Iranian Journal of Critical Care Nursing
Vol. 4. No. 4, Winter 2012
Pages: 159 - 168

مجله پرستاری مراقبت ویژه
دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰
صفحات: ۱۶۸ - ۱۵۹

پاسخ پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به تنیدگی اخلاقی: یک مطالعه‌ی کیفی

فروزان آتش‌زاده شوریده[۱]، طاهره اشک‌تراب[۱*]، فریده یغمایی[۱]
**۱. دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران*

چکیده

اهداف: تنیدگی اخلاقی سبب بروز مجموعه‌ای از پاسخ‌ها در پرستاران می‌شود. با شناخت این پاسخ‌ها می‌توان راهبردهایی برای رویارویی بهتر پرستاران با آن‌ها بکار برد. این مطالعه به منظور «تبیین پاسخ پرستاران بخش مراقبت ویژه به تنیدگی اخلاقی» انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در نیمه دوم سال ۱۳۸۹ انجام شد. داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های بدون ساختار و عمیق با سیزده مصاحبه انفرادی و دو مصاحبه گروهی با پرستاران بالینی شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه‌ی شهرهای مختلف ایران گردآوری شد. نمونه‌گیری به صورت هدفمند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با تجزیه و تحلیل محتوای کیفی انجام شد.

یافته‌ها: طی فرآیند تحلیل محتوا سه مضمون، پنج زیرمضمون و ۲۸ طبقه حاصل شد. این مضامین شامل "واکنش‌های روان‌تنی"، " واکنش‌های معنوی" و "روش‌های مقابله"ی پرستاران در پاسخ به تنیدگی اخلاقی در بخش مراقبت ویژه بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که پرستاران بخش ویژه در رویارویی با تنیدگی اخلاقی از پاسخ‌های گوناگونی نظیر واکنش‌ها و روش‌های مختلف مقابله‌ای استفاده می‌نمایند که برخی از این پاسخ‌ها مثبت و برخی منفی هستند. مسئولین پرستاری می‌توانند به پرستاران برای کاهش تنیدگی‌ها، استفاده از روش‌های مثبت مقابله‌ای و پیشگیری از پیامدهای مضر آن کمک نمایند.

واژگان کلیدی: پاسخ؛ پرستاران؛ تنیدگی اخلاقی؛ بخش مراقبت‌های ویژه؛ تحلیل محتوا

Response of ICUs nurses to moral distress: A qualitative Study

Foroozan Atashzadeh Shoorideh[1], Tahere Ashktorab[1*], Farideh Yaghmaei[1]
1. Faculty of nursing and midwifery of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Aims: Moral distress elicits some responses from nurses. Identifying these responses can lead into developing effective strategies which assist nurses with facing them. The present study tries to elicit responses of ICU nurses to moral distress.

Methods: This is a qualitative research with a content analysis approach. The required data was gathered through deep and unstructural interviews. 13 individual interviews and two group interviews were conducted with clinical nurses working in ICUs of different cities in Iran. Samples were taken purposefully and data analysis was carried out by the qualitative content analysis.

Results: Analyzing the content, 3 central themes, 5 subthemes, and 28 categories were obtained. The main themes included "psychosomatic reactions", "spiritual reactions", and "coping methods" of nurses in response to moral distress in ICUs.

Conclusion: the obtained results of this study asserted that facing moral distress, ICU nurses produce various reactions and adopt alternative coping methods, some of which are positive and some are not. Applying positive coping methods and preventing harmful outcomes, nursing administrators can help ICU nurses to reduce moral distress.

Key words: Response; Nurses; Moral distress; ICU; Content Analysis

(این مقاله منتج از پایان‌نامه دانشجویی است)

* نویسنده مسؤول: طاهره اشک‌تراب، تمامی درخواست ها باید به نشانی t_ashktorab@sbmu.ac.ir ارسال شوند.
دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۶/۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۹/۲۸

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مقدمه

پرستاران بخش‌های ویژه به طور مداوم با تنیدگی اخلاقی مواجه هستند [۱]. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری و دانش پزشکی و پرستاری، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سال-مندی، توجه به حقوق فردی، تخصصی شدن حرفه، تغییر در روابط درون‌حرفه‌ای و بین حرفه‌ای و تغییر در نقش پرستار، می‌توانند منجر به تنیدگی اخلاقی شوند که ممکن است پرستار در اعمال روزانه با آن‌ها برخورد کند [۲، ۳، ۴، ۵، ۶ و ۷]. بیشترین تنیدگی اخلاقی پرستاران، صرف‌نظر از کمبود نیروی انسانی متخصص و آموزش‌دیده و سیاست‌های سازمانی [۸]، شامل درمان تهاجمی بیماران مشرف مرگ، آزمایشات غیرضروری، تقلب در آزمایشات، درمان ناکافی و ناکامل توسط همکاران، توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین همکاران، فقدان حمایت سازمانی [۹]، درد و رنجش ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به منظور رفع نیازهای سازمان، طولانی‌تر کردن زمان وقوع مرگ بدون کسب رضایت از بیمار و خانواده‌ی وی و محدودیت بودجه [۸] هست.

منظور از تنیدگی اخلاقی، موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی، انجام درست کار را بر او غیر ممکن می‌سازد [۱۰، ۱۱، ۱۲ و ۱۳]. تنیدگی اخلاقی می‌تواند بر ابعاد جسمی، روانی، معنوی و ارتباطات اجتماعی افراد تأثیر بگذارد [۱۴]. جیمتون و ویلکینسون معتقدند که تنیدگی اخلاقی به دو دسته‌ی تنیدگی اولیه و تنیدگی واکنشی طبقه‌بندی می‌شود [۸]. آن‌ها، تنیدگی اخلاقی اولیه را متفاوت از تنیدگی اخلاقی واکنشی می‌دانند [۹]. تنیدگی اخلاقی اولیه زمانی رخ می دهد که فرد برای اولین بار در موقعیتی قرار می‌گیرد که با وجود آگاهی از انجام درست کار، به دلیل موانع سازمانی قادر به انجام درست کار نیست [۱۵]. این تنیدگی با احساس عصبانیت، عجز و درماندگی و اضطراب همراه است [۸ و ۹]. اما تنیدگی اخلاقی واکنشی زمانی روی می‌دهد که شخص قادر به پاسخ‌گویی به تنیدگی اخلاقی اولیه نباشد [۱۵]. تنیدگی اخلاقی واکنشی با احساس بی قدرتی، گناه، خود سرزنشی، کاهش اعتماد به نفس و پاسخ‌های فیزیولوژیک از قبیل گریه کردن، بی‌خوابی، کابوس‌های شبانه و کاهش اشتها همراه است [۸ و ۹].

تنیدگی اخلاقی اولیه و واکنشی سبب پیامدهای جسمی و روانی متعددی می‌شوند که می‌توانند بر وظایف حرفه‌ای پرستاران تأثیر منفی بگذارند [۱۶]. تنیدگی اخلاقی موجب احساس ناکامی و گناه، عصبانیت [۱۷]، نارضایتی شغلی، تنش، ترک شغل [۱۸ و ۱۹]، غم، اضطراب، احساس شرم، کاهش اعتماد به نفس، احساس فرسودگی، احساس عدم امنیت، ترس، دل‌سردی و افسردگی در پرستاران شده و بر عملکرد حرفه‌ای آنان تأثیر می‌گذارند [۱۶ و ۲۰]. همچنین تنیدگی اخلاقی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و کناره‌گیری از حرفه‌ی پرستاری شود. در سال ۲۰۰۶، ۴۳ درصد پرستاران آمریکایی به دلیل تنیدگی اخلاقی از موقعیت خویش کناره‌گیری نمودند. ضربه‌های جسمی و روانی ناشی از آن، زندگی روزانه پرستاران را مختل می‌سازد. اغلب افراد وقتی که با تنیدگی اخلاقی برخورد می-کنند، به نوعی با آن مقابله می‌کنند [۱۵]. برخی از پرستاران در رویارویی با این تنیدگی‌ها از روش‌های مثبت مقابله نظیر ایجاد باور در خود برای کنترل و تأثیر بر محیط استفاده می‌کنند. در حالی که گروهی دیگر، روش‌های منفی مقابله مثل انکار مسئولیت و دوری از موقعیت را به کار می‌گیرند [۸ و ۱۴].

با توجه به اثرات و پیامدهای تنیدگی اخلاقی، لازم بود پژوهشی کیفی با هدف « تبیین پاسخ پرستاران بخش مراقبت ویژه به تنیدگی اخلاقی» انجام گیرد. یافته‌های این پژوهش می‌تواند به عنوان مبنایی برای پژوهش‌های کمی مرتبط با موضوع مورد استفاده پژوهشگران قرار گیرد. همچنین با شناخت پاسخ پرستاران نسبت به تنیدگی اخلاقی، دست اندرکاران آموزش می‌توانند پاسخ به تنیدگی اخلاقی را در دانشکده‌های پرستاری به دانشجویان آموزش دهند. مدیران و دست‌اندکاران می‌توانند تدابیری برای ایجاد پاسخ مثبت پرستاران اتخاذ نموده و با آموزش مداوم به آنان از این عوارض بکاهند و به این ترتیب موجب ارتقای عملکرد حرفه‌ای پرستاران شوند.

روش‌ها

به منظور تبیین پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به تنیدگی اخلاقی از رویکرد کیفی تحلیل محتوا استفاده شد. در این مطالعه از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. پژوهشگر ابتدا با مراجعه به بخش مراقبت‌های ویژه‌ی یک بیمارستان، مصاحبه با یک مشارکت-کننده را آغاز نمود و سپس به ترتیب با سایر پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در این زمینه مصاحبه‌ها را ادامه داد. کلیه مصاحبه-ها توسط یکی از پژوهشگران انجام شد. تعداد ۲۶ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه از مناطق مختلف ایران، در مصاحبه‌های فردی (سیزده نفر) و مصاحبه‌های گروهی (دو گروه شش و هفت نفری) مشارکت داشتند. پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه، با حداقل مدرک کارشناسی و حداقل یک سال سابقه‌ی کار در بخش مراقبت‌های ویژه، مشارکت‌کنندگان در پژوهش را تشکیل دادند. پس از کسب موافقت و رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی از مشارکت‌کنندگان، مصاحبه‌های عمیق و بدون ساختار آغاز شد. برای گردآوری داده‌ها، از روش مصاحبه‌ی فردی نیمه ساختار یافته و متمرکز گروهی (گروه‌مدار) استفاده شد.

تمام مصاحبه‌های انجام شده بر روی نوار ضبط شده و بلافاصله بعد از اتمام هر مصاحبه متن آن تایپ شد. محور سؤالات مصاحبه، پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به تنیدگی اخلاقی بود. هر یک از مصاحبه‌ها با یک سؤال باز آغاز شد و بر اساس اطلاعاتی که

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

مشارکت‌کننده ارایه می‌داد، سؤال پیگیری‌کننده به منظور روشن شدن مفهوم مطرح می‌شد. پرسش‌های زیر نمونه‌ای از این گونه سؤالات هستند:

- وقتی با تنیدگی اخلاقی مواجه می‌شوید، چه می‌کنید؟
- این تنیدگی‌ها چه اثری بر شما دارند؟

زمان مصاحبه‌های فردی بیست الی ۵۴ دقیقه و زمان مصاحبه‌های گروهی پنجاه الی ۱۱۶ دقیقه بود. در پایان مصاحبه‌ها از مشارکت-کنندگان خواسته می‌شد تا اگر موضوعی باقی مانده بیان نمایند و پس از تشکر و قدردانی از آن‌ها در خصوص احتمال انجام مصاحبه-های بعدی نیز صحبت می‌شد. هر مصاحبه منجر به شناخت بهتر پدیده‌ی مورد مطالعه توسط پژوهشگران انجام می‌گرفت. با وجود این که همه‌ی مصاحبه‌ها توسط یک پژوهشگر انجام می‌شد اما نقد و بررسی مصاحبه‌ها توسط کلیه پژوهشگران این مطالعه صورت می-گرفت. در واقع، پژوهشگران پس از هر مصاحبه همانند یک ناظر خارجی مصاحبه را مورد نقد و بررسی قرار می‌دادند. نقاط ضعف و قوت مصاحبه را مشخص می‌نمودند و مواردی را که باید در مصاحبه‌های بعدی لحاظ می‌شد در ذهن مرور می‌کردند.

اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا با رویکرد کیفی تجزیه و تحلیل شد. تحلیل محتوا، روشی مناسب برای به دست آوردن نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی برای ایجاد دانش، بینش جدید، ارایه‌ی حقایق و راه‌نمای عملی برای عملکرد است [۲۱ و ۲۲]. در این مطالعه از روش تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد. در این روش پژوهشگر از به‌کارگیری طبقات از قبل تعیین شده اجتناب می‌ورزد و در عوض اجازه می‌دهد که طبقات و نامشان از درون داده-ها بیرون آیند. بنابراین پژوهشگر در داده‌ها کاملاً غرق شده تا به یک درک یا بصیرت جدیدی دست پیدا کند. ابتدا تحلیل داده‌ها با خواندن مکرر متن برای غوطه‌ور شدن در آن‌ها و یافتن یک حس کلی آغاز می‌شود. سپس متون کلمه به کلمه خوانده می‌شود تا کدها استخراج شوند. این فرآیند به طور پیوسته از استخراج کدها تا نام‌گذاری آن‌ها تداوم می‌یابد. پس از آن کدها بر اساس تفاوت‌ها و یا شباهت‌هایشان به داخل طبقات دسته‌بندی می‌شوند و در پایان به ازای هر مفهوم، شواهدی از متن داده‌ها نقل قول می‌شود [۲۳ و ۲۴]. مصاحبه‌ها به صورت دیجیتالی ضبط شدند سپس کلمه به کلمه تایپ، مرور و کدگذاری شدند و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها، هم‌زمان و به‌طور مستمر با جمع‌آوری اطلاعات انجام گرفت. برای کدگذاری اولیه، از کلمات خود مشارکت‌کنندگان و کدهای دلالت‌کننده (برداشت‌های پژوهشگران از گفته‌ها) استفاده شد. سپس مصاحبه‌های بعدی انجام گرفت. واحدهای معنی از گفته‌های مشارکت‌کنندگان در قالب کدهای اولیه یا کدهای باز از مصاحبه‌ها استخراج شدند. کدها چندین بار بازخوانی شدند و بر اساس تشابه و تناسب بیان کننده موضوع واحد در یک دسته یا طبقه قرار گرفتند. سپس با اطلاق کدهای جداگانه و مرور مکرر و ادغام کدهای مشابه، طبقه‌بندی صورت گرفت. بدین ترتیب کدگذاری سطح دوم شکل گرفت. در مرحله‌ی بعد، طبقات نیز با یکدیگر مقایسه شدند و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند در یکدیگر تلفیق شدند و طبقه‌ی وسیع‌تری را تشکیل دادند و مضامین نمایان شدند.

برای افزایش دقت و مقبولیت یافته‌ها از تلفیق چند روشِ مصاحبه عمیق، چک کردن مجدد با مصاحبه شوندگان و تحلیل هم‌زمان توسط پژوهشگران استفاده شد. ملاقات حداقل دو بار با هر کدام از مشارکت‌کنندگان پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات و انجام بیشتر از یک مصاحبه با مشارکت‌کنندگان، استفاده از یادداشت‌های روزانه در حین جمع‌آوری اطلاعات (ثبت حالات گفتاری یا فیزیکی مشارکت-کنندگان هنگام بیان نظرات و تجارب خویش)، تماس‌های تلفنی و یا حضوری مکرر با مشارکت‌کنندگان و نظرخواهی از مشارکت‌کنندگان برای تأیید صحت برداشت‌های پژوهشگر انجام شد. هم‌چنین برای افزایش تأییدپذیری یافته‌ها در مورد صحت تفسیرها و فرایند، کدگذاری با تعدادی از همکاران آشنا به نحوه‌ی تحلیل پژوهش‌های کیفی مشورت شد و همه‌ی مراحل انجام کار و چگونگی استخراج داده‌ها به دقت ثبت شد.

کدهای حاصل از تحلیل داده‌ها تا مراحل پایانی نگارش طرح پژوهشی، همواره مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفتند. کدهای اولیه-ی استخراج شده طی فرایند تحلیل و مقایسه‌ی مداوم داده‌ها تقلیل یافته و در نهایت طبقات، زیرمضمون‌ها و مضامین انتزاع شدند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای انجام پژوهش گرفته شد. پژوهشگر علاوه بر معرفی خود و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت‌کنندگان، از آنان درخواست نمود تا پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی و رضایت‌نامه‌ی آگاهانه را تکمیل نمایند و پیش از شروع مصاحبه، اجازه‌ی ضبط صدا و یادداشت‌برداری از مشارکت‌کنندگان گرفته شد. به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در هنگام انتشار نتایج، همه‌ی اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند و پس از گزارش نهایی، فایل‌های صوتی حذف خواهند شد. مشارکت‌کنندگان مختار بودند در هر مرحله از پژوهش بر حسب صلاحدید خود، از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۶ مشارکت‌کننده با محدوده‌ی سنی۲۴ تا ۴۶ سال، با میانگین سنوات خدمت ۱۳/۵ سال، و میانگین سنوات کار در بخش مراقبت‌های ویژه ۱۰/۲ سال و با تحصیلات کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری شرکت کردند.

در ابتدا ۵۱۸ کد استخراج شد و پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت گرفته در مراحل مختلف، تعداد کدها به ۲۱۸ کد تقلیل یافته

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

جدول ۱: طبقات، زیرمضمون‌ها و مضمون‌های پاسخ پرستاران آی‌سی‌یو به تنیدگی اخلاقی

مضمون‌ها	*زیر مضمون‌ها*	طبقات
واکنش‌های روان‌تنی	واکنش‌های جسمی	۱. درد ۲. اختلالات گوارشی ۳. اختلالات خواب ۴. خستگی و کاهش انرژی
واکنش‌های معنوی	اختلال درنگرش معنوی	۱. از دست دادن معنا و مفهوم زندگی ۲. حس بی‌ارزشی ۳. احساس کم شدن ایمان ۴. اختلال در انجام اعمال مذهبی ۵. نگرش منفی نسبت به زندگی
روش‌های مقابله	روش‌های مقابله عاطفی/هیجانی	۱. نگرانی ۲. ترس ۳. غم و اندوه ۴. گریه ۵. عصبانیت ۶. بدخلقی ۷. بی‌حوصلگی (پاسخ‌های کوتاه در برابر سؤال اعضای خانواده) ۸. احساس گناه ۹. درماندگی ۱۰. ناامیدی ۱۱. حقارت و سرخوردگی
	روش‌های مقابله روانی	۱. افسردگی ۲. اضطراب ۳. حس بی‌قدرتی ۴. بی‌تفاوتی
	روش‌های مقابله رفتاری	۱. کاهش ارتباط با مردم و جامعه ۲. جدل در منزل ۳. بی‌قراری ۴. مصرف داروهای آرامبخش

و در نهایت ۲۸طبقه، پنج زیرمضمون و سه مضمون حاصل شد (جدول ۱) که نشان‌دهنده‌ی پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بود، آشکار شد. این مضامین شامل «واکنش‌های روان‌تنی»، «واکنش‌های معنوی» و «روش‌های مقابله» بود.

۱. واکنش‌های روان‌تنی: یکی از مضامین حاصل از تحلیل داده-های این پژوهش واکنش‌های روان‌تنی بود. این مضمون شامل زیرمضمون واکنش‌های جسمی با طبقات درد، اختلالات گوارشی، اختلالات خواب و خستگی و کاهش انرژی بود.

۱-۱. درد: اغلب مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، علایم جسمی ناشی از تنیدگی اخلاقی را به صورت دردهای مکرر بدن، سردرد، درد عضلانی و کمردرد تجربه کرده بودند. پرستاران اظهار نمودند که در بررسی‌های مکرر به این نتیجه رسیده‌اند که این مشکلات هیچ منشأ جسمانی نداشته و به علت تنیدگی اخلاقی ایجاد می‌شوند. در همین رابطه مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

"وقتی حس می‌کنم که دیگه نمی‌تونم برای مریضم اونطور که درسته، کاری کنم، به خودم فشار میاد و گاهی می‌بینم که دچار دست درد و پادرد می‌شم... گاهی درد قلبی می‌گیرم". (پرستار با ۷ سال سابقه کار)

۱-۲. اختلالات گوارشی: مشارکت‌کنندگان بر این باور بودند که تضاد بین ارزش‌های پرستار و ارزش‌های سازمان، سبب تنیدگی

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

اخلاقی پرستاران می‌شود و آنان را با مشکلات گوناگونی مواجه می‌نماید. برخی از پرستاران اظهار کردند که به دنبال تنیدگی اخلاقی، دچار مشکلات گوارشی به صورت کاهش اشتها، اسهال، یبوست، تهوع، ترش کردن معده و درد معده شده‌اند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این رابطه گفت:

"ما تو بخش آی‌سی‌یو دچار مشکلات زیادی می‌شیم. گاهی نمی‌تونیم کاری رو که درسته انجام بدیم. گاهی اختیارشو نداریم. ما هم آدمیم. چون کاری از دستمون بر نمیاد، تو خودمون می‌ریزیم و بعدش دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شیم. باور کنید مدت‌هاست که معدم ترش می‌کنه و درد دارم". (پرستار با ۳ سال سابقه کار)

۳-۱. اختلالات خواب: خواب یکی از نیازهای اساسی بشر است که اختلال در آن منجر به عوارض جسمی و روانی می‌شود. اختلالات خواب یکی دیگر از مشکلاتی بود که پرستاران آن را تجربه کرده بودند. آنان مشکلات خواب را به صورت کابوس شبانه، بدخوابی، کم‌خوابی، ناتوانی در به خواب رفتن و اشکال در تداوم خواب بیان نمودند. بیانات مشارکت‌کننده‌های زیر مؤید آن است:

"شب‌ها اینقدر کابوس می‌بینم که حد و حساب نداره... گاهی این کابوس‌ها اینقدر واقعی هستند که با عرقی که بر تنم نشسته از خواب بیدار می‌شم." (پرستار با ۹ سال سابقه کار)

"قبلاً خیلی راحت می‌خوابیدم. اما وقتی مرگ بیماری رو دیدم که به خاطر خطا رخ داد و درست هم گزارش نشد دچار مشکل شدم. دیگه به راحتی خواب نمی‌رم. اگه هم بخوابم، بعدِ یکی دو ساعت از خواب می‌پرم و دیگه خوابم نمی‌بره." (پرستار با ۵ سال سابقه کار)

۴-۱.خستگی و کاهش انرژی: خستگی و کاهش انرژی به صورت خسته شدن جسم و روح مطرح می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش کمیت و کیفیت عملکرد شود. خستگی زودرس، خستگی جسمی، خستگی مزمن، احساس تحلیل رفتن و حس فرسودگی از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان در پاسخ به تنیدگی اخلاقی تجربه کرده بودند. به عنوان مثال مشارکت‌کننده‌ای اظهار نمود:

"اکثراً می بینی که بچه های ما دچار یکسری خستگی های مزمن هستند یعنی از اول شیفت هم که میان خسته‌اند به خاطر اینکه اصلاً خستگیشون در نرفته و مرتب تو این بخش انرژی آدم گرفته می‌شه،... اینا همش به خاطر مشکلات اخلاقیه که تو این بخش رخ می‌ده..." (پرستار با ۱۲ سال سابقه کار)

۲. واکنش‌های معنوی: دومین مضمون حاصل از داده‌های کیفی، واکنش‌های معنوی بود که زیر مضمونی با نام اختلال در نگرش معنوی و پنج طبقه را در بر می‌گرفت. طبقات این زیرمضمون شامل: از دست دادن معنا و مفهوم زندگی، حس بی‌ارزشی، احساس کم شدن ایمان، اختلال در انجام اعمال مذهبی و نگرش منفی نسبت به زندگی بود. پرستاران اظهار می‌کردند که در برابر تنیدگی اخلاقی، گاهی حس بی‌معنا بودن زندگی، حس بی‌ارزش بودن انسان و عدم اعتقاد به خداوند داشتند. آنان اظهار می‌کردند که گاهی چنان دچار نگرش منفی به اعتقادات دینی می‌شوند که اعمال مذهبی را به جا نمی‌آورند و از خواندن نماز طفره می‌روند. یکی از مشارکت‌کنندگان در همین زمینه گفت:

"وقتی می‌بینم که کاری که درسته باید انجام بدم، ولی نمی‌تونم انجام بدم، حس می‌کنم چقدر بی‌ارزشم... فکر می‌کنم زندگی بی‌معناست... فکر می‌کنم دعا و نماز هم بی‌فایدس..." (پرستار با ۶ سال سابقه کار)

۳. روش‌های مقابله: روش‌های مقابله سومین مضمون حاصل از تحلیل داده‌های این پژوهش بود که شامل ۳ زیرمضمون "روش‌های مقابله عاطفی/هیجانی"، "روش‌های مقابله روانی" و "روش‌های مقابله رفتاری" بود.

۱-۳. روش‌های مقابله عاطفی/هیجانی: این زیرمضمون شامل ۱۱ طبقه نگرانی، ترس، غم و اندوه، گریه، عصبانیت، بدخلقی، بی‌حوصلگی (پاسخ‌های کوتاه در برابر سؤال اعضای خانواده)، احساس گناه، درماندگی، ناامیدی و حقارت و سرخوردگی بود. پرستاران در برابر تنیدگی اخلاقی از روش‌های مقابله گوناگون استفاده می‌کردند. آنان اظهار می‌نمودند گاهی نگرانی، ترس، غم و اندوه، گریه، عصبانیت و نظایر آن گریبانگیرشان می‌شود. بیانات مشارکت‌کنندگان زیر نشان‌دهنده حالات عاطفی/هیجانی پرستاران در برابر تنیدگی‌های اخلاقی است.

"گاهی اونقدر این مسایل ناراحتم می‌کنه که می‌زنم زیر گریه. وقتی هم می‌رم خونه؛ حوصله حرف زدن با کسی رو ندارم..." (پرستار با ۱۱ سال سابقه کار)

"کاش این تنش‌ها فقط محدود به محیط کار می‌شد ولی اکثرشون بازتاب بیرونی دارن... حس حقارت و درماندگی که به ما دست می‌ده، رومون خیلی اثر می‌ذاره...گاهی سر بچم داد می‌زنم ... بی‌خودی تو خونه پرخاش می‌کنم و با همسرم دعوا می‌کنم... اینا همش برمی‌گرده به همون تنیدگی‌های اخلاقی محیط کارمون..."(پرستار با ۱۶ سال سابقه کار)

۲-۳. روش‌های مقابله‌ی روانی: این زیرمضمون شامل چهار طبقه‌ی افسردگی، اضطراب، حس بی‌قدرتی و بی‌تفاوتی بود. پرستاران در برابر تنیدگی‌های اخلاقی علاوه بر روش‌های مقابله عاطفی/هیجانی، از روش‌های مقابله روانی استفاده می‌نمودند. آنان اظهار می‌کردند که در برابر تنیدگی‌های اخلاقی گاهی دچار افسردگی، اضطراب، احساس عدم قدرت و حتی بی‌تفاوتی می‌شدند. یکی از پرستاران با سیزده سال سابقه‌ی کار گفت:

"وقتی می‌خواستم کاری رو که درسته انجام بدم، ولی نمی‌تونستم اولش اعصابم خورد می‌شد... اوایل اعتراض می‌کردم ولی دیدم دودش تو چشم خودم رفت... حالا مدتیه که بی‌خیال شدم. دیگه برام مهم نیست. انگار نه انگار که دیگه به سر مریض چی میاد..."

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

۳-۳. روش‌های مقابله‌ی رفتاری: روش‌های مقابله‌ی رفتاری، سومین زیرمضمون روش‌های مقابله‌ی پرستاران در برابر تنیدگی اخلاقی بود که حاوی زیرطبقات کاهش ارتباط با مردم و جامعه، جدل در منزل، بی‌قراری و مصرف داروهای آرام‌بخش بود. از آن-جایی که هر فرد بر حسب ویژگی‌های شخصیتی و عوامل گوناگون در برابر تنیدگی، واکنش‌های مختلفی از خود بروز داده و روش‌های مقابله‌ای منحصر به فردی را به کار می‌برند، در این پژوهش نیز پرستاران به روش‌های مقابله‌ی رفتاری گوناگونی اشاره نمودند. برخی از آنان اظهار می‌کردند که وقتی دچار تنیدگی اخلاقی می‌شوند سعی می‌کنند انزواطلبی را پیشه‌ی خود قرار دهند. برخی دیگر نیز به بحث و جار و جنجال در خانواده و بی‌قراری اشاره کردند. عده‌ای نیز اظهار کردند که وقتی دچار تنیدگی اخلاقی می‌شوند به داروهای آرام‌بخش روی آورده و برای آرام یافتن خویش از این داروها استفاده می‌کنند. اظهارات زیر بیانگر این تجارب است:

"از وقتی دچار تنیدگی شدم متوسل به داروهای آرامبخش شدم... دیگه مثل نقل و نبات استفاده می‌کنم." (پرستار با ۱۱ سال سابقه کار).

بحث

این پژوهش، با این نگاه که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع و با نگاه افرادی که آن را تجربه می‌کنند، مورد تفحص قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن‌ها آشکار می‌شود و در نتیجه منجر به تولید دانش می‌شود. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر که در خصوص تبیین پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به تنیدگی اخلاقی صورت گرفت، نشان داد که نه تنها تجربه‌ی پرستاران از تنیدگی اخلاقی بسیار وسیع است، بلکه پاسخ آنان نسبت به تنیدگی اخلاقی متنوع است.

تنیدگی اخلاقی زمانی بروز می‌کند که پرستار کار اخلاقی درست را می‌داند اما به علت عوامل سازمانی قادر به انجام کار درست اخلاقی نیست [۲۵، ۲۶]؛ در حالی‌که استرس، پاسخ غیراختصاصی بدن در برابر هرگونه درخواست است و هدف پاسخ‌های غیراختصاصی، ایجاد تعادل و سازگاری فیزیولوژیک است [۲۵]. در واقع تنیدگی اخلاقی در موقعیت‌های تصمیم‌گیری اخلاقی بروز می‌کند، در صورتی که استرس ارتباطی با موقعیت تصمیم‌گیری اخلاقی نداشته و به صورت عام مطرح می‌شود [۲۶]. از آن‌جایی‌که انسان و محیط به طور مداوم در حال تأثیرپذیری و یا تأثیرگذاری متقابل بر یکدیگر است، وجود تحریکات محیطی، در صورتی که خارج از حد توانایی انسان نباشد، برای ادامه‌ی حیات سالم و بی‌ضرر است و سبب بروز پاسخ‌هایی می‌شود که برای تکامل و حفظ تعادل انسان با محیط لازم است [۲۷]. در این پژوهش، با توجه به بررسی پاسخ پرستاران به تنیدگی اخلاقی، مشخص شد که موانع موجود بر سر راه پرستاران این تحریکات محیطی را بیش از پیش نموده و از این رو پاسخ آنان به صور گوناگون بروز کرده است. این پاسخ‌ها گاهی به صورت واکنش (روش‌های غیرمقابله‌ای) بوده و برخی نیز به صورت روش‌های مقابله‌ای هستند. مروری بر مطالعات نشان داد که این روش‌ها به صورت روش‌های مقابله‌ای فعال حل مسئله و روش‌های مقابله‌ای غیرفعال دوری از مواجهه با مشکل طبقه‌بندی می‌شوند [۲۸].

مضامین انتزاع شده در این پژوهش که نشان‌دهنده‌ی پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بود، شامل «واکنش‌های روان‌تنی»، «واکنش‌های معنوی» و «روش‌های مقابله» بود. اما در پژوهش کیفی به عمل آمده توسط *باجر* [۲۹] مشخص شد که پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه در مقابله با تنش‌های حاصل از مراقبت‌های پایان زندگی از روش‌های مختلف رفتاری، شناختی و عاطفی استفاده می‌کنند. تفاوت در مضامین انتزاعی پژوهش باجر با پژوهش کنونی می‌تواند ناشی از تفاوت‌های بستر فرهنگی جامعه پژوهش و هم چنین عدم توجه وی به بعد معنوی روش‌های مقابله پرستاران باشد.

«واکنش‌های روان‌تنی» شامل اختلالات جسمانی ناشی از عوامل هیجانی یا روان‌شناختی است [۳۰، ۳۱ و ۳۲]. این واکنش‌ها، اختلالات روانی یا هیجانی را که بر اثر بیماری‌های جسمی ایجاد یا تشدید شده‌اند نیز در بر می‌گیرد. اختلالات روان‌تنی می‌توانند منجر به بستری فرد، طولانی شدن مدت بیماری، اقامت بیشتر در بیمارستان، عدم پاسخ مناسب به درمان، افزایش هزینه‌های درمان و دشواری در تشخیص صحیح شوند [۳۲].

«واکنش‌های روان‌تنی پرستاران» دربرگیرنده‌ی زیر مضمون واکنش‌های جسمی با طبقات «درد»، «اختلالات گوارشی»، «اختلالات خواب»، «خستگی» و «کاهش انرژی» بود. دردهای مکرر بدن، سردرد، درد عضلانی و کمردرد، از جمله دردهایی بود که پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش از آن به کرات یاد کردند. در پژوهش‌های *هولی* [۳۳]، *ویلکینسون* [۳۴]، *کورلی* [۸]، فرای و همکاران [۳۵] و *مالووا* [۳۶] نیز پرستاران از دردهای مختلف بدن به دنبال تنیدگی‌های اخلاقی شکایت داشتند. «اختلالات گوارشی»، دومین طبقه از زیرمضمون واکنش‌های جسمی بود که با شکایات کاهش اشتها، اسهال، یبوست، تهوع، ترش کردن معده و درد معده پرستاران مطرح می‌شد. این مشکلات نشان دهنده‌ی آن است که تنیدگی و عدم توانایی برای مقابله‌ی مثبت با تنیدگی منجر به عوارض جسمی می‌شود. این یافته‌ها با یافته‌های *ویلکینسون* [۳۴]، *کورلی* [۸]، *فرای* و همکاران [۳۵] و *مالووا* [۳۶] همخوانی دارد.

خواب ناکافی می‌تواند تأثیرات بسیاری بر کیفیت زندگی و توانایی عملکرد افراد بگذارد [۳۷]. پرستاران مشارکت‌کننده مشکلات خواب خود را به صورت کابوس شبانه، بدخوابی، کم‌خوابی، ناتوانی در به خواب رفتن و اشکال در تداوم خواب گزارش کردند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش فرای و همکاران [۳۵] نیز همخوانی دارد، گرچه

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

زیرمضمون انتزاع شده آنان تحت عنوان مشکلات جسمی مطرح شد. در بین اختلالات خواب، بی‌خوابی و احساس خواب‌آلودگی طی روز از شایع‌ترین شکایات است [۳۸ و ۳۹]. نظر به این که محرومیت از خواب می‌تواند اثرات کشنده داشته باشد [۴۰] و بیداری طولانی همراه با اختلال روانی پیشرونده اعمال روانی است [۴۱] و معمولاً این اختلالات به مشکلات جسمی آنان افزوده می‌شود، لذا نیاز به توجه جدی و تلاش مسئولین پرستاری برای برنامه‌ریزی‌های عملی برای مرتفع یا به حداقل رساندن آن وجود دارد.

خستگی عبارت است از خسته شدن جسم یا روح که به‌وسیله‌ی استرس، کارزیاد، مصرف دارو یا بیماری جسمی و یا روحی ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر خستگی حالتی است که موجب کم شدن مقاومت بدن می‌شود و شخص رغبت خود را نسبت به کار و فعالیت و انجام امور روزانه از دست می‌دهد [۴۲]. خستگی و کاهش انرژی به صورت خسته شدن جسم و روح مطرح می‌شود که می‌تواند منجر به کاهش کمیت و کیفیت عملکرد شود [۴۳]. در پژوهش کنونی خستگی زودرس، خستگی جسمی، خستگی مزمن، احساس تحلیل رفتن و حس فرسودگی از مواردی بود که مشارکت‌کنندگان در پاسخ به تنیدگی اخلاقی تجربه نموده بودند. تنگ و همکاران نیز در بررسی خود به این نتیجه دست یافتند که تنیدگی اخلاقی می‌تواند با احساس تحلیل رفتن همراه باشد [۴۳]. در مطالعه ویلکینسون [۳۴] و مالووا [۳۶] احساس تحلیل رفتن توسط پرستارانی که با تنیدگی اخلاقی مواجه بودند، گزارش شد.

مضمون اخلاقی بعدی که در این پژوهش انتزاع شد، «واکنش‌های معنوی» بود. از دست دادن معنا و مفهوم زندگی، حس بی‌ارزشی، احساس کم شدن ایمان، اختلال در انجام اعمال مذهبی و نگرش منفی نسبت به زندگی، از مواردی بود که پرستاران در برابر تنیدگی اخلاقی تجربه کرده بودند. واکنش‌های معنوی مثبت و واکنش‌های بیماران نسبت به بیماری، موضوع بسیاری از پژوهش‌ها بوده است، اما کمتر مقاله‌ای می‌توان یافت که این واکنش‌ها را در پرستاران مورد بررسی قرار داده باشد [۴۴ و ۵۲]. در مروری بر مطالعات انجام شده مشخص شد که تنها یک مطالعه به این بُعد از واکنش‌های پرستاران در برابر تنیدگی اخلاقی پرداخته‌اند. اظهارات پرستاران در این پژوهش با اظهارات پژوهش *الفرن* و همکاران [۱۸] همخوانی دارد. گرچه الفرن و همکاران این مضمون را انتزاع نکرده‌اند که علت این امر، کمّی بودن پژوهش الفرن و همکاران است.

«روش‌های مقابله»، آخرین مضمون انتزاع شده در این پژوهش بود. لازاروس و فولکمن، مقابله را کوشش‌های روان‌شناختی و رفتاری می‌دانند که برای کنترل نیازهای درونی و بیرونی و تعارض‌های میان آن‌ها صورت می‌گیرد. آنان معتقدند این اعمال یا کوشش‌های روان-شناختی برای غلبه یافتن، تحمل کردن، کاهش یا به حداقل رساندن نیازهای درونی و بیرونی تعارضات انجام می‌گیرد که بر فرد فشار وارد می‌کند [۵۳]. طبق نظریه‌ی *لازاروس* و فولکمن، افراد برای کنترل و تحمل استرس از دو روش مقابله‌ی هیجان‌مدار و مقابله‌ی مسئله‌مدار استفاده می‌کنند. هدف مقابله‌ی هیجان‌مدار این است که فرد با کاهش اثرات هیجانی استرس، احساس بهتری داشته باشد. این راهبردها برای کاهش مسئله یا تقلیل واکنش‌های هیجانی مفیدند اما همیشه انطباقی نیستند. هدف مقابله‌ی مسئله‌مدار این است که فرد با استفاده از مهارت‌هایی مانند حل مسئله و با ایجاد تغییرات در محیط، موقعیت ایجاد شده را به طور مؤثری کنترل کند. نوحی و همکاران، طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین میزان استرس و روش‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، ارتباط منفی و با روش‌های هیجان‌مدار ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود دارد [۵۴].

مضمون «روش‌های مقابله» انتزاع شده در این پژوهش شامل سه زیرمضمون «روش‌های مقابله‌ی عاطفی/هیجانی»، «روش‌های مقابله‌ی روانی» و «روش‌های مقابله رفتاری» بود. پرستاران مشارکت‌کننده از گریه، عصبانیت، بدخلقی، احساس درماندگی و حقارت و سرخوردگی در مقابله با تنیدگی‌های اخلاقی یاد کردند. این روش‌های مقابله، دربرگیرنده‌ی روش‌های مقابله‌ی عاطفی/هیجانی بود. *پانگرونفارت* و *تیسون* [۵۵] در این رابطه می‌نویسند که هنگامی که پرستاران با کار زیاد و یا تعارض بین محیط کار و منزل مواجه می‌شوند، به منظور مقابله با تعارض ایجاد شده، گریه می‌کنند. در بسیاری از موارد، انسان‌ها به دلیل عدم توانایی در حل مسئله، برای تخلیه‌ی هیجانات، از روش‌های گوناگونی استفاده می‌کنند که پرستاران مشارکت‌کننده در این پژوهش نیز به آن‌ها اشاره نمودند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های *ویلکینسون* [۳۴]، *مالووا* [۳۶]، *گوتیزر* [۵۶] و *گانتر* و *توماس* [۵۷] همخوانی دارد.

برخی افراد نیز از روش‌های مقابله روانی نظیر افسردگی، اضطراب، حس بی‌قدرتی و بی‌تفاوتی در برابر مشکلات استفاده می‌کنند. این روش‌های مقابله می‌توانند منجر به اختلالات روانی پایدار و حتی مقاوم به درمان شوند [۳۲]. این یافته‌ها با یافته‌های گانتر و توماس [۵۷] همخوانی دارد. استفاده از روش‌های مقابله‌ی رفتاری در برابر تنیدگی‌های اخلاقی به صورت کاهش ارتباط با مردم و جامعه، جدل در منزل، بی‌قراری و مصرف داروهای آرام‌بخش توسط پرستاران مشارکت‌کننده اظهار شد. در پژوهشی که توسط *یودر* [۵۸] انجام شد، پرستاران از روش‌های مقابله‌ای کوتاه‌مدت (مرخصی‌های کوتاه مدت، جایگزینی همکار به منظور مراقبت از بیماران) و بلندمدت (ترک محل خدمت، تعویض بخش، تقلیل ساعات کاری از تمام وقت به نیمه وقت) استفاده می‌کردند. دوری گزیدن از جامعه و کاهش ارتباط با مردم حاصل از یافته‌های پژوهش کنونی با یافته‌های پژوهش گوتیرز [۵۶] همخوانی دارد. در پژوهش حاضر، هیچ‌یک از پرستاران به روش‌های حل مسئله اشاره نکردند. در حالی‌که در پژوهش شرودر و پلات و همکاران [۵۹] پرستاران از سبک مقابله‌ای

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

حل مسئله (تلاش در رویارویی با مشکلات و حل آن‌ها)، مقابله‌ی اجتماعی (جستجوی حمایت اجتماعی در حل مسئله) و مقابله‌ی اجتنابی (انحراف فکر و دوری از مشکل) استفاده می‌کردند.

تنیدگی اخلاقی نه تنها بر رضایت شغلی، باقی‌ماندن در حرفه، سلامتی روانی و جسمی، تصویر ذهنی از خویش و معنویت پرستاران اثر می‌گذارد [۱۸]، بلکه بر خانواده پرستاران نیز تأثیر گذاشته [۳۶] و منجر به کاهش کیفیت مراقبت از بیمار می‌شود [۳۶، ۵۶، ۶۰]. لذا لازم است پرستاران از توانایی کافی و لازم برای مقابله‌ی مثبت با تنیدگی‌های اخلاقی و حل مسئله بهره‌مند شوند. پرستارانی که از مهارت‌های حل مسئله استفاده می‌کنند بیش از سایر پرستاران قادر به رویارویی با تنیدگی‌ها و مقابله با آن‌ها هستند [۶۱]. این پرستاران از رضایت شغلی بیشتری برخوردار هستند [۶۲، ۶۳]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از روش‌های مقابله‌ای مثبت، حل مسئله و حمایت اجتماعی با غیبت از کار پرستاران رابطه معکوس دارد [۵۹]. ناتوانی در به‌کارگیری این روش‌ها سبب تضعیف سلامت عمومی، تاثیر بر بهداشت روان، کاهش کنترل بر شغل و کاهش حمایت شغلی فرد می‌شود [۲۸]؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که پرستارانی که از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی نظیر انحراف فکر و دوری گزیدن از موقعیت تنیدگی استفاده می‌کردند دچار عوارض و مشکلات جسمی شده و به دلایل استعلاجی از محیط کار غیبت می‌کردند [۵۹].

ویژگی‌های شخصیتی فرد [۶۳]، حمایت همکار، منابع سازمانی و سطح تجربه پرستاران [۶۴] در فرآیند مقابله با تنیدگی اخلاقی، نقش اساسی دارند. به منظور بهره‌گیری از روش‌های مقابله‌ای مثبت و پیش‌گیری از عوارض تنیدگی اخلاقی بر سلامت فرد، لازم است آموزش‌های لازم برای رویارویی با تنیدگی‌های اخلاقی، تعارضات حاصل از آن و روش‌های مقابله‌ای مثبت به پرستاران ارایه شود. با توجه به این که حمایت اجتماعی و سازگاری فعال با فرسودگی شغلی رابطه‌ی معکوس دارد [۶۵]. آگاه شدن مسئولان پرستاری از نتایج این پژوهش و حمایت آنان از پرستاران می‌تواند منجر به بهره‌گیری بهتر پرستاران از روش‌های مقابله‌ای مثبت و فعال و کاهش فرسودگی شغلی پرستاران شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش مشخص شد که پاسخ پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به تنیدگی اخلاقی به صورت روش‌های مقابله‌ای فعال و غیرفعال (واکنش) است. دست‌اندرکاران آموزش پرستاری، با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توانند روش‌های مواجهه با شرایطی که منجر به بروز تنیدگی اخلاقی می‌شود را به دانشجویان پرستاری آموزش دهند تا آنان بتوانند در شرایط اخلاقی با استفاده از روش حل مسئله، تصمیمات درست را اتخاذ نموده و کمتر دچار تنیدگی اخلاقی شوند. در حیطه‌ی پژوهش پرستاری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند راه‌گشای انجام پژوهش‌های کمی و کیفی دیگری در ارتباط با تأثیر روش‌های مقابله‌ای مثبت بر پرستاران، بیماران و سازمان باشد. پرستاران بالین با آگاهی از یافته‌های این پژوهش می‌توانند پاسخ مثبت به تنیدگی‌اخلاقی را شناخته و در صدد ارتقای توانمندی‌های خود باشند. یافته‌های این پژوهش در حیطه‌ی مدیریت پرستاری به مسئولان حرفه‌ی پرستاری کمک می‌نماید تا با شناخت واکنش‌ها و روش‌های مقابله با تنیدگی اخلاقی و برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر، سبب ارتقای توانمندی پرستاران در بهره‌گیری از روش‌های فعال و مثبت مقابله با تنیدگی اخلاقی شوند.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، بخشی از نتایج رساله‌ی دکترای پرستاری و طرح پژوهشی است که در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی شهید بهشتی تصویب شده است، بنابراین پژوهشگران از تمامی مسئولین در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی‌درمانی شهید بهشتی که حمایت مالی نمودند و تمامی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که اجازه انجام پژوهش را دادند، تشکر و قدردانی می‌کنند. هم‌چنین از کلیه پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که در این پژوهش مشارکت نموده‌اند، سپاسگزاری می‌شود. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی صاحبنظران و پژوهشگران کیفی که در کدگذاری، پژوهشگران را یاری نمودند، سپاس و قدردانی خویش را ابراز نمایند.

References

1. Mobley MJ, Rady MY, Verheijdeb JL, Patel B, Larson JS. The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. Intensive Crit Care Nurs. 2007;23(5):256-63.
2. Benjamin M, Curtis J. Ethics in Nursing. 3rd edition. New York: Oxford University Press. 1992.p.137.
3. Yung HH. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: A comparison between hospital-based nursing students in Hong Kong. Int J Nurs Stud. 1997;34(2):128-36.
4. Ulrich CM, Soeken KL. A path analytic of ethical conflict in practice and autonomy in a sample of nurse practitioners. Nurs Ethics. 2005;12(3):305-16.
5. Bailey S. Decision making in acute care: A practical framework supporting the best interests' principle. Nurs Ethics. 2006;13(3)284-91.
6. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. Nurs Ethics. 2007;14(4):478-91.
7. Ersoy N, Akpinar A. Turkish nurses' decision making in the distribution of intensive care beds. Nurs Ethics. 2010;17(1):87-98.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

8. Corley MC. Nurses moral distress: A proposed theory and research agenda. Nurs Ethics. 2002; 9(6):636-50.
9. McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. Nurs Ethics. 2008;15(2):254-62.
10. Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. Nurs Outlook. 2000;48(5):199-201.
11. Badger, J.M. B. O□Connor. Moral discord, cognitive coping strategies, and medical intensive care unit nurses- insights from a focus group study. Crit Care Nurs Q. 2006;29(2):147-51.
12. Ellis JR, Hartley CL. Nursing in Today's World. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2008.p.356.
13. Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress compassion fatigue, medication error and critical care nursing. PhD Thesis in Nursing. University of San Diego. [Online]. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [6 February 2010].
14. Pendry PS (2007) Moral distress: Recognizing it to retain nurses. Nurs Econ. 2007;25(4):217-21.
15. Austin W, Kelecevic J, Goble E, Mekechuk J. An overview of moral distress and the pediatric intensive care team. Nurs Ethics. 2009;16(1):57-68.
16. Park HA, Cameron ME, Han SS, Ahn SH, Oh HS, Kim KU. Korean nursing students' ethical problems and ethical decision making. Nurs Ethics. 2003;10(56):638-53.
17. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurses moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005;12(4):381-90.
18. Elfern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care. 2005;14(6):523-30.
19. Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: A literature review. Nurs Ethics. 2008;15(3):304-21.
20. Tschudin V. Ethics in Nursing; the Caring Relationship. 3rd edition. Edinburgh: Butterworth Heinemann. 2003.p.181.
21. Graneheim U H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004;24(2):105-12.
22. Streubert Speziale HJ, Carpenter DR. Qualitative Research in Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Co. 2007;22(6):683-705.
23. Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15(9):1277-88.
24. Elo S, Kyngns H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2008;62(1):107-15.
25. Goethals S, Gastmans Ch, De Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behavior: A literature review. Int J Nurs Stud. 2010;47(5):635–50.
26. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout palliative care: A systematic review. Nurs Ethics. 2011;18(3)317-26.
27. Sahebzadeh M, Karimi S, Hosseini MS, Akhtar Danesh Gh, Hosseini S. Job Burnout of Nursing Administrators and Chief Executive Officers in University Hospitals and Its Relation to Their Demographic Features. Health Information Management. 2011;7(Special Issue):637-48. [pesian].
28. Schreuder JAH, Roelen CAM, Groothoff JW, van der Klink JJL, Magerøy N, Pallesen S, et al. Coping styles relate to health and work environment of Norwegian and Dutch hospital nurses: A comparative study. Nurs Outlook. 2011Jun18; [Epub ahead of print].
29. Badger JM. A descriptive study of coping strategies used by Medical Intensive Care Unit nurses during transitions from cure- to comfort-oriented care. Heart Lung. 2005;34(1):63-8.
30. Matsuda E, Uchiyama K. Assertion training in coping with mental disorders with psychosomatic disease. International Congress Series. 2006;1287: 276-8.
31. Riahi ME. Supervisors' knowledge of hospital infections control in one of the medical sciences universities related hospitals. Journal of Military Medicine. 2009;11(3):175-82. [Persian]
32. Hosseini SH, Mortazavi M. Frequency of Referral Rate and Psychiatric Diagnoses in Sari Imam Khomeini Hospital during 2008 and 2009. J Mazand Univ Med Sci. 2011;21(80):63-8. [Persian]
33. Holly C. The ethical squanderies of acute care nursing practice. J Prof Nurs. 1993;9(2):110-15.
34. Wilkinson JM, Moral distress in Nursing Practice: Experience and effect. Nurse Forum. 1987-1988; 23(1):16-29.
35. Fry T, Harvey R, Hurley AC, Foley BJ. Development of model of Moral Distress in Military Nursing. Nurs Ethics. 2002;9(4):373.
36. Maluwa VM. Moral Distress in Nursing Practice in Lilongwe, Malawi. A Dissertation of the master of Public Health Degree. University of Malawi College of Medicine 2008. [Online]. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [6 February 2010]. http://41.221.97.34/commhealth/mph/dissertations/Veronica%20Maluwa.pdf
37. Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, Terzoudi A, Constantinidis T, Vadikolias K et al. Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. Seizure. 2008;17(7):588-94.
38. Nojoomi M, Ghalebandi F, Akhbari R, Gorji R. Sleep pattern and prevalence of sleep disturbances in medical students and specialist residents. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity. 2009;19(1):55-9. [Persian]
39. Ghanei R, Hemmati Maslakpak M, Rezaei K, Baghi V, Makki B. Nursing students quality of sleep in dormitories of Urmia university of medical sciences. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2011;9(4):277-82. [Persian]
40. Madarshahian F, Hassanabadi M. Sleep disturbances in chemical and non-chemical war victims. Iranian Journal of War and Public Health. 2009;2(5):27-32. [Persian]
41. Hall EJ, Guyton AC. Textbook of Medical Phyisiology. 12th edition: Saunders/Elsevier. 2011.p.235.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]

42. Halvani GH, Baghianimoghadam MH, Rezaei MH. Fatigue situation in tile industries workers. Iran Occupational Health. 2007;4(3):57-63. [Persian]
43. Tang PF, Johansson C, Wadensten B, Wenneberg S, Ahlström G. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. Nurs Ethics. 2007;14(6):810-24.
44. Catlin EA, Guillemin JH, Thiel MM, Hammond S, Wang ML, O'Donnell J. Spiritual and Religious Components of Patient Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Sacred Themes in a Secular Setting. J Perinatol. 2001;21(7):429-30.
45. Case PW, McMinn MR. Spiritual coping and well-functioning among psychologists. J Psychol Theol. 2001;29(1):29-40.
46. Quillin JM, McClish DK, Jones RM, Burruss K, Bodurtha JN. Spiritual coping, family history, and perceived risk for breast cancer-can we make sense of it? J Genet Couns. 2006;15(6):449-60.
47. Lee BJ. Moderating effects of religious/spiritual coping in the relation between perceived stress and psychological well-being. Pastoral Psychol. 2007;55(6):751-9.
48. Aronson J.Praying in face of life-threatening illness. A dissertation for the degree of Philosophy. Chicago, Illinois; 2008. [Online]. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [9 October 2011].
49. Nguyen M. The effects of spiritual practices on managing employee work-related stress. A Dissertation for the degree Doctor of Management in Organizational Leadership. University of phonix 2009. [Online]. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. [9 October 2011].
50. Goodman H, Stone MH. The Efficacy of Adult Christian Support Groups in Coping with the Death of a Significant Loved One. J Relig Health. 2009;48(3):305–16.
51. Hodge DR, Roby JL. Sub-Saharan African women living with HIV/AIDS: An exploration of general and spiritual, social work. 2010;55(1):27-37.
52. Lavretsky H. Spirituality and aging. Aging Health. 2010;6(6):749-69.
53. Badri Gargari R, Lotfinia H, Mohamadnajad R. Staff burnout in Tabriz hospitals: The role of behavior types and coping strategies. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2011;9(4):221-9. [Persian]
54. Nohi E, Abdolkarimi M, Rezaeian M. Quality of Life and its Relationship with Stress and Coping Strategies in Coronary Heart Disease Patients. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences (JRUMS). 2011;10(2):127-37. [Persian]
55. Pongruengphant R, Tyson PD. When nurses cry: coping with occupational stress in Thailand. Int J Nurs Stud. 2000;37(6):535-9.
56. Gutierrez KM. Critical care nurses perceptions of and responses to moral distress. Dimens Crit Care Nurs. 2005;24(5):229-41.
57. Gunther M, Thomas SP. Nurses' Narratives of Unforgettable Patient Care Events. J Nurs Scholarsh. 2006;38(4):370-6.
58. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. Appl Nurs Res. 2010;23(4):191–7.
59. Schreuder JA, Plat N, Magerøy N, Moen BE, van der Klink JJ, Groothoff JW, et al. Self-rated coping styles and registered sickness absence among nurses working in hospital care: A prospective 1-year cohort study. Int J Nurs Stud. 2011;48(7):838-46.
60. West E, Maben J, Rafferty AM. Nursing and patient outcomes: How can employers provide the right environment for nurses to deliver high quality care? In Focus. Harvard Health Policy Review. 2006;7(1):64-85.
61. Chang E ML, Bidewell JW, Huntington AD, Daly J, Johnson A, Wilson H, et al. A survey of role stress, coping and health in Australian and New Zealand hospital nurses. Int J Nurs Stud. 2007;44(8):1354-62.
62. Welbourne JL; Eggerth D; Hartley TA; Andrew ME; Sanchez F. Coping strategies in the workplace: Relationships with attributional style and job satisfaction. J Vocat Behav. 2007;70(2):312-25.
63. Golbasi Z, kelleci M, Dogan S. Relationship between strategies, individual characteristics and job satisfaction in a sample of hospital nurses: Cross-sectional questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008;45 (12):1800-6. [Persian]
64. Cook KA, Mott S, Lawrence P, Jablonski J, Grady MR, Norton D, et al. Coping while caring for the dying child: Nurses' experiences in an Acute care setting. J Pediatr Nurs 2011; [Epub ahead of print].
65. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: a correlational study at two time points. Int J Nurs Stud. 2010;47(2):205-15.

[Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-14]