

رابطه‌ی آشفته‌گی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران شهر رشت

ایرج شاکری نیا^{۱*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

با هدف بررسی رابطه‌ی آشفته‌گی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران، ۶۷ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل کردند. نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که بین آشفته‌گی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد. سرسختی روان‌شناختی با آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی رابطه‌ی منفی دارند و بین آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران مورد بررسی رابطه‌ی مثبت وجود دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که بین آشفته‌گی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی رابطه‌ی منفی معنی‌دار و بین آشفته‌گی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه‌ی مثبت معنی‌دار برقرار است. تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها در متغیرهای سه‌گانه آشفته‌گی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. آزمون‌های تعقیبی (توکی) نشان داد پرستارانی که در بخش کودکان به کار اشتغال دارند با پرستارانی که در بخش زنان و جراحی کار می‌کنند تفاوت معنی‌دار ندارند ولی با پرستارانی که در بخش‌های قلب، داخلی و اعصاب کار می‌کنند تفاوت معنی‌دار دارند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود پرستاران در برنامه‌های آموزشی قرار گرفته، هرچه بیش‌تر با مؤلفه‌های آشفته‌گی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی آشنا شوند و با شناخت بیش‌تر در اجرای فعالیت‌های مقابله‌ای توانمندتر عمل کنند.

واژگان کلیدی: آشفته‌گی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی، فرسودگی شغلی

^۱ استادیار، گروه روان‌شناسی، عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشگاه گیلان

* **نشانی:** گیلان، رشت، بزرگراه خلیج فارس، دانشگاه گیلان، دانشکده‌ی علوم انسانی، گروه روان‌شناسی، تلفن: ۰۱۳۱-۶۶۹۰۲۷۵

Email: irajshakerinia@yahoo.com

مقدمه

مباحث اخلاقی در پرستاری امری رایج است. یکی از این موضوعات آشفتگی اخلاقی^۱ است. هرچند مفهوم آشفتگی اخلاقی از قبل شناخته شده بود، در حرفه‌ی پرستاری مباحث مربوط به آن تقریباً از سال ۱۹۸۰ معرفی شد و امروزه به عنوان یک مشکل جدی پرستاری مطرح است (۱). بررسی ادبیات پژوهش مربوط به این متغیر نشان می‌دهد که Jameton اولین کسی بود که مفهوم آشفتگی اخلاقی را مطرح کرد؛ وی سه طبقه از مشکلات اخلاقی را طبقه‌بندی کرد که عبارتند از: بلا تکلیفی اخلاقی^۲، معضل اخلاقی^۳ و آشفتگی اخلاقی (۲). به نظر وی آشفتگی اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که شخص می‌داند کدام عمل صحیح است ولی به دلیل «محدودیت‌های سازمانی»^۴ انجام عمل صحیح را تقریباً غیر ممکن می‌بیند. برای مثال پرستاری که روش‌های دردناک درمانی را که به عقیده‌ی او اشتباه هستند، برای درمان نوزاد نارس مبتلا به مشکلات عصب شناختی شدید به کار می‌برد، با آشفتگی اخلاقی مواجه است. Wilkinson با الهام گرفتن از تعریف Jameton آشفتگی اخلاقی را عدم تعادل روان‌شناختی ناشی از تصمیم اخلاقی می‌داند که به دلیل محدودیت‌های سازمانی به عمل اخلاقی تبدیل نمی‌شود (۳، ۲). Erlen و Sereika معتقدند پرستاری که نمی‌داند چگونه عملی که به نظرش درست است را انجام دهد دچار آشفتگی اخلاقی شده است (۴). Nathaniel با استفاده از ادبیات تحقیقی موجود، تلاش کرده تعریفی جامع از آشفتگی اخلاقی ارائه دهد، به عقیده‌ی وی آشفتگی اخلاقی درد یا ناراحتی عاطفی و ذهنی است که در آن فرد ضمن آگاهی از موضوع اخلاقی، درباره‌ی عمل درست نیز قضاوت اخلاقی انجام می‌دهد، ولی در عمل به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی، دچار خطاکاری اخلاقی

می‌شود (۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آشفتگی اخلاقی در پرستاران شایع است؛ به عنوان مثال، بیش از ۸۰ درصد پرستاران مورد بررسی در تحقیق Selig و Corley از سطوح متوسط تا بالای آشفتگی اخلاقی در رنج بودند (۶). پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق Elpern و همکاران سطح متوسطی از آشفتگی اخلاقی را گزارش کردند (۷). یک‌سوم پرستاران (تعداد ۴۷۰ نفر) در بررسی Redman و همکاران تجربه‌ی آشفتگی اخلاقی داشتند (۸)؛ هم‌چنین در بررسی Soloman و همکاران مشخص شد که تقریباً ۵۰ درصد پرستاران (تعداد ۷۶۰ نفر) که خدمات مراقبتی را برای بیماران رو به مرگ ارائه می‌دادند دچار آشفتگی اخلاقی بودند (۹). Wilkinson و Millette نیز با انجام مطالعات کیفی نشان دادند که حدود ۴۵ تا ۵۰ درصد (تعداد ۲۴ نفر) از پرستاران مجبور به ترک بخش شده یا به اجبار و با آشفتگی اخلاقی مراقبت از بیماران را انجام دادند (۱۰، ۳).

هرچند همه‌ی مشکلات اخلاقی مسأله سازند، موقعیت‌هایی که در آن‌ها پرستاران درگیر آشفتگی‌های اخلاقی می‌شوند از شدیدترین مشکلات روان‌شناختی تلقی می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که آشفتگی اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پی‌آمدهای نامطلوبی به دنبال دارد (۱۶ - ۱۱، ۳). پرستاران برای مقابله با آشفتگی اخلاقی، راهکارهای گوناگونی را مورد استفاده قرار می‌دهند؛ برخی تلاش می‌کنند تا بر تصمیم‌گیری‌های پزشکان اثر بگذارند، برخی با سرپرستاران تماس می‌گیرند، تعدادی از آنان گزارش خطا تنظیم می‌کنند و برخی نیز تلاش می‌کنند مسؤولان را مطلع سازند (۱۸، ۱۷). در صورت شکست این راهکارهاست که آشفتگی واکنشی بروز پیدا می‌کند. افسردگی، کابوس‌های شبانه، سردرد و احساس عدم ارزشمندی مشخصه‌ی این نوع آشفتگی است. مشخص شده است که با در هم شکسته شدن مقاومت پرستاران، در اثر بروز آشفتگی‌های اخلاقی، رضایت

¹ Moral distress

² Moral uncertainty

³ Moral dilemma

⁴ Institutional constraints

شغلی کاهش یافته، فرسودگی شغلی ایجاد می‌شود (۲۱-۱۹، ۱۱-۱۰، ۸، ۳).

فرسودگی شغلی^۱ اولین بار توسط Freudennberger و همکاران تحت عنوان سندرم تحلیل قوای جسمی- روانی در تحقیقات روان‌شناسی بالینی وارد شد (۲۲) و امروزه به‌عنوان یکی از مشکلات شایع در مشاغل مختلف خصوصاً حرفه‌ی پرستاری مورد شناسایی قرار گرفته است (۲۴، ۲۳). محمودی و همکاران در بررسی رابطه‌ی فرسودگی شغلی پرستاران با شرایط فیزیکی و امکانات تخصصی محیط کار، دریافته‌اند که بالاترین سطح فرسودگی پرستاران در بعد عاطفی است و بین فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت با شرایط فیزیکی محیط کار رابطه‌ی منفی معنی‌دار وجود دارد (۲۵). همچنین، میزان فرسودگی عاطفی پرستاران با امکانات تخصصی حرفه‌ی محیط کار رابطه‌ی مثبت معنی‌دار و با مطلوبیت محیط رابطه‌ی منفی معنی‌دار داشت. در تحقیق پیامی بوساری مشخص شد که از نظر ابعاد فرسودگی شغلی، اکثریت پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق، دچار احساس خستگی عاطفی در حد کم، مسخ شخصیت در حد متوسط و عدم موفقیت فردی در حد بالا بودند (۲۶). این نتیجه‌گیری در پژوهش خزاعی و همکاران نیز تکرار شد (۲۷). عوارض فرسودگی شغلی در خانواده، زندگی اجتماعی، فردی و سازمانی متعدد است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان غیبت و ترک خدمت، تأخیرهای متوالی، شکایات مختلف روان‌شناختی، تضاد، تغییر شغل و کاهش کیفیت مراقبت از بیماران، تعارضات بین فردی با همکاران و ... را نام برد (۲۳). نصری نیز در مطالعه‌ی عوارض فرسودگی شغلی پرستاران دریافت که همبستگی خستگی روان‌شناختی با خود بیمارانگاری، شکایت‌های بدنی، اضطراب و مشکلات خواب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی پرستاران معنی‌دار است (۲۸). رفیعی و همکاران در بررسی عوامل مؤثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی دریافته‌اند که خصوصیات فردی پرستاران و بیماران و حمایت

اجتماعی سازمان، پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی را تحت تأثیر قرار داده است (۲۹)؛ به همین دلیل Felton فرسودگی شغلی را بیماری شغلی می‌داند که در پرستاران باید سریع تشخیص و درمان شود و شواهدی وجود دارد مبنی بر این‌که پرستاری حرفه‌ای پر استرس است (۳۰). در شغل پرستاری عواملی مانند نوبت کاری، فشارکاری زیاد، تعارض با همکاران، مشاهده‌ی رنج و مرگ بیماران، مسؤولیت‌های حرفه‌ای و مسائل مرتبط با نظام اداری، استرس‌های شغلی عمده محسوب می‌شوند (۳۱). این استرس‌های شغلی در درازمدت به فرسودگی شغلی منتهی می‌شود (۳۲).

تا اوایل دهه‌ی ۸۰ اعتقاد بسیاری از محققان علوم روان‌شناختی این بود که رویدادهای استرس‌زا مانند آشفتگی‌های اخلاقی در بروز مشکلات روان‌شناختی نقش مؤثری دارند. در عین حال، مطالعات روان‌شناسان بعدی نشان داد که بین رویدادهای استرس‌زا و اختلالات روان‌شناختی عوامل تعدیل‌کننده‌ای وجود دارد که موجب می‌شود رویدادهای استرس‌زا، اثرات متفاوتی بر افراد به‌جای بگذارند. در همین زمینه Kobasa مفهوم شخصیت سرسخت^۲ را ابداع کرد و آن را به‌عنوان متغیر مداخله‌گر در تعدیل ارتباط میان استرس و بیماری‌های جسمانی و روانی مورد بررسی قرار داد و نشان داد، افراد سرسخت هرچند درجه‌ی بالایی از استرس‌ها را تجربه می‌کنند، بیمار نمی‌شوند (۳۳). این افراد از نظر ویژگی سرسختی متفاوت از کسانی هستند که در شرایط پر استرس بیمار می‌شوند. به عقیده‌ی Kobasa و همکاران سرسختی روان‌شناختی ترکیبی از باورها درباره‌ی خویشتن و جهان است و از سه مؤلفه‌ی تعهد^۳، کنترل^۴ و مبارزه‌جویی^۵ تشکیل شده است (۳۴). باور به تغییر، دگرگونی و پویایی زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف‌پذیری شناختی و

² Hardiness

³ Commitment

⁴ Control

⁵ Challenging

¹ Occupational Burnout

روش کار

از بین جامعه‌ی پرستاران زن شاغل در بیمارستان‌های عمده‌ی دولتی شهر رشت (۴ بیمارستان)، تعداد ۶۷ پرستار به شیوه‌ی تصادفی ساده و وزن داده شده برای پژوهش برگزیده شدند. روش اجرای پژوهش بدین‌صورت بود که پژوهشگر هر روز با مراجعه به بخش‌های منتخب (کودکان، زنان، قلب، داخلی، جراحی و اعصاب) و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران تهیه کرده، سپس به شیوه‌ی 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 می‌نمود. سپس طبق برنامه‌ی کاری پرستاران، محقق در ابتدای هر شیفت به بخش مورد نظر مراجعه کرده و پس از ارائه‌ی توضیحات در مورد نحوه‌ی پاسخگویی به هر یک از ابزار ذکر شده، پرسشنامه‌ها را در اختیار آن‌ها قرار داده و در شیفت بعدی توسط خود پژوهشگر جمع‌آوری می‌شد. کلیه‌ی پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق را زنان تشکیل داده، مدرک کارشناسی داشته و حداقل سه سال سابقه‌ی کار داشتند. اگر فردی واجد شرایط نبود (بدین معنی که مذکر بوده، فاقد مدرک کارشناسی بوده یا کم‌تر از سه سال سابقه‌ی کار می‌داشت) از نمونه حذف شده، فرد دیگری به شیوه‌ی تصادفی انتخاب و جایگزین وی می‌شد.

بدین ترتیب، ۶۷ پرستار پرسشنامه‌های آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی را تکمیل کردند. پرسشنامه‌ی آشفتگی اخلاقی (۴۳) که برای اندازه‌گیری تجربه‌ی پرستاران از آشفتگی اخلاقی تدوین شده است برای این پژوهش ترجمه، اعتباریابی و پایایی‌سنجی شد. برای اعتباریابی از روش اعتبار محتوایی استفاده شد، بدین ترتیب که متن انگلیسی ترجمه شده در اختیار اساتید گروه زبان انگلیسی قرار گرفته مجدداً به انگلیسی برگردانده شد و پس از اصلاح و ترجمه‌ی نهایی) در اختیار چند تن از اساتید گروه روان‌شناسی قرار گرفت و با اصلاح سؤالات، پرسشنامه‌ی

بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا و موقعیت‌های مبهم را به‌دنبال دارد. Maddi و همکاران معتقدند که ویژگی‌های روان‌شناختی سرسختی از جمله حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی‌دار، ابراز وجود، پرانرژی بودن و این‌که تغییر در زندگی، امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی سودمند باشد (۳۵). بررسی‌ها گویای آن هستند که سرسختی با سلامت بدنی و روانی رابطه‌ی مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیش‌گیری می‌کند (۳۷، ۳۶، ۳۳). سرسختی روان‌شناختی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی، مانند سپری محافظ عمل می‌کند (۳۸). پس از طرح مفهوم سرسختی روان‌شناختی توسط Kobasa (۳۳)، پژوهشگران به صورت گسترده‌ای آن را مورد مطالعه قرار دادند (۴۲ - ۳۹).

با توجه به مطالب فوق و با در نظر داشتن میزان مراجعات زیاد بیماران به بیمارستان‌های دولتی شهر رشت تحقیق جاری با در نظر داشتن اهداف زیر اجرا شد:

- ۱- بررسی آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران.
- ۲- بررسی رابطه‌ی آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران.
- ۳- پیش‌بینی فرسودگی شغلی از روی آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی پرستاران.
- ۴- مقایسه‌ی آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستانی.

نهایی با ۳۸ آیتم تدوین شد. آیتم‌های پرسشنامه با فعالیت‌های عام پرستاران که در بخش‌های مختلف ارائه می‌دهند مطابقت دارد. دامنه‌ی نمره در این پرسشنامه ۳۸ تا ۱۹۰ است و بر اساس نمره‌گذاری، هرچه نمره‌ی فرد در این پرسشنامه بالاتر باشد، آشفتگی اخلاقی وی نیز بیش‌تر است. برای پایایی سنجی نیز از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. به‌دست آمدن ضریب ۰/۸۹ نشان‌دهنده‌ی این است که این پرسشنامه از پایایی مطلوب برخوردار است. در جدول شماره‌ی ۱ برخی از آیتم‌های پرسشنامه‌ی آشفتگی اخلاقی و نمره‌گذاری آن ارائه شده است.

یکی دیگر از مقیاس‌های پژوهش، پرسشنامه‌ی سرسختی

اهواز است. این پرسشنامه یک مقیاس خود گزارشی مداد - کاغذی ۲۷ ماده‌ای، با دامنه‌ی نمره‌گذاری ۰ تا ۸۱ است. احراز نمره‌ی کم در این پرسشنامه نشان دهنده‌ی سرسختی روان‌شناختی بالا در فرد است. در تحقیق کیامرثی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها برابر با ۰/۷۶، برای آزمودنی‌های مؤنث برابر با ۰/۷۴ و برای آزمودنی‌های مذکر برابر با ۰/۷۶ می‌باشد (۴۴). در تحقیق جاری نیز آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰/۹۴ است که با توجه به یافته‌های فوق ضرایب پایایی این پرسشنامه رضایت‌بخش است. در جدول شماره‌ی ۲ برخی از آیتم‌های پرسشنامه‌ی سرسختی اهواز و نمره‌گذاری آن ارائه شده است.

جدول شماره‌ی ۱ - تعدادی از آیتم‌های پرسشنامه‌ی آشفتگی اخلاقی و نمره‌گذاری آن

گویه	با اکراه زیاد ۵	با نارضایتی ۴	بدون نظر ۳	با رضایتمندی ۲	باعلاقمندی زیاد ۱
۱					
اگر بفهمم فعالیت‌های من مرگ بیمار را به تأخیر می‌اندازد، در ارائه‌ی کمک به او لحظه‌ای درنگ نمی‌کنم.					
۲					
با این‌که می‌دانم برخی آزمایشات و درمان‌ها به بهبود بیماران کمک نمی‌کنند ولی آن‌ها را مطابق دستور پزشک انجام می‌دهم.					
۳					
با پزشکانی که شایستگی درمان بیماران را ندارند، همکاری می‌کنم.					
۴					
با پرستارانی که رفتارشان برای زندگی بیماران خطرآفرین است، همکاری می‌کنم.					

جدول شماره‌ی ۲ - تعدادی از آیتم‌های پرسشنامه‌ی سرسختی اهواز و نمره‌گذاری آن

گویه	اغلب اوقات ۳	گاهی اوقات ۲	بندرت ۱	هرگز ۰
۱				
نگرانم از این‌که شرایط مالی زندگی من نامطلوب بشود.				
۲				
نگرانم از این‌که نتوانم نیازهای مالی خود را تأمین کنم.				
۳				
نگرانم که کارهایم را نا تمام بگذارم.				
۴				
نگرانم از این‌که در کارهایم مرتکب اشتباه شوم.				
۵				
در مورد هدف زندگی خودم بالاتکلیف و نامطمئن هستم.				

نتایج

این مطالعه با مشارکت ۶۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت که در بخش‌های کودکان، زنان، قلب، داخلی، جراحی و اعصاب مشغول به کار بودند انجام شد. در جدول شماره‌ی ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات کسب شده در متغیرهای آشفستگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی آزمودنی‌های مورد بررسی تنظیم شده است.

جدول شماره‌ی ۴ - میانگین و انحراف استاندارد آشفستگی

اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی آزمودنی‌ها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آشفستگی اخلاقی	۹۸/۱۰	۱/۸۰	۶۷
سرسختی روان‌شناختی	۶۵/۰۴	۱/۰۰	۶۷
فرسودگی شغلی	۷۶/۹۱	۱/۳۳	۶۷

به منظور بررسی ارتباط آشفستگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی آزمودنی‌های مورد بررسی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۵ آمده است.

همان‌گونه که از داده‌های جدول شماره‌ی ۵ بر می‌آید رابطه‌ی متغیرهای تحقیق در سطح آلفای $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار است که نشان می‌دهد فرسودگی شغلی پرستاران از متغیرهای موجود در تحقیق اثرپذیر است.

جدول شماره‌ی ۵ - ماتریس ضریب همبستگی بین ارتباط

آشفستگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی ($n=۶۷$)

متغیر	۱	۲	۳
آشفستگی اخلاقی	۱	-۰/۸۰**	۰/۹۲**
سرسختی روان‌شناختی	-۰/۸۰**	۱	-۰/۸۵**
فرسودگی شغلی	۰/۹۲**	-۰/۸۵**	۱

**همبستگی در سطح $P < 0.01$ معنی‌دار است.

پرسشنامه‌ی تحقیقی دیگری که برای جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت پرسشنامه‌ی فرسودگی شغلی Tedium است که شامل ۲۲ سؤال است و با مقیاس ۵ درجه‌ای طیف لیکرت (هرگز، به ندرت، نظری ندارم، گاهی اوقات، همیشه) با دامنه‌ی نمره‌گذاری ۲۲-۱۱۰ تنظیم شده و سه جنبه از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه توسط کورانیان و همکاران ترجمه و به کار گرفته شد. این محققان پایایی این پرسشنامه را با روش بازآزمایی سنجیده، ضریب همبستگی $r=۰/۸۶$ را به دست آوردند (۴۵). در تحقیق حاضر نیز میزان پایایی این پرسشنامه به شیوه‌ی همسانی درونی سنجیده و با کسب آلفای کرونباخ $۰/۸۹$ مطلوب ارزیابی شد. در جدول شماره‌ی ۳ برخی از آیت‌های پرسشنامه‌ی فرسودگی شغلی و نمره‌گذاری آن ارائه شده است.

جدول شماره‌ی ۳ - تعدادی از آیت‌های پرسشنامه‌ی

فرسودگی شغلی Tedium و نمره‌گذاری

گویه	هرگز	به ندرت	بعضی اوقات	غالباً	همیشه
	۱	۲	۳	۴	۵
۱- خستگی					
۲- احساس افسردگی					
۳- داشتن یک روز خوب					
۴- از نظر جسمی فرسوده بودن					
۵- از نظر عاطفی فرسوده بودن					
۶- خوشحالی					

در نهایت، پرسشنامه‌ی جمعیت‌شناختی در این تحقیق نیز برای جمع‌آوری اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها (سن، سابقه خدمت و...) ساخته شد و برای پاسخ‌گویی در اختیار مشارکت‌کنندگان تحقیق قرار گرفت.

جدول شماره‌ی ۶ - خلاصه‌ی مدل رگرسیون چندگانه به

روش گام به گام، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری متغیرها

گام مدل	متغیر وارد شده	R	R2
۱	آشفتگی اخلاقی	۰/۹۲	۰/۸۶
۲	سرسختی روان‌شناختی	۰/۹۴	۰/۸۹

نتایج تحلیل واریانس برای اعتبار معادله‌ی رگرسیون (جدول شماره‌ی ۷) که با میزان F به دست آمده در گام‌های اول و دوم به ترتیب ۴۱۲/۲۵ و ۲۸۲/۶۹۷ در سطح $P < ۰/۰۱$ معنی‌دار بوده، نشان‌دهنده‌ی اعتبار کافی این تحلیل است؛ به‌گونه‌ای که در مجموع قادر است ۹۴ درصد واریانس مربوط به فرسودگی شغلی را در پرستاران تبیین کند.

برای بررسی نقش محیط کار در آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناسی و فرسودگی شغلی، نمرات کسب شده توسط پرستاران در این متغیرها محاسبه شد و نتیجه‌ی این محاسبه در جدول شماره‌ی ۸ تنظیم شده است.

برای پیش بینی اثرگذاری (آشفتگی اخلاقی و سرسختی

روان‌شناختی) بر فرسودگی شغلی پرستاران از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه‌ی گام به گام استفاده شد، که نتایج آن در جدول شماره‌ی ۶ آمده است (لازم به ذکر است از آنجایی که پرستاران به لحاظ سن و دیگر متغیرهای جمعیت‌شناختی همگن شده بودند، متغیرهای تحقیقی وارد معادله‌ی رگرسیون شدند).

همان‌گونه که در جدول شماره‌ی ۶ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی توانسته است واریانس مربوط به فرسودگی شغلی پرستاران را تبیین کنند؛ به‌طوری که در گام اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ فرسودگی شغلی توسط متغیرهای فوق قابل تبیین است.

جدول شماره‌ی ۷ - تحلیل واریانس برای اعتبار معادله رگرسیون

مدل	SS	درجه‌ی آزادی	MS	F	P
آشفتگی اخلاقی	۶۸۲۱/۸۷	۱	۶۸۲۱/۸۷	۴۱۲/۲۵	۰/۰۰۰۱
	۱۰۷۵/۵۹۱	۶۵	۱۶/۵۴		
	۷۸۹۷/۴۶۳	۶۶			
سرسختی روان‌شناختی	۷۰۹۴/۴۰۹	۲	۳۵۴۷/۲۰۴	۲۸۲/۶۹۷	۰/۰۰۰۱
	۸۰۳/۰۵۴	۶۴	۱۲/۵۴۸		
	۷۸۹۷/۴۶۳	۶۶			

پیش‌بین‌ها (عدد ثابت) آشفتگی اخلاقی

پیش‌بین‌ها (عدد ثابت) آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی

متغیر وابسته: فرسودگی شغلی

جدول شماره ۸ - میانگین و انحراف استاندارد پرستاران مشارکت کننده در تحقیق

متغیر	بخش محل کار	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
آسفتگی اخلاقی	بخش زنان	۹۵/۰۲	۱/۷۳	۱۳
	بخش جراحی	۹۴/۰۱	۱/۸۴	۱۱
	بخش قلب	۱۰۰/۰۲	۱/۷۰	۱۰
	بخش داخلی	۱۰۳/۵۲	۱/۷۸	۱۰
	بخش اعصاب	۱۰۱/۰۹	۱/۷۹	۱۱
	کودکان	۹۴/۸۴	۱/۹۱	۱۲
	کل	۹۸/۱	۱/۸	۶۷
سرسختی روان شناختی	بخش زنان	۶۵/۰۵	۰/۹۹	۱۳
	بخش جراحی	۶۳/۰۸	۰/۹۸	۱۱
	بخش قلب	۶۵/۲۳	۱/۱۰	۱۰
	بخش داخلی	۶۹/۰۶	۰/۹۹	۱۰
	بخش اعصاب	۶۵	۰/۹۸	۱۱
	کودکان	۶۳/۶۳	۱	۱۲
	کل	۶۵/۵۶	۱/۰	۶۷
فرسودگی شغلی	بخش زنان	۷۰/۲۰	۱/۷۴	۱۳
	بخش جراحی	۷۸/۳۱	۰/۹۱	۱۱
	بخش قلب	۷۹/۴۲	۰/۸۵	۱۰
	بخش داخلی	۸۰/۱۲	۱/۸۷	۱۰
	بخش اعصاب	۸۳/۳۴	۰/۹۳	۱۱
	کودکان	۷۰/۳۲	۱/۷۸	۱۲
	کل	۷۶/۹۱	۱/۳۳	۶۷

که در بخش‌های مختلف بیمارستانی کار می‌کنند از آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) استفاده شد. نتیجه‌ی این تحلیل در جدول شماره ۹ آمده است.

با مشاهده‌ی جدول شماره ۸ مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات به دست آمده در متغیرهای مورد بررسی تفاوت وجود دارد؛ برای مقایسه‌ی میانگین نمرات آسفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی پرستارانی

جدول شماره ۹ - مقایسه میانگین نمرات پرستاران با وضعیت اشتغال در بخش‌های مختلف بیمارستانی در مقیاس‌های آشفتگی

اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی

P	F	MS	df	SS		
۰/۰۰۰۱	۲۵/۶۳	۱۹۶۲/۳۴	۵	۹۸۱۱/۷۴۵	بین گروه‌ها	آشفتگی اخلاقی
		۴۶/۹۴	۶۱	۲۸۶۳/۴۵	درون گروه‌ها	
			۶۶	۱۴۴۸۲/۲۷	کل	
۰/۰۰۱	۱۰/۶۸	۴۱۵/۸۱	۵	۲۰۷۹/۰۶	بین گروه‌ها	سرسختی روان‌شناختی
		۳۸/۹۱۵	۶۱	۲۳۷۳/۷۹۸	درون گروه‌ها	
			۶۶	۴۴۵۲/۸۶۶	کل	
۰/۰۰۱	۲۱/۴۴	۱۰۰۶/۸۰۲	۵	۵۰۳۴/۰۱۱	بین گروه‌ها	فرسودگی شغلی
		۴۶/۹۴	۶۱	۲۸۶۳/۹۸۶	درون گروه‌ها	
			۶۶	۷۲۹/۶۵۶	کل	

همان‌گونه که در جدول شماره ۹ مشاهده می‌شود تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد که پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستانی در هر سه متغیر آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند. آزمون تعقیبی (توکی) نشان داد که در متغیرهای مورد بررسی، پرستارانی که در بخش کودکان به کار اشتغال دارند با پرستارانی که در بخش زنان و جراحی کار می‌کنند تفاوت معنی‌دار ندارند، ولی با پرستارانی که در بخش‌های قلب، داخلی و اعصاب کار می‌کنند تفاوت‌ها معنی‌دار است.

بحث

پژوهش حاضر برای بررسی رابطه‌ی آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی با فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر رشت به انجام رسید و نتایج زیر به‌دست آمد:

- بین آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی رابطه‌ی منفی معنی‌دار و بین آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران رابطه‌ی مثبت معنی‌دار برقرار است. این یافته با تحقیقات زیادی همسویی دارد. به‌عنوان مثال، DePew و

همکاران نشان دادند که سرسختی روان‌شناختی یکی از پیش‌بینی‌های مهم فرسودگی شغلی در پرستاران مرکز پزشکی نظامی است (۴۶). مروری بر تحقیقات انجام شده توسط Sundin-Huard و همکاران نشان داد که بین دفاع از بیمار، آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد (۱۹). پژوهش Cox نیز نشان داد که بین آشفتگی اخلاقی، فرسودگی شغلی، فشارهای روانی و رضایت‌مندی شغلی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد (۴۷). Schwenzer و Wang دریافتند پرستارانی که سطوح بالایی از آشفتگی اخلاقی را تجربه می‌کنند از رضایت شغلی کم‌تر و فرسودگی شغلی بالاتری رنج می‌برند (۴۸). تحقیقات Meltzer و همکاران و همچنین Georges و همکاران نشان داده است که بین میزان مواجهه پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با شرایط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی آنان رابطه‌ی مستقیم وجود دارد (۵۰، ۴۹). این یافته‌ها با نظریه‌ی Pearlman و Hartman در خصوص پدیده‌ی فرسودگی شغلی قابل توجیه است (۵۱). به‌نظر این محققان فرسودگی شغلی هنگامی ایجاد می‌شود که برانگیختگی‌های ناشی از فشارزاهای روانی که توسط فرد تجربه می‌شود، فراتر از ظرفیت‌های مقابله‌ای فرد

شامل شود. این محققان پیشنهاد می‌کنند سازمان باید زمینه‌ی کاهش آشفتگی‌های اخلاقی را در پرستاران فراهم آورد و این کار از طریق آموزش میسر است.

تحلیل واریانس یک راهه در گروه‌هایی از پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستانی نشان داد که بین میانگین متغیرهای مختلف در این پرستاران تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اثر این فشارهای روانی ادامه‌ی حضور پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه را تحت تأثیر قرار می‌دهد. Mobley و همکاران نشان دادند که آشفتگی اخلاقی پرستاران با موقعیت‌های بالینی ارتباط دارد. در تحقیق آن‌ها مشخص شد در بخش مراقبت‌های ویژه، پرستارانی از آشفتگی اخلاقی رنج می‌برند که خدمات آن‌ها موجب حضور بیهوده‌ی بیمار در CCU می‌شود (۵۴). نتیجه‌ی تحقیق McClendon و Buckner نشان داد که شدت آشفتگی اخلاقی در موقعیت‌هایی که مربوط به طرز کار پزشکان، طرز کار پرستاران، عوامل سازمانی، مراقبت بیهوده، فریب و مرگ ترحم آمیز بود بالا بود (۵۵). پرستاران خصوصاً در دو موقعیت مربوط به مراقبت بیهوده و فریب احساس آشفتگی اخلاقی خیلی بالاتری داشتند. سطوح بالای آشفتگی اخلاقی پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق Elpern و همکاران با مراقبت از برای بیمارانی که انتظار بهبودی از آن مراقبت‌ها نداشتند ارتباط داشت (۷). آشفتگی اخلاقی پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش به صورت معنی‌دار با سال‌های تجربه‌ی پرستاری ارتباط مثبت داشت. نتیجه‌ی تحقیق Rice و همکاران نیز نشان داد که آشفتگی اخلاقی با افزایش سال‌های تجربه‌ی پرستاری و مراقبت بیماران سرطانی و پیوندی افزایش می‌یافت. بنابراین، آشفتگی اخلاقی از جمله فشارهای روانی حرفه‌ی پرستاری با پیامدهای آسیب‌زای فراوان است. پی‌آمدهایی که در مؤلفه‌های حرفه‌ای و سازمانی بسیار اثرگذار است (۵۶). به عنوان مثال، نتیجه‌ی پژوهش Cummings نشان داد پرستارانی که از آشفتگی اخلاقی در محل کار رنج می‌برند تلاش می‌کنند بخش محل کار خود را در بیمارستان

بوده یا با ارزش‌ها و سیستم‌های اعتقادی آنان تعارض پیدا کند، در این زمان فرد قادر نیست با فشارزاهای روانی کنار آمده یا با آن‌ها مقابله کند. هم‌چنین پرستاران مشارکت‌کننده در تحقیق Elpern و همکاران گزارش دادند که آشفتگی اخلاقی به شدت بر رضایت‌مندی شغلی، نگهداری شغل و رفاه روان‌شناختی و جسمانی، تصویر خود و معنویت اثر می‌گذارد (۷).

در بررسی Corley و همکاران مشخص شد که بین دو متغیر شدت آشفتگی اخلاقی و محیط کار اخلاقی با فراوانی آشفتگی اخلاقی در پرستاران همبستگی مثبت وجود دارد. در این پژوهش سن با شدت آشفتگی اخلاقی رابطه‌ی معکوس داشت (۵۲).

نتیجه‌ی تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی می‌تواند فرسودگی شغلی را در پرستاران پیش‌بینی کند (جدول شماره‌ی ۹). این یافته نیز با پژوهش‌های زیادی همسوست. به عنوان مثال در بررسی Sundin-Huard و همکاران مشخص شد که پرستاران مبتلا به آشفتگی اخلاقی هم در خدمت‌رسانی نامطلوب عمل کرده، هم احساس می‌کنند رنج بیماران طولانی شده است، نتیجه‌ی این رویکرد فرسودگی شغلی است (۱۹). بررسی Corley و همکاران نیز نشان داد که محیط کار اخلاقی می‌تواند شدت آشفتگی اخلاقی را پیش‌بینی کند (۵۲). به همین دلیل است که فرسودگی شغلی سهم بزرگی در مشکلات زندگی حرفه‌ای پرستاران دارد. بدین ترتیب می‌توان اظهار داشت که آشفتگی اخلاقی و آشفتگی حرفه‌ای، زندگی روزمره‌ی پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه را تحت تأثیر قرار می‌دهد و موجب فرسودگی شغلی است.

پژوهش Kälve-mark و همکاران در سوئد نشان داد که مشارکت‌کنندگان در پژوهش تجربه‌ی آشفتگی اخلاقی داشتند (۵۳). هم‌چنین مشخص شد که ممانعت‌های مؤسسه‌ای به تنهایی مسؤول بروز آشفتگی اخلاقی نیست. آن‌ها معتقدند که مطالعه آشفتگی اخلاقی غیر از فرد باید زمینه‌ی اخلاقی را نیز

منابع

- 1- Lerkiatbundi S, Borry P. Moral distress part I: critical literature review on definition, magnitude, antecedents and consequences Thai J Pharma Pract 2009; 1(1): 3-11.
- 2- Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1984.
- 3- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nurs Forum 1987-1988; 23(1): 16-29.
- 4- Erlen JA, Sereika SM. Critical care nurses, ethical decision-making and stress. J Adv Nurs 1997; 26: 953-61.
- 5- Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. West J Nurs Res 2006; 28: 419-48.
- 6- Corley MC, Selig P. Prevalence of principled thinking by critical care nurses. Dimens Crit Care Nurs 1994; 13: 96-103.
- 7- 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.
- 8- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? Nurs Ethics 2000; 7: 360-6.
- 9- Soloman M, O'Donnell L, Jennings B, et al. Decisions near the end of life: professional views on life sustaining treatments. Am J Public Health 1993; 83: 14-23.
- 10- Millette BE. Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. West J Nurs Res 1994; 16: 660-74.
- 11- Fenton M. Moral distress in clinical practice: implications for the nurse administrator. Can J Nurs Adm 1988; 1: 8-11.
- 12- Davies B, Clarke D, Connaughty S, et al. Caring for dying children: nurses' experiences. Pediatr Nurs 1996; 22: 500-7.
- 13- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow-up study with new graduate nurses. J Adv Nurs 1998; 28: 1134-45.
- 14- Perkin RM, Young T, Freier MC, Allen J, Orr RD. Stress and distress in pediatric nurses: lessons from Baby K. Am J Crit Care 1997; 6: 225-32.
- 15- Krishnasamy M. Nursing morality and emotions: phase I and phase II clinical

تغییر دهند (۵۷). 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 ارائه‌ی خدمات به بیماران اثر جدی می‌گذارد.

نتیجه‌گیری

همسو با نتیجه‌ی این تحقیق که در سطور بالا به بخشی از آن‌ها اشاره رفت مشخص شده است که آشفتگی اخلاقی عنصر مهم حرفه‌ی پرستاری است؛ عنصری که با جنبه‌های روان‌شناختی دیگر نظیر سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی رابطه‌ی معنی‌دار دارد. تشخیص آشفتگی اخلاقی به‌عنوان یک مشکل عمده و توسعه‌ی راهکارهای مقابله‌ای، اثرات زیان‌آور آشفتگی اخلاقی را کاهش می‌دهد. مطالعات به‌روشنی نشان داده‌اند که آشفتگی اخلاقی یک مشکل رایج و جدی در حرفه‌ی پرستاری است. همگام با برخی نظریه پردازان (۵۱) راه حلی که برای کاهش یا رفع آشفتگی اخلاقی در این پژوهش پیشنهاد می‌شود مداخلات آموزشی است؛ در همین رابطه West اعتقاد دارد که ورود پرستار از محیط آموزشی مأموس به موقعیت‌های حرفه‌ای موجب می‌شود که وی برای انجام فعالیت‌های درمانی برای بیماران و خانواده‌های آن‌ها با موانعی برخورد کند که در دوره‌ی آموزشی به‌صورت ملموس با آن‌ها مواجه نشده بود (۵۸). ویژگی‌های محیط کاری همراه با خودپنداره‌ی آزمودنی‌ها و احساس ناتوانی در ایجاد مراقبت امن و مؤثر برای بیماران، در آن‌ها آشفتگی اخلاقی ایجاد می‌کند؛ با فراهم آوردن مداخلات آموزشی درگام اول آشفتگی اخلاقی ریشه‌یابی می‌شود و در مراحل بعد می‌توان از اثرات سوء آن جلوگیری کرد. این مداخلات می‌تواند حین تحصیل دانشجویان یا پس از فارغ‌التحصیلی به‌صورت آموزش‌های ضمن خدمت، حضور در کارگاه‌های آموزشی و مشارکت در همایش‌ها و کنگره‌ها به آنان ارائه شود.

- مرتبط با پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی زنجان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۱؛ دوره ۱۰ (شماره ۴۰): ۴۷-۵۱.
- ۲۷- خزاعی ط، خزاعی ط، شریف زاده غ. فرسودگی شغلی پرستاران و برخی عوامل مرتبط با آن. مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۱۳۸۵؛ دوره ۱۳ (شماره ۱): ۵۷-۶۲.
- ۲۸- نصری ص. همه گیر شناسی نشانگان خستگی مزمن و ارتباط آن با مشکلات روان پزشکی در پرستاران. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران ۱۳۸۳؛ دوره ۴ (شماره ۳۶): ۳۳-۲۵.
- ۲۹- رفیعی ف، اسکویی ف، نیک روش م. عوامل مؤثر در پاسخ پرستاران به فرسودگی شغلی: یک مطالعه کیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۵؛ دوره ۱۳ (شماره ۵۳): ۸۸-۹۴.
- 30- Felton JS. Burnout as a clinical entity, its importance in health care workers. *Occup Med* 1998; 8(4): 237-50.
- 31- Lee I, Wang HH. Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *J Nurs Res* 2002; 10(4): 253-60.
- 32- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care health care workers. *Curr Opin Crit Care* 2007; 13(5): 482-8.
- 33- Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* 1979; 37: 1-11.
- 34- Kobasa SC, Maddi SR., Zola MA. Type A and hardiness. *J Behav Med* 1983; 6: 41-51.
- 35- Maddi RS, Wadhwa P, Haier RJ. Relationship of hardiness to alcohol and drug use in adolescents. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1996; 22: 247-57.
- 36- Florian V, Mikulincer M, Taubman O. Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping. *J Pers Soc Psychol* 1995; 68: 687-95.
- 37- Brooks MV. Health-related hardiness and trials and patients with cancer. *Cancer Nurs* 1999; 22: 251-9.
- 16- Anderson SL. Patient advocacy and whistle-blowing in nursing: help for the helpers. *Nurs Forum* 1990; 25: 5-13.
- 17- Fuerst D, Hamric AB, eds. Strategies for coping with moral distress. In: *Managing Moral Distress in Clinical Practice*. Presented at: Nursing Leadership Initiative, UVA Health System. Charlottesville. Virginia; 2001
- 18- Pendry PS. Moral distress: recognizing it to retain nurses. *Nurs Econ* 2007; 25: 217-21.
- 19- Sundin-Huard D, Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: theorizing the relationships. *Int J Nurs Pract* 1999; 5(1): 8-13.
- 20- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs* 1993; 4(4): 542-51.
- 21- Fowler MDM. Moral distress and the shortage of critical care nurses. *Heart Lung* 1989; 18: 314-5.
- 22- Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30 (1): 159-165.
- ۲۳- حکیم شوشتری م، خواجه الدین ن، عربگل ف، الهی ف. ارتباط سندرم فرسودگی شغلی مادران پرستار با مشکلات رفتاری کودکان آنها. فصلنامه تازه های علوم شناختی ۱۳۸۳؛ دوره ۶ (شماره ۱-۲): ۶۷-۷۲.
- ۲۴- طوبایی ش، صحرائیان ع. مقایسه فرسودگی شغلی بین پرستاران بخش های داخلی، جراحی، روانپزشکی و سوختگی. فصلنامه افق دانش ۱۳۸۵؛ دوره ۱۲ (شماره ۴): ۴۵-۴۰.
- ۲۵- محمودی غ، روحی ق، موجرلو م، شیخ ح، رحمانی ح. فرسودگی شغلی پرستاران با شرایط فیزیکی و امکانات تخصصی محیط کار. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان ۱۳۸۵؛ دوره ۸ (شماره ۱۸): ۴۶-۴۰.
- ۲۶- پیامی بوساری م. فرسودگی شغلی و برخی عوامل

- chronic illness: a synthesis of current research. *Nurs Forum* 2003; 38: 11-20.
- ۳۸- حقیقی ج، عطاری ی، رحیمی س، سلیمانی نیال. رابطه‌ی سرسختی و مؤلفه‌های آن با سلامت روانی در دانشجویان پسر دوره‌ی کارشناسی دانشگاه. *مجله‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز* ۱۳۷۸؛ دوره ۴ (شماره ۳۰): ۱۸-۱.
- ۳۹- نوید م. بررسی تأثیر مهارت‌های حل مساله به شیوه‌های گروهی بر پررخاشگری و سرسختی فرزندان دختر ۲۰-۱۲ ساله ساکن در مراکز شبانه‌روزی بهزیستی شهرستان تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، سال ۱۳۸۷.
- ۴۰- عطاری ی، نیسی ع، یوسفی ن، نبوی ج. مقایسه سرسختی روان‌شناختی، هیجان‌خواهی و سنخ شخصیتی الف غیرسمی و سمی در بین مردان و زنان مبتلا به سرطان و افراد عادی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز* ۱۳۸۳؛ شماره ۲: ۱۲۰-۱۰۱.
- ۴۱- آزموده پ. رابطه‌ی جهت‌گیری مذهبی با سرسختی و شادکامی دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی؛ سال ۱۳۸۳.
- ۴۲- شریفی خ، عریضی ح، نامداری ک. بررسی رابطه‌ی بین عملکرد خانواده و سرسختی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. *دانشور رفتار* ۱۳۸۴؛ دوره ۴ (شماره ۱۰): ۸۵-۹۴.
- 43- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4: 280-5.
- ۴۴- کیامرثی آ. ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی و بررسی رابطه‌ی آن با تیپ شخصیتی الف، عزت نفس، شکایات جسمانی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه
- آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، سال ۱۳۷۶.
- ۴۵- کورانیان ف، خسروی ع، اسمعیلی ح. ارتباط بین سرسختی روان‌شناسی، مکان کنترل و فرسودگی شغلی در پرستاران. *مجله علوم پزشکی گناباد* ۱۳۸۱؛ دوره ۱۴ (شماره ۱): ۶۷-۵۸.
- 46- DePew CL, Gordon M, Yoder LH, Goodwin CW. The relationship of burnout, stress, and hardiness in nurses in a military medical center: a replicated descriptive study. *J Bum Care Rehabil* 1999; 20: 515-22.
- 47- Cox KM. Moral distress: strategies for maintaining moral integrity. *Preoper Nurs Clin* 2008; 3(3): 197-203.
- 48- Schwenzer KJ, Wang L. Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Crit Care Med* 2006; 34(12): 2967-73.
- 49- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 2004; 13: 202-8.
- 50- Georges JJ, Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nurs Ethics* 2002; 9(2): 155-78.
- 51- Pearlman B, Hartman EA. Burnout: summary and future research. *Hum Relat* 1982; 35: 283-305.
- 52- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12: 381-90.
- 53- Kälve mark S, Höglund A,T, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58(6)1: 075-84.
- 54- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 2007; 23(5): 256-63.
- 55- McClendon H, Buckner E. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses responses. *Dimens Crit Care Nurs* 2007; 26(5): 199-

- Florida. Dept of Leadership, Counseling and Instructional Technology. The Effect of Moral Distress on Nursing Retention in the Acute Care Setting. University of North Florida; 2009.
- 58- West J. Ethical issues and new nurses: preventing ethical distress in the work environment. *Kans Nurse* 2007; 82(4): 5-8
- 206.
- 56- 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 Manag* 2008; 16(3): 360–73.
- 57- Cummings CL, University of North