مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۴، شهریور ۱۳۹۴، ۴۵۴-۴۴۳

بررسی ارتباط تنش اخلاقی با خودکارآمدی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز سال ۱۳۹۳

عباس نبوره[۱]، معصومه ایمانی‌پور[۲]، تهمینه صالحی[۳]، حامد تابش[۴]

دریافت مقاله: ۹۳/۱۲/۱۶ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۲/۱۵ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۴/۳/۱۷ پذیرش مقاله: ۹۴/۳/۱۹

چکیده

زمینه و هدف: تنش اخلاقی یکی از مشکلات عمده پرستاران است که ممکن است به دلایل مختلفی رخ دهد. از پیامدهای تنش اخلاقی می‌توان به کاهش اعتماد به نفس، فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی و افسردگی اشاره کرد. از آنجا که پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس به سبب ماهیت کاری خود بیشتر با موارد تنش اخلاقی مواجهه دارند، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط تنش اخلاقی با خودکارآمدی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی است که در سال ۱۳۹۳ بر روی ۱۸۵ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های آموزشی اهواز که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه تنش اخلاقی کورلی و پرسشنامه خودکارآمدی شغلی ریگز بود. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان داد شدت و فراوانی تنش اخلاقی و سطح خودکارآمدی پرستاران بخشهای ویژه و اورژانس در سطح متوسط قرار دارد. بین شدت تنش اخلاقی (r=-۰/۱۴ و p=۰/۰۴) و فراوانی تنش اخلاقی (r=- ۰/۱۹ و p=۰/۰۱) با خودکارآمدی ادراک شده در پرستاران رابطه معناداری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه بین تنش اخلاقی با خودکارآمدی درک شده پرستاران رابطه معنی‌دار معکوس وجود دارد، به نظر می‌رسد بتوان با ارائه راهکارهایی در جهت کنترل تنش اخلاقی پرستاران، احساس خودکارآمدی و به تبع آن توانمندی‌های شغلی ایشان را ارتقاء داد.

واژه‌های کلیدی: تنش اخلاقی، خودکارآمدی، پرستار

۱- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز فوریت‌های پزشکی، دانشگاه جندی شاپور، اهواز، ایران
۲- (نویسنده مسئول) مربی و عضو مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، گروه آموزشی مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
تلفن: ۶۱۰۵۴۴۲۵-۰۲۱، دورنگار: ۶۶۳۹۳۶۰۰-۰۲۱، پست الکترونیکی: m_imanipour@tums.ac.ir
۳- استادیار گروه آموزشی مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴- استادیار گروه آموزشی آمار، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

مقدمه

تنش اخلاقی یک مسأله اساسی در حرفه پرستاری است که پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد. تنش اخلاقی در شرایطی که پرستاران نمی‌توانند فعالیت‌های روزمره خود را در برآورده کردن نیازهای بیماران و خانواده‌هایشان به دلایلی همچون نبود تعداد کافی کارکنان و فقدان قوانین و فرایندهای سازمانیِ حمایت‌کننده به شیوه‌ای اخلاقی انجام دهند، رخ می‌دهد [۱]. تنش اخلاقی را می‌توان وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که زمانی تجربه می‌شود انسان از انجام عملی که می‌داند درست است، بازداشته شده و یا مجبور به انجام کاری شود که می‌داند نادرست است [۲]. Hamric و همکاران معتقد هستند منبع تنش اخلاقی برای پرستاران در محیط‌های بهداشتی، وجود تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یکسو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز و غیرمجاز از سوی دیگر است [۳].

یکی از عوامل مستعد کننده ایجاد تنش اخلاقی، تکرار و مواجهه با عوامل تنش‌زا است که بر شدتِ تنش درک‌شده توسط فرد تأثیر دارد [۴]. از سوی دیگر، عوامل منجر به تنش اخلاقی با توجه به وضعیت کار متفاوت هستند. نتایج مطالعه Elpern و همکاران نشان می‌دهد در بخش مراقبت‌های ویژه به علت نیازگسترده به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی درمراقبت و درمان بیمارانِ دارای وضعیت و شرایط بحرانی، بروزتنش اخلاقی افزایش می‌یابد [۵]. Atashzadeh Shorideh و همکاران نیز در مطلعه‌ای که در سال ۲۰۱۲ انجام دادند سطح تنش اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را بالا گزارش کردند [۶].

در بخش اورژانس نیز ماهیت حوادث به گونه‌ای است که درمان سریع و نجات‌بخش، نه تنها نیازمند مهارت بالینی است بلکه شخصیت و خصوصیات پرستار و کادر درمانی را نیز به چالش می‌کشد و منجر به تنش اخلاقی می‌شود [۷]. لذا ماهیت خاص مراقبت‌های ارائه شده در بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس، اغلب پرستاران شاغل در این بخش‌ها را با تنش‌های اخلاقی و چالش‌هایی در تصمیم‌گیری مواجه می‌نماید.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند تنش اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد [۸]. از پیامدهای منفی تنش اخلاقی در حرفه پرستاری می‌توان به کاهش تعلق کاری، افت اعتماد به نفس، ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی ناشی از این احساس که نمی‌توانند نیازهای بیماران را برآورده کنند یا احساس ناتوانی درانجام وظایف وتعهدات نسبت به بیماران، اشاره کرد [۸، ۲]. به این ترتیب مشخص می‌شود تنش اخلاقی می‌تواند احساس پرستاران نسبت به توانایی خود در انجام وظایف و مقابله موثر با موقعیت‌های مختلف را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات انجام شده بیان کرده‌اند به علت تنش اخلاقی، ۸۱٪ پرستاران بخش‌های ویژه، خودشان را بی‌قدرت و غیرمؤثر توصیف کرده‌اند، همینطور پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه درتصمیم‌گیری برای بیمارانشان به دلیل وجود تعارضات اخلاقی، احساس عجز کرده‌اند [۵].

احساس ناتوانی و عجز به نوبه خود می‌تواند تبعات منفی دیگری را به دنبال داشته باشد. افرادی که به توانایی‌های خود اعتماد ندارند، در موقعیت‌های مخاطره‌آمیز دچار یاس و ناامیدی شده و احتمال این که

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

به نحو مؤثری عمل کنند، کاهش می‌یابد. چنین افرادی از مواجهه با مسائل چالش‌برانگیز واهمه دارند و به تبع آن عملکردشان دچار آسیب می‌شود که این امر به نوبه خود منجر به احساس ناکارآمدی بیشتر می‌گردد. خودکارآمدی درک شده از باورهای فرد نسبت به توانایی‌هایش برای سازماندهی واجرای اعمال لازم برای دستیابی به نتایج مورد نظر تشکیل شده است که تنش اخلاقی ممکن است باکاهش توانایی فرد نسبت به باورهای خود، موجب کاهش این مهارت که جزء یکی از مهارت‌های چندگانه برای اداره کردن موقعیت‌های درحال تغییر، مبهم، غیرقابل پیش بینی وتنش‌زا (مانند بخش اورژانس و مراقبت ویژه) هست، شده و آن را از پرستار سلب نماید [۹]. باورهای خودکارآمدی بالا، مشارکت درکار، انتخاب وظیفه، تلاش و عملکرد را تسهیل می‌کنند و باورهای خودکارآمدیِ پایین، عزم و اراده را سست و عملکرد را مختل می‌کنند [۱۱-۱۰]. هنگام رویارویی با رویدادهای نامطلوب و استرس‌زا، تنها افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، می‌توانند بر اندیشه خود کنترل داشته باشند، پایداری بیشتری از خود نشان دهند و درباره خود و توانایی فردی، تفکرات منفی نداشته باشند [۱۰] در حالیکه افراد با خودکارآمدی پایین ممکن است باور کنند که وضع موجود حل‌ناشدنی است و این امر به تنیدگی، افسردگی و نگاه ناامیدانه برای گره‌گشایی بیشتر دامن می‌زند [۹].

در حالیکه یکی از ابزارهای برخورد مؤثر در مقابل عوامل تنش‌زا، خودکارآمدی است، این توانایی می‌تواند تحت تأثیر مواجهه فراوان با عوامل تنش‌زا قرار گرفته و تخریب شود و در یک چرخه معیوب، پیامدهای منفی دیگری را به دنبال داشته باشد. بر این اساس و با توجه به عوارض ناشی از تنش اخلاقی در عملکرد پرستاران و نظر به این که میزان مواجهه پرستاران بخش‌های ویژه و اورژانس با موارد تنش اخلاقی بالا گزارش شده است [۱۳-۱۲،۷-۵]، هدف این مطالعه بررسی ارتباط بین تنش اخلاقی با احساس خودکارآمدی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بوده تا بتواند ضمن فراهم آوردن اطلاعات پایه در زمینه سطح خودکارآمدی درک شده پرستاران این بخشها، یکی از عوامل احتمالی مرتبط با سطح خودکارآمدی در ایشان را شناسایی نموده و ضرورت پرداختن به راهکارهای کاهش و کنترل تنش اخلاقی و ارتقاء خودکارآمدی در پرستاران را بیشتر آشکار سازد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی به منظور بررسی ارتباط تنش اخلاقی با خودکارآمدی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس مراکز آموزشی درمانی شهر اهواز (بیمارستان‌های گلستان، امام خمینی، رازی و سینا) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۲۵ نفر پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس بودند که به صورت سرشماری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دارا بودن مدرک کاردانی پرستاری یا بالاتر و حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های ویژه و اورژانس. ابزار جمع‌آوری داده، پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه تنش اخلاقی Corley و پرسشنامه باورهای خودکارآمدی Riggs و

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

همکاران بود. پرسشنامه تنش اخلاقیCorley با نام MDS (Moral Distress Scale) فراوانی و شدت تنش اخلاقی پرستاران را در قالب ۲۴ سوال بر حسب مقیاس لیکرت پنج بخشی اندازه‌گیری می‌کند. منظور از فراوانی تنش اخلاقی در این پرسشنامه، تعداد دفعات مواجهه با عوامل تنش‌زا است که مقیاس آن شامل "هرگز مواجه نشده‌ام" (امتیاز ۰) تا "بسیار مواجه شده‌ام" (امتیاز ۴) می‌باشد. منظور از شدت تنش اخلاقی نیز میزان تنش احساس شده توسط فرد در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا است و دارای مقیاس "تنشی در من ایجاد نمی‌کند" (امتیاز ۰) تا "تنش زیادی در من ایجاد می‌کند" (امتیاز ۴) می‌باشد. دامنه امتیازات هر یک ابعاد فراوانی و شدت تنش در این پرسشنامه بین صفر تا ۹۶ بوده و هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد نشان دهنده فراوانی بیشتر یا شدت بالاتر تنش اخلاقی در وی است. تقسیم‌بندی شدت و فراوانی تنش اخلاقی در این پرسشنامه به صورت زیر است: نمره ۳۱-۰ نشان دهنده شدت یا فراوانی پایین تنش اخلاقی، نمره ۶۴-۳۲ بیانگر شدت یا فراوانی متوسط تنش اخلاقی و نمره ۹۶-۶۵ به معنی شدت یا فراوانی بالای تنش اخلاقی می‌باشد [۱۴-۱۳].

این پرسشنامه در مطالعات متعدد داخلی و خارجی استفاده شده است. در ایران در سال ۱۳۹۱ توسط Joolaee و همکاران با توجه به شرایط خاص سیستم ارائه خدمات در ایران و با نظر اساتید و متخصصان، تغییراتی در آن ایجاد شد و با مسائل موجود در بیمارستانهای ایران متناسب سازی شد و روایی آن به روش محتوایی و پایایی آن را به روش همسانی درونی (α=۰/۸۶) بررسی و تأیید شد [۱۶].

در مطالعه حاضر نیز روایی پرسشنامه به روش محتوایی و نظرسنجی از ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و اهواز، بررسی و تأیید شد. پایایی آن نیز به روش ثبات درونی و محاسبه آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آلفا ۰/۸۴ بدست آمد.

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی Riggs و همکاران شامل ۱۰ سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج بخشی از "کاملاً مخالف" تا" کاملاً موافق" است. سؤالات ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۱۰ که دارای مفهوم منفی هستند به صورت معکوس نمره‌دهی می‌شوند. امتیاز کلی قابل کسب این پرسشنامه بین صفر تا ۵۰ بود. هر چقدر نمره فرد بیشتر باشد نشانه احساس خودکارآمدی بیشتر در وی است. نحوه دسته‌بندی سطح خودکارآمدی درک شده در این پرسشنامه به این صورت می‌باشد که امتیاز ۱۶-۰ بیانگر سطح خودکارآمدی درک شده پایین، امتیاز ۳۳-۱۷ به معنی سطح خود کارآمدی درک شده متوسط و امتیاز ۵۰-۳۴ نشان دهنده سطح خودکارآمدی درک شده بالا است [۱۵]. این پرسشنامه در مطالعات خارجی استفاده شده و از پایایی بالا برخوردار بوده است.

به عنوان نمونه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در مطالعه Riggs و همکاران، Moss و Brunner به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۰ و ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۸-۱۷، ۱۵]. در مطالعه حاضر روایی پرسشنامه خودکارآمدی، به روش محتوایی و نظرسنجی از ۱۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران و اهواز، بررسی و تأیید شد. پایایی آن نیز به روش

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

ثبات درونی و محاسبه آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آلفا ۰/۸۵ بدست آمد.

بعد از تأیید روایی و پایایی ابزار و کسب تأییدیه اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران، مطالعه به روش سرشماری انجام شد.

به این ترتیب که محقق پس از هماهنگی لازم با مسئولین مربوطه، در نوبت‌های مختلف به مراکز آموزشی درمانی مراجعه نموده و پرسشنامه‌ها را بین کلیه پرستاران واجد شرایط (۲۲۵ نفر) توزیع نمود. به جهت نوع و حجم کار پرستاران در بخشهای محیط پژوهش و برای اینکه پرکردن پرسشنامه با وظایف شغلی نمونه‌ها تداخلی نداشته باشد تاریخی با توافق طرفین تعیین می‌شد و محقق در مراجعه بعدی پرسشنامه‌های تکمیل شده را جمع‌آوری می‌کرد.

نمونه‌گیری از مهر ماه تا آذر ماه ۹۳ به طول انجامید و از مجموع کل پرسشنامه‌های توزیع شده ۱۸۵ نفر (۸۲/۲٪) به پرسشنامه‌ها به طور کامل پاسخ دادند. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرارگرفت. روابط بین متغیرهای اصلی پژوهش شامل تنش اخلاقی و سطح خودکارآمدی بر اساس میانگین و با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. مقدار $p<۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سنی پرستاران شرکت کننده در این مطالعه ۶/۵±۳۲/۷ سال و اکثریت آن‌ها (۸۵/۹٪) زن بودند. سابقه کاری پرستاران ۲۷-۱ سال با میانگین و انحراف معیار ۵/۵±۷/۶ بود. اکثر پرستاران (۸۸/۱٪) تحصیلات کارشناسی داشته و به صورت نوبت کاری در گردش (۸۴/۳٪) کار می‌کردند. از پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۷۶ نفر (۴۱/۱٪) در بخش ICU، ۷۲ نفر (۳۸/۹٪) در بخش اورژانس و ۳۷ نفر (۲۰٪) در بخش CCU کار می‌کردند (جدول ۱).

نتایج نشان داد میانگین فراوانی (۱۷/۲۴±۴۷/۲۱) و شدت (۱۹/۶۳±۴۷/۴۴) تنش اخلاقی از نمره کل ۹۶ و میانگین خودکارآمدی (۴/۸۲±۳۸/۸۱) از نمره کل ۵۰ بود که هر سه متغیر در اکثر شرکت‌کنندگان در حد متوسط بودند (جدول ۲).

یافته‌ها همچنین، نشان دادند بین شدت تنش اخلاقی و خودکارآمدی ($r=-۰/۱۴$ و $p=۰/۰۴$) و فراوانی تنش اخلاقی و خودکارآمدی ($r=-۰/۱۹$ و $p=۰/۰۱$) رابطه منفی معنادار وجود دارد به این صورت که با افزایش شدت و فراوانی تنش اخلاقی، سطح خودکارآمدی درک شده پرستاران کاهش پیدا می‌کند (جدول ۳).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

جدول ۱- مشخصات فردی و شغلی پرستاران

مشخصات فردی و شغلی پرستاران		توزیع فراوانی	
		تعداد	درصد
سن	۳۰-۲۰ سال	۷۶	۴۱/۱
	۴۰-۳۱ سال	۸۴	۴۵/۴
	۵۰-۴۱ سال	۲۲	۱۱/۹
	> ۵۰	۳	۱/۶
جنسیت	مرد	۲۶	۱۴/۱
	زن	۱۵۹	۸۵/۹
وضعیت تأهل	مجرد	۷۰	۳۷/۸
	متأهل	۱۱۵	۶۲/۲
بخش	ICU	۷۶	۴۱/۱
	CCU	۳۷	۲۰
	اورژانس	۷۲	۳۸/۹
تحصیلات	فوق دیپلم	۴	۲/۲
	لیسانس	۱۶۳	۸۸/۱
	فوق لیسانس	۱۸	۹/۷
سابقه کاری	<۵	۷۸	۴۲/۱
	۱۰-۵ سال	۵۸	۳۱/۳
	۱۵-۱۱ سال	۳۱	۱۶/۸
	۲۰-۱۶ سال	۱۴	۷/۶
	>۲۰	۴	۲/۲
سمت	سرپرستار	۱۱	۵/۹
	مسئول نوبت کاری	۲۵	۱۳/۵
	پرستار	۱۴۹	۸۰/۶
نوبت کاری	صبح	۲۱	۱۱/۴
	عصر	۵	۲/۷
	شب	۳	۱/۶
	در گردش	۱۵۶	۸۴/۳

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

جدول ۲- توزیع فراوانی تنش اخلاقی و سطح خودکارآمدی درک شده پرستاران بر حسب نوع بخش

متغیر	شاخص / بخش	فراوانی (درصد) بالا (امتیاز ۹۶-۶۵)	متوسط (امتیاز ۶۴-۳۲)	پایین (امتیاز ۳۱-۰)
شدت تنش اخلاقی	اورژانس	۷ (۹/۷)	۴۲ (۵۸/۳)	۲۳ (۳۲)
	ICU	۱۷ (۲۲/۴)	۳۷ (۴۸/۷)	۲۲ (۲۸/۹)
	CCU	۱۱ (۲۹/۷)	۲۱ (۵۶/۸)	۵ (۱۳/۵)
	انحراف معیار±میانگین		۴۷/۴۴±۱۹/۶۳	
		بالا (امتیاز ۹۶-۶۵)	**متوسط (امتیاز ۶۴-۳۲)**	**پایین (امتیاز ۳۱-۰)**
فراوانی تنش اخلاقی	اورژانس	۴ (۵/۶)	۴۴ (۶۱/۱)	۲۴ (۳۳/۳)
	ICU	۱۶ (۲۱/۱)	۴۶ (۶۰/۵)	۱۴ (۱۸/۴)
	CCU	۶ (۱۶/۲)	۲۶ (۷۰/۳)	۵ (۱۳/۵)
	انحراف معیار±میانگین		۴۷/۲۱±۱۷/۲۴	
		بالا (امتیاز ۵۰-۳۴)	**متوسط (امتیاز ۳۳-۱۷)**	**پایین (امتیاز ۱۶-۰)**
خودکارآمدی درک شده	اورژانس	۲۲ (۳۰/۶)	۵۰ (۶۹/۴)	----
	ICU	۳۲ (۴۲/۱)	۴۴ (۵۷/۹)	----
	CCU	۱۶ (۴۳/۲)	۲۱ (۵۶/۸)	----
	انحراف معیار±میانگین		۳۸/۸۱±۴/۸۲	

جدول ۳- همبستگی تنش اخلاقی با خودکارآمدی درک شده در پرستاران

تنش اخلاقی / خودکارآمدی	ضریب همبستگی پیرسون (r)	مقدار p*
فراوانی تنش اخلاقی	-۰/۱۹	۰/۰۱
شدت تنش اخلاقی	-۰/۱۴	۰/۰۴

***: سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$**

بحث

این مطالعه به منظور بررسی ارتباط تنش اخلاقی با خودکارآمدی درک شده پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های آموزشی اهواز انجام شد که نتایج نشان داد میانگین شدت و فراوانی تنش اخلاقی پرستاران در محدوده متوسط قرار داشت. در اکثر مطالعات

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

انجام شده در داخل و خارج کشور تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخشهای ویژه متوسط گزارش شده است. Molazem و همکاران سطح تنش اخلاقی پرستاران شاغل در CCU بیمارستان‌های شیراز را در سال ۲۰۱۳ متوسط گزارش نمودند [۱۹]. در مطالعه Beikmoradi و همکاران نیز مشخص شد شدت تنش اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه همدان در سطح متوسط قرار داشت [۲]. در خارج کشورPapathanassoglou و همکاران تنش اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را در حد متوسط (۷۳/۶۷±۳۹/۱۹) گزارش کردند [۲۰]. نتایج مطالعه Maiden در آمریکا نشان داد میانگین تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه ۳/۸۹ از ۷ بوده است [۲۱].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر سطح خودکارآمدی درک شده پرستاران در سطح متوسط قرار داشت. برخلاف نتایج مطالعه حاضر، Hosseini و همکارش امتیاز خودکارآمدی پرستاران بخش‌های مراقبت های ویژه، اورژانس و جراحی بیمارستان شرکت نفت تهران را بین ۱۹ تا ۴۰ (۲۹/۸۲±۴/۶۶) گزارش نمودند. نتایج مطالعه وی نشان داد ۸۳/۷ درصد از پرستاران شرکت کننده در پژوهش دارای امتیاز خودکارآمدی بالای میانه (امتیاز ۲۵) بودند و تنها ۱۶/۳٪آنها امتیاز خودکارآمدی کمتر از میانه کسب کرده بودند [۲۲] که با نتایج مطالعه حاضر مغایر است. علت تناقض نتایج مطالعه Hosseini و همکارش با مطالعه حاضر می‌تواند تفاوت امکانات موجود در بیمارستانهای آموزشی اهواز و شرکت نفت تهران و همچنین، ناشی از تفاوت در ابزار مورد استفاده باشد، چرا که در مطالعه ذکر شده از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی استفاده شد ولی پرسشنامه خودکارآمدی Riggs و همکاران که در مطالعه حاضر از آن استفاده شده بود به خودکارآمدی درک شده فرد در زمینه شغلش مربوط می‌باشد. علاوه بر این در مطالعه حاضر فقط بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس تحت مطالعه قرار گرفته درحالی که در مطالعه ذکر شده بخش جراحی نیز مد نظر بوده است.

در این مطالعه بین تنش اخلاقی و خودکارآمدی پرستاران رابطه معنی‌دار معکوس مشاهده شد. به این صورت که با افزایش شدت و فراوانی تنش اخلاقی، سطح خودکارآمدی درک شده در پرستاران کاهش پیدا می‌کند. نتایج مطالعه Leggett و همکاران نیز نشان داد بین تنش اخلاقی و خودکارآمدی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در این مطالعه که در آمریکا انجام شد مشخص گردید آموزش مهارت‌های خودکارآمدی به مدت ۶۰ دقیقه در روز به مدت یک ماه به طور معنی‌دار تنش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه سوختگی را کاهش می‌دهد [۲۳]. البته لازم به ذکر است در مطالعه حاضر میزان همبستگی بین متغیر تنش اخلاقی و خودکارآمدی از نظر آماری جزئی و ضعیف می‌باشد که بهتر است برای افزوده شدن بر غنای یافته‌های این مطالعه و تایید آنها، مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد به ویژه به این دلیل که در جستجوی صورت گرفته توسط محققان، مطالعه‌ای که در داخل کشور به بررسی ارتباط دو متغیر تنش اخلاقی و خودکارآمدی در پرستاران پرداخته باشد یافت نشد و لذا تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است. البته ارتباط سطح خودکارآمدی با سایر متغیرهای شغلی و در مطالعات مختلف مورد بررسی قرار گرفته است مثلاً نتایج مطالعه Peyman و همکاران در مشهد نشان داد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

بین خودکارآمدی و تنش شغلی پرستاران ارتباط معنادار قوی وجود دارد به طوری که با افزایش خودکارآمدی، مدیریت تنش شغلی بهبودی چشمگیری داشت [۲۴]. نتایج مطالعه Vaezfar و همکاران که در اصفهان انجام شد نیز نشان داد بین سطح خودکارآمدی و استرس شغلی پرستاران رابطه معنادار منفی وجود دارد [۲۵]. با توجه به این یافته‌ها و نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت یکی از پیامدهای منفی متغیرهایی چون تنش شغلی، استرس شغلی و تنش اخلاقی می‌تواند کاهش سطح خودکارآمدی درک شده باشد چرا که مواجهه مداوم با این متغیرها می‌تواند منجر به کاهش تعلق کاری، کاهش اعتماد به نفس، افت درجه پایداری و مقاومت افراد در مقابل مشکلات و سختی‌های کاری و احساس ناتوانی و ناکارآمدی در انجام وظایف و تعهدات شغلی شود [۹-۸، ۲]. از سوی دیگر، افراد با خودکارآمدی پایین شاید باور کنند که وضع موجود حل ناشدنی است و به این ترتیب پایداری کمتری در مقابل مشکلات از خود نشان می‌دهند و این مسأله به نوبه خود، شدت تنش را در آنها افزایش می‌دهد [۹].

بر اساس نتایج حاصله پیشنهاد می‌شود برای به حداقل رساندن تنش اخلاقی درپرستاران و بهبود فرایند انجام کار، با تأکید بر تقویت باورهای خودکارآمدی پرستاران نسبت به رفع هرگونه مشکل و مسأله‌ای که منجر به تنش اخلاقی می‌گردد اقدام گردد.

این مطالعه از این لحاظ که اولین مطالعه‌ای بود که به بررسی ارتباط دو متغیر تنش اخلاقی و سطح خودکارآمدی در پرستاران بخش‌های ویژه و اورژانس که از مهمترین بخش‌های مراقبت بیمارستانی هستند، پرداخته است ارزشمند بوده و به نوبه خود اطلاعات اولیه مفیدی را در اختیار مسئولین و محققین قرار می‌دهد. البته از محدودیت‌های این مطالعه کوچک بودن حجم نمونه، محدود بودن به بیمارستان‌های آموزشی شهر اهواز و نیز استفاده از روش خودگزارش‌دهی در جمع‌آوری داده بود که به نظر می‌رسد شاید علت ارتباط آماری ضعیف مشاهده شده نیز، همین محدودیت‌ها باشد. لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تر و با حجم نمونه بیشتر تکرار شود. همچنین، بهتر است به جای استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای بررسی سطح خودکارآمدی درک شده، از روش‌ها و ابزارهای مشاهده‌ای برای اندازه‌گیری عینی سطح خودکارآمدی واقعی پرستاران استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد بین تنش اخلاقی و سطح خودکارآمدی درک شده در پرستاران ارتباط منفی معنی‌دار وجود دارد، به این‌صورت که با افزایش تنش اخلاقی، سطح خودکارآمدی درک شده توسط پرستاران کاهش می‌یابد. لذا با عنایت به این‌که باورهای خودکارآمدی می‌تواند بر عملکرد افراد تأثیر بگذارد و با توجه به حساسیت و پیچیدگی کار پرستاران بخش‌های ویژه و اورژانس و نیز مواجهه زیاد با تنش اخلاقی، پیشنهاد می‌شود سیستم خدمات بهداشتی درمانی جهت کاهش و کنترل تنش اخلاقی در پرستاران این بخش‌ها راهکارهایی به کار گیرد تا از بروز پیامدهای منفی ناخواسته‌ای چون افت سطح خودکارآمدی در آنها پیشگیری شود.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران با شماره قرارداد ۲۶۶۶۹ می‌باشد و تأییدیه کمیته اخلاق این دانشگاه را کسب کرده است. بدین وسیله از مسؤلین محترم دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و اهواز که زمینه انجام این تحقیق را فراهم نمودند و کلیه پرستاران محترمی که در تکمیل پرسشنامه‌ها مشارکت داشتند نهایت تقدیر و تشکر می‌شود.

References

1] Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.

[2] Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 58-69. [Farsi]

[3] Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measuremoral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res* 2012; 3(2): 1-9.

[4] Houston S, Casanova MA, Leveille M, Schmidt KL, Barnes SA, Trungale KR, et al. The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. *J Clin Ethics* 2013; 24(2): 98-112.

[5] Elpern E, Covert B, Klienpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005; 14(6): 523-30.

[6] Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F.Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. *Nurs Ethics* 2012; 19(4): 464-78.

[7] Fernandez-Parsons R, Rodriguez L, Goyal D. Moral distress in emergency nurses. *J Emerg Nurs* 2013; 39(6): 547-52.

[8] Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2012; 24(1): 91-100.

[9] Rostami R, Shah Mohammadi KH, Ghaedi Gh, Besharat MA, Akbari S, Nosratabadi M. The relation among self-efficacy, emotional intelligence and perceived social support in university students. *Ogh-e-Danesh* 2010; 16(3): 46-5. [Farsi]

[10] Masoudnia E. Perceived self-efficacy and coping strategies in stressful situations. *Iranian J of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)* 2008; 13(4): 405-15. [Farsi]

[11] Tavangar H, Alhani F, Vanaki Z. Decline of self-efficacy: the consequence of nursing work-family conflict. *J of Qualitative Res in Health Sci* 2012; 1(2): 135-47. [Farsi]

[12] Atashzade Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Responses of ICU nurses to moral distress: A

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

qualitative study. *Iranian J of Crit Care Nursing (IJCCN)* 2012; 4(4):159-68.

[13] Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. *Iranian Jof Med Edu* 2013; 6(4):80-8. [Farsi]

[14] Corley M, Elswick R, Gorman M, Clor T. Methodological issues in nursing research: development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 2001; 33(2): 250-6.

[15] Riggs M, Warka J, Babasa B, Betancourt R, Hooker S. Development and validation of self-efficacy and outcome expectancy scales for job-related applications. *Edu and Psychological Meas* 1994; 54: 793-802.

[16] Joolaee S, Jalili HR, Rafii F, Haghani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of medical sciences. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4(4): 56-66. [Farsi]

[17] Moss, E. Assessing understanding of the nature of science and science self-efficacy in undergraduates involved in research in an introductory geology course. [Master of Sciences dissertation], Geological and Atmospheric Sciences dipartment, Iowa State University. 2012

[18] Brunner, J. Communication medium: effects on affect, self-efficasy, and goals, [Master of sciences dissertation], Department of Psychology, College of Arts and Sciences.University of Colorado. 2008

[19] Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6: 5.

[20] Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *Am J Crit Care* 2012; 21(2): 41-52.

[21] Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error and critical care nursing. [PhD dissertation]. School of Nursing,Point Loma Nazarene university,san diego(USA). 2008.

[22] Hosseini M, Azimzadeh E. Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies. *J of Health Pro Manag* 2013; 2 (4): 16-23.

[23] Leggett JM, Wasson K, Sinacore JM, Gamelli RL. A pilot study examining moral distress in nurses working in one United States burn center. *J Burn Care Res* 2013; 34(5): 521-8.

[24] Peyman N, Ezzati Rastegar KH. Effect of an educational program on job tension management in nurses, based on self-efficacy theory. *Modern Care* 2012; 9(1):1-9. [Farsi]

[25] Vaezfar S, Azadi M, Akbari Balootbangan A, Rahimi M. The role of coping styles and self-efficacy in nurses' job stress in hospital. *Iranian J of Psychiatric Nurs* 2014; 2(2): 22-32. [Farsi]

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]

The Relationship between Moral Distress and Self-Efficacy among Nurses in Critical Care and Emergency Units in Hospitals Affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015

A. Naboureh[1], M. Imanipour[2], T. Salehi[3], H. Tabesh[4]

Received: 07/03/2015 Sent for Revision: 05/05/2015 Received Revised Manuscript: 07/06/2015 Accepted: 09/06/2015

Background and Objective: Moral distress is one of the major problems of nurses, which may happen due to various reasons. Moral distress has several consequences such as, low self-esteem, job dissatisfaction and depression. Nurses in critical care units and emergency departments experience more moral distress situations because of their special work. Hence, this study aimed to investigate the relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care units and emergency department.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study in type of descriptive-analytic that was conducted on 185 critical care units and emergency nurses in Ahvaz educational hospitals that were selected by survey method in 2015. Data was collected by demographic questionnaire, Corley moral distress scale and Riggs self-efficacy questionnaire. Data was analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation test.

Results: Findings showed that moral distress and self-efficacy levels in critical care and emergency nurses were moderate. There was a significant relation between intensity of moral distress (p=0.04, r= - 0.14) and frequency of moral distress (p=0.01, r= - 0.19) with nurses' perceived self-efficacy.

Conclusion: Regarding the reverse significant relationship between moral distress with perceived self-efficacy in nurses, developing some strategies to control nurses moral distress can probably improve their self-efficacy and professional competencies.

Key words: Moral distress, Self-efficacy, Nurse

Funding: This research was funded by Tehran University of Medical Sciences.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tehran University of Medical Sciences approved the study.

How to cite this article: Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The Relationship between Moral Distress and Self-Efficacy among Nurses in Critical Care and Emergency Units in Hospitals Affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015. *J RafsanjanUniv Med Sci* 2015; 14(6): 443-54. [Farsi]

1- MSc in Critical, Care Nursing, Emergancy Medical service and Mid, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran
2- Academic Member, Nursing and Midwifery Care Research Center (NMCRC), Critical Care Nursing Dept.,School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
(Corresponding Author) Tel: (021) 61054425, Fax: (021) 66933600, E-mail: m_imanipour@tums.ac.ir
3- Asistant Prof., Nursing Management dept., School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4- Assistant Prof., Statistic Dept., School of Healthy Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2026-11-25]

[DOR: 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4]