

دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار:

یک مطالعه‌ی ارتباطی در پرستاران

سمیه محمدی^۱، فریبا برهانی^۲، لیلی روشن زاده^۳، مصطفی روشن زاده^{۴*}

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

یکی از چالش‌های اخلاقی که پرستاران به واسطه‌ی ماهیت حرفه‌ی خود با آن روبه‌رو هستند؛ دیسترس اخلاقی است. مواجهه‌ی مکرر پرستاران با این پدیده می‌تواند عواقب متفاوتی از جمله سرخوردگی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران را به دنبال داشته باشد. این حالت خود به‌طور مستقیم باعث افت کیفیت مراقبت و اختلال در دستیابی به اهداف سلامتی خواهد شد. لذا در مطالعه‌ی حاضر به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در پرستاران می‌پردازیم.

مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی حاضر بر روی ۲۶۰ پرستار از بخش‌های مراقبت‌های ویژه شهر کرمان که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند صورت گرفته است. در این مطالعه ابزار دیسترس اخلاقی Corley و پرسشنامه خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار Figley برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار گرفته و داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

نتایج این مطالعه حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران، ارتباط مثبت معنی‌داری وجود داشته است ($P < 0/05$). میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی از کل نمره ۵-۰ در ابعاد شدت ($3/5 \pm 0/8$) و در ابعاد تکرار ($3/9 \pm 0/55$) بوده است. میانگین نمره‌ی خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران نیز از کل نمره ۵-۰ ($3/5 \pm 0/68$) بوده است.

توجه به سطح دیسترس اخلاقی و همچنین، ارتباط آن با خستگی از ارائه‌ی مراقبت حاکی از آن است که شرایط ایجاد کننده‌ی دیسترس اخلاقی نقش مهمی در کیفیت مراقبت داشته و باید با ارائه‌ی راه‌کارهایی از بروز این شرایط جلوگیری شود. آگاه کردن پرستاران نسبت به پدیده‌ی دیسترس اخلاقی و عواقب آن و همچنین، انجام مشاوره‌های دوره‌ای نقش مهمی در شناسایی و کنترل دیسترس اخلاقی و در نتیجه عواقب آن خواهد داشت.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی، خستگی، کیفیت مراقبت، پرستاران بخش مراقبت ویژه، اخلاق پرستاری

^۱ کارشناسی ارشد پرستاری، بیمارستان آیت الله کاشانی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد

^۲ استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

^۳ کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند

^۴ مربی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

مقدمه

یکی از معضلات اخلاقی مطرح در حرفه پرستاری دیسترس اخلاقی است و به‌عنوان پدیده‌ای شناخته می‌شود که مانع از عملکرد صحیح اخلاقی افراد علیرغم دارابودن دانش لازم می‌شود (۲، ۱). Schluter و همکارانش بیان می‌کنند که دیسترس اخلاقی احساس دردناکی است حاکی از آن که شرایط پیچیده‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی به راه‌حل مناسبی منتهی نشده و این احساس می‌تواند به‌عنوان یک عامل آسیب‌زا برای پرستاران عمل نماید (۳).

علل متفاوتی می‌توانند در ایجاد دیسترس اخلاقی نقش داشته باشند. از آن جمله می‌توان به کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بالینی، کیفیت نامناسب مراقبت‌های ارائه شده توسط پزشک و پرستار، سهل‌انگاری و خطاهای پزشکی و عدم شایستگی همکاران اشاره نمود (۴). شرایط بیمار و خانواده وی نیز در بروز این شرایط مؤثر هستند. توهین و عدم اعتماد بیمار و خانواده وی نسبت به تیم درمان و هم‌چنین، خواسته‌های متضاد بیمار و خانواده‌اش از تیم درمانی خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز این شرایط باشد (۵).

دისტرس اخلاقی می‌تواند پیامدهای متفاوتی را در پرستاران و بیماران به‌دنبال داشته باشد. دیسترس اخلاقی باعث ایجاد علایمی همانند غمگینی، محرومیت و اضطراب در پرستاران شده و در طولانی‌مدت فرسودگی و نارضایتی شغلی در آنها ایجاد می‌کند (۶). دیسترس اخلاقی علاوه بر پیامدهای نامطلوب برای پرستاران می‌تواند بیماران را نیز تحت تأثیر قرار داده و باعث افت کیفیت مراقبت و مشکلات فراوانی همانند افزایش تعداد روزهای بستری بیماران در بیمارستان و ارائه‌ی مراقبت‌های ناکافی و نامناسب شود (۷). پرستاران در مواجهه با شرایط موجود به‌صورت‌های متفاوتی پاسخ می‌دهند. برخی بر علیه شرایط موجود به مخالفت پرداخته و از شرایط موجود تبعیت نمی‌کنند. برخی دچار

نارضایتی شده و حرفه‌شان را ترک می‌کنند (۸). در این میان تعدادی از پرستاران که علی‌رغم تمایل خود مجبور به تحمل شرایط موجود هستند، تدریجاً از حضور بر بالین بیماران و ارائه‌ی مراقبت به آنها خودداری کرده و در حقیقت دچار نوعی سرخوردگی و خستگی در ارائه‌ی مراقبت به بیماران می‌شوند (۸، ۶).

خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار برای اولین بار توسط Joinson توصیف شده و به شرایطی اطلاق می‌شود که احساس و تجربه‌ی کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به‌واسطه‌ی مشاهده و روبه‌رو شدن با چالش‌های موجود تغییر کرده و با نوعی سرخوردگی مواجه می‌شوند (۹). Figley نیز در تعریف این پدیده بیان می‌کند که خستگی از کمک به بیماران، اثر یا نتیجه‌ی عاطفی از حوادث آسیب‌زای غیرمستقیمی است که به‌واسطه‌ی کمک به بیماران به‌وجود می‌آید. وی این پدیده را تاوان و هزینه‌ای می‌داند که فرد مراقبت‌کننده در ازای کمک به بیماران پرداخت می‌کند (۱۱)، (۱۰). علائم این پدیده متفاوت بوده و می‌تواند به‌صورت عصبی بودن و اضطراب، کج خلقی، خلق متغیر، اشکال در تمرکز، کاهش اعتماد به نفس، فاصله گرفتن از دیگران و علائم فیزیکی همانند سردرد، سرگیجه و ... ظاهر شود (۱۳)، (۱۲).

اگر این پدیده درمان نشود می‌تواند باعث اختلال در عملکرد فرد، آسیب روانی، افت کیفیت و برآیند مراقبت و کاهش کارایی پرستاران شود. به تدریج احساس سنگدلانه‌ای در فرد به‌وجود آمده و شخص نسبت به بیماران بی‌احساس و بی‌تفاوت شده و به سمت فرسودگی سوق داده می‌شود (۱۵)، (۱۴، ۱۰). این پدیده قابل پیشگیری بوده و افراد در مواجهه با این پدیده از مکانیزم‌های متفاوتی استفاده می‌کنند. در این میان عواملی هم‌چون سیستم حمایتی، توانایی فرد برای در میان گذاشتن احساسات خود با دیگران و قدرت مدیریت شرایط

دانسته است (۲۲). Maiden نیز ارتباط بین دیسترس اخلاقی و خستگی از کمک به بیمار را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه معنی‌دار و مثبت گزارش کرده است (۲۳).

با توجه به این‌که یکی از نقش‌های مهم پرستاران نقش ارتباطی و مراقبتی آن‌ها بوده و در حقیقت نمی‌توان این نقش پرستاران را در مواجهه با افرادی که درخواست کمک دارند؛ نادیده گرفت و همچنین، به دلیل این‌که شرایط ایجاد شده به دنبال دیسترس اخلاقی می‌تواند در ارتباط پرستار و بیمار و همچنین، کیفیت ارائه‌ی مراقبت تأثیرگذار باشد؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار در پرستاران صورت گرفته است.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی است که در آذرماه ۱۳۹۲ صورت گرفته است. نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر شامل ۲۹۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان بودند. واحدهای مورد پژوهش به صورت در دسترس و از بخش مراقبت‌های ویژه (ICU, CCU, NICU) و دیالیز) سه بیمارستان باهنر، شفا و افضل‌پور شهر کرمان انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناس پرستاری و داشتن یک‌سال سابقه‌کار در بخش‌های مراقبت ویژه بوده است. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی دو قسمتی است که در بخش اول به بررسی اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، تحصیلات، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و نوع بخش خدمت می‌پردازد. بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی ۲۱ سؤالی دیسترس اخلاقی Corley (۲۴) و پرسشنامه‌ی ۳۰ سؤالی کیفیت زندگی حرفه‌ای (ProQol) است (۲۵). پرسشنامه‌ی دیسترس اخلاقی اولیه در سال ۱۹۹۵ توسط Corley طراحی شده (۲۶) و در سال ۲۰۰۷ نیز توسط وی مورد تجدید نظر قرار گرفته و به ۲۱ سؤال تقلیل یافته است (۲۴). روایی و پایایی این پرسشنامه بارها ارزیابی شده و

ایجاد کننده می‌تواند بر پاسخ فرد در برابر شرایط موجود تأثیرگذار باشد (۹).

مطالعات صورت گرفته حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی پدیده شایعی در پرستاران بوده و باعث فرسودگی شغلی، نارضایتی و کاهش کیفیت مراقبت در بیماران می‌شود (۱۶، ۵). عباس زاده و همکاران پدیده‌ی دیسترس اخلاقی را در میان پرستاران شایع دانسته و آن را در بروز فرسودگی و استرس در پرستاران مؤثر می‌دانند (۱۶). جولایی و همکارانش نیز در مطالعه‌ای به بررسی رابطه بین دیسترس اخلاقی و رضایت شغلی پرداخته و سطح بالای دیسترس اخلاقی در پرستاران را در بروز نارضایتی حرفه‌ای آن‌ها مؤثر معرفی می‌کند (۱۷). Hanna در مطالعه‌ای که با هدف تعیین شرایط ایجاد کننده دیسترس اخلاقی صورت گرفت، عدم توافق بین پرستاران و خانواده‌های بیماران در رابطه با دیدگاه آن‌ها نسبت به مراقبت از بیمار را به عنوان یک منبع مهم دیسترس اخلاقی معرفی می‌کند (۱۸). Corley نیز شرایط دیسترس اخلاقی را موجب اجتناب از برخورد و مواجهه با بیمار و افت کیفیت مراقبت دانسته است (۸). McCarthy و همکارش نیز ترس از مواجهه با بیمار را در شرایط دیسترس اخلاقی به عنوان یک عارضه‌ی خطرناک بیان نموده‌اند (۱۹). در زمینه‌ی خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در ایران مطالعه‌ای یافت نشده است. Maytum و همکاران میزان این پدیده را در پرستاران بالا توصیف کرده‌اند (۲۰). در مطالعه‌ای که در یک گروه از پرستاران بخش‌های انکولوژی در برزیل صورت گرفت مشخص شد که مشاهده درد و رنج دیگران توسط پرستاران می‌تواند باعث افزایش استرس، فشارکاری و خطاکاری آن‌ها شود (۲۱). یک مطالعه نیز در سال ۲۰۱۰ که بر روی پرستاران صورت گرفت بیان نمود که پرستاران به واسطه‌ی کمک به بیماران در معرض خستگی بوده و از این وضعیت خود نیز آگاهی ندارند. این مطالعه مهم‌ترین عامل در ایجاد این پدیده را مربوط به مراقبت از بیماران و همچنین، شرایط بیماران

در ایران مورد استفاده قرار گرفته است. عباس‌زاده و همکاران نیز در مطالعه‌شان این پرسشنامه را ترجمه کرده و آلفای کرونباخ آن را ۹۳ درصد گزارش کرده‌اند (۱۶).

سؤالات این پرسشنامه شامل وضعیت‌هایی است که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را در مواجهه با این وضعیت‌ها می‌سنجد. دامنه نمرات در بعد شدت از اصلاً (صفر) تا بسیار زیاد (پنج) و در بعد تکرار از هرگز (صفر) تا مکرراً (پنج) مرتب شده است. پرسشنامه کیفیت زندگی کاری توسط Figley در سال ۱۹۹۵ طراحی شده و جهت بررسی خستگی از ارائه‌ی مراقبت بارها مورد استفاده قرار گرفته است (۲۳، ۲۲، ۲۰). گزینه‌های آن طبق معیار لیکرت ۶ تایی از صفر (هرگز) تا پنج (همیشه) مرتب شده‌اند. این پرسشنامه از انگلیسی به فارسی و سپس از فارسی به انگلیسی برگردانده شده و دو نسخه از نظر تطابق مورد بررسی قرار گرفتند. روایی و پایایی پرسشنامه پس از ترجمه توسط محقق مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن توسط ۱۰ نفر از اساتید ارزیابی شد و شاخص روایی محتوای آن (CVI) به صورت ۸۷ درصد محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۸۰ درصد محاسبه گردید. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موازین اخلاقی در اختیار پرستاران مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه‌ی پاسخگویی اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای ورود یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. همچنین، ضمن تأکید بر رازداری، به واحدهای مورد پژوهش گفته شد که اطلاعات آن‌ها فقط برای استفاده در مطالعه بوده و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. پرسشنامه‌ها بی‌نام و پس از یک هفته با مراجعه به بخش‌های مربوطه توسط محقق جمع‌آوری شد. طول مدت جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از کل بخش‌ها ۱۰ روز

بوده است. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس) استفاده شد.

نتایج

از کل ۲۹۰ پرسشنامه‌ی توزیع شده ۲۷۴ پرسشنامه جمع‌آوری شده است. از این پرسشنامه‌ها نیز فقط ۲۶۰ پرسشنامه به دلیل کامل بودن اطلاعات قابل استفاده بوده و بقیه از مطالعه حذف شدند. پرستاران مورد پژوهش در دامنه‌ی سنی ۲۵-۴۴ سال قرار داشته و میانگین سنی آن‌ها ۳۲ سال گزارش شد. از نظر جنسیت ۸۷ درصد از پرستاران مورد پژوهش زن و ۱۳ درصد مرد بودند. حداقل و حداکثر تعداد سال‌های خدمت پرستاران ۲-۲۵ سال بوده که میانگین آن ۱۴ سال گزارش شد. از نظر نوع بخش محل خدمت پرستاران به چهار بخش ICU, CCU, NICU و دیالیز تقسیم شدند.

از نظر نوع استخدام نیز پرستاران در سه گروه رسمی، قراردادی و طرحی جای گرفتند. بیش‌ترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران رسمی (۵۳ درصد) و کم‌ترین آن مربوط به پرستاران طرحی (۱۸ درصد) بوده است.

میانگین نمره‌ی شدت دیسترس اخلاقی $3/5 \pm 0/8$ و تکرار دیسترس اخلاقی $3/9 \pm 0/55$ (از کل ۵-۰) بوده است. میانگین نمره‌ی خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در پرستاران $3/72 \pm 0/68$ گزارش شد. ارتباط بین خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار با شدت دیسترس اخلاقی ($F=0/5$) و تکرار دیسترس اخلاقی ($F=0/34$) معنی‌دار بوده است ($P<0/05$).

بین دیسترس اخلاقی و متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه‌ی منفی معنی‌داری دیده شد (جدول شماره‌ی ۱). همچنین، بین دیسترس اخلاقی و نوع بخش رابطه

جدول شماره ۱- ارتباط میانگین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار با سن و تعداد سال‌های خدمت در

پرستاران

مغیبر	دیسترس اخلاقی	خستگی از مراقبت به بیمار
سن	$P=0/03$ $r=-0/15$	$P=0/03$ $r=0/03$
تعداد سال‌های خدمت	$P=0/04$ $r=-0/14$	$P=0/04$ $r=0/04$

معنی‌داری وجود داشته است (جدول شماره ۲).

بین خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران و متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه‌ای مثبت و معنی‌دار وجود داشته است (جدول شماره ۱). بین نوع بخش و جنس با میانگین خستگی از مراقبت از بیماران نیز رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/05$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - میانگین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار بر حسب بخش محل خدمت و جنس

مغیبر	فراوانی	درصد فراوانی	دیسترس اخلاقی (Mean±SD)	خستگی از مراقبت از بیمار (Mean±SD)
مردان	ICU	۱۵۳	۴/۲±۰/۸۸	۳/۹±۰/۶۸
	CCU	۵۶	۱±۰/۵۶	۲/۸±۰/۳۱۶
	NICU	۳۹	۳/۱۸±۰/۴۳	۳±۱/۲
	دیالیز	۱۷	۲/۴۴±۰/۶۶	۳/۱۱±۰/۷۷
	کل	۲۶۰	۱۰۰	$P=0/03$
زنان	زن	۲۲۶	۳/۲۲±۰/۵۱	۳/۵۱±۱/۱
	مرد	۳۴	۴/۲±۰/۶۱	۲/۹۶±۰/۵۸
	کل	۲۶۰	۱۰۰	$P=0/1$

بحث

نارضایتی شغلی مرتبط دانسته و بیان می‌کند که پرستاران به‌دنبال این شرایط از ارائه‌ی مراقبت ناراضی خواهند بود (۸). Maiden در مطالعه‌اش به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت در مراقبت‌کنندگان پرداخته و بیان کرده است که بین این دو پدیده ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد (۲۳). Fuerst نیز در مطالعه‌اش بیان می‌کند که دیسترس اخلاقی در طولانی مدت باعث اثرات پنهانی می‌شود. یکی از این اثرات، دوری از بالین بیمار و

هدف اصلی این مطالعه بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و پدیده خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در پرستاران بوده است. نتایج به‌دست آمده در این زمینه حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. Corley در مطالعه‌اش ضمن بررسی دیسترس اخلاقی و عواقب آن بروز شرایط دیسترس اخلاقی در پرستاران را با

شاکرنیا و همکارانش است (۳۳).

در زمینه‌ی خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران نیز نتایج مطالعات صورت گرفته سطح این پدیده را در طیف بین متوسط به بالا گزارش می‌کند. Maytum و همکارانش در مطالعه‌ای که بر روی پرستارانی که با بیماران مزمن سروکار داشتند؛ سطح این پدیده را در حد متوسط به بالا دانسته و بیان می‌کند که شرایط کاری نقش بسیار مهمی در بروز این پدیده بر عهده داشته و با ارتقای کیفیت شرایط کاری می‌توان سطح آن را کاهش داد (۲۰). Figley نیز در مطالعه‌اش میزان این پدیده را در گروه مراقبت‌کنندگان بالا دانسته و در بیان مکانیزم‌های سازگاری با آن آشناسازی پرستاران با این پدیده و همچنین، ارتقای شرایط کاری را ذکر می‌کند (۱۳). Alexander نیز در پرستاران واحد اورژانس سطح آن را متوسط گزارش کرده است (۳۴). Meldrum و همکارانش نیز ضمن بررسی این پدیده در مدیران بخش‌های روان‌پزشکی، میزان آن را بالا دانسته‌اند (۳۵).

بررسی ارتباط دیسترس با متغیرهای دموگرافیک سن و تعداد سال‌های خدمت حاکی از آن است که بین میانگین دیسترس اخلاقی با سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه منفی معنی‌داری وجود دارد که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت واحدهای پژوهش دیسترس کاهش می‌یابد. Ricc و همکارانش در مطالعه‌ی بین دیسترس اخلاقی با سن رابطه معنی‌داری مشاهده نکردند ولی رابطه بین شدت دیسترس اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار دانسته و بیان می‌کنند که افزایش تعداد سال‌های خدمت خود باعث افزایش تجربه‌ی کاری پرستاران شده و تطابق فرد را با عوامل دیسترس‌زا افزایش داده و فرد به دنبال آن کم‌تر دچار دیسترس اخلاقی می‌شود (۳۶). در مطالعه‌ی دیگری نیز ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت با شدت دیسترس اخلاقی معنی‌دار معرفی و بیان شده که با افزایش سن و تجربه کاری دیسترس اخلاقی کاهش می‌یابد (۳۷). در مطالعه‌ی دیگری نیز رابطه‌ی

آشناگی از اجرای مراقبت است (۲۷). Lazzarin & Biondi نیز در مطالعه‌ی خود بیان می‌کنند که یکی از راه‌های مقابله پرستاران با شرایط دیسترس اخلاقی فرار از اجرای مراقبت و دستورات پزشکان است. وی بیان می‌کند که پرستاران در حالت عادی از ارائه خدمت به بیماران لذت می‌برند ولی شرایط دیسترس‌زای حاکم بر محیط کاری نوعی مانع برای اجرای مراقبت محسوب می‌شود (۲۸). Rushton در مطالعه‌ای که بر روی مدیران پرستاری صورت گرفت معتقد است که تجارب افراد از شرایط دیسترس‌زا می‌تواند نقش مهمی در اصلاح و رشد حرفه‌ای آن‌ها داشته و با ترویج ارزش‌های مثبت، باعث ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران شود (۲۹). Harding نیز یادآوری شرایط دیسترس اخلاقی را در بهبود عملکرد پرستاران مؤثر دانسته است. در این زمینه می‌توان به این نکته اشاره کرد که شرایط دیسترس‌زای محیط مراقبتی می‌تواند در کیفیت مراقبت ارائه‌شده مؤثر باشد، ولی باید ویژگی‌های افراد و میزان دیسترس اخلاقی نیز در نظر گرفته شود (۳۰).

در این مطالعه سطح دیسترس اخلاقی و خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در حد متوسط بوده است. در زمینه دیسترس اخلاقی مطالعات حاکی از سطح متوسط به بالای آن در پرستاران است. در مطالعه‌ای که توسط Elpern و همکارانش صورت گرفت شرکت‌کنندگان سطح متوسطی از دیسترس اخلاقی را گزارش کردند (۳۱). همچنین، در مطالعه دیگری که در سال ۲۰۰۷ بر روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان صورت گرفت میزان دیسترس اخلاقی در سطح بالا گزارش شده است (۵). عباس‌زاده و همکاران نیز سطح این پدیده را در پرستاران متوسط به بالا گزارش کرده‌اند (۱۶) که با مطالعه‌ی بیکمرادی و همکارانش همخوانی دارد (۳۲). جولایی و همکارانش نیز شیوع این پدیده را در پرستاران در حد متوسط و بالا گزارش کرده و تأثیر آن را بر رضایت و عملکرد پرستاران منفی دانسته‌اند (۱۷) که همسو با مطالعه‌ی

تعداد سال‌های خدمت که به‌دنبال آن مواجه با بیماران افزایش می‌یابد، در کنار افزایش سن می‌تواند باعث نوعی خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران شود (۲۲). Meldrum و همکاران نیز بیان می‌کنند که افراد در انتهای سال‌های خدمت خود با مجموعه‌ای از خاطرات شغلی ناخوشایند روبه‌رو می‌شوند که می‌تواند فرد را متاثر ساخته و نوعی تعارض در ماهیت کمک‌رسانی و محبت به بیماران ایجاد کند (۳۵).

ارتباط بین خستگی از کمک به بیماران و متغیر جنس نشان‌دهنده ارتباط مثبت معنی‌دار بین آن‌ها بوده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که میزان خستگی از ارائه‌ی مراقبت در زنان بیش‌تر از مردان بوده است. Alexander نیز میزان این پدیده را در زنان بالاتر از مردان دانسته است (۳۴). Abendroth و همکارش نیز ضمن بیان این موضوع اشاره کرده‌اند که این پدیده می‌تواند ناشی از ساختارهای شخصیتی متفاوت زنان نسبت به مردان باشد. زنان نسبت به مردان به میزان بیش‌تری تحت تأثیر شرایط عاطفی و هیجانی بیماران قرار گرفته و از آن متاثر می‌شوند. همچنین، شاید زنان به‌واسطه‌ی بکارگیری احساسات و عواطف در مواجهه و همدردی با بیماران و شرایط آن‌ها بیش‌تر تحت تأثیر وضعیت بیماران قرار گرفته و در نتیجه احتمال بروز خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران در آن‌ها بیش‌تر است (۱۲).

نتایج به‌دست آمده در مورد خستگی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران و نوع بخش‌حاکمی از ارتباط مثبت معنی‌دار بین این متغیرها است. بخش ICU نسبت به سایر بخش‌های مراقبت‌های ویژه از سطح بالاتری از خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران برخوردار است. Maytum و همکاران این پدیده را در بخش سالمندان بالاتر دانسته‌اند (۲۰). Yoder نیز این پدیده را در بخش‌هایی که با شرایط حاد سروکار دارند بالاتر دانسته و همچنین، بیان کرده است که عدم رضایت شغلی ناشی از شرایط کاری می‌تواند در این پدیده مؤثر باشد (۲۲). این خود می‌تواند ناشی از شرایط حادث‌تر این بخش‌ها در

بین سن و تعداد سال‌های خدمت مثبت و معنی‌دار معرفی شده و بیان شده است که با افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت شدت دیسترس افزایش می‌یابد (۳۱).

در این مطالعه بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی و نوع بخش محل خدمت معنی‌دار بوده و حاکی از آن است که بیش‌ترین نمره‌ی دیسترس اخلاقی مربوط به بخش ICU بوده است. Elpern و همکاران در مطالعه خود میزان دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بالا گزارش کرده‌اند. آن‌ها شرایط مراقبتی خاص موجود در این بخش‌ها را عامل این نتیجه معرفی کرده‌اند (۳۱). مطالعات دیگر نیز که میزان دیسترس اخلاقی را در بخش‌های داخلی - جراحی و مراقبت‌های ویژه مورد بررسی قرار داده‌اند، میزان آن را در سطح بالا گزارش کرده‌اند (۳۸، ۳۷). برهانی و همکاران نیز سطح دیسترس اخلاقی را در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بالا دانسته و بیان می‌کنند که نوع مراقبت ارائه شده توسط پرستاران در این بخش‌ها به‌دلیل این که پرستاران را با چالش‌های اخلاقی بیش‌تری مواجه می‌کند می‌تواند زمینه‌ساز بروز شرایط دیسترس در آن‌ها شود (۳۹) که با نتایج مطالعه‌ی Russell در پرستاران علوم اعصاب همخوانی دارد (۴۰). عباس‌زاده و همکاران نیز دیسترس بالای اخلاقی را در بخش مراقبت‌های ویژه ناشی از شرایط حاد مراقبتی بیماران این بخش‌ها دانسته‌اند (۱۶).

در زمینه‌ی ارتباط بین خستگی ناشی از کمک به بیماران با متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت، نتایج حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار مثبتی است. Abendroth و همکارش ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت را با خستگی ناشی از کمک به بیماران مثبت ارزیابی کرده و بیان می‌کنند که هر چه سن افراد بالاتر می‌رود؛ به‌دلیل تغییرات فردی و شخصیتی که در فرد رخ می‌دهد؛ توان رویارویی وی با حوادث استرس‌زای بیماران و تطابق مؤثر با آن‌ها کاهش می‌یابد (۱۲). Yoder نیز این ارتباط را مثبت گزارش کرده و بیان می‌کند که افزایش

مقایسه با سایر بخش‌های مراقبت‌های ویژه باشد. بیماران بخش مراقبت‌های ویژه از وضعیت بحرانی‌تری نسبت به سایر بخش‌ها برخوردار بوده و در نتیجه پرستاران این بخش‌ها نیز در معرض میزان بالاتری از وقایع استرس‌زا قرار داشته و به طبع آن میزان بروز خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت در آن‌ها بیش‌تر خواهد بود. از طرف دیگر طول مدت بستری بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه نسبت به بیماران سایر بخش‌ها بیش‌تر بوده و شاید این مدت زمان طولانی، تماس پرستاران را با آن‌ها افزایش داده و خود زمینه‌ساز این پدیده در طولانی مدت باشد.

نتیجه‌گیری

بررسی نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بین دیسترس اخلاقی و خستگی ناشی از ارائه‌ی کمک به بیماران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. میانگین دیسترس اخلاقی و هم‌چنین، خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت به بیمار در حد متوسط بوده است. ارتباط این پدیده با متغیرهای دموگرافیک نیز حاکی از آن است که این پدیده می‌تواند با توجه به سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت و نوع بخش محل خدمت تفاوت معناداری داشته باشد. این ارتباط می‌تواند حاکی از این موضوع باشد که دیسترس اخلاقی می‌تواند با خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت توسط پرستاران ارتباط داشته و در نتیجه کیفیت ارائه‌ی مراقبت توسط آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. هم‌چنین، احتمال بروز این پدیده در بخش مراقبت‌های ویژه بیش‌تر بوده و در نتیجه، این بخش‌ها از نظر کیفیت مراقبت در معرض خطر بیش‌تری قرار داشته و نیاز به حمایت بیش‌تری دارند.

توجه به این نتایج، لزوم بکارگیری راهکارهایی در جهت کاهش دیسترس اخلاقی و خستگی ناشی از ارائه‌ی مراقبت به بیماران طلب می‌نماید. ارائه‌ی آموزش به پرستاران در این زمینه و هم‌چنین، مشاوره‌های دوره‌ای برای پرستاران و ایجاد تمهیداتی همانند تغییر بخش خواهد توانست در مدیریت کردن شرایط دیسترس‌زا و خستگی پرستاران از ارائه‌ی مراقبت به بیمار نقش مؤثری ایفا نماید.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه‌ی پرستاران و افرادی که در این مطالعه ما را یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌شود.

- 15- Schwam K. The phenomenon of compassion fatigue in preoperative nursing. *AORN J* 1998; 68(4): 642-45.
- 16- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(2):57-66. [In Persian]
- 17- Joolae S, Jalili HR, Rafii F, Rafii F, Hajibabae F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Hayat* 2012; 18(1): 42-51. [In Persian]
- 18- Hanna DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract* 2004; 18(1): 73-93.
- 19- McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15(2): 254-62.
- 20- Maytum J, Heiman H, Garwick AW. Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *J Pediatr Health Care* 2004; 18(4): 172-9.
- 21- de Carvalho EC, Muller M, de Carvalho PB, de Souza Melo A. Stress in the professional practice of oncology nursing. *Cancer Nurs* 2005; 28(3): 187-92.
- 22- Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res* 2010; 23(4): 191-7.
- 23- Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry in to moral distress, compassion fatigue, medication error and critical care nursing, [dissertation]. Hahn School of Nursing and Health Science University of San Diego, 2008.
- 24- Corley MC, Hamric AB. Information on shortened form of Corley's moral distress scale. Unpublished manuscript, University of Virginia. <http://docs.askives.com/what-is-units-of-distress-scale.html> (accessed in 2014)
- 25- Stamm BH. The ProQOL manual: The Professional Quality of Life Scale. Sidran Press. http://www.isu.edu/~bhstamm/documents/proqol/ProQOL_Manual_Oct05.pdf (accessed in 2006)
- 26- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. *Am J Crit Care* 1995; 4(4): 280-5.
- 27- Furst LR. Idioms of Distress: Psychosomatic Disorders in Medical and Imaginative Literature. Suny Press; 2012.
- 28- Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral
- 1- Jameton A. *Nursing Practice: the Ethical Issues* Englewood cliffs. NJ: Prentice-Hall; 1984.
- 2- Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(2): 8.
- 3- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-21.
- 4- Harrowing JN, Mill J. Moral distress among Ugandan nurses providing HIV care: a critical ethnography. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(6): 723-73.
- 5- Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver' experience. *J Perinatol* 2007; 27(4): 203-8.
- 6- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos* 2006. <http://www.mubs.ac.uk/procdocs/Moral%20Distress/Moral%20distress%20in%20nurses.pdf> (accessed in 2014)
- 7- Epstein EG, Hamric AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009; 20(4): 330-42.
- 8- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.
- 9- Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing* 1992; 22(4): 118-21.
- 10- Figley CR. *Treating Compassion Fatigue*. Great Britain: Brunner-Routledge; 2002.
- 11- Marjorie R, Rothschild B. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*. W W Norton & Company Incorporated; 2006, p. 181-183.
- 12- Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: a study of hospice nurses. *J Hospice Palliat Nurs* 2006; 8(6): 346-56.
- 13- Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York: Routledge; 1995.
- 14- Marchand CH. An Investigation of the Influence of Compassion Fatigue due to Secondary Traumatic Stress on the Canadian Youth Worker 2007:13. <http://marchandchris.tripod.com/PDF/CompassionFatiguehistoryconcept.pdf> (accessed in 2014)

- 35- Meldrum L, King R, Spooner D. Compassion fatigue in community mental health case managers. In: Figley CR, ed. *Treating Compassion Fatigue*. GB: Brunner-Rutledge; 2002.
- 36- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergrast 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.
- 37- Ferrell BR. Understanding the moral distress of nurses witnessing medically futile care. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(5): 922-30.
- 38- Cummings CL. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting [dissertation]. North Florida (USA). University of North Florida; 2009.
- 39- Borhani F, Abbaszadeh A, NakhaeeN, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. *J Med Ethics Hist Med* 2014; 7: 3.
- 40- Russell, AC. Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. *J Neurosci Nurs* 2012; 44(1): 15-24.
- distress in nurses in oncology and haematology units. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 183-95.
- 29- Rushton CH. Defining and addressing moral distress: tools for critical care nursing leaders. *AACN Adv Crit Care* 2006; 17(2): 161-8.
- 30- Harding S. Value-laden technologies and the politics of nursing. In: *Nursing: Images and Ideals*. New York: Springer Publishing; 1980, 49-75.
- 31- 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.
- 32- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi M. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5 (2): 58-69. [In Persian]
- 33- Shakeriniya I. The relationship between ethical conflicts, moral distress, and occupational stress in nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 4(0): 56-69. [In Persian]
- 34- Alexander M. Compassion fatigue experienced by emergency department nurses who provided care during and after the hurricane season of 2005. <http://diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2432&context=etd> (accessed in 2012)

Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses

Somayeh Mohammadi¹, Fariba Borhani², Leili Roshanzadeh³, Mostafa Roshanzadeh^{*4}

¹MSC, Ayatollah Kashani Hospital, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord Iran,

²Assistant Professor, Department of Internal-Surgery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³BS, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran;

⁴Mentor, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

Abstract

Moral distress is one of the ethical challenges that nurses face due to the nature of their career. Nurses' frequent confrontation with this phenomenon can have different outcomes such as frustration and boredom in providing patient care. This will lead directly to a decline in care quality and can hamper the accomplishment of health goals. Therefore, the present study examined the relationship between moral distress and compassion fatigue in nurses.

This cross-sectional study was conducted on 260 nurses of intensive care units in Kerman who were selected through convenience sampling method. In this study, Corley's moral distress scale and Figley's Compassion Fatigue Scale were used for data collection. The collected data were analyzed using the SPSS software and descriptive and analytical statistics.

The results of this study indicate that there is a significantly positive relationship between moral distress and compassion fatigue ($P < 0.05$). From a total range of 0 to 5, the average score of moral distress was 3.5 ± 0.8 in terms of intensity, and 3.9 ± 0.55 in terms of frequency. The mean of compassion fatigue score was 3.5 ± 0.68 from a range of 0 to 5.

Moral distress and its association with compassion fatigue suggest that conditions contributing to moral distress can have an important role in the quality of care. It is clear that strategies should be adopted to prevent the occurrence of these conditions. Informing nurses about moral distress and its consequences as well as periodic consultations will play an important part in the identification and management of moral distress and its consequences.

Keywords: moral distress, compassion fatigue, quality of care, intensive care unit nurses, nursing ethics

*Email: mroshanzadeh62@bums.ac.ir