

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2023; 17(48): e9

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Investigating Moral Sensitivity and Moral Distress in the Nurses Caring for the Patients with Covid-19 in the Medical Training Centers of Hamadan University of Medical Sciences

Neda Alimohammadi¹, Elaheh Talebi-Ghane², Mehran Salmani-Ghabeshi¹, Maryam Garousian^{1*}

1. Clinical Research Development Unit of Fatemeh Hospital, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

2. Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Hamadan University of Medical Sciences Hamadan, Iran.

ABSTRACT

Galley

Background and Aim: Moral sensitivity enables nurses to interpret their care recipients' needs and respond to them according to ethical principles. Moral distress is a known phenomenon in the nursing profession, which can cause a lot of physical and mental stress for nurses, leading to their dissatisfaction, as well as reductions in their efficiency and the quality of care. Therefore, nurses' having high moral sensitivity can play an important role in preventing the situations which cause moral distress. Thus, the present study was conducted with the aim of determining moral sensitivity and moral distress in the nurses caring for the patients with Covid-19 in the training medical centers affiliated to Hamedan University of Medical Sciences.

Methods: The current research is a descriptive-cross-sectional study, which was conducted on 113 nurses of Hamadan University of Medical Sciences from March to June 2021 using stratified random sampling method. The data collection tools included a three-part demographic information questionnaire, Moral Sensitivity Questionnaire (MMSQ) and Corelli's moral distress questionnaire. The data were analyzed using SPSS 22 statistical software, independent t-test, Mann-Whitney, ANOVA, Spearman's correlation coefficient and Chi-squared test.

Ethical Considerations: After obtaining informed consents from the participants, the researcher also ensured data confidentiality.

Results: Investigating the relationship between moral sensitivity and the frequency of moral distress, a significant relationship was found between moral distress frequency and moral sensitivity ($r=0.202$, $p=0.032$) and the subgroups of experiencing problems ($r=0.287$, $p=0.002$), interpersonal communication ($r=0.213$, $p=0.024$) and promoting the care recipient's level of independence ($r=0.246$, $p=0.009$). With the increase in these subgroups, the frequency of job distress increases significantly, too. The mean score of the nurses' moral sensitivity was reported to be at the medium level, 57.78 ± 13.53 . The mean frequency of moral distress was 17.99 ± 37.01 and the intensity of moral distress was 52.83 ± 23.51 . The frequency of moral distress was at the medium level and the intensity of moral distress was high.

Conclusion: Considering the nurses' medium level of ethical sensitivity, efforts should be made to promote ethical issues in nursing. Various factors affect nurses' levels of moral sensitivity and moral distress while caring for patients. This research was done in a situation when nurses were confronting the peak of the Covid-19 pandemic, under high organizational and mental pressures.

Keywords: Moral Sensitivity; Moral Distress; Covid-19; Nurse

Corresponding Author: Maryam Garousian; **Email:** maryam13462000@yahoo.com

Received: May 30, 2023; **Accepted:** October 31, 2023; **Published Online:** June 29, 2022

Please cite this article as:

Alimohammadi N, Talebi-Ghane E, Salmani-Ghabeshi M, Garousian M. Investigating Moral Sensitivity and Moral Distress in the Nurses Caring for the Patients with Covid-19 in the Medical Training Centers of Hamadan University of Medical Sciences. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e9.



بررسی حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران مبتلا به

Covid-19 در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان

ندا علی محمدی^۱، الهه طایبی قانع^۲، مهران سلمان غابشی^۱، مریم گروسیان^{۱*}

۱. واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان فاطمیه، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲. مرکز تحقیقات بیماری‌های غیر واگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

Galley

چکیده

زمینه و هدف: حساسیت اخلاقی پرستاران را قادر می‌سازد تا نیازهای مددجویانشان را تفسیر کرده و مطابق اصول اخلاقی به آن پاسخ دهند. پریشانی اخلاقی، پدیده شناخته‌شده‌ای در حرفه پرستاری است که می‌تواند استرس جسمی - روانی زیادی بر پرستاران وارد کند و باعث عدم رضایت آنان، کاهش کارایی و کیفیت مراقبت شود، لذا هر چقدر پرستاران حساسیت اخلاقی بالاتری داشته باشند، می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از شرایط ایجادکننده پریشانی اخلاقی داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران مبتلا به Covid-19 در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که بر روی ۱۱۳ پرستار دانشگاه علوم پزشکی همدان در بازه زمانی فروردین تا تیرماه سال ۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌بندی انجام شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه سه قسمتی اطلاعات دموگرافیک، حساسیت اخلاقی MMSQ و پریشانی اخلاقی کورلی جمع‌آوری گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار آماری SPSS 22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: پژوهشگر پس از اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان به آنان اطمینان داد که تمامی اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند.

یافته‌ها: در بررسی ارتباط بین حساسیت و تکرار پریشانی اخلاقی بین حساسیت اخلاقی ($p=0/009$, $r=0/246$), ($p=0/002$, $r=0/32$), زیرگروه‌های تجربه مشکلات ($p=0/002$, $r=0/287$)، نحوه ارتباطات بین فردی ($p=0/002$, $r=0/24$), بهبود استقلال مددجو ($p=0/009$, $r=0/246$) با تکرار پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری دیده شد. با افزایش این زیرگروه‌ها تکرار پریشانی شغلی نیز طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران $57/78 \pm 13/53$ در حد متوسط گزارش شد. میانگین تکرار پریشانی اخلاقی $37/01 \pm 17/99$ و شدت پریشانی اخلاقی $52/83 \pm 23/51$ بوده است. تکرار پریشانی اخلاقی در محدوده متوسط و شدت پریشانی اخلاقی در محدوده زیاد است.

نتیجه‌گیری: با توجه به سطح حساسیت اخلاقی متوسط پرستاران، باید برای بهبود و ارتقای مسائل اخلاقی در پرستاری تلاش کرد. عوامل مختلفی در میزان حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی پرستاران در مراقبت از بیماران دخیل است. در این پژوهش در شرایطی بوده است که پرستاران با اوج پاندمی کووید-۱۹ مواجه بوده‌اند و تحت فشارهای سازمانی و روانی بالایی قرار داشته‌اند.

واژگان کلیدی: حساسیت اخلاقی؛ پریشانی اخلاقی؛ کووید-۱۹؛ پرستار

نویسنده مسئول: مریم گروسیان؛ پست الکترونیک: maryam13462000@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۹؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۴/۱۷

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Alimohammadi N, Talebi-Ghane E, Salmani-Ghabeshi M, Garousian M. Investigating Moral Sensitivity and Moral Distress in the Nurses Caring for the Patients with Covid-19 in the Medical Training Centers of Hamadan University of Medical Sciences. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2023; 17(48): e9.

مقدمه

رویکرد دنیای امروز بیشتر حرکت به سوی عقلانیت و اخلاق است (۱). فهم اخلاق از اقدامات مقدماتی پرستاری است. در نگاه اولیه، عملکرد و صلاحیت‌های حرفه پرستاری ممکن است فعالیت‌های بالینی محسوب شوند و از اخلاق مجزا پنداشته شوند، در حالی که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند (۲). پرستاران بیشتر وقت خود را بر بالین بیماران می‌گذرانند و به عنوان گروه وسیعی از تیم مراقبتی به طور مداوم با مسائل و مشکلات اخلاقی رو به رو هستند که می‌تواند نقش به سزایی در کیفیت مراقبت ارائه‌شده داشته باشد. بنابراین به طور مداوم با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مواجه هستند (۳). در زمینه انجام مراقبت و رعایت اصول اخلاقی، پرستاران و گروه درمانی نباید تنها به حس فردی خود تکیه کنند، بلکه آن‌ها باید دارای ظرفیت و تجربه شخصی جهت شناخت مسأله اخلاقی و نیز حساسیت اخلاقی باشند (۴). حساسیت اخلاقی یک ویژگی فردی است و این امکان را فراهم می‌آورد که فرد بتواند عملکرد درست اخلاقی را تشخیص دهد و به نتایج اخلاقی درست در تصمیم‌گیری دست یابد. Lützen توانایی شناختی را مبنای حساسیت اخلاقی بیان کرده است، یعنی اینکه افرادی که بتوانند به موقع مشکلات بیماران را شناسایی کنند و بهترین تصمیم را اتخاذ نمایند دارای حساسیت اخلاقی هستند (۵). حساسیت اخلاقی اولین اصل مطرح در اخلاق فردی است که باعث ایجاد یک سازمان اخلاقی در فرد می‌شود (۳، ۶). در این زمینه می‌توان گفت که حرفه پرستاری دارای کدهای اخلاقی است که تنها آگاهی از آن‌ها متضمن عمل به آن‌ها نبوده و فرد بایستی از حساسیت کافی جهت اجرای این کدها برخوردار باشد (۷-۸). حساسیت اخلاقی پرستاران را قادر می‌سازد تا نیازهای مددجویانشان را تفسیر کرده و مطابق اصول اخلاقی به آن پاسخ دهند که این خود می‌تواند در پیشگیری از شرایط ایجادکننده پریشانی اخلاقی نقش مهمی داشته است (۹). حساسیت اخلاقی نوعی نیازمندی کادر درمانی به حساس بودن نسبت به علائم و نشانه‌های کلامی و غیر کلامی مددجویان برای شناخت نیازهای آن‌ها می‌باشد (۱۰). حساسیت اخلاقی

عکس‌العمل و نگرش پایه‌ای برای پرستاران ایجاد می‌کند تا بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی ازبیمارشان به عمل آورند. برای اتخاذ تصمیمات درست در حرفه پرستاری باید ابتدا نسبت به موضوعات اخلاقی حساسیت کافی وجود داشته باشد (۱۱).

پرستاران به عنوان یکی از اعضای اصلی گروه مراقبتی همواره حین انجام وظایف مراقبتی با پریشانی اخلاقی مواجهه می‌شوند (۵). پریشانی نوعی زجر جسمی و روانی است که یک فرد به دنبال مواجهه با تناقض دچار آن می‌شود. پرستاران هنگامی دچار پریشانی اخلاقی می‌شوند که در شرایطی قرار گیرند که به عملکرد درست اخلاقی اشراف داشته باشند، ولی تحت شرایط موجود امکان عملکرد درست برای آن‌ها میسر نباشد (۱۲). این حالت جدا از علل آن، پرستار با تناقضی رو به رو می‌کند که از یک طرف معتقد به انجام عملکرد درست بوده و از سویی نمی‌تواند به نتایج اخلاقی مد نظرش دست یابد. بروز این شرایط با توجه شدت چالش و همچنین ویژگی‌های شخصیتی افراد متفاوت است. طبق تحقیقاتی که صورت گرفته، این وضعیت بیشتر در بخش‌هایی که پرستاران با مراقبت‌های حاد سروکار دارند، دیده می‌شود. پریشانی اخلاقی می‌تواند به عنوان یک عامل بازدارنده و محدودکننده برای رفتار بر پایه معیارهای اخلاقی پرستاران عمل کند. همچنین این پریشانی می‌تواند باعث ایجاد استرس، نارضایتی و همچنین افسردگی در پرستاران و افت کیفیت مراقبت در بیماران شود (۱۳).

بخش‌های مراقبت‌کننده از بیماری‌های حاد، محیط‌هایی با فشار کاری بالا هستند که بهترین پرسنل پزشکی خدمات مراقبت با کیفیت بالا را به بیماران مبتلا به بحرانی منتقل می‌کنند (۱۴). در حقیقت، پرستاران بخش مراقبت‌های افراد مهمی هستند که در شرایط بحرانی ارتباط مستقیمی با بیماران برای پیشرفت پریشانی اخلاقی است. Maxma اظهار داشت که ۲۰ درصد کل مرگ و میر بیمارستانی در بخش مراقبت‌های ویژه اتفاق می‌افتد. بنابراین اهمیت ارائه مراقبت‌های پرستاری در پایان عمر در این واحدها باعث افزایش فشار روانی می‌شود (۱۲، ۱۵). یکی از عواملی که می‌تواند نقش محوری در حفظ ارزش‌های اخلاقی و پیشگیری

بالا بردن سطح تکامل اخلاقی و کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران هموار کند. به طور کلی می‌توان گفت که گسترش حساسیت اخلاقی باعث ایجاد یک نگرش پایه در پرستاران شده و آن‌ها را قادر می‌سازد که بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی از مددجویان به عمل بیاورند. در مقابل آن فردی که از نظر اخلاقی، حساسیت لازم را ندارد، توانایی عملکرد درست اخلاقی را نداشته و در نتیجه به راحتی در مواجهه با چالش‌های اخلاقی دچار پریشانی اخلاقی خواهد شد. این پدیده‌ها در پرستاران ایرانی بلاخصوص در این شرایط بحرانی درگیری جهان با بیماری Covid-19 کمتر مورد توجه قرار گرفته است. این پژوهش با هدف بررسی حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران مبتلا به Covid-19 مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.UMSHA.REC.1399.090). اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

روش

این مطالعه یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی است که در بازه زمانی فروردین تا انتهای تیرماه سال ۱۴۰۰ انجام شد. در تمامی مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان که بیماران مبتلا به Covid-19 بستری هستند، انجام شد (بعثت، بهشتی، فرشچیان سینا و فاطمیه). جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت بیماران مبتلا به Covid-19 بود. با توجه به مقدار همبستگی ۰/۲۶ که بین حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در مطالعه برهانی و همکاران (۱۲) گزارش شده بود و با توجه به فرمول حجم نمونه ضریب همبستگی و سطح خطای نوع اول ۰/۰۵، توان

از پریشانی اخلاقی در پرستاران داشته باشد، حساسیت اخلاقی است (۹). Noh و همکاران (۲۰۱۳ م.) حساسیت اخلاقی را عاملی تعیین‌کننده در ایجاد پریشانی اخلاقی معرفی کرده‌اند و بیان می‌کنند که داشتن حساسیت اخلاقی در دستیابی به نتایج عملکرد اخلاقی مؤثر است (۱۶). Yeom و همکاران (۲۰۱۶ م.) ضمن بالادانستن حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری بیان می‌کنند که با توجه به رویارویی مداوم پرستاران با چالش‌های اخلاقی، آموزش اخلاقی در این گروه جهت افزایش حساسیت اخلاقی‌شان اهمیت دارد (۷). اشک‌تراب و همکاران شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش انکولوژی را خیلی زیاد گزارش کرده است و علت آن را تماس مداوم پرستاران با بیماران خاص دانسته است (۱۷). در ایران نیز نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دهنده حساسیت اخلاقی متوسط و پریشانی اخلاقی متوسط در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بود (۱۸).

شواهد بین‌المللی و پیام‌های بهداشت عمومی مطرح‌شده توسط سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که Covid-19 باعث بروز تقاضای قابل توجهی یک سرویس بهداشتی جهانی شد. کمبود منابع خاص، از جمله کمبود تختخواب در بخش مراقبتی، داروهای ضروری و هواکش‌ها و نیاز به فشار منفی و... ممکن است به این معنا باشد که پرسنل خط مقدم مانند پزشکان، پرستاران، پیراپزشکان و سایر کارمندان مراقبت با پریشانی اخلاقی مواجه شوند. پریشانی اخلاقی همیشه توسط پرستاران تجربه می‌شود، اما باید تلاش شود تا در معرض فشارهای اخلاقی و پیامدهای آن برای همیشه کاهش یابد. مراقبت اخلاقی، پرستاران باید از حساسیت اخلاقی برخوردار باشند. علاوه بر این، تجربه پریشانی اخلاقی بخشی جدانشدنی از کار روزانه پرستاران است. از آنجایی که یکی از اهداف حرفه پرستاری ارتقای شخصیت و شأن انسانی افرادی است که تحت مراقبت قرار می‌گیرند. همچنین مراقبت پرستاری باید منجر به سودرساندن به مددجویان و جلوگیری از آسیب‌دیدگی آن‌ها گردد. بنابراین حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی جزء جداناپذیر حرفه پرستاری هستند. شناخت این دو و عوامل تأثیرگذار بر آن‌ها می‌تواند راه را برای ارائه راه حل‌های جهت

آزمون ۸۰ درصد و در نظر گرفتن ۱۵ درصد ریزش حجم نمونه در این مطالعه ۱۳۴ نفر بود. در شهر همدان ۵ بیمارستان آموزشی زیر نظر دانشگاه علوم پزشکی همدان وجود دارد که هر کدام از آن‌ها به عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد و تعداد پرستاران از هر بیمارستان متناسب با تعداد پرستاران فعال در مراقبت از بیماران کرونا انتخاب شد. پرستاران با حداقل تحصیلات لیسانس پرستاری که حداقل به مدت ۳ ماه در بخش مراقبت از بیماران کووید مشغول کار بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، وارد مطالعه شدند. پرسشنامه‌ها بین ۱۴۰ پرستار توزیع شد که ۱۲ نفر (۸/۵ درصد) پرسشنامه را برنگرداندند و ۱۵ نفر (۱۱/۷ درصد) پرسشنامه ناقص داشتند که در نهایت اطلاعات ۱۱۳ نفر وارد مطالعه شد.

ابزار جمع‌آوری داده شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه حساسیت اخلاقی، پریشانی اخلاقی بود. جهت بررسی میزان حساسیت اخلاقی از پرسشنامه MMSQ، ترجمه‌شده توسط عباس‌زاده استفاده گردیده است. این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۴ توسط Lutzen در کشور سوئد تهیه و توسط Kameri اصلاح شده است. پرسشنامه مذکور دارای ۲۵ سؤال است که میزان حساسیت اخلاقی را سنجش می‌نماید. این پرسشنامه به روش لیکرت از «کاملاً موافق» تا «کاملاً مخالف» نمره‌گذاری شده است و دارای نمره بین صفر تا ۴ می‌باشد. بر این اساس در صورتی که امتیاز کل هر نمونه در مورد حساسیت اخلاقی بین صفر تا ۲۵ و یا ۲۵ تا ۵۰ باشد کم، بین ۵۰ تا ۷۵ متوسط و ۷۵ تا ۱۰۰ زیاد محسوب می‌گردد. این پرسشنامه شامل شش رده بوده که نمره هر قسمت را به مقیاس ۱۰۰ برده تا نمره زیربعدها با هم قابل مقایسه باشند. این ابعاد شامل میزان اقدام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت - خیرخواهی می‌باشند (۱۲، ۱۹). پرسشنامه پریشانی اخلاقی کورلی برای اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط Corly و برای سنجش پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه طراحی گردید و در سال ۲۰۰۱ نیز یک بازنگری کلی در آن انجام گرفته، سپس

Hamric و Black Hall در سال ۲۰۰۷ با انجام مروری دوباره بر روی این ابزار ۳۸ گویه آن را به ۲۱ گویه تعدیل کردند که در نهایت این عمل به تأیید Corly نیز رسیده است. در این پژوهش از نسخه ترجمه‌شده این ابزار توسط عباس‌زاده استفاده گردیده است (۱۲). این پرسشنامه شامل ۲۴ سؤال بوده که هر گزینه مربوط به یک موقعیت خاص در مراقبت‌های بیمارستانی می‌باشد. این پرسشنامه درک افراد از دو جنبه «شدت پریشانی اخلاقی» و «فراوانی موقعیت‌هایی که فرد در آن‌ها با تنش مواجه می‌شود» را مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین این ابزار دارای دو مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از (۰ تا ۴) می‌باشد که یکی برای بررسی فراوانی پریشانی اخلاقی بوده و از هرگز مواجهه نشده‌ام (معادل صفر) تا بسیار زیاد مواجهه شده‌ام (معادل چهار) می‌باشد و دیگری برای بررسی شدت پریشانی اخلاقی است که از تنشی در من ایجاد نمی‌کند (معادل صفر) تا تنش زیادی در من ایجاد می‌کند (معادل چهار) نمره‌گذاری شده است. دامنه نمرات فرد بین صفر تا ۹۶ می‌باشد و هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد، نشانه شدت و فراوانی پریشانی اخلاقی بیشتر در وی است. نمره به دست‌آمده از کل پرسشنامه به صورت کم (۲۴-صفر)، متوسط (۴۸-۲۴)، زیاد (۷۲-۴۸) و خیلی زیاد (۹۶-۷۲) طبقه‌بندی شده است (۱۲). روایی و پایایی پرسشنامه‌ها توسط برهانی و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شده است. شاخص روایی محتوا برای پرسشنامه حساسیت اخلاقی ۰/۹۷ و برای پرسشنامه پریشانی اخلاقی ۰/۸۸ به دست آمده بود. برای اطمینان از پایایی از ضریب همبستگی درون طبقاتی استفاده شده است. برای این منظور، پرسشنامه‌ها توسط ۱۵ شرکت‌کننده در دو نوبت با فاصله زمانی ۲ هفته تکمیل شد. پایایی برای پرسشنامه حساسیت اخلاقی ۰/۹۳ و برای پرسشنامه پریشانی اخلاقی ۰/۸۸ به دست آمد. برای تعیین همسانی درونی ابزارها، ضریب آلفای کرونباخ برای حساسیت اخلاقی ۰/۷۷ و برای ناراحتی اخلاقی ۰/۸۷ به دست آمده است (۱۲). روایی و پایایی پرسشنامه حساسیت اخلاقی توسط ترابی و همکاران (۱۴۰۰ ش.) در همدان با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ و پرسشنامه پریشانی

یافته‌ها

بر اساس نتایج از بین پرستاران ۱۹ (۱۶/۸ درصد) مرد و ۹۴ (۸۳/۲ درصد) زن بوده‌اند و میانگین سنی آن‌ها $35/52 \pm 8/50$ است. نتایج حاصل از اطلاعات دموگرافیک پرستاران در جدول ۱ نشان داد که تنها بین میانگین نمره نهایی حساسیت اخلاقی بر اساس داشتن فرزند اختلاف معنی‌داری وجود دارد. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین حساسیت اخلاقی در افرادی که فرزند دارند، به طور معنی‌داری بیشتر از افرادی است که فرزند ندارند ($p=0/026$). در میانگین حساسیت اخلاقی بر اساس جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه بیماری قبلی، تعداد افراد خانواده، سابقه کار پرستاران، روزهای اشتغال به کار در بخش کووید-۱۹ پرستاران تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. در بررسی پریشانی اخلاقی نتایج نشان داد که میانگین تکرار پریشانی اخلاقی در پرستاران با مدرک فوق لیسانس و وضعیت شغلی رسمی به طور معنی‌داری بالاتر از پرستارانی با مدرک لیسانس و وضعیت شغلی غیر رسمی می‌باشد. میانگین پریشانی اخلاقی در زیرگروه‌های سایر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری ندارند. میانگین شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران زن، متأهل، دارای فرزند، با مدرک فوق لیسانس و سابقه کار بالای ۲۰ سال به طور معنی‌داری بالاتر از پرستاران آقا، مجرد، بدون فرزند، با مدرک لیسانس و سابقه کارهای کمتر می‌باشد. میانگین شدت پریشانی اخلاقی در زیرگروه‌های سایر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی‌داری ندارند (جدول ۱).

اخلاقی توسط بیگ مرادی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) با نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شده است (۲۱-۲۰). پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی، رعایت موارد اخلاقی و دریافت کد اخلاق در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه تکمیل آن اطلاعاتی داده شد، ضمناً به آن‌ها خاطرنشان شد که شرکت در پژوهش اختیاری بوده و آن‌ها برای ورود و کناره‌گیری از بررسی آزادی کامل دارند. همچنین با تأکید بر رازداری، به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات واحدهای مورد پژوهش فقط برای استفاده در تحقیق است و در اختیار افراد دیگر قرار نخواهد گرفت. در بخش آمار توصیفی برای توصیف و گزارش متغیرهای کیفی جداول فراوانی و برای متغیرهای کمی میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار تحلیلی برای مقایسه متغیرهای کمی ابتدا نرمال بودن آن با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف صورت گرفت و بعد متناسب با نرمال بودن یا نبودن متغیر پاسخ در دو یا چندگروه از آزمون‌های t-test مستقل، من ویتنی، آنالیز واریانس استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از ضریب همبستگی اسپیرمن و به منظور بررسی ارتباط بین متغیرهای کیفی از کای اسکور استفاده شد. کلیه آنالیزها در نرم‌افزار SPSS 22 انجام شده و سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته خواهد شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک پرستاران مراقب بیماران مبتلا به Covid-19 و مقایسه اختلاف میانگین حساسیت اخلاقی، تکرار، شدت پریشانی اخلاقی به تفکیک ویژگی‌های دموگرافیک

متغیر	فراوانی (درصد)	شدت پریشانی اخلاقی		تکرار پریشانی اخلاقی		حساسیت اخلاقی	
		میانگین (انحراف معیار)	P-value ^a	میانگین (انحراف معیار)	P-value ^a	میانگین (انحراف معیار)	P-value
جنسیت	مرد	۱۹(۸/۱۶)		۴۳/۶۸(۱۸/۲۳)		۵۸/۴۲(۱۱/۶۱)	
	زن	۹۴(۲/۸۳)	۰/۰۴۳	۳۵/۶۶(۱۷/۷۴)	۰/۰۷۶	۶۵/۵۷(۱۳/۹۴)	^b ۰/۹۸۵
وضعیت تأهل	مجرد	۳۷(۳۲/۷)		۳۸/۷۶(۱۶/۸۲)		۵۷/۲۷(۱۱/۹۳)	
	متأهل	۷۶(۶۷/۳)	۰/۰۰۹	۳۶/۱۶(۱۸/۵۹)	۰/۴۷۴	۵۸/۰۳(۱۴/۳۱)	^b ۰/۷۰۹
مدرک تحصیلی	لیسانس	۹۹(۸۷/۶)		۳۵/۷۵(۱۸/۱۲)		۵۷/۶۵(۱۳/۵۹)	
	فوق لیسانس	۱۴(۱۲/۴)	^b ۰/۰۰۸	۴۵/۹۳(۱۴/۷۶)	^b ۰/۰۴۴	۵۸/۷۱(۱۳/۵۴)	^b ۰/۸۶۲
نوع استخدام	رسمی	۷۰(۶۱/۹)		۳۹/۷۷(۱۸/۱۴)		۵۸/۷۲(۱۳/۴۶)	
	غیر رسمی	۴۳(۳۸/۱)	۰/۱۳۵	۳۲/۵۱(۱۷/۰۱)	۰/۰۳۷	۵۷/۸۸(۱۳/۸۰)	^b ۰/۵۸۶
سابقه بیماری قبلی	بله	۲۲(۱۹/۵)		۳۶/۱۴(۱۷/۲۶)		۵۸/۱۳(۱۳/۵۳)	
	خیر	۹۱(۸۰/۵)	۰/۵۰۹	۳۷/۲۲(۱۸/۲۶)	۰/۸۰۱	۵۷/۷۰(۱۳/۶۰)	^b ۰/۵۰۹
داشتن فرزند	بله	۶۰(۵۳/۱)		۳۸(۱۶/۴۹)		۵۹/۸۵(۱۳/۵۷)	
	خیر	۵۳(۴۶/۹)	۰/۰۴۹	۳۵/۸۹(۱۹/۶۷)	۰/۵۳۶	۵۵/۴۵(۱۳/۲۲)	^b ۰/۰۲۶
تعداد اعضا خانواده	۱-۲	۲۰(۱۷/۷)		۳۰/۳(۲۲/۷۶)		۵۴/۷۰(۱۵/۵۱)	
	۳	۳۸(۳۳/۶)	^c ۰/۷۵۲	۳۸/۳۲(۱۹/۴۵)	^c ۰/۳۳۴	۵۸/۸۱(۱۵/۴۰)	^c ۰/۶۰۴
	۴	۳۹(۳۴/۵)		۳۸/۸۷(۱۳/۶۷)		۵۷/۴۳(۱۱/۹۴)	
	>=۵	۱۶(۱۴/۲)		۳۷/۷۵(۱۶/۷۹)		۶۰/۰۶(۹/۷۳)	
سابقه کار	<۱ سال	۱۹(۱۶/۸)		۳۱/۷۴(۱۹/۸۵)		۵۶/۱۵(۱۵/۱۰)	
	۱-۵ سال	۲۱(۱۸/۶)		۲۵/۳۸(۱۴/۶۸)		۶۲/۱۹(۱۲/۱۲)	
	۵-۱۰ سال	۱۵(۱۳/۳)	^c ۰/۰۲۴	۳۶/۶(۱۶/۳۳)	^c ۰/۰۶۰	۵۱/۵۲(۱۲/۴۶)	^c ۰/۳۰۹
	۱۰-۱۵ سال	۲۴(۲۱/۲)		۴۱/۶۳(۱۷/۹۱)		۵۸/۹۳(۱۰/۹۱)	
	۱۵-۲۰ سال	۱۵(۱۳/۳)		۲۸/۷۳(۱۵/۴۹)		۵۸/۹۳(۱۰/۹۱)	
	>=۲۰ سال	۱۹(۱۶/۸)		۴۵/۱۱(۱۹/۷۶)		۵۷/۲۱(۱۲/۲۹)	
مدت زمان اشتغال در بخش بیماران Covid-19	۱-۷ روز	۱۱(۹/۷)		۳۲/۲۷(۱۲/۶)		۶۱/۵۴(۶/۹۴)	
	۱-۴ هفته	۱۴(۱۲/۴)	^c ۰/۰۹۸	۳۱/۲۹(۲۲/۸۶)	^c ۰/۰۷۱	۵۶/۲۸(۱۶/۸۸)	^c ۰/۵۰۱
	۲ ماه	۳۵(۳۱)		۳۳/۰۳(۱۴/۷۴)		۵۷/۳۱(۲۱/۵۰)	
	۳ ماه	۱۰(۸/۸)		۳۹/۱(۱۶/۶۴)		۶۳/۶۰(۲۰/۷۲)	
	۴ ماه	۴۳(۱۳/۸)		۴۲/۸۴(۱۹/۰۶)		۵۶/۳۴(۱۲/۵۳)	

A: Independent t-test; b: Mann-whithney; c: ANOVA; d: Kolmogorov-Smirnov

بوده است. میانگین تکرار پریشانی اخلاقی $17/99 \pm 37/01$ و شدت پریشانی اخلاقی $23/51 \pm 52/83$ بوده است. با توجه به تقسیم‌بندی، تکرار پریشانی اخلاقی در محدوده متوسط و شدت پریشانی اخلاقی در محدوده زیاد است (جدول ۲).

میانگین حساسیت اخلاقی $41/79 \pm 10/73$ است که نشان‌دهنده حساسیت اخلاقی پرستاران در محدوده متوسط است. در بررسی زیر گروه‌ها میانگین مربوط به زیر گروه دانش حرفه‌ای (بالاترین) و زیرگروه آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی (پایین‌ترین) به ترتیب $48/45 \pm 28/21$ و $18/23 \pm 16/06$

جدول ۲: توزیع میانگین و انحراف معیار سن، زیرگروه و نمره کل حساسیت اخلاقی، تکرار و شدت پریشانی اخلاقی پرستاران مراقب

بیماران مبتلا به Covid-19

متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
زیرگروه تجربه مشکلات و کشمکش اخلاقی	۰	۵۸/۳۳	۲۳/۲۳	۱۷/۳۷
زیرگروه به کارگیری مفاهیم اخلاقی	۰	۹۵	۳۱/۹۹	۱۶/۴۵
زیرگروه آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی	۰	۹۵	۱۸/۲۳	۱۶/۰۶
زیرگروه به اظهار خیرخواهی	۰	۸۲/۱۴	۳۴/۶۱	۱۶/۷۶
زیرگروه بهبود استقلال مددجو	۰	۶۶/۶۷	۳۱/۲۷	۱۷/۵۶
زیرگروه دانش حرفه‌ای	۰	۱۰۰	۴۸/۴۵	۲۸/۲۱
حساسیت اخلاقی	۱۶/۶۷	۸۴/۱۷	۴۱/۷۹	۱۰/۷۳
تکرار پریشانی اخلاقی	۰	۹۲	۳۷/۰۱	۱۷/۹۹
شدت پریشانی اخلاقی	۲	۹۶	۵۲/۸۳	۲۳/۵۱

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین سن با شدت پریشانی اخلاقی وجود دارد. همانطور که مشاهده می‌شود، با افزایش سن شدت پریشانی اخلاقی نیز به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($p=0/009$, $r=0/246$). تکرار پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری دیده شد. با افزایش این زیرگروه‌ها تکرار پریشانی شغلی نیز طور معنی‌داری افزایش می‌یابد. همانطور که ملاحظه می‌گردد، حساسیت و زیرگروه‌های آن ارتباط معنی‌داری با شدت پریشانی اخلاقی ندارند.

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می‌دهد که ارتباط معنی‌داری بین سن با شدت پریشانی اخلاقی وجود دارد. همانطور که مشاهده می‌شود، با افزایش سن شدت پریشانی اخلاقی نیز به طور معنی‌داری افزایش می‌یابد ($p=0/009$, $r=0/246$). تکرار پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری بین سن و تکرار پریشانی مشاهده نشد. در بررسی ارتباط بین پریشانی اخلاقی (نمره نهایی) با حساسیت اخلاقی و زیرگروه‌های آن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، اما بین حساسیت و تکرار پریشانی اخلاقی بین زیرگروه‌های تجربه مشکلات ($p=0/002$, $r=0/287$)، نحوه ارتباطات بین فردی

جدول ۳: ارتباط بین حساسیت و پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران مبتلا به Covid-19 با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن

متغیر	تکرار پریشانی اخلاقی	شدت پریشانی اخلاقی	پریشانی اخلاقی
سن	۰/۱۶۰	۰/۲۱۹*	۰/۳۱۳
ضریب همبستگی معنی‌داری	۰/۰۹۰	۰/۰۲۰	۰/۰۰۱
تجربه مشکلات و کشمکش اخلاقی	۰/۲۸۷	-۰/۱۱۴	۰/۰۶۸
به کارگیری مفاهیم اخلاقی	۰/۰۰۲	۰/۲۲۸	۰/۴۷۶
آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی	۰/۱۲۴	۰/۰۰۶	۰/۰۹۸
به اظهار خیرخواهی	۰/۱۹۲	۰/۹۵۰	۰/۳۰۱
بهبود استقلال	۰/۲۱۳	-۰/۰۴۱	۰/۱۰۹
ضریب همبستگی معنی‌داری	۰/۰۲۴	۰/۶۶۳	۰/۲۵۲
ضریب همبستگی معنی‌داری	۰/۱۶۴	۰/۰۵۸	۰/۱۳۵
ضریب همبستگی معنی‌داری	۰/۰۸۲	۰/۵۳۹	۰/۱۵۴
ضریب همبستگی معنی‌داری	۰/۲۴۶	۰/۰۳۵	۰/۰۸۴

مددجو	معنی داری	۰/۰۰۹	۰/۷۱۵	۰/۳۷۶
دانش حرفه‌ای	ضریب همبستگی	-۰/۰۲۶	۰/۱۲۲	۰/۰۸۷
حساسیت اخلاقی	معنی داری	۰/۷۸۸	۰/۱۹۸	۰/۳۶۰
	ضریب همبستگی	۰/۲۰۲	۰/۰۵۲	۰/۱۶۸
	معنی داری	۰/۰۳۲	۰/۵۸۳	۰/۰۷۴

بحث

هدف از این پژوهش تعیین حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران مبتلا به Covid-19 در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان بود. نتایج پژوهش نشان داد که حساسیت اخلاقی پرستاران در محدوده متوسط است. با توجه به تقسیم‌بندی، تکرار پریشانی اخلاقی پرستاران نیز در محدوده متوسط و شدت پریشانی اخلاقی در محدوده خیلی زیاد بوده است. در بررسی ارتباط بین پریشانی اخلاقی (نمره نهایی) با حساسیت اخلاقی و زیرگروه‌های آن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد، اما بین زیرگروه‌های تجربه مشکلات، نحوه ارتباطات بین فردی، بهبود استقلال مددجو و حساسیت اخلاقی با تکرار پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری دیده شد. از سوی دیگر حساسیت اخلاقی و زیرگروه‌های آن ارتباط معنی‌داری با شدت پریشانی اخلاقی نداشتند.

در این پژوهش میانگین حساسیت اخلاقی پرستاران در محدوده متوسط گزارش شده است. پژوهش‌های داخلی انجام گرفته در مورد حساسیت اخلاقی نتایج مشابه را گزارش نموده‌اند، چنانکه مصطفوی و همکاران (۱۳۹۸ ش.) نمره ۶۲، بقایی و همکاران (۱۳۹۱ ش.) در ارومیه نمره ۶۱ و فراست کیش و همکاران (۱۳۹۴ ش.) در تهران با نمره ۷۰، کهنسال و همکاران (۱۳۹۵ ش.) در بوشهر با نمره ۶۸ و ایزدی و همکاران (۱۳۹۲ ش.) در هرمزگان نیز با نمره ۷۰ در پژوهش‌های خود حساسیت اخلاقی متوسط در پرستاران گزارش کردند (۱)، ۱۱، ۲۳-۲۲). همچنین در همدان محمدی و همکاران (۱۳۹۶ ش.) میزان آگاهی کارکنان و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی همدان از اصول اخلاق در حرفه پرستاری را در

حد متوسط گزارش کردند (۱۸). در نتایج تحقیقات خارجی نیز تفاوت چشم‌گیری در نمرات حساسیت اخلاقی مشاهده نمی‌شود، در بررسی Kim و همکاران (۲۰۰۵ م.) در کره با نمره ۷۱ از ۱۰۰ گزارش شده است و در تحقیق Park و همکاران (۲۰۱۲ م.) نیز با نمره ۱۳۶ از ۱۸۵، نیز پرستاران بالینی میزان متوسط در پرستاران را مطلوب گزارش کرده‌اند (۲۴-۲۵). در مطالعه Subedi و همکاران (۲۰۱۸ م.) اکثر پرستاران دانش متوسطی در مورد جنبه‌های اخلاقی حرفه پرستاری داشتند (۱۰). Nora و همکاران (۲۰۱۷ م.) در برزیل نیز سطح متوسطی از حساسیت اخلاقی را گزارش کردند (۱۸). این یافته‌ها نشان می‌دهد که پرستاران تا حدودی زیادی با مفاهیم اخلاقی مراقبت از بیماران آشنا هستند، اما به دلیل بعضی موانع، حساسیت لازم را ندارند. بنابراین پرستاران باید مفاهیم اخلاقی را بیشتر آموزش ببینند تا بتوانند اصول اخلاقی مراقبت از بیماران را به کار ببرند (۲۳). طبق نتایج به دست‌آمده در بررسی زیرگروه‌های حساسیت اخلاقی بالاترین میانگین مربوط به زیرگروه دانش حرفه‌ای، صداقت و خیرخواهی و کمترین میانگین مربوط به زیرگروه از نحوه ارتباطات بین فردی و تجربه مشکلات و کشمکش اخلاقی بوده است. همسو با نتایج مطالعه حاضر، پژوهش برهانی و همکاران، کهنسال و همکاران بعد صداقت خیرخواهی، بیشترین نمره و کشمکش اخلاقی کمترین نمره را دریافت کردند (۲۳، ۲۶). همچنین در مطالعه Abdou نیز صداقت و خیرخواهی بیشترین نمره را کسب کرده است (۲۷). برقراری ارتباط مناسب و دلسوزانه همراه با صداقت و خیرخواهی، زمینه‌ساز اعتماد و اطمینان بیماران و افراد دیگر را فراهم می‌کند. در پژوهش عباس‌زاده و همکاران نیز

اخلاقی پرستاران تأثیر بگذارد، از جمله فرهنگ، شرایط محیط کار، شرایط اقتصادی نامناسب، تجربیات ناخوشایند پرستاران از برخوردهای قبلی با بیماران، تحصیلات و سواد پرستاران، دریافت آموزش‌های اخلاقی در دوران تحصیل در دانشگاه، حجم مراقبت‌های پرستاری و تعداد بیماران تحت مراقبت.

میانگین تکرار پریشانی اخلاقی $37 \pm 17/9$ و شدت پریشانی اخلاقی $52/8 \pm 23/5$ بوده است. با توجه به تقسیم‌بندی، تکرار پریشانی اخلاقی در محدوده متوسط و شدت پریشانی اخلاقی خیلی زیاد در گروه مورد بررسی است. پژوهش‌های داخلی و خارجی بسیاری در این خصوص انجام گرفته است، رحمانیان (۱۳۹۸ ش.)، بیگ مرادی (۱۳۹۲ ش.)، عباس‌زاده (۱۳۹۲ ش.)، جولایی (۱۳۹۲ ش.)، Erlen Janiver, Elpern (۱۳۹۲ ش.) و شدت پریشانی اخلاقی را در سطح متوسط گزارش کردند (۳۱-۳۳، ۱۳). در حالی است که در پژوهش حاضر شدت پریشانی اخلاقی خیلی زیاد گزارش شده است که به نظر می‌رسد با توجه به اینکه این پژوهش در طی زمان بروز کرونا و محدودیت‌های آن دوره انجام شده است، در نتیجه بروز تنش‌های مداوم در طی شیفت، پرستاران سطوح بالاتری از پریشانی اخلاقی را تجربه کرده‌اند. هم‌راستا با پژوهش حاضر اشک‌تراب و همکاران شدت درماندگی اخلاقی در پرستاران بخش انکولوژی را خیلی زیاد گزارش کرده است و علت آن را تماس مداوم پرستاران با بیماران خاص دانسته است (۱۷). در بررسی پریشانی اخلاقی نتایج حاکی از این است که میانگین تکرار پریشانی اخلاقی در پرستاران با مدرک فوق لیسانس و وضعیت شغلی رسمی به طور معنی‌داری بالاتر بوده است. همچنین جنسیت، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار و سن بر روی شدت پریشانی اخلاقی پرستاران تأثیر داشته است. عباس‌زاده نیز رابطه بین پریشانی اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت را معنی‌دار گزارش کرده است (۳۳). در پژوهش رحمانیان نیز جنسیت و سن بر روی شدت پریشانی پرستاران تأثیر داشته است (۱۳). همچنین در پژوهش Elpern، عامری و افشار بیان شده است که با افزایش سن و تعداد سال خدمت شدت پریشانی اخلاقی افزایش می‌یابد (۳۱، ۳۴). در توضیح این نتایج شاید بتوان گفت که وقتی سن و تعداد

بیشترین نمره مربوط به دانش حرفه‌ای و کمترین نمره مربوط به زیرگروه تجربه مشکلات و کشمکش اخلاقی بوده است (۵، ۲۸). در تحقیق صدرالهی و همکاران بیشترین نمره در زیرگروه‌های مربوط به دانش حرفه‌ای و کمترین نمره مربوط به زیرگروه صداقت و خیرخواهی بوده است (۲۹). این تفاوت‌ها ناشی از اختلاف زمینه در محیط‌های درمانی و آموزشی می‌باشد که بر حسب مورد باید اقدامات مقتضی صورت بگیرد. در بررسی‌های تحلیلی، نتایج حاکی از این است که میانگین زیرگروه‌های مختلف حساسیت اخلاقی با جنسیت، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت استخدامی، سابقه بیماری پرستاران، تعداد افراد خانواده، سابقه کار پرستاران، روزهای اشتغال به کار در بخش کووید-۱۹ اختلاف معنی‌داری ندارد. با توجه به اینکه این پژوهش در زمان پاندمی کرونا انجام شده است و به نیاز به رعایت فاصله اجتماعی و تجهیزات مخصوص جهت مراقبت از بیماران بوده است، بدیهی است که زیرگروه ارتباطات بین فردی جز پایین‌ترین نمرات باشد.

در بررسی اختلاف میانگین زیرگروه‌های مختلف حساسیت اخلاقی بین پرستاران بر اساس داشتن فرزند نتایج حاکی از این است که افراد دارای فرزند حساسیت اخلاقی بالاتری دارند. همچنین بین سن با نمره نهایی حساسیت اخلاقی ارتباط معنی‌داری وجود داشته است. برهانی در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که حساسیت اخلاقی با افزایش سن افزایش می‌یابد (۱۲). نتایج پژوهش Kim و همکاران نشان داد که حساسیت اخلاقی گروه سنی ۲۵ سال و بالاتر بیشتر از گروه سنی زیر ۲۵ سال بوده است (۱۹). همچنین نیکجو و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که حساسیت اخلاقی گروه بالای ۴۰ سال بیشتر از سایرین گروه‌هاست (۳۰). شاید یکی از دلایل این مسأله، افزایش تجربه و شکل‌گیری ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی در طی سال‌ها باشد. بنابراین افزایش تجربه می‌تواند تأثیر مثبتی بر حساسیت اخلاقی پرستاران داشته باشد. یکی دیگر از این دلایل شرکت در کارگاه‌های اخلاق در طی سال‌های خدمت فرد باشد که می‌تواند ارتباط مستقیمی با حساسیت اخلاقی فرد داشته باشد (۲۳). نتیجه این تفاوت‌ها حاکی از آن است که عوامل مختلفی ممکن است بر حساسیت

است، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از ابزارهای عینی استاندارد برای ارزیابی صحیح عملکرد اخلاق حرفه‌ای در پرستاران استفاده شود.

نتیجه‌گیری

پرستاران ممکن است در مواجهه با بیماران مبتلا به کووید-۱۹ از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار باشند، اما از یکسو به دلیل کمبود منابع و دسترسی به اقلام پزشکی و محدودیت تخت‌های بستری و از سوی دیگر تحت فشاربودن پرستاران به دلیل شیفت‌های سنگین و ترس از ابتلا به بیماری ممکن است موجب پریشانی اخلاقی پرستاران شود. اکثریت پرستاران دانشگاه علوم پزشکی همدان از سطح آگاهی اخلاقی و حساسیت اخلاقی متوسطی برخوردار بودند. همچنین بین پریشانی اخلاقی و حساسیت اخلاقی در پرستاران رابطه معناداری وجود نداشت، در حالی که ایمنی بیماران و کیفیت بالاتر درمان و مراقبت پزشکی در گرو آگاهی و رعایت جوانب اخلاقی حرفه پرستاری است و از سوی دیگر عملکرد اخلاقی مستلزم آگاهی اخلاقی و حساسیت اخلاقی است، لذا دفتر پرستاری و مدیران مربوطه می‌توانند با آموزش‌های مؤثر و برگزاری کارگاه‌ها باعث افزایش آگاهی، حساسیت اخلاقی و کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران شوند. نتایج مطالعه حاضر می‌تواند توجه مدیران پرستاری و مسئولین را نسبت به ارتقای آگاهی پرستاران از اصول اخلاق حرفه‌ای و افزایش حساسیت اخلاقی و قدر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران در شرایط بحرانی متمرکز نماید.

مشارکت نویسندگان

ندا علی محمدی: طراحی مطالعه و نگارش مقاله.

الهه طالبی قانع: تجزیه و تحلیل آماری.

مهران سلمان غابشی: گردآوری منابع.

مریم گروسیان: جمع‌آوری اطلاعات.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

سال‌های خدمت پرستاران افزایش می‌یابد، تجربه آن‌ها در مواجهه با حوادثی که باعث پریشانی اخلاقی می‌شود، افزایش یافته و این خود سبب می‌شود که اولاً شناخت و آگاهی آن‌ها از این مسائل در مواجهه‌های مکرر افزایش یافته و از طرفی دیگر پرستاران به مرور زمان از مکانیزم‌های سازگاری مؤثرتری برای مواجهه با آن استفاده کرده و در نتیجه تأثیر این شرایط در آن‌ها پایین‌تر است. در مطالعه ابراهیمی از بین متغیرهای دموگرافیک استان محل خدمت، تحصیلات و وضعیت استخدام با میزان پریشانی ارتباط معنی‌داری داشتند (۳۵). علت گزارش تناقض از ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک و پریشانی اخلاقی در مطالعات ذکر شده، می‌تواند ناشی از نوع ابزار مطالعه و نوع بخش‌ها باشد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین حساسیت اخلاقی و پریشانی اخلاقی در پرستاران رابطه معناداری وجود ندارد. در واقع افزایش یا کاهش حساسیت اخلاقی تأثیری بر تکرار مواجهه یا شدت موقعیت‌های آزاردهنده اخلاقی ندارد. بنابراین می‌توان استدلال کرد که پرستاران با هر درجه‌ای از حساسیت اخلاقی، پریشانی اخلاقی را تجربه خواهند کرد. بنابراین پریشانی اخلاقی جزء جدایی‌ناپذیر پرستاری است. بر این اساس، راهبردهای مقابله‌ای برای افزایش حساسیت اخلاقی در پرستاران می‌تواند به رعایت بیشتر اخلاق در مراقبت از بیمار کمک کند. علاوه بر این، شناسایی بیشتر و به حداقل رساندن عوامل ایجاد پریشانی اخلاقی می‌تواند به کاهش این ناراحتی کمک کند. در این مطالعه، پرستاران از حساسیت اخلاقی متوسطی برخوردار بودند که با مطالعات انجام‌شده همخوانی دارد (۱۲، ۳۷-۳۶).

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود که باید در تفسیر و تعمیم یافته‌ها مد نظر قرار گیرد. این مطالعه فقط در گروه پرستاران انجام شد و سایر گروه‌های مراقبت پزشکی مورد بررسی قرار نگرفتند. تأثیر پیشینه فرهنگی و باورهای مذهبی پرستاران بر میزان حساسیت اخلاقی مربوط به حرفه آن‌ها کنترل نمی‌شد. همچنین اطلاعات به دست‌آمده در این پژوهش بر اساس خودگزارش‌دهی پرستاران بوده و از روش‌های دیگری برای اعتبارسنجی داده‌ها استفاده نشده

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی همدان در قالب طرح تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: ۹۹۰۲۲۳۹۷۴).

Galley

References

1. Baghaei R, Moradi Y, Aminolshareh S, Zareh H. The ethical sensitivity of nurses in decision making in Ayatollah Taleghani Hospital, 1391. *Nursing And Midwifery Journal*. 2014; 11(11): 900-906. [Persian]
2. Goethals S, Gastmans C, de Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(5): 635-650.
3. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral sensitivity and moral distress in critical care Unit Nurses. *Medical Ethics Journal*. 2017; 10(38): 19-28. [Persian]
4. Mikaeili N, Ghaffari M. The relationship between personal intelligence and empathy in nurses and their moral sensitivity. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 8(6): 45-56. [Persian]
5. Mostafavian Z, Gholampour J, Farajpour A, Akbari Farmad S, Rahchamani MA. Comparison of Moral Sensitivity among last year Nursing Students and Nurses Working at teaching Hospitals of Islamic Azad University of Mashhad. *Education and Ethics in Nursing*. 2019; 8(3): 30-36. [Persian]
6. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nursing Ethics*. 2018; 25(3): 278-303.
7. Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. *Nursing Ethics*. 2017; 24(6): 644-652.
8. Beiranvand Z, Sajadi M, Taheri M, Shamsikhani S. The Effect of Problem-Solving Skills Training on the Moral Distress of Novice Nurses (Persian). *Journal of Arak University of Medical Sciences (JAMS)*. 2021; 25(1): 2-13. [Persian]
9. Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing Ethics*. 2018; 25(4): 458-469.
10. Subedi KKP, Timalisina K, Bhele RL. Nurse's awareness on ethico-legal aspects of nursing profession. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2018; 16(1): 49-52.
11. Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaee heart center hospital. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015; 4(3): 36-45. [Persian]
12. Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2017; 24(4): 474-482. [Persian]
13. Rahmanian A, Mirzaei T, Sabzevari S. The relationship between moral development and moral distress in nurses at Bam University of Medical Sciences. *Journal of Education and Ethics in Nursing*. 2019; 8(3&4): 37-43.
14. Oerlemans AJ, van Sluisveld N, van Leeuwen ES, Wollersheim H, Dekkers WJ, Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: A qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Medical Ethics*. 2015; 16(9): 1-10.
15. Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S. Moral distress among Iranian nurses. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2015; 10(1): 32-36.
16. Noh D, Kim S, Kim S. Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013; 22(4): 307-319.
17. Ashktorab T, Vaezi A. Moral distress: Evaluating nurses' experiences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(1): 64-73. [Persian]
18. Mohammadi Z, Darderafshi S, Akhlaghi M, Makvandi Z. Evaluation of Level of Moral Awareness and Sensitivity in Nursing Students of Hamadan University of Medical Sciences. *Iran Journal of Health System Research*. 2022; 18(03): 207-215.
19. Sayahie J, Ebadi M, Pishgooie SAH. The Effect of Behavior Simulation Behavior with Addicted Person on Moral Sensitivity of Iranians Working in Bustan Psychiatric Hospital in Ahvaz. *Military Caring Sciences Journal*. 2021; 8(3): 289-298.
20. Hajiloo P, Torabi M. The relationship between moral sensitivity and Nurses' perception of futile care in patients with Covid-19. *Med Ethics J*. 2020; 14(45): e27. [Persian]
21. Moghaddam-Tabrizi F, Sodeify R. Lived experiences of nurses in the care of patients with Covid-19: A study of hermeneutic phenomenology. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2021; 26(6): 537-543.
22. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2): 43-56. [Persian]
23. Kohansal Z, Avaznejad N, Bagherian B, Jahanpour F. Evaluation of moral sensitivity in nursing students

of Bushehr University of Medical Sciences in 2016. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2018; 11(1): 242-152. [Persian]

24. Eskandari M, Alizadeh S. Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses: An Integrated Review. *Education and Ethics in Nursing*. 2020; 9(1): 1-9.

25. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4(5): 58-64. [Persian]

26. Borhani F, Abbaszadeh A, Hoseinabadi-Farahani MJ. Moral sensitivity and its dimensions in Iranian nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 9(19): 1-7.

27. Abdou HA, Baddar F, Alkorashy HA. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. *World Applied Sciences Journal*. 2010; 11(11): 1375-1387.

28. Karimi Noghondar M, Tavakoli N, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 8(5): 69-76. [Persian]

29. Sadrollahi A, Khalili Z. A survey of professional moral sensitivity and associated factors among the nurses in west Golestan province of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(3): 50-61. [Persian]

30. 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): 523-530.

31. Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. 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. [Persian]

32. Ameri M, Safavibayat Z, Kavousi A. Evaluation of clinical situations leading to moral distress in nurses working in oncology wards of Tehran- based educational hospitals in 2012. *Mod Care J*. 2014; 11(2): 153-160. [Persian]

33. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest medical of Iran. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(4): 80-88. [Persian]

34. Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics*. 2012; 19(4): 568-580.

35. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress and intent to stay in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(4). 1-8.