Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2018, Vol: 6, No: 1, Pages: 19-28.

Comparison of Moral Distress Severity between Pediatric Ward and Pediatric Intensive Care Unit Nurses

Maryam Behbodi[1], Vida Shafipour[2*], Mehrnegar Amiri[3]

1- MSc in NICU Nursing, Faculty of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Behshahr, Iran
2- Assistant Professor, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3- MSc Student in Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding Author:**
Vida Shafipour
Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email:
V.shafipour@mazums.ac.ir

Received: 18 Sep 2017
Revised: 03 Apr 2018
Accepted: 05 Apr 2018

Abstract

Background and Purpose: Ethics is an integral part of medical and nursing professions, and care in pediatric ward is different from other wards due to patients' age and sensitivity of their medical conditions. Therefore, we aimed to compare the severity of moral distress among nurses working in pediatric wards and pediatric intensive care units.

Materials and Methods: This descriptive comparative study was performed in 111 nurses working in pediatric wards and pediatric intensive care units of selected hospitals affiliated to Mazandaran University of Medical Sciences, in 2017. Data were collected using a demographic checklist and Corley's Moral Distress Scale. To analyze the data, we used descriptive statistics and inferential tests such as Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis.

Results: In this study, moral distress severity in 75% of the nurses in pediatric wards was low, and in 25%, it was at a moderate level. In 58.8% of pediatric intensive care unit nurses, the severity of this condition was low, and in 41.2%, it was moderate. In other words, the average severity of moral distress in the pediatric ward nurses was 37.48, and in the pediatric intensive care unit nurses, it was 58.02. The comparison of severity of moral distress among nurses working in these two wards showed a significant difference ($P<0.005$).

Conclusion: The results indicate a higher moral distress level in pediatric intensive care unit nurses than in nurses of pediatric wards. Therefore, professional ethics education planners are suggested to develop professional ethics workshops based on the needs and religious ethics and using advice from Islamic experts.

Keywords: Moral distress, Pediatric intensive care unit nurse, Pediatric unit nurse, Professional ethics, Religious ethics

▶ **Citation:** Behbodi M, Shafipour V, Amiri M. Comparison of Moral Distress Severity between Pediatric Ward and Pediatric Intensive Care Unit Nurses. Religion and Health, Spring & Summer 2018; 6(1): 19-28 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

دین و سلامت

مقاله پژوهشی

دوره ۶، شماره ۱، سال ۱۳۹۷ صفحه: ۲۸-۱۹.

مقایسه شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش کودکان با پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان‌های استان مازندران

مریم بهبودی[۱]، ویدا شفیع‌پور[۲*]، مهرنگار امیری[۳]

۱- کارشناس ارشد پرستاری ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهشهر، ایران

۲- استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* **مؤلف مسئول:** ویدا شفیع‌پور
دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email:
V.shafipour@mazums.ac.ir

دریافت: ۲۷ شهریور ۱۳۹۶
اصلاحات: ۱۴ فروردین ۱۳۹۷
پذیرش: ۱۶ فروردین ۱۳۹۷

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به جایگاه اخلاق در حرفه پزشکی و پرستاری و این مهم که مراقبت از کودک به جهت سن و حساسیت شرایط طبی متفاوت از سایر بخش‌ها می‌باشد، مطالعه حاضر با هدف مقایسه شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش کودکان با پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی، مقایسه‌ای بین ۱۱۱ پرستار شاغل در بخش‌های کودکان و مراقبت ویژه کودکان بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۶ می‌باشد که جمع‌آوری اطلاعات آن با استفاده از پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و پریشانی اخلاقی Corley انجام شده و تجزیه و تحلیل داده‌های آن از طریق روش آماری توصیفی و استنباطی Mann-Whitney و Kruskal-Wallis صورت گرفته است.

یافته‌ها: در این مطالعه شدت پریشانی اخلاقی در ۷۵ درصد از پرستاران بخش کودکان در سطح پایین و در ۲۵ درصد در سطح متوسط قرار داشت. در بخش مراقبت ویژه کودکان نیز سطح شدت پریشانی اخلاقی ۵۸/۸ درصد از پرستاران در حد پایین و ۴۱/۲ درصد در حد متوسط بود؛ به‌طوری که میانگین شدت پریشانی اخلاقی پرستاران در بخش کودکان ۳۷/۴۸ درصد و در بخش ویژه کودکان ۵۸/۰۲ درصد به‌دست آمد.

استنتاج: نتایج نشان می‌دهند که شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان در مقایسه با پرستاران بخش کودکان در سطح بالاتری قرار دارد؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌ریزان آموزش اخلاق حرفه‌ای با مشورت کارشناسان اسلامی، کلاس و یا کارگاه‌های اخلاق حرفه‌ای را براساس نیاز و با توجه به شئونات مذهبی تدوین و برگزار نمایند.

واژه‌های کلیدی: اخلاق حرفه‌ای، اخلاق مذهبی، پرستار بخش کودکان، پرستار مراقبت ویژه کودکان، پریشانی اخلاقی

◄ **استناد:** بهبودی، مریم؛ شفیع‌پور، ویدا؛ امیری، مهرنگار. مقایسه شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش کودکان با پرستاران بخش مراقبت ویژه کودکان در بیمارستان‌های استان مازندران. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۳۹۷؛۶(۱): ۲۸-۱۹ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

مقوله اخلاق در آموزه‌های دینی از جایگاه رفیعی برخوردار است؛ به‌گونه‌ای که پیامبر اکرم (ص) فرمودند: "من برای به کمال رساندن کرامت‌های اخلاقی مبعوث شده‌ام" (۱). غایت دین اسلام تهذیب خلق و خوی آدمی است (۲) و اخلاق، شکفتن شخصیت آدمی در مسیر حیات معقول می‌باشد (۳). در قرآن در آیه ۱۲۹ سوره بقره و آیات ۹ و ۱۰ سوره شمس اشارات مستقیمی در اهمیت اخلاق و تزکیه نفس ارائه شده است (۴،۵). از سوی دیگر انسان برای تداوم حیات اجتماعی خود نیازمند اخلاق می‌باشد و از نظر اسلام، اخلاق در برخورد و موضع‌گیری انسان در برابر مسائل روزمره زندگی نقشی اساسی دارد (۶). پیامبر اکرم (ص) یکی از لوازم زندگی اجتماعی در میان مردم را برخورداری از اخلاق نیکو می‌داند (۷). آگاهی از ماهیت اخلاق و رعایت اصول آن در حوزه مراقبت سلامت بخشی ضروری از وظایف حرفه‌ای پرستاران است و دیدگاه تازه‌ای را به آن‌ها در برخورد با قشر آسیب‌پذیر بیمار می‌بخشد (۸،۹).

هرگاه پایبندی افراد به دستورات دینی به هر دلیلی رعایت نشود، فرد از درون دچار فشار و پریشانی اخلاقی خواهد شد. این پدیده نخستین بار توسط Jampton (۱۹۸۴) در حوزه پزشکی معرفی گردید. وی پریشانی اخلاقی را احساسات دردناک و یا عدم توازن در آرامش روانی افراد می‌داند (۱۲-۱۰)؛ حالتی که فرد طی آن در شرایطی قرار می‌گیرد که کاملاً متضاد با اعتقادات و باورهای اخلاقی وی است و به دلیل حضور موانع واقعی و ذهنی، قدرت انجام عمل اخلاقی متناسب با آن شرایط از وی سلب می‌شود (۱۳). مطالعات نشان داده‌اند که تجربه این پدیده موجب آسیب به فرد و سازمان مربوط به وی می‌گردد (۱۶-۱۴). پریشانی اخلاقی از موانع دسترسی به اهداف سیستم‌های اجتماعی به‌ویژه سیستم بهداشت و درمان می‌باشد و بیش از سه دهه است که به دلیل نگرانی فزاینده‌ای که در مورد آن وجود دارد، مرکز توجه پژوهشگران بسیاری است (۱۰،۱۱). پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که پریشانی اخلاقی منجر به بروز مشکلاتی برای کارکنان سیستم بهداشت و درمان از جمله پرستاران می‌گردد (۱۰،۱۴،۱۷،۱۸).

بی‌توجهی به علل ایجادکننده پریشانی اخلاقی به پیامدهای منفی مانند جابه‌جایی پرستاران در بخش‌ها، ترک شغل، کناره‌گیری از بیماران، کاهش ارتباط با سایر افراد تیم درمانی، کاهش حمایت سازمان، ترس از عواقب قانونی (۱۴،۱۵،۱۷،۱۸)، عدم رضایت شغلی و کاهش امنیت و کیفیت مراقبت بیماران می‌انجامد (۲۳-۱۹). برخی از مطالعات آثار منفی پریشانی اخلاقی بر سلامت جسمی پرستاران را به شکل کابوس‌های شبانه، بی‌خوابی، تپش قلب و درد گردن، احساس بی‌ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه‌ای آن‌ها گزارش کرده‌اند (۱۵،۲۴،۲۵). عباس‌زاده به نقل از Corley عنوان می‌کند که پریشانی اخلاقی با ایجاد احساس تعارض در پرستاران در زمینه مراقبت از بیمار ممکن است باعث اجتناب آن‌ها از رویارویی با بیمار و ارائه مراقبت باکیفیت به وی گردد (۲۴). این شرایط زمینه‌ساز نقصان در روند بهبودی بوده و موجب افزایش مدت بستری‌بودن بیمار می‌شود (۲۸-۲۶). علاوه‌براین، شدت تجربه پریشانی اخلاقی با تخصصی‌شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت آن‌ها در مراقبت از بیماران بدحال افزایش می‌یابد (۲۹،۳۰).

مطابق با نظر انجمن پرستاران آمریکا، پرستاران در رفتار با کودکان و خانواده آن‌ها در زمان بازگشت وضعیت‌های بالقوه بحرانی از فرایند سیستماتیک پیشرفته‌ای استفاده می‌کنند (۳۱)؛ به همین دلیل پرستارانی که در بخش کودکان فعال هستند و در ارتباط با کودکان و خانواده آن‌ها می‌باشند، بیشتر در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند (۱۱،۱۹). از سوی دیگر در بخش‌های تخصصی و مراقبت‌های ویژه به دلیل وجود فشار کاری جسمی و فشار شدید روحی- روانی، پرستاران بیشتر از پزشکان تصمیم‌گیری اخلاقی را در مراقبت و درمان بیماران در وضعیت‌های بحرانی تجربه می‌کنند؛ به‌طوری که مواجهه پرستاران با این شرایط استرس‌زا

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

سبب افزایش بروز پریشانی اخلاقی در آن‌ها می‌شود (۳۲،۳۳). بخش‌های ویژه به دلیل ماهیت بیماری و وضعیت وخیم بیماران، میزان مرگ و میر بالایی دارند که این وضعیت موجب افزایش پریشانی اخلاقی در پرستاران چنین بخش‌هایی می‌شود (۳۴). با توجه به مطالعات انجام‌شده در زمینه پریشانی اخلاقی در بخش‌های مختلف، پژوهش حاضر بر مبنای اهمیت بخش کودکان در سیستم بهداشت و درمان با هدف مقایسه شدت پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش کودکان و مراقبت ویژه کودکان انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی، مقایسه‌ای میان ۱۱۱ پرستار شاغل در بخش‌های کودکان و مراقبت ویژه کودکان بیمارستان‌های منتخب علوم پزشکی مازندران است. ابتدا بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران به روش تصادفی انتخاب گردیدند و سپس پرستاران واجد شرایط و شاغل در بخش‌های مورد نظر به‌صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. داشتن مدرک کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکترای پرستاری، حداقل شش ماه سابقه کار در بخش مورد نظر، نداشتن سابقه استرس شدید (مرگ عزیز، طلاق، بحران شدید عاطفی و سانحه شدید) و انتخاب آگاهانه برای شرکت در پژوهش از معیارهای ورود به پژوهش بود.

اطلاعات توسط پرسشنامه جمعیت‌شناختی و شغلی و پرسشنامه پریشانی اخلاقی گردآوری شدند. سؤالات پرسشنامه جمعیت‌شناختی و شغلی در مورد سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، محل و وضعیت مسکن، سابقه کار در بالین، سابقه کار در بخش‌های کودکان و مراقبت ویژه کودکان، وضعیت استخدامی، پست سازمانی، نوع نوبت کاری، وجود شغل دوم، میزان مرخصی و غیبت از کار، تجربه حضور در کلاس‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای، کلاس آموزشی اخلاق اسلامی و کلاس‌های آموزشی برقراری ارتباط می‌باشد. پرسشنامه پریشانی اخلاقی Corley نیز ۳۶ سؤال دارد و شدت پریشانی اخلاقی را براساس موقعیت‌های بالینی پرستاران بررسی می‌کند. گویه‌های این پرسشنامه بر مبنای لیکرت از ۰ تا ۶ سنجیده می‌شوند. در این مقیاس عدد ۰ دلالت بر عدم وجود پریشانی اخلاقی داشته و عدد ۶ نشانه پریشانی اخلاقی شدید می‌باشد. مجموع نمرات پرسشنامه بین ۰ تا ۲۱۶ است که در سه سطح کم، متوسط و شدید تقسیم‌بندی می‌شوند؛ به‌طوری که نمرات بین ۰ تا ۷۲ نشان‌دهنده پریشانی اخلاقی کم، نمرات بین ۷۳ تا ۱۴۴ نشان‌دهنده پریشانی اخلاقی متوسط و نمرات بین ۱۴۵ تا ۲۱۶ نشان‌دهنده وجود نوع شدید پریشانی اخلاقی می‌باشند (۲۱،۳۵). پرسشنامه اخلاق Corley در ایران پس از روان‌سنجی و بومی‌سازی در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۳۵).

روایی این پرسشنامه به روش اعتبار محتوا توسط ۱۲ استاد صاحب‌نظر بررسی شده و مورد تأیید قرار گرفته است. برای تعیین پایایی درونی ابزار نیز از ضریب آلفای کرونباخ بهره گرفته شده است (α=۰/۹۳). جهت انجام پژوهش پرسشنامه با رعایت کامل اخلاق در اختیار پرستاران قرار گرفت و آنالیز داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 19 انجام شد. در این پژوهش از آزمون‌های آمار توصیفی برای پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی و شغلی و از آزمون‌های Mann-Whitney و Kruskal-Wallis برای تعیین سطح شدت پریشانی اخلاقی استفاده گردید.

یافته‌ها

در این پژوهش ۱۱۱ پرستار شامل: ۶۰ پرستار شاغل در بخش کودکان و ۵۱ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه کودکان مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که میانگین سنی پرستاران بخش کودکان اندکی بیشتر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان بوده است.

نتایج جدول ۱ بیانگر آن است که در بخش کودکان در مقایسه با بخش مراقبت‌های ویژه کودکان، سن عامل مؤثری در پریشانی اخلاقی پرستاران بوده است؛ به‌طوری

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۱: مقایسه ارتباط پریشانی اخلاقی با جمعیت‌شناختی پرستاران شاغل در بخش‌های کودکان و مراقبت‌های ویژه کودکان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی		بخش کودکان			بخش مراقبت ویژه کودکان		
		میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
سن	بین ۳۰-۲۵ سال	۴۰/۰۰	۳۷/۲۹	۰/۰۴۴	۷۴/۰۰	۲۲/۱۰	۰/۲۶۸
	بین ۳۵-۳۱ سال	۴۴/۷۸	۳۸/۶۹		۵۰/۸۳	۳۴/۷۲	
	بین ۴۰-۳۶ سال	۳۶/۹۵	۳۳/۲۶		۴۴/۵۰	۴۴/۹۴	
	بالای ۴۰ سال	۲۲/۱۰	۳۷/۵۴		۶۸/۵۰	۳۸/۰۵	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۶/۰۰	۱۵/۸۵	۰/۵۶۰	-	-	
	متأهل	۴۰/۰۶	۳۸/۲۳		۵۸/۴۸	۳۴/۷۲	
	بیوه یا مطلقه	۱۵/۵۰	۴/۴۳		۳۵/۰۰	-	
تعداد فرزندان	۲-۱ فرزند	۴۱/۸۲	۳۸/۹۹	۰/۱۶۲	۵۴/۲۴	۳۷/۴۹	۰/۱۷۷
	بیش از ۲ فرزند	۲۲/۶۰	۲۵/۱۸		۷۴/۸۸	۲۹/۵۲	
سطح تحصیلات	کاردان	۱۶/۵۰	۰/۷۱	۰/۳۵۵	-	-	-
	کارشناس	۳۶/۲۴	۳۵/۴۳		-	-	
	کارشناس ارشد	۷۴/۳۳	۵۱/۶۰		-	-	

که در سنین پایین (زیر ۳۵ سال) میانگین پریشانی اخلاقی بالاتر از سنین بالا بوده و در سن بالای ۴۰ سال میانگین نمره پریشانی اخلاقی در کمترین مقدار می‌باشد (P=۰/۰۴۴)؛ اما در بخش ویژه کودکان اختلاف معناداری ملاحظه نشد (P=۰/۲۶۸). در بررسی وضعیت تأهل با وجود اینکه سطح پریشانی اخلاقی بالاتری در گروه پرستاران متأهل بخش کودکان وجود داشت و نیز با توجه به کم‌بودن تعداد افراد بیوه و یا مطلقه در این مطالعه، اختلافی در بین گروه‌ها مشاهده نشد؛ در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان تنها یک پرستار بیوه و مطلقه وجود داشت و بقیه متأهل بودند؛ بنابراین مقایسه در این مورد منطقی نبود. از نظر تعداد فرزندان و سطح تحصیلات نیز پرستاران بخش کودکان که بیشتر کارشناس بودند، اختلاف آماری معناداری را در پریشانی اخلاقی نشان ندادند. همچنین به لحاظ تعداد فرزندان در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان هرچند در بین پرستاران با تعداد فرزند بالاتر اختلال بیشتری مشاهده شد؛ اما تعداد فرزند عامل مؤثری نبود. علاوه‌براین از نظر سطح تحصیلات، تمام پرستاران مدرک کارشناسی داشتند که این امر نیز قابل مقایسه نبود.

فراوانی ویژگی‌های شغلی پرستاران در هر دو بخش نشان می‌دهد که در هر دو گروه بیشترین روزهای غیبت پرستاران ۴-۳ روز در ماه بوده است که به‌ترتیب ۳۰ درصد از پرستاران بخش کودکان و ۳۵/۳ درصد از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان را شامل می‌شود. از نظر دریافت مرخصی پرستاران در ماه نیز دو گروه نشان دادند که بیشترین فراوانی مربوط به مرخصی در حد ۳ الی ۴ روز بوده است. این بررسی بیانگر آن می‌باشد که دو گروه به لحاظ تمامی ویژگی‌های شغلی به‌جز شرکت در کلاس‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای با یکدیگر همگن بوده‌اند (P>۰/۰۵).

جدول ۲ مقایسه پریشانی اخلاقی با ویژگی‌های شغلی پرستاران دو بخش را نشان می‌دهد که با توجه به بررسی و آنالیز شدت پریشانی اخلاقی پرستاران دو بخش، ۷۵ درصد از پرستاران در بخش کودکان در سطح پایین پریشانی اخلاقی بودند و ۲۵ درصد در سطح متوسط پریشانی اخلاقی قرار داشتند. در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان نیز ۵۸/۸ درصد از پرستاران در سطح پایین پریشانی اخلاقی و ۴۱/۲ درصد در سطح متوسط پریشانی اخلاقی بودند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند که در بخش کودکان میانگین پریشانی اخلاقی در بین پرستاران رسمی بیش از افراد غیررسمی و در بین پرستاران بخش ویژه کودکان، میانگین پریشانی اخلاقی در پرستاران غیررسمی بیش از پرستاران رسمی بوده است؛ اما اختلاف معناداری با یکدیگر ندارند (P>۰/۰۵). در بررسی رابطه پریشانی اخلاقی با شیفت کاری پرستاران نیز میانگین پریشانی اخلاقی در پرستارانی که در شیفت گردشی بودند بیشتر از پرستاران شاغل در شیفت ثابت بود و بین این دو گروه در هر دو بخش اختلاف معناداری

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۲: مقایسه میانگین، انحراف معیار و ارتباط پریشانی اخلاقی با ویژگی‌های شغلی پرستاران شاغل در دو بخش

ویژگی‌های شغلی		بخش کودکان			بخش مراقبت ویژه کودکان		
		میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری	میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
نوع خدمت	رسمی	۴۰/۶۸	۴۱/۰۲	۰/۴۷۹	۵۵/۵۲	۳۹/۷٤	۰/۱۵
	غیررسمی	۳۰/۵۸	۲۲/۹۷		٦۹/٦۷	۵/۸۱	
نوع شیفت کاری	شیفت ثابت	۱۳/۷۴	۷/۹۳	۰/۰۰۰	۱٦/۰۰	۵/۹٦	۰/۰۰۰
	شیفت در گردش	۴۸/۴۹	۳۹/۱۶		۸۲/۹۷	۱۹/۱۰	
اشتغال در جای دیگر	بله	۲۶/۷۸	۳۴/۸۰	۰/۰۰۶	٤۳/٦۱	۳۸/۹۱	۰/۳۶
	خیر	۴۲/۰۷	۳۶/۴۹		٦۹/۸٦	۳۰/۱۲	
غیبت در ماه به روز	۲-۱ روز	۳۳/۱۹	۲۷/۹۷	۰/۲۸۹	۳٦/۷۱	۲۷/۹۰	۰/۵۱
	۴-۳ روز	۲۹/۲۲	۳۴/۸۵		٦۳/۷۸	۳۱/۸٦	
	۵ روز و بیشتر	۶۶/۹۰	۵۲/۱۳		۸۳/۵٤	۳۷/۸۳	
مرخصی در ماه به روز	۲-۱ روز	۲۳/۳۱	۲۳/۰۷	۰/۰۰۴	۵۰/۰۷	۳۲/۱٦	۰/۴۹
	۴-۳ روز	۲۶/۷۹	۲۵/۳۵		٤٤/٤۷	۳٦/۸٤	
	۵ روز و بیشتر	۸۱/۵۸	۴۴/۰۲		۸٤/٤٤	۲۸/۵۷	
تجربه حضور در کلاس آموزشی اخلاق حرفه‌ای	بله	۳۴/۷۹	۳۴/۲۶	۰/۱۹۳	۵۷/٤۰	۳۹/۳۷	۰/۰۲
	خیر	۴۷/۲۳	۴۳/۳۶		۵۸/۹۰	۳۲/۸۰	
تجربه حضور در کلاس آموزشی برقراری ارتباط	بله	۳۲/۷۳	۳۴/۳۸	۰/۰۵۲	۵۹/۹٦	٤۱/۲۱	۰/۰۶
	خیر	۴۷/۰۰	۳۹/۳۰		۵۵/۸۳	۳۱/۰۲	
تجربه حضور در کلاس آموزشی اخلاق اسلامی	بله	۳۳/۵۶	۳۳/۴۱	۰/۰۸۳	٤۹/۵۷	۳۷/۹۸	۰/۲۹۳
	خیر	۴۱/۹۶	۳۹/۶۶		۷۳/۷۱	۲۹/۸۷	
سابقه کار	زیر ۵ سال	۵۹/۲۰	۴۴/۴۲	۰/۰۴۳	۶۷/۷۱	۲۹/۶۸	۰/۳۸۵
	۱۰-۵ سال	۲۸/۷۱	۲۳/۲۵		۴۸/۵۳	۳۷/۸۷	
	۱۱ سال و بالاتر	۳۱/۵۸	۳۶/۲۲		۵۵/۹۱	۴۳/۹۶	
سابقه کار در بخش	زیر ۵ سال	۵۲/۶۸	۴۱/۰۶	۰/۰۷۹	۶۵/۱۶	۳۲/۲۲	۰/۰۲۶
	۱۰-۵ سال	۲۴/۷۸	۲۷/۰۸		۵۵/۵۰	۴۱/۱۹	
	۱۱ سال و بالاتر	۳۰/۱۷	۳۲/۲۲		۱۲/۷۵	۳/۳۰	

وجود داشت (P=۰/۰۰۰). همچنین پرستاران شاغل در چند بیمارستان نسبت به افرادی که تنها در یک بیمارستان شاغل بودند، سطح پریشانی اخلاقی بالاتری داشتند و از نظر آماری تفاوت معناداری در این مورد مشاهده شد (P<۰/۰۵). علاوه‌براین در بخش کودکان در پرستارانی که غیبت و مرخصی بیش از پنج روز داشتند و در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان در پرستارانی که غیبت بیش از پنج روز و مرخصی بیش از ۱۰ روز داشتند، سطح پریشانی اخلاقی بالاتری مشاهده شد؛ اما اختلاف معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵).

از سوی دیگر، از میان پرستاران هر دو بخش آن‌هایی که در برنامه‌های کلاس‌های آموزشی و اخلاقی شرکت کرده بودند، سطح پریشانی اخلاقی پایین‌تری داشتند که این امر می‌تواند نقطه عطفی برای برنامه‌ریزان محسوب شود؛ اما اختلاف معناداری بین دو گروه وجود ندارد (P>۰/۰۵). در بررسی سابقه کار نیز با وجود اینکه پرستاران بخش‌های کودکان و مراقبت‌های ویژه کودکان با سابقه کمتر از پنج سال در سطح پریشانی اخلاقی بالاتری قرار داشتند؛ اما این امر معنادار نبود (P>۰/۰۵).

مجموع نمرات کل پرسشنامه پریشانی اخلاقی بین ۰ تا ۲۱۶ است و هرچه نمرات بالاتر باشد، فرد پریشانی اخلاقی بالاتری خواهد داشت؛ بنابراین مقایسه میانگین پریشانی اخلاقی بین پرستاران دو بخش از نظر آماری اختلاف معناداری را نشان داد (P<۰/۰۱۱). علاوه‌براین، میانگین و انحراف معیار پریشانی اخلاقی پرستاران بخش‌های کودکان ۳۶/۳۹±۳۷/۴۸ و مراقبت ویژه کودکان ۳۶/۴۷±۵۸/۰۲ بود؛ به‌طوری که میانگین شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان بالاتر بود. سطوح شدت پریشانی اخلاقی در جدول ۳ نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از پرستاران بخش

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول ۳: مقایسه سطوح شدت پریشانی اخلاقی پرستاران بخش‌های کودکان و مراقبت‌های ویژه کودکان

نوع بخش	سطوح شدت پریشانی اخلاقی پرستاران	
	پایین (درصد) تعداد	متوسط (درصد) تعداد
کودکان	۴۵ (۷۵)	۱۵ (۲۵)
مراقبت ویژه کودکان	۳۰ (۵۸/۸)	۲۱ (۴۱/۲)

کودکان در سطح پریشانی اخلاقی پایین و ۲۵ درصد از آن‌ها در سطح پریشانی اخلاقی متوسط قرار دارند. ۵/۸ درصد از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان نیز در سطح پریشانی اخلاقی پایین و ۴۱/۲ درصد در سطح پریشانی اخلاقی متوسط بودند.

بحث

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این واقعیت است که بیشتر پرستاران بخش کودکان در سطح پریشانی اخلاقی پایینی (۷۲-۰) بوده‌اند که این مهم با نتایج برخی از مطالعات (۳۴،۳۵) که شدت پریشانی اخلاقی پرستاران بخش کودکان را با بزرگسالان مقایسه نموده‌اند، همسو می‌باشد. با توجه به همگنی سن، سطح تحصیلات و سابقه کاری بین پرستاران در هر دو بخش، سطح شدت پریشانی اخلاقی در بین پرسنل بخش ویژه کودکان که در شیفت گردشی بودند بیش از شدت پریشانی اخلاقی پرستاران در شیفت ثابت بود و پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کودکان در سطح بالاتری از شدت پریشانی اخلاقی قرار داشتند. این نتایج با یافته‌های پژوهشی دیگر که هیچ تفاوتی در سطح شدت پریشانی اخلاقی دو بخش کودکان و مراقبت‌های ویژه کودکان را گزارش نکرد (۱۰) مغایر می‌باشد. به نظر می‌رسد شیفت‌های چرخشی در افزایش سطح شدت پریشانی اخلاقی تأثیرگذار هستند و سرپرستاران و مدیران با توجه به این یافته با تغییر افراد شیفت ثابت و چرخشی می‌توانند افراد حساس را به سطح نرمال اخلاقی برسانند و از عواقب سطح بالای پریشانی اخلاقی در بخش پیشگیری نمایند.

در مطالعه حاضر میانگین شدت پریشانی اخلاقی در سنین پایین (زیر ۳۵ سال) بالاتر از سنین بالا بود و در سن بالای ۴۰ سال در کمترین میزان قرار داشت؛ به‌طوری که با افزایش سن، شدت پریشانی اخلاقی کاهش می‌یافت. این نتیجه بیانگر این مهم است که به دلیل افزایش تجربه، شدت پریشانی اخلاقی با افزایش سن کاهش پیدا می‌کند. این یافته با نتایج برخی از مطالعات در مورد بخش مراقبت‌های ویژه مغایرت داشته (۳۶،۳۷) و با نتایج برخی دیگر در مورد بخش‌های اتاق عمل (۲۸)، خون و سرطان (۱۹)، مراقبت ویژه (۱۲،۳۸) و انکولوژی (۳۹) همسو می‌باشد. علاوه‌براین در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و شدت پریشانی اخلاقی پرستاران دو بخش رابطه معناداری مشاهده نشد که این مهم با نتایج تعدادی از مطالعات در مورد بخش مراقبت‌های ویژه (۱۲،۳۶) و بخش‌های عمومی و ویژه (۳۶) همسو است و با یافته‌های تعداد دیگری از مطالعات در ارتباط با بخش سوختگی (۳۰) و بخش‌های ویژه و جراحی (۴۰) مغایر می‌باشد. به نظر می‌رسد که تفاوت بخش و نوع مراقبت ارائه‌شده از جانب پرستاران با سطوح تحصیلی متفاوت رابطه چندانی با افزایش سطح شدت پریشانی اخلاقی ندارد.

در مطالعه حاضر از نظر سابقه کار در بخش ویژه کودکان، شدت پریشانی اخلاقی در پرستاران با سنوات کاری پایین‌تر بیشتر بود که این مهم با نتایج مطالعاتی که در مورد بخش‌های داخلی جراحی، بخش‌های بیمارستان و پرستاران منزل (۴۱)، بخش‌های ویژه (۴۲) و بخش انکولوژی (۳۹) انجام شده‌اند هم‌راستا می‌باشد؛ اما با نتایج مطالعات دیگر در ارتباط با بخش جراحی و اتاق عمل (۲۸)، بخش ویژه (۱۲،۳۶،۳۷) و بخش خون و سرطان (۱۹) مغایرت دارد. با توجه به یافته‌ها به نظر می‌رسد که با افزایش سابقه کار و تجربه در بخش‌های ویژه، پرستاران با شدت کمتری از پریشانی اخلاقی مواجه خواهند بود.

از سوی دیگر، در این مطالعه شدت پریشانی اخلاقی بالاتری در گروه پرستاران متأهل در بخش‌های کودکان و مراقبت ویژه کودکان مشاهده شد که با نتایج برخی از

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

مطالعات همسو بوده (۲۵،۳۶) و با برخی دیگر مغایر می‌باشد (۳۰،۳۷). این یافته بیانگر این احتمال است که افراد متأهل به دلیل مسئولیت زیاد خانوادگی، ظرفیت روحی- روانی کمتری در تحمل شرایط سخت شغلی دارند و در برخورد با بیماران و مراقبت از آن‌ها سطح بالاتری از پریشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند. علاوه‌براین، در مطالعه حاضر در مورد نوع استخدام و شدت پریشانی اخلاقی در بین افراد رسمی مشاهده شد که شدت پریشانی اخلاقی آن‌ها بیشتر از افراد غیررسمی می‌باشد؛ اما رابطه آماری معناداری در این ارتباط وجود نداشت. این مهم با نتایج تعدادی از مطالعات همسو بوده (۱۸،۳۶،۴۳،۴۴) و با برخی دیگر مغایر است (۱۲،۱۹).

نتیجه‌گیری

در مطالعه حاضر حضور در کلاس‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای، برقراری ارتباط و اخلاق اسلامی به‌عنوان عوامل مؤثر شناسایی نشد که این مهم با نتایج برخی از مطالعات همسو می‌باشد (۱۲،۳۰) و به نظر می‌رسد که کلاس‌های آموزشی در شناخت و کنترل شدت پریشانی اخلاقی تأثیری نداشته‌اند. شاید عدم استمرار کلاس‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای، عدم تطابق محتوای آموزشی با آموزه‌های قرآنی و فرهنگ بومی، متناسب‌نبودن مباحث و محتوای آموزشی با نیازهای حرفه‌ای پرستاران به دلیل بررسی ناکافی و عدم نیازسنجی دقیق مشکلات اخلاقی افراد و عدم تناسب زمان‌بندی کلاس‌های آموزشی با فرصت‌های افراد موجب ناکارآمدی کلاس‌های آموزشی باشند.

پیشنهادات

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده پیشنهاد می‌شود سیاست‌گذاران سیستم بهداشت و درمان جهت افزایش رضایت‌مندی و ارتقای سطح بهداشت و درمان اقشار جامعه به سنجش و برنامه‌ریزی‌های مدون و پیوسته‌ای به‌منظور ارتقای سطح اخلاقی پرستاران بپردازند. استمرار کلاس‌های آموزش اخلاق حرفه‌ای متناسب با فرهنگ اسلامی، تناسب محتوای آموزشی با نیازهای حرفه‌ای پرستاران در بخش کودکان به‌ویژه در بخش مراقبت‌های ویژه کودکان، درنظرآوردن شیفت‌های متناسب با استراحت پرستاران به‌ویژه پرستاران بخش ویژه کودکان، تنظیم برنامه‌های تفریحی گروهی و بسیاری از برنامه‌های هنری با درنظرداشتن شئونات اسلامی و مذهبی می‌تواند از جمله راه‌کارهای پیشنهادی برای سیاست‌گذاران باشد.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به انجام رسیده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از آن رعایت شده است.

تضاد منافع

تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات پرستاری با کد IR.MAZUMS.RES.96.S.25 از دانشگاه علوم پزشکی مازندران است. بدین‌وسیله از همکاران محترم معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و تمامی پرستاران شاغل در مراکز درمانی بخش‌های کودکان و به‌ویژه کودکان استان مازندران که در اجرای طرح نویسندگان را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

References

1. Salehi S, Soroori Majd E. The role that Elements of dignity play in human perfection in the views of Imam Reza (AS). Journal of Razavi Culture. 2016; 13(4):93-120. (Persian)
2. Samadi M, Davai M, Eghbalian T. Principles and methods of moral education in the Prophet and Ahlul-Bayt. Journal of Islamic Education. 2013; 20(16):37-64. (Persian)
3. Gholami AR. Ethical organization: problems, obstacles and the solutions. Police Human Development. 2009; 6(25):85-65. (Persian)
4. Holy Qur'an, Trans: Naser Makarem Shirazi. Qom: Sarmayeh Press; 2011. (Persian)
5. Habibzadeh AA, Borjalizadeh R, Allahbedashti N. Professional ethics in religious teachings. Medical History Quarterly. 2011; 3(8):37-63. (Persian)
6. Haeri Shirazi M. Ethics in Islam. Tehran: Tehran University Press; 1982. (Persian)
7. 7. Majlesi MF. Bihar Al-anvar. Beirut: Vafa Institue; 1983. P. 404. (Persian)
8. Hunt G. Ethical issues in nursing. Abingdon, UK: Routledge; 2005.
9. Hendrick J. Law and ethics in children's nursing. 1st ed. New Jersey: John Wiley & Sons; 2010. P. 9.
10. Sarkoohijabalbarezi Z, Ghodousi A, Davaridolatabadi E. The relationship between professional autonomy and moral distress among nurses working in children's units and pediatric intensive care wards. International Journal of Nursing Science. 2017; 4(2):117-21.
11. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurse's distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012; 5 (2):53-63. (Persian)
12. Shafiei A, Ravanipour M, Yazdankhahfard M, Mirzaei K. The relationship between moral distress and job burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 2015. Nursing Journal of Vulnerable. 2016; 2(5):15-26. (Persian)
13. Mesbahe Yazdi MT. Prerequisites of Islamic management. Qom: Imam Khomeini's Educational and Research Institution; 2012. (Persian)
14. Brazil K, Kassalainen S, Ploeg J, Marshall D. Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. Social Science & Medicine. 2010; 71(9):1687-91.
15. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and hematology units. Nursing Ethics. 2012; 19(2):183-95.
16. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015; 8:2.
17. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 6(2):57-66.
18. Duarte CG, Lunardi VL, Silveira RS, Barlem EL, Dalmolin GD. Moral suffering among nurse educators of technical courses in nursing. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70(2):301-7.
19. Russel AC. Moral distress in neuroscience nursing: an evolutionary concept analysis. Journal of Neuroscience Nursing. 2012; 44(1):15-24.
20. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. Advances in Neonatal Care. 2010; 10(3):145-56.
21. Ohnsorge K, Keller HR, Widdershoven GA, Rahmann-Sutter C. 'Ambivalance' at the end of life how to understand patients' wishes ethically. Nursing Ethics. 2012; 19(5):629-41.
22. Paganini MC, Bousso RS. Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. Nursing Ethics. 2015; 22(7):803-14.
23. Cavinder C. The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review. Advance Neonate Care. 2014; 14(5):322-8.
24. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics. 2002; 9(6):636-50.
25. Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issue: moral distress in health care. HEC Forum. 2012; 24(1):1-11.
26. Varcoe C, Pauly B, Webster G, Storch J. Moral distress: tensions as springboards for action. HEC Forum. 2012; 24(1):51-62.
27. Darabzade F, Abbaszadeh A, Shakeri N. Surgical nurses perceptions of moral distress. Research Journal of Medical Science. 2016; 10(4):412-15.
28. Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. Jona's Healthcare Law Ethics Regulation. 2008; 10(4):94-7.
29. Shafipour V, Esmaeili R, Heidari MR, Aghaei N, Saadatmehr SR, Sanagoo A. Investigating the level of moral distress and its related factors among nurses in Mazandaran Burn Center. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]

2015; 25(126):58-67. (Persian)
30. Neal KW. Pattern recognition in experienced pediatric nurses. Pennsylvania: Widener University; 2017. P. 3.
31. Wall S, Austin WJ, Garros D. Organization influences on health professionals' experiences of moral distress in PICUs. HEC Forum. 2016; 28(1):53-67.
32. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. Journal of Critical Care. 2016; 31(1):178-82.
33. Browing AM. CEN article: moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. American Journal of Critical Care. 2013; 22(2):143-51.
34. Doya M, Kalowesb P, Devriesb J. Moral distress and intention to leave: a comparison of adult and pediatric nurses by hospital setting. Intensive and Critical Care Nursing. 2016; 36:42-8.
35. Pavlish CL, Hellyer JH, Brown-Saltzman K, Miers AG, Squire K. Screening situations for risk of ethical conflicts: a pilot study. American Journal of Critical Care. 2015; 24(3):248-56.
36. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nursing Ethics. 2015; 22(1):64-76.
37. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 6(2):57-66. (Persian)
38. Vaziri MH, Khoiee E, Motevallian SA, Alizadegan S, Razzaghi KO, Kavousi A, et al. Development and validation of scale measuring: moral distress among Iranian nurses. Teb Va Tazkieh. 2009; 16(3-4):46-55. (Persian)
39. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh L, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014; 7(2):69-79.
40. Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. Journal of Nursing Management. 2008; 16(3):360-73.
41. de Veer AJ, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: a cross sectional correlational questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2013; 50(1):100-8.
42. Sirilla J. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2014; 18(5):536-41.
43. Roshanzadeh M, Borhani F, Mohammadi S. Moral sensitivity and moral distress in critical care Unit Nurses. Medical Ethics Journal. 2017; 10(38):19-28. (Persian)
44. 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.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-23]