکل، با برهم‌ریختن تعادل روانی پرستاران، مانع از انجام‌دادن اعمال و تصمیم‌گیری‌های درست آنان می‌شود؛ ازاین‌رو، به‌ناچار کاری را انجام می‌دهند که به اشتباه‌بودن آن اعتقاد دارند (۳).

دیسترس اخلاقی از سه عامل بالین، عوامل داخلی و خارجی ناشی می‌شود. از دیدگاه پرستاران، چنانچه در درمان ارائه‌شده به بیمار، منافع بیمار به بهترین شکل ممکن رعایت نشده باشد و پرستاران با حس درستی و نادرستی عمل مواجه شوند، در بالین پدیده‌ی تنیدگی اخلاقی را تجربه می‌کنند. عوامل داخلی شامل تفاوت قدرت پزشک و پرستار، فقدان دانش و حساسیت اخلاقی است؛ عوامل خارجی به کمبود نیرو، وقت، برخی سیاست‌های سازمانی که با مراقبت از بیمار تعارض دارد اشاره می‌کند (۴). علائم این پدیده متفاوت بوده و می‌تواند به‌صورت عصبی‌بودن و اضطراب، کج‌خلقی، خلق متغیر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتمادبه‌نفس، فاصله‌گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد، سرگیجه و... ظاهر شود (۵و۶). تداوم این شرایط باعث اتمام ذخایر مقاومتی آن‌ها شده و نارضایتی از محیط کار پدیدار می‌شود (۷). این شرایط تبعاتی برای بیماران به دنبال دارد و محیط درمانی را ناامن می‌کند؛ برای مثال ممکن است پرستاران مراقبت با کیفیت پایین ارائه داده یا حتی در موارد شدید از نزدیک‌شدن به بیمار و مراقبت‌کردن از او اجتناب کنند. متأسفانه، نتیجه‌ی این عمل، بی‌کفایتی مراقبت ارائه‌شده و در نهایت بی‌تفاوتی پرستار یا ترک حرفه است (۸).

تبعات دیسترس اخلاقی بر سازمان‌ها نیز اثر می‌گذارد (۹). کیفیت پایین مراقبت مدت‌زمان بستری بیماران را در محیط‌های درمانی افزایش داده و سازمان‌ها را با افزایش شکایت و نارضایتی دریافت‌کنندگان خدمت مواجه می‌سازد. این خود می‌تواند سازمان‌ها را با معضلات مالی فراوانی مواجه و آن‌ها را متزلزل کند. از طرفی، طیف پیوسته‌ی نارضایتی کارکنان و استرس و فرسودگی ناشی از این وضعیت، تمایل به ترک حرفه را در آن‌ها تقویت می‌کند و سبب می‌شود افراد این فکر را به عمل تبدیل کنند (۱۰). از طرف دیگر شدت تنیدگی اخلاقی، با تخصصی‌شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت آنان در مراقبت از بیماران بدحال افزایش می‌یابد (۱۱) و به دنبال آن هویت و یکپارچگی پرستار را به‌عنوان موجودی متعهد به اخلاق، تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲).

مطالعه‌ی Redman و همکاران نشان می‌دهد از هر سه پرستار یک نفر تنیدگی اخلاقی را تجربه کرده است (۱۳). در مطالعه‌ی Elpern و همکاران، همه‌ی پرستاران (۱۴) و در مطالعه‌ی Corley و Selig نیز هشتاد درصد پرستاران سطوح متوسط تا شدید تنیدگی اخلاقی را گزارش کرده‌اند (۱۵). به هر حال دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی به‌عنوان مخرب‌ترین مباحث و یکی از موضوعات مهم و روبه‌رشد حرفه‌ی پرستاری و تأثیرات سوء آن بر کیفیت زندگی و کار پرستاران (۱۶)، مانند نقش‌های مهم ارتباطی و مراقبتی (۲)، کاهش سطح خودکارآمدی (۱۷)، گسترش روزافزون مراقبت‌های بیهوده و تأثیرات و پیامدهای جبران‌ناپذیر آن در پرستاران (۱) و حرفه‌مندان پرستاری (۱۸) سستی عزم و اراده و اختلال در عملکرد آنان را در پی دارد (۱۹و۲۰)؛ با توجه به عوامل پیش‌گفته و همچنین نوظهور بودن مفهوم دیسترس اخلاقی، در حوزه‌ی اخلاق پرستاری (۱۸)، گزارش‌های نتایج مطالعات مختلف مبنی بر تناقض در

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

میزان تنیدگی اخلاقی (۲۱) و متفاوت‌بودن علل، فراوانی، شدت و اثر تنیدگی با توجه به نوع بخش و بیمارستان (۲۲)، این مطالعه به‌منظور بررسی ابعاد سه‌گانه‌ی تنیدگی اخلاقی (نادیده‌انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم‌گیری، صلاحیت حرفه‌ای) و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش روان و ویژه انجام شد.

شناخت ارتباط بین سه بعد تنیدگی اخلاقی می‌تواند برای تدوین برنامه‌هایی به‌منظور کاهش معضلات اخلاقی راهگشا باشد. شناسایی عوامل مؤثر در نحوه‌ی برخورد و تصمیم‌گیری پرستاران در مقابل بیماران و مشکلات موجود در سیستم و بررسی متغیرهای صلاحیت بالینی و ارائه‌ی آن‌ها، همچنین، آموزش تفکر خلاق به پرستاران برای اتخاذ تصمیمات منطقی، افزایش توجه آن‌ها به بیمار و مقابله با فراموشی و اجتناب از رفتن بر بالین بیمار، می‌تواند با اهداف زیر انجام شود: برآورده‌کردن نیازها و انتظارات بیماران، اصلاح مراقبت‌های پرستاری، افزایش مهارت بالینی در پرستاران و در نهایت افزایش کیفیت خدمات مراکز درمانی در این حرفه به‌منظور بهسازی محیط درمان.

روش کار

این پژوهش توصیفی- همبستگی در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو و دیالیز) و روان‌پزشکی مراکز آموزشی‌درمانی تبریز انجام شده است. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی شامل مشخصات فردی اجتماعی (پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی[1] کورلی) و پرسش‌نامه‌ی MDS که به‌طور گسترده برای اندازه‌گیری تنیدگی اخلاقی در پرستاری به کار رفته و اولین بار در سال ۱۹۹۵ از آن استفاده شده است (۲۳). وزیری و همکاران نیز با اندازه‌گیری روایی و پایایی این پرسش‌نامه در سال ۱۳۸۷ (آلفا کرونباخ ۰/۰۸۶)، از آن برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده کرده‌اند (۲۴). در تعدادی دیگر از پژوهش‌های انجام‌گرفته در ایران نیز روایی پرسش‌نامه با روش روایی محتوایی صورت گرفته و ضریب پایایی به روش آزمون مجدد و روش آلفا کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۵و۲۶).

در مطالعه‌ی کنونی برای روایی مجدد، از نظرات اصلاحی دوازده نفر از استادان رشته‌های پزشکی، پرستاری و مامایی، بهداشت جامعه، اخلاق و روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تبریز استفاده شد و با روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ، ضریب پایایی ۰/۹۴ محاسبه گردید. این پرسش‌نامه شامل سه حیطه‌ی نادیده‌انگاشتن بیمار (شانزده سؤال)، قدرت تصمیم‌گیری (هشت سؤال) و صلاحیت حرفه‌ای (شش سؤال) بود که سطح تنیدگی اخلاقی را براساس موقعیت بالینی ایجادکننده، با مقیاس لیکرت هفت قسمتی (عدد یک کمترین و عدد هفت بیشترین) سنجید. مجموع نمرات بین ۳۰ تا ۲۱۰ بود که نمره‌ی ۳۰ تا۹۰ دیسترس کم، ۹۱ تا ۱۵۰ دیسترس متوسط و ۱۵۱ تا ۲۱۰ سطح شدید دیسترس را نشان می‌داد.

همچنین در پرسش‌نامه به این نکته اشاره شده بود که پرستاران به سؤالاتی که راجع به موضوعاتی است که هیچ تجربه‌ای از مشکلات اخلاقی در آن زمینه ندارند، پاسخ ندهند. به دلیل نیافتن مطالعه‌ی مشابه، حجم نمونه براساس مطالعه‌ی مقدماتی ۶۰۲ نفر تعیین شد. با توجه به محدودیت تعداد پرستاران، از روش نمونه‌گیری سرشماری به مدت نه ماه، از آذرماه ۱۳۹۲ تا شهریورماه ۱۳۹۳ استفاده شد. به علت عدم بازگشت ۲۳ پرسش‌نامه و همچنین واجد شرایط نبودن ۲۲ نفر برای ورود به مطالعه، ۵۴۵ پرستار در نمونه‌گیری پژوهش حاضر شرکت داده شدند. داشتن تحصیلات کارشناسی و بالاتر و سابقه‌ی کار حداقل به مدت شش ماه در بخش مربوطه از معیارهای ورود به مطالعه بود. پس از تصویب کمیته‌ی اخلاق، پژوهشگران با اخذ مجوز از معاونت

1. Moral Distress scale

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

پژوهشی و تدارک پرسش‌نامه‌ها و مشخص‌کردن مراکز هدف، همچنین پس از هماهنگی با ریاست، مدیران خدمات پرستاری و سرپرستان (سوپروایزران[1])، با مراجعه به مراکز در نوبت‌های صبح و عصر و شب، پرسش‌نامه‌ها را بین نمونه‌ها توزیع کردند؛ سپس در طول سه الی هفت روز پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شدند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (۱۳) و آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار برای تعیین شدت دیسترس) انجام شد. پژوهشگران برای بررسی ارتباط بین ابعاد دیسترس اخلاقی، امتیاز کسب‌شده از پرسش‌نامه را به سه گروه بالا و متوسط و پایین رده‌بندی کردند؛ سپس با استفاده از آزمون کای‌دو و ضریب همبستگی تاو کندال به بررسی روابط موجود پرداخته و برای تعیین رابطه‌ی تنیدگی اخلاقی با مشخصات دموگرافیک، از آزمون کای‌دو استفاده کردند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تبریز با تأییدیه‌ی کمیته‌ی اخلاق به شماره ۵/۴/۱۲۳۳۱ است. پژوهشگران پس از مراجعه به مراکز و معرفی خود و رعایت همه‌ی موارد اخلاقی (تأکید بر محرمانه‌بودن اطلاعات، حذف نام و نام‌خانوادگی، اختیاری‌بودن و تمایل به شرکت در پژوهش) و ارائه‌ی آموزش‌های لازم در خصوص آشنایی مختصر با تاریخچه و تعاریف تنیدگی اخلاقی، هدف از انجام پژوهش و ارائه‌ی نتایج پژوهش به‌منظور بهبود مراقبت‌ها در بالین توضیحاتی ارائه دادند. همچنین برای افزایش دقت و صداقت هر چه بیشتر نمونه‌ها در پاسخ به سؤالات پرسش‌نامه، به شکاف علمی موجود جهت انجام مطالعات آینده و صرف هزینه و وقت در اجرای پژوهش اشاره شد.

یافته‌ها

در این مطالعه توزیع مشخصات جمعیت‌شناختی نشان داد که از ۵۴۵ پرستار شرکت‌کننده در مطالعه، ۴۷۲ نفر (۸۶٪) زن و ۷۳ نفر (۱۳٪) مرد بودند. همچنین ۲۳۹ نفر (۴۳٪) مجرد و ۳۰۶ نفر (۵۶٪) متأهل بودند. ۵۱۱ نفر (۹۳٪) از آنان مدرک کارشناسی و ۳۴ نفر (۶٪) کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. افزون‌براین، ۱۵۷ نفر (۲۸٪) در وضعیت استخدامی و ۳۸۸ نفر (۷۱٪) در وضعیت قراردادی و طرحی بودند.

آنان در دو بخش ویژه (۴۵۵ نفر: ۸۳٪) و روان (۹۰ نفر: ۱۶٪) مراکز آموزشی‌درمانی گوناگون مانند امام رضا(ع) (۱۶۰ نفر: ۲۹٪)، مدنی (۱۵۰ نفر: ۲۷٪)، رازی (۹۰ نفر: ۱۶٪)، کودکان (۴۷ نفر: ۸٪)، شهدا (۲۸ نفر: ۵٪)، سینا (۲۵ نفر: ۴٪)، الزهرا (۱۵ نفر: ۲٪)، طالقانی (۱۴ نفر: ۲٪)، علوی (۹ نفر: ۱٪) و نیکوکاری (۸ نفر: ۱٪) مشغول به خدمت بودند.

جدول شماره‌ی ۱- آمار توصیفی شدت تنش اخلاقی در سه حیطه‌ی آن

میزان تنش اخلاقی / ابعاد تنش اخلاقی	خفیف تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	شدید تعداد (درصد)
تنش اخلاقی	۳۲ (۵/۹)	۲۸۸ (۸/۵۲)	۲۲۵ (۳/۴۱)
نادیده‌انگاشتن بیمار	۴۱ (۴/۷)	۳۲۶ (۹/۵۹)	۱۷۸ (۷/۳۲)
قدرت تصمیم‌گیری	۷۰ (۱۳)	۳۱۴ (۵/۵۷)	۱۶۱ (۵/۲۹)
صلاحیت حرفه‌ای	۹۱ (۷/۱۶)	۳۴۹ (۶۴)	۱۰۵ (۳/۱۹)

1. Supervisors

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

میانگین تنیدگی اخلاقی در دو بخش برابر ۲۹/۶±۱۴۱/۸۹ بود و به تفکیک در بخش ویژه ۲۸/۶±۱۴۲/۷۵ و در بخش روان ۳۳/۹± ۱۳۷/۸۰ بود که در محدوده‌ی متوسط قرار داشت. طبق جدول فوق ۲۸۸ نفر (۵۲٪) تنیدگی اخلاقی متوسط و ۲۲۵ نفر (۴۱٪) تنیدگی اخلاقی شدید را تجربه کرده‌اند.

در بُعد نادیده‌انگاشتن بیمار ۳۲۶ (۵۹٪) پرستاران و در بُعد قدرت تصمیم‌گیری ۳۱۴ (۵۷٪) آنان تنیدگی متوسط را تجربه نموده‌اند. در بعد صلاحیت حرفه‌ای نیز، ۳۴۹ (۶۴٪) نمونه‌ها تجربه‌ی تنیدگی اخلاقی متوسط به بالا را داشته‌اند. در کل تجربه‌ی تنیدگی اخلاقی در ۲۲۵ (۴۱٪) از نمونه‌ها شدید و در ۲۸۸ (۵۲٪) متوسط بود.

جدول شماره‌ی ۲- فراوانی و درصد گویه‌های ابعاد پریشانی اخلاقی

ابعاد پریشانی اخلاقی	فراوان‌ترین گویه‌های پریشانی اخلاقی	تعداد (درصد)
نادیده‌انگاشتن بیمار	کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش	۳۰۳ (۷/۵۵)
	مراقبت ناکافی از بیمار به دنبال کم‌بودن نیروی پرستاری	۲۹۰ (۳/۵۳)
	فرایند درمانی دردناک بیماران به دلیل مهارت‌افزایی دانشجویان پزشکی	۲۵۸ (۳/۴۷)
قدرت تصمیم‌گیری	انجام‌دادن یک وظیفه‌ی شغلی، بدون داشتن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای	۲۸۱ (۶/۵۱)
	چشم‌پوشی‌کردن مراقبان از موارد مشکوک به آزار بیماران	۲۷۶ (۵/۵۰)
	چشم‌پوشی‌کردن همکار و گزارش‌نکردن خطای پرستار در دادن دارو	۲۷۵ (۵/۵۰)
صلاحیت حرفه‌ای	تجویز فقط داروی تثبیت‌کننده‌ی همودینامیک وریدی، در صورت نیاز بیمار به انتوباسیون و CPR	۲۶۸ (۲/۴۹)
	کمک‌کردن به پزشک برای انجام‌دادن آزمایش یا درمانی بدون رضایت بیمار	۲۶۱ (۴۸)
	پیروی‌کردن از دستور پزشک برای خودداری از مطلع‌نمودن بیمار از وضعیت بیماری (Code Status)	۱۹۰ (۸/۳۴)

جدول شماره‌ی ۳- جدول توافقی و آزمون استقلال سطوح قدرت تصمیم‌گیری و سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار

سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار در مقابل سطوح قدرت تصمیم‌گیری		سطوح قدرت تصمیم‌گیری			آزمون آماری کای‌دو df=۴	آزمون ضریب همبستگی (تاو کندال بی)
		پایین	متوسط	بالا	جمع	
سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار	پایین	۱۸	۸	۵	۳۱	Kendall's Tau-b = ۰/۵۰
	متوسط	۲۷	۱۶۳	۷۸	۲۶۸	p=۰/۰۰
	بالا	۶	۴۲	۱۹۵	۲۴۳	
	جمع	۵۱	۲۷۸	۲۱۳	۵۴۲	

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

جدول شماره‌ی ۴- جدول توافقی و آزمون استقلال سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار و سطوح صلاحیت حرفه‌ای

سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار در مقابل سطوح صلاحیت حرفه‌ای		سطوح صلاحیت حرفه‌ای			آزمون آماری کای‌دو df=۴	آزمون ضریب همبستگی (تاو کندال بی)
		پایین	متوسط	بالا	جمع	
سطوح نادیده‌انگاشتن بیمار	پایین	۱۹	۹	۳	۳۱	
	متوسط	۳۷	۱۸۶	۴۶	۲۶۹	p=۰/۰۰ Kendall's Tau-b = ۰/۵۰
	بالا	۷	۷۹	۱۵۶	۲۴۲	
	جمع	۶۳	۲۷۴	۲۰۵	۵۴۲	

جدول شماره‌ی ۵ – جدول توافقی و آزمون استقلال سطوح قدرت تصمیم‌گیری و سطوح صلاحیت حرفه‌ای

جدول توافقی سطوح قدرت تصمیم‌گیری در مقابل سطوح صلاحیت حرفه‌ای		سطوح صلاحیت حرفه‌ای			آزمون آماری کای‌دو df=۴	آزمون ضریب همبستگی (تاو کندال بی)
		پایین	متوسط	بالا	جمع	
سطوح قدرت تصمیم‌گیری	پایین	۳۲	۱۶	۳	۵۱	
	متوسط	۱۹	۱۶۰	۳۴	۲۱۳	p=۰/۰۰ Kendall's Tau-b = ۰/۵۰
	بالا	۱۲	۹۸	۱۶۶	۲۷۶	
	جمع	۶۳	۲۷۴	۲۰۳	۵۴۰	

آزمون کای‌دو نشان‌دهنده‌ی ارتباط بین ابعاد تنیدگی اخلاقی است. مقدار رابطه از طریق ضریب همبستگی تاوکندال‌بی به دست آمده و بیانگر وجود رابطه‌ی مثبت بین ابعاد تنیدگی اخلاقی و معناداربودن ضریب همبستگی است. در بررسی رابطه‌ی بین تنیدگی اخلاقی با مشخصات دموگرافیک پرستاران، معناداری آزمون نشان داد، به جز سطح تحصیلات (P=0/004, df=2) هیچ‌یک از متغیرهای عمومی (جنس، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، مبلغ و حقوق دریافتی و سمت در محل کار)، با شدت تنش اخلاقی در پرستاران بررسی‌شده ارتباط معنی‌داری نداشت.

بحث

در این مطالعه بین نادیده انگاشتن بیمار، قدرت تصمیم‌گیری و صلاحیت حرفه‌ای به‌عنوان سه بعد تنیدگی اخلاقی ارتباط مستقیم و معناداری وجود داشت که نشان می‌دهد هیچ‌یک از عوامل اثرگذار بر تنیدگی اخلاقی، بر دیگری تقدم یا تأخر ندارد و همچون زنجیره‌ای به یکدیگر مرتبط هستند؛ ازاین‌رو، ضروری است که همگام با هم در کانون توجه قرار گیرند تا بستر کیفیت‌گرایی و اهمیت به مشکلات اخلاقی را برای انجام مراقبت بهینه‌ی پرستار از بیمار فراهم نمایند.

یکی از عوامل به‌وجود آورنده‌ی تنیدگی اخلاقی، بی‌توجهی به نظرات و تصمیم‌های پرستاران در بالین و مراقبت از بیمار است. تصمیم‌گیری یکی از متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی صلاحیت بالینی پرستاران است (۲۷). در برخی مطالعات کفایت بالینی، مسائلی مانند اعتمادبه‌نفس، فرهنگ سازمان، دسترسی به ساختارهای حمایتی و آموزش

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

پرستاری (۲۸) و عوامل سازمانی (۲۹) مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تصمیمات بالینی پرستاران ذکر شده‌اند. در این میان مسائلی چون: درک‌کردن درد و رنج بیمار از جانب پرستار، اما قدرت کم برای نفوذ و مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی (۳۰) یا مواجه‌شدن با موقعیت‌هایی که پرستاران توانایی متقاعدساختن پزشک را ندارند و احساس می‌کنند که نادیده گرفته شده‌اند (۳۱و۳۲) و همچنین گزارش همکاری ضعیف بین پزشک و پرستار و بی‌توجهی به نظرات پرستاران در هفده کشور اروپایی (۳۳) نشان می‌دهد ساختارهای قدرت نابرابر و رایج در مؤسسات، تشدیدکننده‌ی مشکل است و پرستاران را با پدیده‌ی تنیدگی اخلاقی مواجه می‌سازد.

تقویت دانش، تجربه‌های بالینی، خودباوری و اعتمادبه‌نفس، حمایت‌های سازمانی نظیر تشویق مدیران پرستاری به شرکت در تصمیم‌گیری بالینی، برقراری رابطه‌ی مؤثر با پزشک و استفاده از تجارب و مهارت‌های بالینی پرستاران در تشخیص‌های پزشکی و مراقبت از بیمار، همکاری بین‌تیمی در چالش‌های بالینی، کاهش حجم کاری پرستاران و ایجاد فرصت استفاده از منابع اطلاعاتی در بهبود فرایند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران، از راهکارهای مقابله با این مشکل هستند (۲۹). از طرف دیگر با توجه به اینکه پرستاران در عرصه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی روزبه‌روز با مسائل و مشکلات پیچیده‌ای مواجه می‌شوند، در عصر کنونی تصمیم‌گیری درباره‌ی بعضی از مسائل در فرآیند پرستاری به روش‌های پیچیده‌ی تفکر، به‌ویژه تفکر انتقادی نیاز دارد. متعاقب آن تفکر انتقادی، قدرت تصمیم‌گیری مناسب بالینی نیز افزایش پیدا می‌کند؛ با توجه به ارتباط مهارت‌های تصمیم‌گیری با نادیده‌انگاشتن بیمار و صلاحیت حرفه‌ای، با افزایش مهارت‌ها، تنیدگی اخلاقی کاهش و کیفیت مراقبت و رضایت پرستاران از ارائه‌ی خدمات مراقبتی افزایش می‌یابد؛ همچنین، به دنبال آن منشور حقوق بیمار اجرا می‌شود و به پرستار نیز برای تصمیم‌گیری درست کمک می‌کند. در این وضعیت پرستار با حفظ جایگاه حرفه‌ای خود در بالین، با اشتیاق بیشتری وظایف خود را انجام می‌دهد.

عامل مداخله‌گر بعدی در به‌وجودآمدن و شکل‌گیری تنیدگی اخلاقی، نادیده‌انگاشتن بیمار است که به‌طور مستقیم با مراقبت از بیمار ارتباط دارد. با توجه به نقش پرستاران در مراقبت از بیمار و حفظ جان افراد جامعه (۳۴)، اختصاص یافتن بیشترین زمان آنان به ارائه‌ی مراقبت‌های بالینی و مسئولیت مستقیم آن‌ها در سیستم ارائه‌ی مراقبت سلامت (۳۵) این سؤال مطرح می شود که چرا از نظر پرستاران مراقبت ناکافی به بیمار ارائه شده و این افراد با تنیدگی مواجه می‌شوند.

در جست‌وجوی اطلاعات به‌منظور برطرف‌کردن ابهام موجود در زمینه‌ی مراقبت از بیمار و اهمیت‌دادن به او، تمرکز بیشتر مطالعات انجام‌شده بر اهمیت رفتارهای مراقبتی بود؛ برای مثال، نتایج بررسی‌ها و مطالعات اسدی و شمس نجف‌آبادی (۳۶) و پُل تن و همکاران در هلند (۳۷) و بالجانی و همکاران (۳۸) نشان می‌دهد پرستاران برای بُعد جسمی مراقبت اهمیت بیشتری قائل هستند؛ نظارت و کنترل مدیران بر بعد جسمی مراقبت‌ها، اهمیت بالای این گروه رفتارهای مراقبتی از دیدگاه پرستاران و مهارت آنان در انجام این نوع از رفتارهای مراقبتی سبب شکل‌گیری ذهنیتی مبنی بر اهمیت بیشتر مراقبت‌های جسمی شده است (۳۵)؛ وجود چنین ذهنیتی، خطر غفلت از بعد روانی و اجتماعی را گوشزد می‌کند. این پدیده در کشور ما نیز وجود دارد (۳۹). گاهی اوقات نیز به‌صراحت گزارش شده، کارکنان نسبت به نیازهای عاطفی بیماران بی‌توجه بوده و پرستاران بیشتر از آنکه به هنر پرستاری توجه کنند، بر جوانب علمی و عملی تمرکز می‌کنند؛ در صورتی که پرستاران از نظر قانونی و اخلاقی نسبت به کیفیت مراقبت مسئول و متعهد هستند (۴۰).

نکته‌ی شایان توجه این است که تأکید بسیار پرستاران به تکنیک و ابعاد جسمی مراقبت، به‌تنهایی نمی‌تواند نیازهای

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

مددجویان را تأمین کند؛ ازاین‌رو یا بیماران، نارضایتی‌شان از پرستاران را شخصاً گزارش می‌کنند یا پرستاران خود متوجه نارضایتی آنان می‌شوند. در نتیجه هنگام مراقبت و درمان بیماران توسط پرستاران و نادیده‌انگاشتن بعد روانی و عاطفی و اجتماعی، تنیدگی اخلاقی ظاهر شده و پرستاران از فشارهای روانی مربوط به تنیدگی رنجیده‌خاطر می‌شوند؛ به دنبال آن نیز، ظرفیت مراقبت از بیمار به‌خصوص در بخش‌های ویژه و روان کاهش می‌یابد. بنابراین لازم است در آموزش و برنامه‌ریزی پرستاری، به جنبه‌های عاطفی و اجتماعی مراقبت بیشتر توجه شود؛ چراکه پرستاران بخش ویژه به تشخیص تنیدگی اخلاقی و تأثیر نامطلوب آن بر ارائه‌ی مراقبت بهینه از بیمار نیاز دارند (۳۰).

با توجه به مطالب پیش‌گفته مدیران پرستاری باید به نادیده‌انگاشتن بیمار (مراقبت از او) در بُعد روانی و اجتماعی بیشتر توجه کنند و با برنامه‌ریزی صحیح و برگزاری کلاس‌های آموزش ضمن خدمت و سپس ارزیابی، مراقبت‌های بالینی پرستاران را ارتقا دهند (۳۴). سیستم مراقبت سلامت با افزایش این مهارت‌ها، می‌تواند تنیدگی ناشی از غفلت پرستاران از بیماران را کاهش داده و با جلوگیری از انتقال استرس ناشی از این غفلت در تصمیم‌گیری‌های بالینی، جایگاه حرفه و اصول اخلاقی را تقویت کنند.

یکی دیگر از عوامل به‌وجودآورنده‌ی تنیدگی اخلاقی، کاهش صلاحیت بالینی است؛ منظور از صلاحیت بالینی، به‌کارگیری مدبرانه و همیشگی مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش‌ها در محیط‌های بالینی است (۴۱). با افزایش استرس شغلی، صلاحیت‌های بالینی کاهش می‌یابد (۴۲) و کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیمار افت می‌کند. این زنجیره‌ی معیوب منجر به شدت‌یافتن بی‌تفاوتی نسبت به عملکرد ایدئال و کاربرد همزمان دانش، مهارت، نگرش‌ها، ارزش‌ها و تصمیم‌گیری در مراقبت از بیمار می‌شود. متغیرهای مؤثر بر صلاحیت بالینی در ایران، شامل بی‌توجهی به تضمین کیفیت (ارزشیابی اهداف و مشارکت در ارتقای مراقبت‌های پرستاری) (۴۲)، ارتقاء مهارت‌ها و صلاحیت‌های بالینی مدیران پرستاری (۴۳)، پایین‌بودن مهارت‌های مراقبتی ارائه‌شده به بیمار در موقعیت‌های بحرانی (۴۴)، چالش‌ها و ضرورت‌های آموزش اخلاق پرستاری و نداشتن صلاحیت حرفه‌ای پرستاران در حیطه‌ی مراقبت معنوی و خلاء آموزشی موجود در این خصوص (۱) است.

در مطالعات خارجی نیز ناتوانی قدرت اجرایی پرستار برای عملکرد اخلاقی (۴۵) و رعایت‌نکردن اصول ایمنی بیمار توسط پرستار و سایر مراقبان بهداشتی (۴۵) از عوامل به‌وجودآورنده‌ی تنیدگی اخلاقی در رابطه با عدم صلاحیت حرفه‌ای است. برای ارتقا و پیشرفت صلاحیت حرفه‌ای، آگاهی از وضعیت موجود و ضعف‌ها و قوت‌های آن ضروری است و با توجه به مطالب پیشین توصیه می‌شود، مدیریت کیفیت تنها براساس کاغذ و ثبت گزارش صورت نگیرد و اهداف و چشم‌انداز مراقبت‌ها، به همراه ارزش‌های حرفه و با اختصاص‌دادن هزینه و وقت و انرژی مشخص شود و با ایجاد انگیزه در پرستاران برای یادگیری و ارتقای مهارت‌های مراقبتی، روشی اثربخش در آموزش انتخاب شود. افزون‌براین، شایسته است برای تحقق‌بخشیدن به هنجارهای اخلاق پرستاری، در آن‌ها بازنگری و تجدیدنظر کرده و در کنار آن، اصول ایمنی بیمار و حرکت به سوی استانداردهای ایمنی در رأس برنامه‌ی عملیاتی سازمان‌های مراقبتی گنجانده شود. همچنین بهتر است مسئولان نیز، به‌منظور استقلال پرستاران در انجام‌دادن مراقبت‌ها، جو و فرهنگ بیمارستان‌ها را تغییر دهند و در صورت صلاحدید، تدابیری را طراحی و اجرا کنند تا شاید بتوان با استفاده از این راهکارها، تنیدگی اخلاقی را کاهش داد و به سوی شکوفایی و بالفعل‌شدن قدرت تصمیم‌گیری، ارتقای جایگاه بیمار و اهمیت‌دادن به جان انسان‌ها و همچنین محرزشدن منزلت حرفه حرکت کرد.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

در این مطالعه بین مشخصات دموگرافیک با دیسترس اخلاقی، تنها عامل مؤثر بر این پدیده، سطح تحصیلات بود؛ ولی در مطالعات مختلف، ارتباط‌های این متغیرها با دیسترس اخلاقی گاهی مثبت (۲۱و۲۲) و گاهی هم منفی بوده است. این تناقض در یافته‌ها، بر لزوم انجام‌دادن تحقیقات بیشتر در این زمینه تأکید می‌کند.

در این مطالعه، فراوانی تنش در ارتباط با کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیرایمن به دلیل نیروی کم پرستاری در بخش، انجام‌دادن یک وظیفه‌ی شغلی با وجود نداشتن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای و تجویز داروی تثبیت‌کننده همودینامیک وریدی با وجود نیاز بیمار به انتوباسیون و CPR گزارش شده بود. بنابر نتایج مطالعه‌ی مردانی و همکاران بر پرستاران بخش اورژانس، مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمانگر و مراقبت‌کننده، اجرای دستورات پزشک برای آزمایش‌ها، درمان‌ها و مراقبت‌های غیرضروری و انجام‌دادن هر اقدامی بدون شایستگی حرفه‌ای آن، از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده‌ی پریشانی اخلاقی برای کارکنان پرستاری است (۲۱). یافته‌های مطالعه‌ی مهدوی و همکارانش بر عملکرد پرستاران بخش اورژانس نیز نشان می‌دهد گویه‌های کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه‌ی درمان ندارد، انجام‌دادن عملیات احیاء به‌منظور به‌تعویق‌افتادن مرگ بیمار، انجام درمان و آزمایش‌های غیرضروری در مراحل آخر حیات بیماران بنا بر دستور پزشک، کار با پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بدون صلاحیت و گزارش‌نکردن خطاهای انجام‌شده توسط همکاران، بالاترین فراوانی، شدت و اثر را به خود اختصاص داده است (۲۲).

با اندکی تأمل درمی‌یابیم بیشترین عوامل به‌وجودآورنده‌ی تنیدگی، نداشتن صلاحیت حرفه‌ای، کمبود نیروی پرستاری و احیاء بیماران در حال احتضار است؛ بنابراین بهره‌گیری از مهارت‌های مقابله‌ای صحیح در محیط پیچیده و پر از تنش بالین باعث می‌شود آثار مستقیم این عوامل بر عملکرد حرفه‌ای این افراد کاهش یابد. با استفاده از نتایج پژوهش حاضر، مدیران و مسئولان سلامت می‌توانند مواردی را که موجب کاهش تنیدگی اخلاقی و در نتیجه افزایش صلاحیت بالینی پرستاران می‌شود به‌عنوان یک راهکار عملیاتی در نظر داشته باشند. همچنین لزوم آموزش‌های لازم در زمینه‌ی چگونگی رویارویی با تنش‌های اخلاقی در محیط بالین و فعال‌کردن کمیته‌های اخلاق در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی برای حمایت از پرستاران در این زمینه، باید در دستور کار مسئولان قرار گیرد.

در این پژوهش موانعی چون: تکمیل‌نشدن دوازده پرسش‌نامه به علت کمبود وقت و مشغله‌ی زیاد، ناآشنایی با اصول آماری و به دنبال آن بی‌علاقگی به پژوهش، استفاده‌نکردن از نتایج تحقیق در پرستاری، بی‌تمایلی مدیران به شنیدن نگرانی‌های کارمندان، اجرانشدن برنامه‌های آموزشی مفید و مداوم برای ارتقای کارمندان مشاهده شد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی پس از ارائه‌ی آموزش‌های لازم درباره‌ی تنش اخلاقی، روش‌های کاهش دیسترس اخلاقی، افزایش توانمندی‌ها و عوامل مرتبط با آن از دیدگاه پرستاران و مدیران این حرفه مقایسه و بررسی شود تا با تشخیص موانع موجود، شرایطی را در سازمان ایجاد کنند که کیفیت مراقبت‌ها افزایش و دیسترس اخلاقی کاهش یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار طرح تحقیقاتی است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از دانشگاه علوم پزشکی تبریز و تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

منابع

1- Mohammadi S, Roshanzadeh M. Exploring the Perception of intensive care unit nurses of futile care. J Educ Ethics Nurs. 2015; 3(2): 65-72.

2- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh L, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: A correlational study on nurses. IJME. 2014; 7(2): 69-79. [in Persian]

3- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. Nurs Ethics. 2008; 15(3): 304-321.

4- Lerkiatbundit S, Borry P. Moral Distress Part I: Critical Literature Review on Definition, Magnitude, Antecedents and Consequences. TJPP. 2009; 1(1): 3-11.

5- Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses. J Hospice PalliatNurs. 2006; 8(6): 346−356.

6- Figley CR. Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Routlege; 2013.

7- Redman BK, Hill MN. Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. West J Nurs Res. 1997; 19(2): 243-260.

8- Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005; 12(4): 381- 390.

9- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. IJME. 2013; 6(2): 57-66. [in Persian]

10- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. Am J Crit Care. 2004; 13(3): 202-208.

11- Shafipour V, Esmaeili R, 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(126): 58-67

12- Ameri M, SafaviBayat Z, Ashktorab T, Kavoosi A, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. IJME. 2013; 6(1): 64-73. [in Persian]

13- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them?. Nurs Ethics. 2000; 7(4): 360-366.

14- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care. 2005; 14(6): 523-530.

15- Corley MC, Selig P. Prevalence of principled thinking by critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs. 1994; 13(2): 96-103.

16- Sadeghi M, Radmehr P, shahbazirad A. The role of moral distress and job burnout in the prediction of turnover In tention among nurses. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2017; 14(10): 867-874.

17- 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 RafsanjanUniv Med Sci. 2015; 14(6): 443-54.

18- Masoudnia E. Perceived self-efficacy and coping strategies in stressful situations. IJPCP. 2008; 13(4): 405-415.

19- Alhani F, Vanaki Z. Decline of selfefficacy: The consequence of nursing work-family conflict. J of Qualitative Res in Health Sci. 2012; 1(2): 135-147.

20- Sadeghi M, Ebrahimi H, Aghayan S. Evaluation of the moral distress and related factors in clinical nurses of Shahroud City. IJPN. 2015; 3(3): 20-28.

21- MardaniHamooleh M, Iranshahi M, Seyedfatemi N, Haghani H. An evaluation of moral distress levels among the nursing staff of Malayer hospitals: A cross-sectional study. IJMe. 2016; 9(2): 42-53. [in Persian]

22- MahdaviFashtami S, MohammadehzadehZarankesh S, EsmaeilpourBandboni M. Moral distress among emergency department nurses: Frequency, intensity, effect. Medical Sciences. 2016; 26 (4): 248-255.

23- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida AS, Hirsch CD. Psycometric characteristics of the moral distresssScale in Brazilian nursing professionals. Texto & Contexto-Enfermagem. 2014; 23(3). http://dx.doi.org/10.1590/0104070720140000 60013(accessed on: 2017).

24- MerghatiKhoiee E, Vaziri MH, AlizadeganSh, et al. Developing the moral distress scale in the population of iranian nurses. Iran J Psychiatry. 2008; 3(2): 55-58.

25- Joolaee S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaee F,

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences hospitals. J of Hayat. 2012; 18(1): 42-51.
26- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. IJME. 2012; 5(2): 58-69. [in Persian]
27- Abdi A, Assadi P, Mohammadyari T, Miri J. General decision-making style and clinical competence of nurses working in the educational hospitals affiliated to Kermanshah University of Medical Sciences in 2014. JNE. 2015; 4(3) :19-29.
28- AdibHajbagheri M, Salsali M, Ahmadi F. Clinical decision-making: A way to professional empowerment in nursing.IJME. 2003; 3(2): 3-13.
29- Musavi M, Shojaee K, Azodi P, Jahanpour F. Barriers and facilitators of clinical decision making among nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2016; 4(3): 9-17.
30- Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: A systematic review. Crit Care Nurs Clin North Am. 2012; 24(1): 91-100.
31- Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantari S. The moral distress of nurses in health centers in the city of Bam in 1390. Medical Ethics Journal. 2011; 5(17): 119-140.
32- Zuzelo PR. Exploring the moral distress of registered nurses. Nurs Ethics. 2007; 14(3): 344-359.
33- Papathanassoglou EDE, Karanikola NKM, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran WL. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among european intensive care nurses. AM J Crit Care. 2012; 21: 40–51.
34- Gholjeh M, Dastoorpour M, Ghasemi A. The relationship between nursing care quality and patients satisfaction among hospitals affiliated to Zahedan University of Medical Sciences in 2014. Jorjani Biomed J. 2015; 3(1): 68-81.
35- Peyrovi H, Bahadori A, Ashghali-Farahani M, Haghani H. Comparison of in-patients' satisfaction with different domains of nursing care. Quarterly Journal of Nursing Management. 2013; 2(1): 59-66.
36- Asadi SE, Shams Najafabadi R. Nurses' perception of caring behaviors in intensive care units in hospitals of Lorestan University of Medical Sciences, Iran. IJMSN. 2014; 3(3): 170-176.
37- Pool I, Poell R, Ten Cate O. Nurses' and managers' perceptions of continuing professional development for older and younger nurses: A focus group study. Int J Nurs Stud. 2013; 50(1): 34-43.
38- Baljani E, Azimi N, Hosseinloo A. A survey on nurses' perception of the importance of caring behaviors and factors affecting its provision. EBCJ. 2011; 2(1): 13-21.
39- Khademian Z, Vizeshfar F. Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. J AdvNurs. 2008; 61(4): 456-462.
40- Pazargadi M, Zagheri Tafreshi MZA, Saeedi ZA. Nurses' perspectives on quality of nursing care: A qualitative study. Research in Medicene. 2007; 31(2): 155-158.
41- Carr SJ. Assessing clinical competency in medical senior house officers: how and why should we do it?. Postgrad Med J. 2004; 80(940): 63-66.
42- Komeili-Sani M, Etemadi A, Boustani H, Bahreini M, Hakim A. The relationship between nurses' clinical competency and job stress in Ahvaz university hospital, 2013. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2015; 4(1): 39-49.
43- VafaeeNajar A , Habashizade A, Karimi H, Ebrahimzade S. The effect of improvement of nursing managers' professional competencies based on performance on their productivity: An interventional study. Daneshvar Medicine. 2011; 18(94): 1-9.
44- Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. Nurs Ethics. 2016; 26: 969733016646155.
45- Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. J Emerg Nurs. 2013; 39(6): 547-552.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]

Illustration and analysis of information on moral distress and its dimensions among nurses in educational- therapeutic health centers

Masoumeh Hasanlo[*1],Arezo Azarm[2], Parvaneh Asadi[3], Azar Avazeh[4], Mitra Hojt Ansari[5], Hossein Ebrahimi[6], Mohammad Asghari Jafarabadi[7]

[1]*MS of Medical Surgical Nursing,Department of Surgical Technology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.*
[2]*MS of Psychiatric Nursing, Education and Treatment Center of Valiasr , Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.*
[3] *MS of Nursing, Education and Treatment Center of Imam Reza, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, , Iran.*
[4]*Department of Surgical Technology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.*
[5] *Department of of anesthesiology, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.*
[6] *Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.*
[7] *Assistant Professor, Health Services Management Research Center, Faculty of Public Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran.*

Abstract

Stressful ethical situations are considered as one of the problems of nursing profession, which disrupts the competence of simultaneous application of knowledge, skills, attitudes, and values in patient care. Since clinical nurses are more exposed to ethical distress due to their nature of job, especially in in critical care and psychiatric wards, this study was conducted to analyze the relationship between three dimensions of moral distress. In this descriptive-correlational study 545 nurses from Tabriz educational centers were selected by census method in 2013-2014. The moral distress scale (MDS) questionnaire was distributed among partcipants and data was collected during nine months. Data were analyzed by SPSS V13, descriptive statistics, Chi-square test, and Kendall's tau-b correlation coefficient. According to the findings, the mean of moral distress was 141.89 ± 29.6 (in the intermediate range). Chi-square test showed the relationship between the dimensions of moral distress (the relation between patient's ignorance, decision-making power, and professional competence) ($P < 0.05$). According to the Kendall's tau-b correlation coefficient test, there was a direct and significant correlation between the dimensions of moral distress ($P < 0.05$). There was a meaningful correlation between the moral distress and the demographic characteristic of the educational level ($P < 0.05$). Considering the direct and meaningful relationship between three dimensions of moral distress (patient's ignorance, decision-making power, and professional competence), each dimension of moral distress affects another as aggravating or modifying factor. Therefore, it is recommended that planners and health care administrators at the macro level provide appropriate programs to increase the nurse's attention and support to patients and reinforce decision-making power and professional competence by increasing the number of nurses and other controlling programs.

Keywords: Nurse**,** Moral distress, Professional competence, Decision-making power

[*] ***Corresponding Author****:* Email: hasanlo_md@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-07]