

The relationship between moral distress and burnout in clinical nurses in the Shahroud city

Sadeghi M¹, *Ebrahimi H², Abbasi M³

1- MSc in Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

2-Associate Professor of Nursing, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran (**Corresponding author**)

E-mail: h_ebrahimi43@yahoo.com

3- Associate Professor, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.

Abstract

Introduction: Stressful ethical situations is one of the problems of nursing profession which can cause serious consequences in the long term. This study was conducted to determine the relationship between moral distress and burnout in clinical nurses in the Shahroud city.

Method: This cross-sectional analytical study was conducted on 184 nurses working in Imam Hossein in the Shahroud city in 2013-2014. The instrument of collecting data was consisted of demographic and occupational form, Corley moral distress and Maslach burnout questionnaires. After collecting information, Data were analyzed with using descriptive statics and Pearson correlation coefficient.

Results: The total mean of moral distress among nurses under study was 1.89 ± 0.17 in repeated dimension and 1.96 ± 0.21 in intensity dimension Which indicates the average level of moral tension in both. The amount of burnout in nurses was moderate in most dimensions too. a significant positive correlation between ethical tensions (frequency, intensity and total score) with Burnout in dimensions of emotional exhaustion and depersonalization and a significant negative correlation in individual unsuccessful dimension.

Conclusion: Considering the significant correlation between moral distress with all aspects of burnout in nurses, applicable and application programs such as necessary training on how to deal with tensions in clinical ethics and activate the ethics committees in health centers in order to prevent this syndrome in nurses is necessary.

Keywords: Moral stress, burnout, nurse.

Received: 4 June 2015

Accepted: 6 December 2015

ارتباط تنش اخلاقی با فرسودگی شغلی در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود

مهدی صادقی^۱، *حسین ابراهیمی^۲، محمد عباسی^۳

۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

۲- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و اجتماعی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: h_brahimia43@yahoo.com

۳- استادیار، دکتری تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران.

نشریه پژوهش پرستاری دوره یازدهم، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۳۹۵، ۷۸-۸۷

چکیده

مقدمه: موقعیت‌های اخلاقی تنش‌زا یکی از مسایل و مضامین حرفه پرستاری به شمار می‌رود که می‌تواند در بلند مدت آثار و عواقب جدی در پی داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط تنش اخلاقی با فرسودگی شغلی در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود انجام شد. **روش:** این مطالعه تحلیلی - مقطعی بر روی ۱۸۴ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۳ انجام شد. ابزار مورد استفاده شامل فرم اطلاعات فردی و شغلی، پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی و پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ بود. پس از جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت. **یافته‌ها:** میانگین کلی تنش اخلاقی در پرستاران تحت مطالعه در بعد تکرار $0/17 \pm 1/89$ و در بعد شدت $0/21 \pm 1/96$ بود که نشان دهنده سطح متوسط تنش اخلاقی در هر دو بعد فوق است. همچنین میزان فرسودگی شغلی پرستاران در اکثر ابعاد در سطح متوسط قرار داشت. همبستگی مثبت معنی‌دار بین تنش اخلاقی (تکرار، شدت و نمره کل) با فرسودگی شغلی در ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و ارتباط معنادار و همبستگی منفی با بعد عدم موفقیت فردی وجود داشت. **نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط معنی‌دار بین تنش اخلاقی با تمام ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران، تدوین برنامه‌های قابل اجرا و کاربردی همچون آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی رویارویی با تنش‌های اخلاقی در محیط بالین و فعال نمودن کمیته‌های اخلاق در مراکز درمانی به منظور پیشگیری از بروز این سندروم در پرستاران ضروری است.

کلید واژه‌ها: تنش اخلاقی، فرسودگی شغلی، پرستار.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۴

مقدمه

یکی از مهم‌ترین منابع ایجاد تنش، شغل است و پرستاری از جمله مشاغل پر تنش است، چرا که پرستار فردی است که مسئول کنترل و پایش بیست و چهار ساعته بیماران می‌باشد و طبعاً بطور مستمر در معرض عوامل متعدد تنش‌زا قرار می‌گیرد (۱). در حرفه پرستاری عوامل تنش‌زای فراوانی وجود دارد که تأثیرات نامطلوبی را در کارکنان به جا می‌گذارد. یکی از این تنش‌ها تنش اخلاقی است که با ابعاد مختلف مسائل اخلاقی ارتباط دارد (۲).

تنش اخلاقی (Moral stress) در پرستاری از سال ۱۹۸۰ به بعد بطور گسترده مورد توجه قرار گرفت. Jameton برای اولین بار در سال ۱۹۸۴ به تعریف این مفهوم پرداخت (۳). جامتون عقیده داشت که تنش اخلاقی به دلیل عواملی سازمانی از قبیل کمبود وقت، کمبود حمایت مدیران، قدرت پزشکان، قوانین موسسه‌ای و محدودیت‌های قانونی بوجود می‌آید. وی معتقد بود که تنش اخلاقی باعث ایجاد احساس ناخوشایند می‌شود که می‌تواند سبب عصبانیت، ناامیدی، اضطراب، سردرد، تغییرات گوارشی، غم و اندوه، احساس سرخوردگی، افسردگی و خطای اخلاقی گردد. همچنین معتقد بود که منبع تنش اخلاقی برای پرستاران در محیط‌های بهداشتی ایجاد تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یک سو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز از سوی دیگر است (۴). بنابراین تنش اخلاقی، پرستاران را در وضعیت عدم تعادل روانی قرار می‌دهد و مانع انجام اعمال و تصمیمات درست توسط آنان می‌شود و یا ناچاراً کاری را انجام می‌دهند که اعتقاد به اشتباه بودن آن دارند (۵). این اجبار ممکن است ناشی از نداشتن وقت و انرژی برای انجام آن عمل و یا قوانین سازمانی باشد. تنش‌های اخلاقی با ایجاد استرس‌های طولانی و شدید، افراد را در معرض ابتلاء به خستگی عاطفی، احساس گناه، مشکلات روانی، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و ترک شغل قرار می‌دهد (۵۶).

تنش اخلاقی تأثیر منفی بر کیفیت کار پرستاران از جمله مراقبت از بیماران دارد (۷). همچنین مشکلاتی مثل کاهش عزت نفس، اختلال در روابط بین فردی، عوارض روحی روانی، علایم جسمی و تغییر رفتار (۳) بی‌ثباتی، سردرگمی و تنش در صورت حل نشدن مسائل اخلاقی در پرستاران بوجود خواهد آمد (۸) و مواجهه‌ی

مداوم با تنش‌های اخلاقی می‌تواند پرستاران را در معرض فرسودگی شغلی و ناراضی‌تبی قرار داده و موقعیت حرفه‌ای آن‌ها را به خطر اندازد (۹).

از طرف دیگر فرسودگی شغلی یکی از عوامل اساسی در کاهش کارایی و از دست رفتن نیروی انسانی و ایجاد عوارض جسمی و روانی است (۱۰). شناخت و پیشگیری از فرسودگی شغلی در ارتقای بهداشت روانی افراد و ارتقای سطح کیفیت خدمات ارائه شده نقش بسزایی خواهد داشت (۱۱). این سندرم معمولاً با علائم غیر اختصاصی از قبیل بی‌خوابی، سردرد، اقدام به تغییر شغل، افسردگی، از دست دادن میل جنسی، ترس، بی‌تفاوتی و مشکلات خانوادگی همراه می‌شود. عواقب فرسودگی شغلی می‌تواند شامل احساس تنهایی، اضطراب، بیگانگی، ناتوانی جنسی، بی‌تفاوتی، پرخاشگری، بدبینی و انزوا، اختلالات خلق، مشکلات فیزیولوژیک (علائم قلبی عروقی و تنفسی)، اختلالات ایمنی (خطر بالای ابتلاء به عفونت)، علائم عضلانی، درد گردن و پشت باشد (۱۲). همچنین فرسودگی شغلی می‌تواند با افزایش غیبت، کاهش انرژی و بازده کاری به افت کیفیت مراقبت از بیماران منجر گردد (۱۳).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف درمانی، در معرض خطر سندرم فرسودگی شغلی قرار دارند. از جمله در تحقیق Garrosa و همکاران (۲۰۰۸) میزان بالایی از فرسودگی شغلی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد بررسی مشاهده شد (۱۴). همچنین مطالعه Wingenfeld (۲۰۰۹) در آلمان (۱۵)، Shimomitsu (۲۰۰۳) در ژاپن (۱۶) و مطالعات متعدد در ایران (۱۷-۱۹) شیوع سندرم فرسودگی شغلی در پرستاران را گزارش نموده‌اند. در همین راستا Corley و همکاران (۲۰۰۵) در تحقیق خود عوارضی همچون افسردگی، استرس شغلی و عدم رضایت شغلی در پرستاران را با وجود تنش‌های اخلاقی در محیط کاری مرتبط دانسته‌اند (۲۰). نتیجه یک مطالعه نیز بروز افسردگی و ترک شغل پرستاران را در اثر سطوح بالای استرس شغلی و تنش اخلاقی آن‌ها تأیید کرده است (۲۱).

با توجه به اهمیت بسیار زیاد موضوع تنش اخلاقی در حرفه پرستاری، انجام مطالعات گسترده با توجه به کمی تحقیقات داخلی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین شرایط خاص کاری پرستاران در جامعه ما از جهات مختلف فرهنگی، سازمانی و غیره

روش روایی محتوا انجام و ضریب پایایی آن نیز به روش آزمون مجدد و آلفای کرونباخ $0/93$ به دست آمده بود (۹،۲۲). همچنین پایایی ابزار روش ضریب آلفای کرونباخ توسط جلیلی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در مطالعه انجام شده بر روی پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران $0/86$ بدست آمده بود (۲۳) که نشان دهنده پایایی مناسب این پرسشنامه است.

پرسشنامه استاندارد فرسودگی شغلی ماسلاچ Maslach

نیز شامل ۲۲ گویه (۹ گویه تحلیل فردی، ۶ گویه مسخ شخصیت و ۷ گویه عدم موفقیت فردی) بود. این پرسشنامه متداول ترین ابزار سنجش فرسودگی شغلی در میان افراد مختلف با سوابق شغلی و حرفه ای متفاوت است (۲۴) و قابلیت استفاده در تحقیقات فرسودگی شغلی در ایرانیان فارسی زبان را دارد (۲۵). فراوانی هر یک از گویه های فرسودگی شغلی با استفاده از درجه بندی ۶ نمره ای (۰ = هرگز، ۶ = هر روز) و شدت به وسیله درجه بندی ۷ نمره ای (۰ = هرگز، ۶ = خیلی شدید) تعیین گردید که کسب نمرات بالاتر در ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و نمره پایین تر در بعد عدم موفقیت فردی، نشان دهنده بالاتر بودن میزان فرسودگی شغلی است. پس از تشریح اهداف و ماهیت پژوهش به افراد و اخذ رضایت آگاهانه از آنها، به کلیه افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده محرمانه باقی خواهد ماند. جمع آوری اطلاعات بصورت خودگزارش دهی بود و پژوهشگر پس از در اختیار قرار دادن پرسشنامه ها، از پرستاران خواسته شد در فرصت زمانی مناسب و در کمال آرامش و با دقت پرسشنامه ها را تکمیل نمایند و به این منظور به آنها فرصت زمانی سه روزه داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه ها، اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین سطح معنی داری، کمتر از $0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته ها

اطلاعات به دست آمده از مطالعه حاضر نشان می دهد میانگین سن پرستاران تحت پژوهش $4/57 \pm 31/86$ و اکثر آنها زن ($89/7\%$) و متأهل ($66/3\%$) بودند (جدول شماره ۱).

می تواند زمینه ساز مشکلات خاص اخلاقی و عواقب منفی آن بر کیفیت مراقبت و شرایط حرفه ای آنها گردد که انجام مطالعات در جهت آشکار شدن هر چه بیشتر تنش های اخلاقی بر موضوعات مهمی همچون فرسودگی شغلی الزامی است. با عنایت به موارد ذکر شده و کمبود مطالعات داخلی، پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران بالینی شهرستان شاهرود انجام شد.

روش مطالعه

در این پژوهش تحلیلی-مقطعی، ۱۸۴ پرستار شاغل در بیمارستان امام حسین (ع) شهرستان شاهرود در سال ۱۳۹۳ مورد بررسی قرار گرفتند. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در تمامی بخش های بالینی بودند و نمونه پژوهش شامل افرادی بود که حداقل مدرک لیسانس رشته پرستاری و یک سال سابقه کار بالینی و ۶ ماه حضور مداوم در بخش محل خدمت را در مرکز فوق داشتند. نمونه گیری بطور سرشماری از کلیه پرستاران واجد شرایط صورت پذیرفت و روش نمونه گیری نیز از نوع طبقه ای با تخصیص مناسب بود که متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخش های مختلف بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم جمع آوری اطلاعات فردی (سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه کار، متوسط ساعات کاری در ماه و نوع استخدام)، پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی و پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ بود. در پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی فراوانی و شدت تنش اخلاقی بر اساس مقیاس لیکرت چهار گزینه ای بود و گزینه ها در بعد فراوانی، از هرگز مواجه نشده ام (نمره معادل صفر) تا بسیار مواجه شده ام (نمره معادل چهار) و در بعد شدت، از تنشی در من ایجاد نمی کند (معادل نمره صفر) تا تنش بسیار زیادی در من ایجاد می کند (نمره معادل چهار) امتیازبندی شده است. در این پژوهش نمره افراد با توجه به میانگین ۲۴ سوال موجود در پرسشنامه بین صفر تا چهار بوده و بر اساس نمره، میزان تنش اخلاقی به چهار دسته کم (۰-۱)، متوسط (۲-۱۰/۱)، زیاد (۳-۲۰/۱) و خیلی زیاد (۴-۳۰/۱) طبقه بندی شدند که نمره بالاتر نشانه شدت و فراوانی بیشتر تنش اخلاقی در فرد است.

روایی پرسشنامه کورلی در مطالعات انجام شده در ایران به

جدول ۱: مشخصات فردی و مرتبط شغلی پرستاران تحت پژوهش

متغیر		تعداد (درصد)
سن (سال)	کمتر از ۳۰	۹۸ (۵۳/۳٪)
	بیشتر از ۳۰	۸۶ (۴۶/۷٪)
جنس	مرد	۲۶ (۱۴/۱٪)
	زن	۱۶۵ (۸۵/۹٪)
وضعیت تأهل	مجرد	۶۲ (۳۳/۷٪)
	متاهل	۱۲۲ (۶۶/۳٪)
وضعیت استخدام	طرحی	۴۷ (۲۵/۵٪)
	پیمانی/رسمی	۸۲ (۴۴/۶٪)
	قراردادی	۵۵ (۲۹/۹٪)
سابقه کار (سال)	کمتر از ۸	۱۱۲ (۶۰/۹٪)
	بیشتر از ۸	۷۲ (۳۹/۱٪)
متوسط ساعات کاری در ماه	کمتر از ۲۲۰	۷۹ (۴۲/۹٪)
	بیشتر از ۲۲۰	۱۰۵ (۵۷/۱٪)

میانگین کلی فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران مورد پژوهش به ترتیب $1/79 \pm 0/21$ و $1/96 \pm 0/21$ بود که نشان دهنده سطح متوسط تنش اخلاقی در هر دو بعد فوق است. همچنین بر اساس نتایج جدول شماره ۲ فرسودگی شغلی پرستاران در مطالعه حاضر در بعد تکرار از نظر خستگی عاطفی و مسخ شخصیت در سطح متوسط و از نظر متغیر عدم موفقیت فردی پایین بود. در بعد شدت فرسودگی شغلی نیز، میزان هر سه بعد فوق در سطح متوسط قرار داشت. همچنین بر اساس یافته‌های مطالعه، همبستگی مثبت معنی‌دار بین تنش اخلاقی (تکرار، شدت و نمره کل) با فرسودگی شغلی در ابعاد خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و ارتباط معنادار و همبستگی منفی با عدم موفقیت فردی در هر دو بعد تکرار و شدت تنش اخلاقی وجود داشت (جدول شماره ۲).

جدول ۲: ارتباط فراوانی و شدت تنش اخلاقی با ابعاد فرسودگی شغلی پرستاران تحت مطالعه

تنش اخلاقی			ضریب همبستگی پیرسون / P_value		
نمره کل	شدت	تکرار			
$r=0/51$ $p<0/001$ $r=0/59$ $p<0/001$ $r=-0/54$ $p=0/02$	$r=0/46$ $p=0/02$ $r=0/54$ $p=0/01$ $r=0/51$ $p=0/01$	$r=0/69$ $p<0/001$ $r=0/71$ $p<0/001$ $r=0/52$ $p=0/04$	$27/32 \pm 14/17$ $8/86 \pm 5/25$ $31/42 \pm 14/34$	خستگی عاطفی مسخ شخصیت عدم موفقیت فردی	فرسودگی شغلی (تکرار)
$r=0/58$ $p<0/001$ $r=0/56$ $p<0/001$ $r=-0/64$ $p=0/01$	$r=0/55$ $p=0/01$ $r=0/54$ $p=0/02$ $r=0/57$ $p=0/02$	$r=0/56$ $p<0/001$ $r=0/54$ $p<0/001$ $r=0/61$ $p=0/01$	$37/54 \pm 15/24$ $10/47 \pm 0/26$ $40/21 \pm 16/72$	خستگی عاطفی مسخ شخصیت عدم موفقیت فردی	فرسودگی شغلی (شدت)

مطابق با نتایج مطالعه، همبستگی منفی معنی‌داری بین سن با نمره کل تنش اخلاقی ($p<0/001$) و فرسودگی شغلی ($p<0/001$) در پرستاران گزارش گردید. همچنین بین سابقه کار پرستاران با تنش اخلاقی ($p=0/01$) و فرسودگی شغلی آنها ($p=0/03$) همبستگی منفی و معنی‌دار بود، ولی بین متغیر ساعت کار ماهیانه با نمره تنش اخلاقی ارتباط معناداری وجود نداشت ($p=0/64$). همچنین بین متغیر مذکور با فرسودگی شغلی پرستاران نیز همبستگی معناداری مشاهده نشد ($p=0/35$) (جدول شماره ۳).

جدول ۳: همبستگی ارتباط متغیرهای فردی با تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران

متغیر	$\mu \pm SD$	تنش اخلاقی	فرسودگی شغلی
سن	$33/28 \pm 5/68$	$r = -0/31$ $p < 0/001$	$r = -0/38$ $p < 0/001$
سابقه کار	$9/33 \pm 4/92$	$r = -0/17$ $p = 0/01$	$r = -0/12$ $p = 0/03$
ساعت کار ماهیانه	$241/43 \pm 27/79$	$r = -0/09$ $p = 0/64$	$r = -0/11$ $p = 0/35$

بحث

میانگین کلی نمرات تنش اخلاقی در پژوهش حاضر حاکی از سطح متوسط فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران بود. در همین راستا نتایج برخی مطالعات بیانگر سطح متوسط تنش اخلاقی در پرستاران بود (۳،۲۳) که با نتیجه مطالعه حاضر هم خوانی دارد. اما در تحقیق Maiden (۲۰۰۸) در کشور آمریکا میزان تنش اخلاقی پرستاران در سطح پایین گزارش شد (۲۶) که با نتیجه مطالعه ما مغایرت دارد که طبعاً عوامل مختلفی همچون فشار و حجم کار، محیط انجام خدمت، قوانین و مقررات سازمانی و ناآگاهی پرستاران در ارتباط با چگونگی مواجهه با موضوع تنش اخلاقی می‌توانند در این زمینه نقش داشته باشند.

در مطالعه حاضر، همبستگی مثبت معنی‌دار بین تنش اخلاقی (تکرار، شدت و نمره کل) با فرسودگی شغلی در متغیرهای خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و ارتباط معنادار و همبستگی منفی با عدم موفقیت فردی در هر دو بعد تکرار و شدت وجود داشت. هم راستا با مطالعه حاضر، در تحقیق برهانی و همکاران (۱۳۹۲) نیز ارتباط بین این دو متغیر معنادار گزارش شد به طوری که با افزایش تنش اخلاقی میزان فرسودگی شغلی پرستاران نیز افزایش قابل توجهی داشت (۲۷). همچنین نتایج مطالعه یاری فلاح (۱۳۹۰) بیانگر ارتباط معنی‌دار و همبستگی مثبت بین دو متغیر تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران بود (۲۸). Elpern (۲۰۰۵) در مطالعه خود نشان داد، افزایش تنش اخلاقی سبب ناراضایتی شغلی و افزایش فرسودگی شغلی پرستاران می‌گردد (۳). هم سو با نتیجه مطالعه حاضر، عبدی و شهبازی (۲۰۰۱) (۲۹) و شاکری نیا و محمدپور (۱۳۸۹) (۳۰) نیز در تحقیقات خود نشان دادند با افزایش شدت تنش‌ها در محیط کاری، پرستاران با شدت بیشتری دچار فرسودگی شغلی می‌شوند.

Cameron (۱۹۹۷) معتقد است؛ بیشتر پرستاران تنش اخلاقی را در محیط کاری تجربه می‌کنند که این امر منجر به فرسودگی شغلی و ترک شغل آن‌ها می‌شود (۳۱). یافته‌های یک مطالعه دیگر در این زمینه نیز نشان داد که پرستاران به دنبال تلاش جهت حمایت از بیماران آسیب‌پذیر تنش اخلاقی را تجربه می‌کنند که این امر سبب سرخوردگی، خشم و فرسودگی شغلی می‌شود (۳۲). Bernhardt و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای که بین کارکنان بخش ژنتیک آمریکا انجام داده بود نشان داد که تجربه تنش‌ها از جمله تنش اخلاقی با ابتلاء به فرسودگی شغلی ارتباط آماری معنی‌داری دارد، به عبارت دیگر افرادی که تنش‌های شغلی بیشتری را تجربه می‌کنند ریسک بالاتری جهت فرسودگی شغلی دارند (۳۳).

از یافته‌های قابل توجه مطالعه حاضر می‌توان به ارتباط قوی‌تر بعد تکرار تنش اخلاقی با ابعاد فرسودگی شغلی نسبت به بعد شدت تنش اخلاقی اشاره نمود که این امر می‌تواند بیانگر تأثیر بیشتر مواجهه مداوم پرستاران با مسائل اخلاقی نسبت به شدت آن بر بروز فرسودگی شغلی در آن‌ها باشد. در مطالعه برهانی و همکاران (۱۳۹۲) نیز ارتباط تکرار تنش اخلاقی قوی‌تر از شدت آن با متغیر فرسودگی شغلی بود (۲۷). احتمالاً این امر به دلیل کاهش مقاومت و افزایش فشار روانی ناشی از مسائل اخلاقی در محیط بالین در اثر مواجهه مداوم با این مسائل باشد. هرچند بروز یک تنش اخلاقی با شدت بالا نیز دارای اثرات حاد منفی بر پرستاران خواهد بود چنانچه ارتباط معنادار شدت تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی نیز در مطالعه حاضر نشان داده شد ولی به نظر می‌رسد تکرار تنش‌های اخلاقی می‌تواند اثرات مخرب تری از خود برجای بگذارد و زمینه ایجاد فرسودگی را به میزان بیشتری فراهم نماید.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر می‌توان به همبستگی معنادار بین

عواقب ناشی از آن داشته باشد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر در کسب نتایج دقیق‌تر می‌توان به تکمیل پرسشنامه‌ها به روش خودگزارش دهی اشاره نمود که خصوصیات فردی از جمله وضعیت روانی و شرایط شغلی متفاوت می‌تواند پاسخ به سؤالات پرسشنامه را تحت تأثیر خود قرار دهد که با دادن فرصت زمانی مناسب به پرستاران سعی گردید تا حد امکان این عوامل به حداقل برسد. همچنین مقطعی بودن و محدودیت حجم نمونه‌ها می‌تواند بعنوان محدودیت مطرح باشند که در این راستا لازم است تحقیقات بیشتری در شرایط و محیط‌های گوناگون و به روش کیفی انجام شده تا تعمیم بهتری از نتایج با روشن شدن عوامل پیشگویی مربوط به تنش‌های موجود در پرستاران حاصل گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل در این پژوهش نشان داد که بین تنش اخلاقی (فراوانی، شدت و نمره کل) با تمام ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران همبستگی آماری معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش تنش اخلاقی با تشدید فرسودگی شغلی در پرستاران همراه شده است که این امر می‌تواند کاهش کیفیت کاری و کاهش رضایت مددجویان را در پی داشته باشد. از این رو ضرورت تدوین راهکارها و استراتژی‌های حمایتی و تعدیل برخی از عوامل مؤثر همچون کاهش ساعات کاری برای پیشگیری از بروز این گونه تنش‌ها احساس می‌شود. همچنین ضروری است مسؤولین با شناسایی عوامل معضلات کاری پرستاران، حتی‌الامکان برنامه‌های قابل اجرا و کاربردی همچون آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی رویارویی با تنش‌های اخلاقی در محیط بالین و فعال نمودن کمیته‌های اخلاق در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در جهت حمایت از پرستاران در این زمینه را در دستور کار خود قرار دهند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب با شماره ۹۲۰۵ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می‌باشد که بدین وسیله از حمایت‌های مالی و معنوی این دانشگاه و همچنین تمام پرستارانی که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

دو متغیر سن و سابقه کار با میزان تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران اشاره نمود به طوری که با افزایش سن و سابقه کار میزان تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی در آنها کاهش می‌یافت.

در تحقیقات Lin و همکاران (۲۰۰۹) (۳۴) و Chen و McMurray (۲۰۰۱) (۳۵) فرسودگی شغلی در پرستاران مسن‌تر به طور معناداری کمتر از پرستاران جوانتر بود. همچنین مطالعات مختلف کاهش تنش اخلاقی را با افزایش سن در پرستاران نشان داده‌اند (۲۵، ۲۷، ۹). در ارتباط با متغیر سابقه کار نیز نتیجه مطالعات بیانگر آن بود که با افزایش سن در پرستاران، کاهش فرسودگی شغلی (۳۶، ۳۷) و کاهش میزان تنش اخلاقی (۳۸، ۳۹) وجود داشته است که نتایج تحقیقات فوق با نتیجه مطالعه حاضر هم‌سو می‌باشد.

بالا رفتن سن و متعاقب آن افزایش تجربه در پرستاران، احتمالاً آنها راهکارهای سازگاری با این مشکلات را در خود پیدا و با تجربه‌های کسب شده به مرور به سازش می‌رسند که این امر می‌تواند در رابطه با تعدیل فشارها و تنش‌های شغلی باشد. کورلی و همکاران (۲۰۰۵) نیز در مطالعه خود به نقش مثبت تجربه در رویارویی با موضوع تنش اخلاقی اشاره کرده‌اند (۲۰).

در ارتباط با متغیر ساعات کاری، هرچند ارتباط معنادار بین دو متغیر تنش اخلاقی و فرسودگی شغلی با میزان ساعات کاری وجود نداشت، ولی نشان داده شد با افزایش ساعات کاری میزان این دو متغیر نیز افزایش می‌یابد. در همین راستا Park و Lake (۲۰۰۵) در مطالعه گسترده خود بر روی ۴۳۲۰ پرستار نشان دادند که متوسط ساعات کاری در هفته به طور معناداری با فرسودگی شغلی در پرستاران مرتبط است (۳۹). نتیجه پژوهش Elpern and Covert (۲۰۰۵) نیز حاکی از آن است که با کاهش ساعات کاری احتمال ابتلاء به فرسودگی شغلی کاهش خواهد یافت (۳).

تحمیل استرس و فشارهای روانی می‌تواند اثرات مخرب خود را در بلندمدت بر روی کارکنان مشاغل مختلف پزشکی بگذارد (۴۰)، در مطالعه حاضر ارتباط قوی بین تنش اخلاقی با فرسودگی شغلی در پرستاران مشاهده شد و به همین دلیل برنامه‌ریزی و مداخلات لازم به منظور پیشگیری یا کاهش و همچنین افزایش مهارت در چگونگی برخورد با تنش‌های اخلاقی در محیط بالین می‌تواند با توجه به ارتباط قوی آن با فرسودگی شغلی، کمک زیادی در کاهش این سندروم و

References

1. Aziznezhad P, Hosseini J. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences (2004). *Jornal of medical Babol*. 2006;8(2):63-70.
2. Hardingham LB. Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*. 2004;5(2):127-34.
3. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005;14(6):523-30.
4. Ganske Kathryn M. Moral Distress in Academia. *Online Journal of Issues in Nursing*. 2010.
5. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. *Nursing Ethics*. 2008;15(3):304-21.
6. Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: implications for nursing practice. *AANA journal*. 2011;79(1):39-45.
7. Austin W, Lemermeyer G, Goldberg L, Bergum V, Johnson MS, editors. *Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses*. HEC forum; 2005: Springer.
8. Cohen JS, Erickson JM. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clinical journal of oncology nursing*. 2006;10(6):775.
9. Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haggani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(4):56-66.
10. Amini F. The Relationship between Resiliency and Burnout in Nurses. *Journal Of Research Development in Nursing & Midwifery*. 2013;10(2):94-102.
11. Sherman DW. Nurses' Stress & Burnout: How to care for yourself when caring for patients and their families experiencing life-threatening illness. *AJN The American Journal of Nursing*. 2004;104(5):48-56.
12. Dos Santos FE, Alves JA, Rodrigues AB. Burnout syndrome in nurses in an Intensive Care Unit. *Einstein*. 2009;7(1):58-63.
13. Rahmani F, Behshid M, Zamanzadeh V, Rahmani F. Relationship between general health, occupational stress and burnout in critical care nurses of Tabriz teaching hospitals. *Iran Journal of Nursing*. 2010;23(66):54-63.
14. Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Liang Y, González JL. The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(3):418-27.
15. Wingenfeld K, Schulz M, Damkroeger A, Rose M, Driessen M. Elevated diurnal salivary cortisol in nurses is associated with burnout but not with vital exhaustion. *Psychoneuroendocrinology*. 2009;34(8):1144-51.
16. Shimomitsu T, Ohya Y, Odagiri Y. Burnout and associated job stress among Japanese

hospital nurses. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;55 (2):150.

17. Sahraeian A, Toubaei S. Burnout and job satisfaction of nurses working in internal, surgery, psychiatry burn and burn wards. *J Ofogh-E Danesh*. 2007;12 (4):40-5.

18. Yousefy A, Ghassemi GR. Job burnout in psychiatric and medical nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2006;12 (5):662-9.

19. Aziznezhad P, Hosseini J. Occupational burnout and its causes among practicing nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences (2004). *J Babol Univ Med Sci*. 2006;8(2):63-9.

20. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.

21. Cummings CL. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting. 2009.

22. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi M. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(2):58-69.

23. jalili H. The relationship of moral distrss, ethical climate and job satisfactionb among critical care nurses. Master Thesis, Tehran University of Medcal Sciences. 2011.

24. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981;2(2):99-113.

25. Akbari R, Samar RG, Kiany G-R, Eghtesadi A-R. Factorial Validity and Psychometric Properties of Maslach Burnout Inventory–The Persian Version. *Knowledge & Health*. 2011;6(3):30-42.

26. Maiden JM. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, and medication error in critical care nurses: Dissertation. San Diego, CA: University of San Diego; 2008.

27. Borhani F, Esmaeili Abdar M, Razban F, Roshan Zadeh M. Nurses' moral distress and its relationship with burnout. *Medical Ethics J*. 2013;7(25):123-44.

28. Yari Fallah F. The relationship between moral stress and burnout among critical care nurses in Tehran. MSc thesis, Tehran University of Medical Sciences. 2011.

29. Abdi H, Shahbazi L. Occupational stress in nurses working in ICU and its relationship to burnout. *Jornal of Medical Shahid sadoughi yazd*. 2001;9 (3):64.

30. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci)*. 2010;14 (2).

31. Cameron M. Ethical distress in nursing. *Journal of proffessional Nursing*. 1997;13(5):280.

32. Rn DSH, Rn KF. Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice*. 1999;5(1):8-13.

33. Bernhardt BA, Rushton CH, Carrese J, Pyeritz RE, Kolodner K, Geller G. Distress and

- burnout among genetic service providers. *Genetics in Medicine*. 2009;11(7):527-35.
34. Lin F, St John W, McVEIGH C. Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*. 2009;17(3):294-301.
35. Chen S-M, McMurray A. " Burnout" in intensive care nurses. *Journal of Nursing Research*. 2001;9(5):152-64.
36. Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-Wales stress study. *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*. 2000;7(2):127-34.
37. Sotudeh Asl N, Bakhtiari A. Survey of burnout and its related factors among nurses and midwives in Semnan University of Medicine Sciences. *Kurdistan Journal of Medical Sciences*. 2006;11:77-83 (Persian).
38. Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001;33 (2):250-6.
39. Park S, Lake ET. Multilevel modeling of a clustered continuous outcome: Nurses' work hours and burnout. *Nursing research*. 2005;54 (6):406.
40. Ebrahimi H, Navidian A, Ameri M, Sadeghi M. Burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency. *Health Promotion Management*. 2014;3 (3):16-26.