

October-November 2020, Volume 9, Issue 4

The Relationship between Moral Distress and Safe Nursing Care in Emergency Wards Nurses

Fariba Moghadam¹, Marzieh Pazokian^{2*}, Abbas AbbasZadeh³, Elham Faghih Zadeh⁴

1- Master's in Emergency Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor of Nursing, Department of Internal-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3 Professor of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor of Biostatistics Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Iran.

***Corresponding author:** Marzieh Pazokian. School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: Pazokian@sbm.u.ac.ir

Received: 21 May 2020

Accepted: 1 Oct 2020

Abstract

Introduction: The qualities of care in emergency wards (EWs) represent the general state of all services provided in the hospital. Nurses, as the largest group of health care providers, play a significant role in the quality and safety of health services and they are often involved in moral situations and moral decisions in clinical situations. The aim of this study was to investigate the correlation between moral distress and the quality of safe nursing care in emergency department nurses.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted at the EWs of teaching hospitals in Tehran in 2018. Data were collected through the Corley's Moral Distress Scale (CMDs) (2004) and Rashvand's Assessment of Safe Nursing Care (ASNC). Data analyzed using the IBM SPSS software (Version 22) by using descriptive statistics (frequency distribution, mean index, and standard deviation) and Pearson correlation tests, independent t-test, and one-way ANOVA.

Results: The mean score of moral distress in EW nurses was high. The mean score of the quality of safe nursing care was also moderate. There was a negative significant correlation between the quality of safe nursing care and moral distress frequency ($r=-0.057$, $p=0.014$) and a significant negative correlation between the quality of safe nursing care and the severity of moral distress ($r=-0.038$, $p=0.022$).

Conclusions: Given the correlation between quality of safe nursing care and moral distress in EW nurses, health planners and administrators are suggested to reflect on this issue and successively develop and implement appropriate programs such as holding symposiums With the aim of making effective changes in procedures, and taking advantage of nurses' opinions, to prevent and reduce moral distress.

Keywords: Nursing, Emergency Department, Safe Nursing Care, Moral Distress.

ارتباط دیسترس اخلاقی با مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش های اورژانس

فریبا مقدم^۱، مرضیه پاکیان^{۲*}، عباس عباس زاده^۳، الهام فقیه زاده^۴

۱- کارشناس ارشد پرستاری اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۲- استادیار پرستاری، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۳- استاد گروه پرستاری، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ۴- استادیار آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، ایران.
 *نویسنده مسئول: مرضیه پاکیان، استادیار پرستاری، گروه پرستاری داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
 ایمیل: Pazokian@sbmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۱

چکیده

مقدمه: کیفیت ارائه خدمات در بخش اورژانس به عنوان قلب بیمارستان، نمادی از وضعیت کلی ارائه خدمات در بیمارستان محسوب می گردد. پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کارکنان مراقبت سلامت، نقش بسزایی را در کیفیت و ایمنی خدمات درمانی ایفا می کنند و اغلب در موقعیت های بالینی، درگیر موقعیت ها و تصمیمات اخلاقی هستند. این مطالعه با هدف بررسی همبستگی دیسترس اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش اورژانس انجام گردید.

روش کار: این مطالعه با رویکرد توصیفی-مقطعی به روش سرشماری در ۱۳۰ پرستار از بخش های اورژانس بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه ۲۴ سؤالی دیسترس اخلاقی کورلی (ابعاد فراوانی و شدت مواجهه) و پرسشنامه ارزیابی مراقبت پرستاری ایمن (ASNC) جمع آوری شد. داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ با استفاده از آمار توصیفی (توزیع فراوانی، شاخص میانگین و انحراف معیار) و آزمون های همبستگی پیرسون، تی مستقل و واریانس یکطرفه تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: میانگین دیسترس اخلاقی پرستاران در بعد فراوانی ($48/8 \pm 13$) و در بعد شدت (50 ± 14)، در سطح بالا و میانگین کیفیت مراقبت پرستاری ایمن (265 ± 29)، در سطح عملکرد مطلوب بود. بین متغیر کیفیت مراقبت پرستاری ایمن و فراوانی دیسترس اخلاقی ارتباط معنی دار و همبستگی منفی ($r = -0.057$, $P = 0.014$) و بین متغیر کیفیت مراقبت پرستاری ایمن و شدت دیسترس اخلاقی ارتباط معنی دار و همبستگی منفی ($r = -0.038$, $P = 0.022$) بود.

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط بین کیفیت مراقبت پرستاری و دیسترس اخلاقی در پرستاران، لازم است مدیران حوزه سلامت به این مهم توجه نموده و برنامه های مناسبی همچون برگزاری جلسات هم اندیشی با هدف اعمال تغییرات موثر در رویه ها و بهره گیری از نظرات پرستاران در جهت پیشگیری و کاهش دیسترس اخلاقی اجرا نمایند.

کلید واژه ها: پرستاری، بخش اورژانس، مراقبت پرستاری ایمن، دیسترس اخلاقی.

مقدمه

اورژانس می تواند تأثیراتی از جمله پیامدهای ناگوار برای بیمار، کاهش کیفیت و اختلال در دسترسی به خدمات و خسارات مالی، مادی و معنوی فردی و سازمانی را به همراه داشته باشد [۳]. این اختلال عملکرد نه تنها در مواجهه ابتدایی، بلکه بطور سیستماتیک در تمام طول درمان نیز، بر نتایج بیماران تأثیرگذار بوده است [۴]. بخش های اورژانس، در بیمارستان های آموزشی بزرگ شهر تهران با وجود آمار پایین تخت فعال، روزانه حدود ۴۰۰ تا ۵۰۰ پذیرش گزارش نموده اند [۵]. از آنجا که بیش از ۲۵ درصد از پذیرش های

اگرچه توجه به ایمنی بیمار در تمام بخش های بیمارستان الزامی است ولی در بخش های اورژانس به دلایلی همچون پذیرش بیشترین حجم مراجعات و انجام سریع فرایندهای متعدد و پیچیده از اهمیت ویژه ای برخوردار است [۱]. از نظر سازمان جهانی سلامت، ایمنی در محیط ارائه خدمات سلامت عبارت است از پیشگیری از خطاها و عوارض جانبی ناشی از مراقبت و عدم آسیب رساندن به بیمار در نتیجه ی فرایندهای مراقبت [۲]. ازدحام و نوع کار در بخش های

بخش اورژانس، در نهایت تحت نظر قرار می گیرند، کیفیت ارائه خدمات در این بخش ها، نمادی از وضعیت کلی ارائه خدمات در بیمارستان محسوب می شود [۶]، لذا ارزیابی عملکرد بخش اورژانس بیمارستانی از اهمیت بالایی برخوردار است. از طرف دیگر، خطاهای پزشکی تهدیدی جدی برای ایمنی بیماران محسوب می گردند [۷].

مطالعات مختلف نتایج مربوط به بیمار، به ویژه سقوط از تخت، عفونت بیمارستانی و خطای دارویی را در ارتباط با عوامل مربوط به پرستاران مورد بررسی قرار داده اند. این نتایج شاخص های مهم کیفیت مراقبت هستند و به طور مستقیم تحت تاثیر مراقبت های پرستاری قرار می گیرند [۵، ۷، ۸]. حدود یک سوم از هزینه های بهداشت و درمان مرتبط با کیفیت پایین مراقبت های ارائه شده می باشد [۹].

در بیمارستان های ایران، بیشترین تعداد ترک با مسئولیت شخصی، از بخش های اورژانس صورت می گیرد که اغلب موارد نارضایتی از خدمات ارائه شده و برخورد بد کارکنان، گزارش شده است [۱۰]. این در حالی است که «درصد ترک با مسئولیت شخصی»، در کنار «درصد بیماران تعیین تکلیف شده ظرف مدت ۶ ساعت»، «درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف مدت ۱۲ ساعت»، «درصد CPR ناموفق»، «میانگین زمان تریاژ بر حسب دقیقه»، بعنوان شاخص های عملکردی بخش اورژانس برای ارزیابی کیفیت عملکرد این بخش، در نظر گرفته می شوند [۶].

از آنجایی که پرستاران به عنوان بزرگترین گروه کارکنان مراقبت سلامت [۱۱]، نقش بسزایی را در کیفیت و ایمنی خدمات درمانی ایفا می کنند و حرفه ی پرستاری بر اساس اخلاق حرفه ای شکل گرفته [۱۲]، رعایت اصول اخلاق حرفه ای در این حرفه، در راستای ارائه ی مراقبت ایمن، با کیفیت، عادلانه و حرفه ای ضروری بنظر می رسد. مراقبت ایمن بعنوان در نظر گرفتن تمام ابعاد مراقبت، پیشگیری از آسیب های بالقوه و انجام مداخلاتی جهت شناسایی سریع خطاها تعریف می شود [۱۳]. پرستاران بخش های اورژانس اغلب بصورت آگاهانه و ناآگاهانه درگیر موقعیت های اخلاقی و تصمیمات اخلاقی هستند [۱۵]. حدود نیمی از پرستاران در بخش های مراقبت حاد، اغلب شرایطی را تجربه می کنند که منجر به چالش های اخلاقی می شود [۱۶]. چالش های اخلاقی در حین کار، معمولاً در سه حالت: بالاتکلیفی اخلاقی (عدم اطمینان از درست بودن جنبه ی اخلاقی کار)، معضل اخلاقی (تناقض در عملکرد بواسطه ی درگیر بودن با دو یا

چند اصل اخلاقی در یک موضوع) و دیسترس اخلاقی (عدم امکان اجرای کار درست علیرغم آگاهی از درستی آن) بروز می کند [۱۷]. یکی از انواع این تجارب اخلاقی، دیسترس اخلاقی است که از حیث فراوانی و شدت در وقوع، بعنوان یکی از چالش های نامرئی ضمن کار، توسط پرستاران اورژانس تعریف شده است [۱۸]. اکثر پرستاران، ناامیدی را بعنوان پاسخ مقابله ای در برابر موقعیت دیسترس اخلاقی مطرح نموده اند و اعتقاد داشتند که موقعیت های اخلاقی حین کار، با صرف توجه و زمان زیاد همراه بوده که منجر به کاهش کیفیت ارائه ی خدمات و مراقبت از بیمار می گردد [۱۹]. در این حالت یکپارچگی اخلاقی پرستاران تهدید شده و یا آسیب دیده و بسته به اثربخشی استراتژی های سازگاری و تطابق، دیسترس اخلاقی به بروز علائم فیزیکی و روانی، نارضایتی شغلی، ترک موقعیت و یا حتی ترک حرفه [۱۶]، می انجامد و علاوه بر تاثیر آن بر سلامت روان پرستاران، [۲۰] در درازمدت احتمالاً منجر به منفعل شدن پرستار و بی تفاوتی نسبت به مسائل مربوط به رفاه بیمار می گردد و ارائه دهندگان خدمات با یافتن راه هایی برای کنار آمدن با قوانین سازمان، ارتباط خود را با مسائل عاطفی بیمار کاهش داده و از حمایت عاطفی بیمار اجتناب خواهند نمود که خود به مراقبت ناکافی یا نامناسب از بیمار منجر شده و احساس امنیت و رضایت بیماران از خدمات را کاهش می دهد [۲۱]. همچنین احساس ناتوانی در برخورد با موقعیت های اخلاقی، به نوبه ی خود می تواند تبعات منفی دیگری را به دنبال داشته باشد، از جمله اینکه افرادی که به توانایی خود اعتماد ندارند، در موقعیت های مخاطره آمیز اخلاقی، دچار یاس و ناامیدی شده و احتمال این که به نحو مؤثری عمل کنند، کاهش می یابد [۲۲].

با عنایت به اینکه در ایران نیز، همچون سایر کشورهای با درآمد کم و متوسط، بخش اورژانس بیمارستان های دولتی، اغلب، اولین مرکز مراجعات بیماران با شرایط حاد و تهدید کننده حیات می باشند، این امر منجر به ازدحام و شلوغی در بخش های اورژانس شده و با توجه به محدودیت در منابع، احتمال افزایش استرس شغلی در ارائه دهندگان خدمات، کاهش کیفیت مراقبت و افزایش خطای درمانی را بالا می برد [۲۳]. از طرفی در محیط های شلوغ اورژانس، پرستاران اغلب در حال ایفای نقش هایی به صورت چند وظیفه ای و همزمان، همراه با وقفه های متعدد هستند [۲۴] و بصورت آگاهانه و ناآگاهانه درگیر موقعیت ها و تصمیمات اخلاقی در

حین ارائه خدمات می شوند [۲۵]. با توجه به اینکه ارتباط بین دو متغیر، دیسترس اخلاقی و مراقبت پرستاری ایمن، کمتر مورد بررسی قرار گرفته است، این مطالعه به بررسی همبستگی مراقبت پرستاری ایمن با دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران پرداخته است.

روش کار

این مطالعه با رویکرد توصیفی - مقطعی در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های عمومی، دولتی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. کلیه ی پرستاران شاغل به روش سرشماری ($n=230$) در این پژوهش وارد شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل؛ داشتن تحصیلات کارشناسی و یا بالاتر در رشته ی پرستاری، داشتن حداقل ۱ سال سابقه کار بالینی در بخش اورژانس، تمایل و رضایت کامل پرستاران جهت تکمیل اطلاعات جمعیت شناختی و مشارکت در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه، عدم رضایت هر یک از نمونه ها جهت شرکت در پژوهش، عدم دریافت مجوز نمونه گیری از بیمارستان های محیط پژوهش، تکمیل ناقص پرسشنامه ها، عدم حضور پرستار در دوره ی نمونه گیری در محل کار به دلایلی همچون مرخصی و سابقه ی بحران عاطفی و اختلالات اضطرابی در ۶ ماه اخیر بود.

ابزار مورد استفاده در این مطالعه عبارت بود از: پرسشنامه دیسترس اخلاقی Corley (۲۰۰۱) که توسط وزیری (۱۳۸۷) از انگلیسی به فارسی روان ترجمه و روانسنجی شده [۲۶] و در مطالعه میرزا زاده و همکاران (۱۳۹۴)، با توجه به شرایط خاص سیستم ارائه خدمات در ایران با نظر اساتید و متخصصین تغییراتی در این پرسشنامه اعمال گردید و یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی طراحی گردید. همچنین روایی محتوای این پرسشنامه، در این پژوهش، به صورت کیفی و صوری، توسط ۱۰ نفر از اساتید حوزه ی اخلاق، بررسی و تایید گردید. پایایی پرسشنامه در مطالعه حاضر، با ۳۰ پرسشنامه تکمیل شده در ابتدا بررسی گردید [۲۷]. ضریب آلفای کرونباخ در بعد فراوانی مواجهه ۰/۹۶ و در بعد شدت مواجهه ۰/۹۵ محاسبه و مطلوب گزارش شد. هر گزینه مربوط به یک موقعیت خاص در مراقبت پرستاری از بیمار می باشد و درک پرستار را از دو جنبه «فراوانی موقعیتهایی که فرد در آنها با دیسترس مواجهه می شود» و «شدت دیسترس اخلاقی

تجربه شده» در دو مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای خواهد بود. در بعد فراوانی مواجهه از هرگز مواجه نشده ام (معادل ۰) تا بسیار زیاد مواجه شده ام (معادل ۴) و در بعد شدت مواجهه، دیسترسی در من ایجاد نمی کند (معادل ۰) تا دیسترس شدیدی در من ایجاد می کند (معادل ۴) نمره گذاری شد و دامنه ی نمرات ۰ تا ۹۶ می باشد. هرچه نمره فرد بیشتر بود نشان دهنده فراوانی و شدت بیشتر دیسترس در وی بود. نمره بدست آمده از کل پرسشنامه در سه سطح؛ سطح پایین (۰ تا ۲۴)، سطح متوسط (۲۴/۱ تا ۴۸)، سطح بالا (۴۸/۱ تا ۷۲) و سطح خیلی زیاد (۷۲/۱ تا ۹۶) رتبه بندی شد.

ابزار ارزیابی مراقبت پرستاری ایمن (ASNC) توسط رشوند ۱۳۹۴ طراحی و روانسنجی شده است [۲۸]. این پرسشنامه شامل ۳۲ گویه در ابعاد «سنجش مهارت‌های پرستاری» (۱۶ گویه)، «ارزیابی ایمنی روانی» (۴ گویه)، «ارزیابی ایمنی جسمی» (۷ گویه) و «سنجش کار تیمی» (۵ گویه) بود. پاسخدهی به گویه ها به صورت گزینه‌هایی با طیف لیکرتی پنج قسمتی (همیشه، بیشتر اوقات، گاهی، بندرت و هرگز) بود، کمترین امتیاز یعنی ۱ مربوط به انتخاب گزینه «هرگز» و بیشترین امتیاز یعنی ۵ مربوط به انتخاب گزینه «همیشه» بود. محاسبه امتیاز هر یک از ابعاد ابزار ارزیابی مراقبت پرستاری ایمن با استفاده از ضرب نمره هر گویه (حاصل ضرب نمره گویه بر اساس طیف لیکرتی در وزن گویه) در تعداد گویه های آن بعد از ابزار، تقسیم بر تعداد گویه های ابزار بدست آمد. روایی محتوای ابزار مورد تأیید و پایایی پرسشنامه هم با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ بدست آمد. نحوه امتیاز دهی پس از احتساب وزن هر گویه بصورت عملکرد ضعیف (۷۳ تا ۱۷۰)، عملکرد متوسط (۱۷۱ تا ۲۶۷) و عملکرد مطلوب (۲۶۸ تا ۳۶۵) خواهد بود. همچنین بازه نمرات پس از احتساب وزن گویه‌ها، در بعد مهارت پرستاری (۳۵ تا ۱۷۵)، بعد ایمنی جسمی (۲۰ تا ۱۰۰)، بعد ایمنی روانی (۵ تا ۲۵) و بعد کار تیمی (۱۳ تا ۶۵) بود. مقایسه سطح ابعاد کیفیت مراقبت پس از احتساب بصورت «میانگین بر مبنای درصد» بیان شد. جهت تعیین پایایی، ضریب آلفای کرونباخ ابزار از پرسشنامه تکمیل شده توسط ۳۰ نمونه پژوهش، برای تأیید همسانی درونی ۰/۹۷ بود و پایایی ابزار تایید گردید. در نهایت امتیاز کسب شده، بین بالاترین امتیاز ۳۶۵ و پایین ترین امتیاز ۷۳ بود. امتیاز بالاتر نشان دهنده انجام مطلوب مراقبت پرستاری ایمن بود. روایی پرسشنامه، توسط رشوند (۱۳۹۴) مورد ارزیابی

فریبا مقدم و همکاران

پرسشنامه دیسترس اخلاقی (بعد فراوانی و شدت مواجهه) و پرسشنامه ASNC، از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون، تی مستقل و واریانس یکطرفه در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۲۳۰ پرستار در این پنج بخش اورژانس عمومی (آموزشی و دولتی) حضور داشتند که در ابتدای مطالعه پس از حذف یکی از بیمارستان‌ها از محیط پژوهش بدلیل عدم اجازه نمونه‌گیری به محقق (با توجه به قوانین داخل بیمارستانی) ۴۰ نمونه از مطالعه خارج شده و تعداد ۱۹۰ پرستار باقی ماند. از این میان ۹ پرستار به دلیل سابقه کاری کمتر از یکسال در بخش اورژانس، ۴ نفر بعلت مرخصی یا استعلاجی بودن در زمان انجام پژوهش و ۵ نفر به دلیل عدم تمایل در تکمیل پرسشنامه از پژوهش خارج شدند. در ابتدای مطالعه، جهت بررسی پایایی ابزارها از ۳۰ پرسشنامه تکمیل شده استفاده شد و این ۳۰ پرسشنامه از روند مطالعه خارج گردید. در نهایت پس از حذف ۱۲ پرسشنامه ناقص، ۱۳۰ پرسشنامه در بازه ی زمانی فروردین تا شهریور سال ۱۳۹۷ مورد بررسی قرار گرفتند و یافته‌ها در راستای اهداف پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بررسی یافته‌ها نشان داد از ۱۳۰ پرستار شرکت کننده در پژوهش، ۷۰ نفر (۵۴ درصد)، در بازه ی سنی بین ۲۳ تا ۳۴ سال بودند و میانگین سنی 33 ± 6 سال بود. میانگین سابقه ی کار پرستاری 9 ± 5 سال بود. میانگین سابقه ی کار در بخش اورژانس، 5 ± 3 سال بود. اکثر نمونه‌ها یعنی (۶۳ درصد) زن و اکثراً (۵۹ درصد) متاهل بودند. (۸۱ درصد) تحصیلات کارشناسی داشتند. اکثر نمونه‌ها یعنی ۶۳ نفر (۴۸ درصد) استخدام رسمی بودند. بیشتر نمونه‌های پژوهش (۴۳ درصد) در «نوبت کاری در گردش» مشغول به کار بودند. (۵۴ درصد) در دوره‌های مرتبط با اخلاق در پرستاری شرکت نمودند. هیچ یک از نمونه ها سابقه ی بحران عاطفی و اختلالات اضطرابی در ۶ ماه اخیر را گزارش نمودند.

طبق نتایج مندرج در (جدول ۱)، در ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری ایمن ۵۹ درصد از پرستاران سطح عملکرد متوسط (نمره‌ای بین ۱۷۱ تا ۲۶۷) داشتند. میانگین کیفیت مراقبت پرستاری ایمن 265 ± 29 گزارش شد.

قرار گرفت. نتایج آلفای کرونباخ ۰/۹۷ نشان داد همسانی درونی پرسشنامه خوب و نتایج همسانی درون طبقه ای ($ICC=0/72$) نشان داد پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار بود [۲۸].

در این پژوهش نیز، جهت تعیین پایایی ارزیابی مراقبت پرستاری ایمن (ASNC)، از ۳۰ پرسشنامه تکمیل شده در ابتدا، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه شد و پایایی ابزار تایید گردید. پژوهشگر با مراجعه به یکی از مدیران پرستاری در بخش اورژانس و دفتر پرستاری، اعم از مدیران با واسطه (سوپروایزران بالینی و سوپروایزر اورژانس) یا مدیران بی واسطه (سرپرستار)، باتوجه به اهداف پژوهش با تکمیل پرسشنامه ASNC به ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در نمونه‌های پژوهش پرداختند.

جهت تکمیل پرسشنامه ها پژوهشگر ابتدا پس از دریافت مجوز از هر دو دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی تهران، به واحدهای معاونت پژوهش و سپس دفتر پرستاری و مسئول بخش اورژانس، مراجعه و اهداف پژوهش را شرح داده و با دریافت رضایت کتبی از مسئولین داخل بیمارستان‌ها، لیستی از اسامی پرستاران اورژانس جهت ثبت و کدگذاری تهیه نمود. با توجه به ماهیت ازدحام و شلوغی بخش اورژانس و شرایط حاد اغلب مراجعین، از سرپرستار و سوپروایزر اورژانس در مورد زمان و نحوه مراجعه به پرستاران، نظرخواهی شد و هماهنگی لازم جهت ورود به اتاق استراحت پرستاران و حضور مستمر در طول شیفت در داخل بخش و ایستگاه پرستاری انجام گردید. پژوهشگر در زمان استراحت و یا زمان پایدار بودن شرایط بخش و بیماران به ایشان مراجعه، روند و اهداف مطالعه را برای هریک از پرستاران تشریح نموده و فرم رضایت‌نامه کتبی ورود به طرح، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه دیسترس اخلاقی را در اختیار ایشان قرار داده و ضمن اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات و توضیح اختصاص دادن کدهای عددی بجای اسامی پرستاران، از ایشان درخواست نمود تا در فرصت مناسب پرسشنامه را به روش خودگزارشی تکمیل نموده و پس از تکمیل جمع‌آوری نمود.

داده‌های حاصل از پژوهش در محیط نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ وارد شد. برای آمار توصیفی از جداول توزیع فراوانی، شاخص میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل و بررسی روابط بین متغیرها با توجه به توزیع نرمال داده‌های

جدول ۱: توزیع فراوانی و درصد نمره کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش های اورژانس

کیفیت مراقبت پرستاری ایمن	تعداد (فراوانی)	درصد (%)
۱۷۱ تا ۲۶۷ (عملکرد متوسط)	۷۷	۵۹
۲۶۸ تا ۳۶۵ (عملکرد مطلوب)	۵۳	۴۱
جمع کل	۱۳۰	۱۰۰
شاخص های عددی	کمینه	بیشینه
	۱۹۳	۳۲۲
		میانگین
		۲۶۵
		انحراف معیار
		۲۹

جدول ۲: توزیع فراوانی، میانگین و میانگین بر مبنای درصد در هر یک از ابعاد مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش های اورژانس

توزیع متغیرهای اصلی	تعداد سوال	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار	میانگین بر مبنای درصد
کیفیت کلی مراقبت پرستاری ایمن (۷۳ تا ۳۶۵)	۳۲	۱۹۳	۳۲۲	۲۶۵	۲۹	۷۲/۶
بعد مهارت پرستاری (۳۵ تا ۱۷۵)	۱۶	۱۰۴	۱۷۲	۱۳۹	۱۵	۷۹/۴
بعد ایمنی جسمی (۲۰ تا ۱۰۰)	۷	۶۰	۱۰۰	۸۴	۱۱	۸۴
بعد ایمنی روانی (۵ تا ۲۵)	۴	۱۳	۲۵	۲۰	۲	۸۰
بعد کار تیمی (۱۳ تا ۶۵)	۵	۱۵	۲۵	۲۰	۲	۸۰

بین ۴۸/۱ تا ۷۲) گزارش نمودند. میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی در پرستاران $48/1 \pm 13$ گزارش شد. همچنین اکثر پرستاران (۵۳/۱ درصد) شدت دیسترس اخلاقی را در سطح بالا (نمره ای بین ۴۸/۱ تا ۷۲) گزارش نمودند. میانگین شدت مواجهه با دیسترس اخلاقی در پرستاران 50 ± 14 بود.

طبق نتایج (جدول ۲)، بالاترین سطوح عملکرد در ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری ایمن، به ترتیب مربوط به بعد ایمنی جسمی با میانگین ۸۴ درصد، ابعاد ایمنی روانی و کار تیمی با ۸۰ درصد و بعد مهارت پرستاری با ۷۹/۴ درصد گزارش شده است. طبق نتایج (جدول ۳)، اکثر پرستاران (۵۲ درصد) فراوانی دیسترس اخلاقی را در سطح بالا (نمره ای

جدول ۳: توزیع فراوانی دیسترس اخلاقی (بعد فراوانی و شدت مواجهه) در پرستاران بخش های اورژانس

دیسترس اخلاقی (بعد فراوانی مواجهه)		دیسترس اخلاقی (بعد شدت مواجهه)	
تعداد (فراوانی)	درصد (%)	تعداد (فراوانی)	درصد (%)
۹	۶	۷	۵/۹
۴۹	۳۸/۹	۴۴	۳۴
۶۸	۵۲	۶۹	۵۳/۱
۴	۳/۱	۱۰	۷
۱۳۰	۱۰۰	۱۳۰	۱۰۰
جمع کل		جمع کل	
کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
۱۸	۸۷	۴۸/۱	۱۳
		کمینه	بیشینه
		۲۲	۸۴
		میانگین	انحراف معیار
		۵۰	۱۴

فریا مقدم و همکاران

دیسترس اخلاقی به ترتیب مربوط به موقعیت‌های «از اینکه همراهان بیمار دچار تنیدگی (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستندرنج می‌برم» با (۴۰ درصد)، «از اینکه فرصت کافی برای آموزش به بیمار و خانواده ندارم رنج می‌برم» با (۳۴ درصد)، «به دلیل تعداد زیاد بیماران قادر به ارائه مراقبت با کیفیت به آنان نیستیم» با (۳۰ درصد) بوده است.

بالاترین فراوانی دیسترس اخلاقی به ترتیب مربوط به موقعیت‌های «به بیماری که تحت ونتیلاتور قرار دارد و امیدی به زنده ماندنش نیست مراقبت‌های پرستاری ارائه می‌دهم» با (۵۳ درصد)، «از اینکه همراهان بیمار دچار تنیدگی (جای نامناسب استراحت، عدم آگاهی از حقوق بیمار و خانواده) هستندرنج می‌برم» با (۴۴ درصد)، «از اینکه فرصت کافی برای آموزش به بیمار و خانواده ندارم رنج می‌برم» با (۴۰ درصد) بوده است. همچنین بالاترین شدت

جدول ۴: بررسی همبستگی سطح دیسترس اخلاقی (فراوانی و شدت مواجهه) با مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش های اورژانس

متغیر	مراقبت پرستاری ایمن (مهارت بالینی)	مراقبت پرستاری ایمن (ایمنی جسمی)	مراقبت پرستاری ایمن (ایمنی روانی)	مراقبت پرستاری ایمن (کار تیمی)	مراقبت پرستاری ایمن
دیسترس اخلاقی (فراوانی دیسترس)	$r = 0$ $P = 0/058$	$r = -0/008$ $P = 0/014$	$r = 0/036$ $P = 0/013$	$r = -0/034$ $P = 0/012$	$r = -0/057$ $P = 0/014$
دیسترس اخلاقی (شدت دیسترس)	$r = 0/062$ $P = 0/016$	$r = -0/01$ $P = 0/024$	$r = 0/034$ $P = 0/012$	$r = 0/052$ $P = 0/012$	$r = -0/038$ $P = 0/022$

بیمار و بروز حوادث ناگوار را افزایش داده و در نهایت افت کیفیت مراقبت بیمار محور را به دنبال دارند.

نتایج Dekeyser Ganz، ارتباط معکوس و معنادار بین فراوانی دیسترس اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری را بیان داشت، به طوری که با افزایش فراوانی دیسترس اخلاقی، کیفیت مراقبت پرستاری کاهش یافت [۲۹]. یافته های پژوهش حاضر نیز همبستگی معکوس و معنادار بین این دو متغیر را نشان داد. عبارتی با افزایش دفعات مواجهه با موقعیت هایی که دیسترس اخلاقی را به دنبال داشتند، شاهد افت عملکرد مطلوب پرستاران اورژانس در ارزیه مراقبت پرستاری ایمن به بیماران بودیم. نتایج این مطالعه در بعد فراوانی مواجهه با پژوهش حاضر هم راستا می باشد. در این مطالعه برخلاف مطالعه حاضر بین شدت دیسترس اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری ارتباط معناداری گزارش نشد.

در مطالعه ی برهانی و همکاران، با افزایش سطح دیسترس اخلاقی، استرس حرفه‌ای در پرستاران افزایش یافت [۳۰]. نبوره و همکاران میانگین هر دو متغیر "فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی" را در پرستاران اورژانس در حد متوسط و بین شدت و فراوانی دیسترس اخلاقی با خودکارآمدی ادراک شده در پرستاران، رابطه معکوس و معناداری گزارش نمودند [۲۲]. با توجه به رابطه ی مثبت و معنادار خودکارآمدی و کیفیت مراقبت پرستاری می‌توان گفت بدنبال افزایش دیسترس اخلاقی، خودکارآمدی و کیفیت تصمیم‌گیری

(جدول ۴)، نشان می دهد، بین دو متغیر فراوانی دیسترس اخلاقی و کیفیت کلی مراقبت ایمن، همبستگی ضعیف، اما معکوس و معنی دار بود ($r = -0/057$). همچنین بین دو متغیر شدت دیسترس اخلاقی و کیفیت کلی مراقبت ایمن همبستگی ضعیف، معکوس و معنی دار بود ($r = -0/038$). ارتباط بین ابعاد مختلف از مراقبت پرستاری ایمن با هر یک از دو بعد فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در (جدول ۴) قابل مشاهده است. در این مطالعه سطح معنی داری $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

بحث

هدف از این مطالعه بررسی همبستگی دیسترس اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش های اورژانس بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین متغیرهای دیسترس اخلاقی (در هر دو بعد فراوانی و شدت مواجهه) و کیفیت مراقبت پرستاری ایمن، ارتباط معنی دار و همبستگی معکوس وجود داشت. به عبارتی با افزایش فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی، کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش اورژانس کاهش یافت. بنظر می رسد موقعیت های منجر شونده به بروز دیسترس اخلاقی با صرف زمان و معطوف نمودن توجه پرستاران به خود و ایجاد استرس و خستگی ذهنی در حین ارائه ی مراقبت، منجر به مراقبت ناکافی و نامناسب از بیماران شده و احتمال کاهش ایمنی

بالینی در مراقبت پرستاری کاهش می‌یابد و این امر نتایج حاصل از این پژوهش را تایید می‌کند. در مطالعه Henrich نیز همه ی پرستاران، موقعیت‌های دیسترس اخلاقی را با صرف توجه و زمان زیاد، همراه دانسته که منجر به کاهش کیفیت خدمات و مراقبت از بیمار می‌گردد و فقط تعداد محدودی از پرستاران، بهبود عملکرد را بعلا افزایش احتیاط و تلاش مراقبت‌دهنده در پی افزایش سطح دیسترس اخلاقی ذکر نمودند [۱۹]. این نتایج تایید کننده نتایج مطالعه ی حاضر می باشند.

همچنین در این مطالعه، سطح کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش‌های اورژانس، در حد نسبتاً مطلوب ارزیابی شد که با توجه به فشار کاری بالا، چالش‌های متعدد، شلوغی و ازدحام در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های دولتی در مرکز شهر تهران و علیرغم افزایش زمان انتظار بیماران در این بخش‌ها و کاهش سرعت ارائه ی خدمات، پرستاران همچنان با توجه به تعهدات اخلاقی و حرفه ای خود با وجود محدودیت‌ها و موانع مختلف سعی در ارائه ی مراقبت با کیفیت از بیماران می نمایند. بالاترین سطوح عملکرد پرستاران در ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری ایمن، به ترتیب مربوط به بعد ایمنی جسمی، ایمنی روانی، کار تیمی و مهارت‌های پرستاری گزارش شد.

در مطالعه ی کلانتری، که به بررسی عملکرد پرستاران از دیدگاه سرپرستاران در ارائه مراقبت ایمن در بخش‌های عمومی و ویژه پرداخت، سطح عملکرد ایمن پرستاران در سطح متوسطی قرار داشت. بالاترین سطوح عملکرد نیز در ابعاد کیفیت مراقبت پرستاری ایمن، به ترتیب مربوط به بعد ایمنی جسمی، ایمنی روانی، کار تیمی و مهارت پرستاری گزارش شد [۳۱]. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی دارد. همچنین Gaalan، میانگین نمره کل کیفیت مراقبت پرستاری را در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی در سطح بالا و مطلوب گزارش نمود [۳۲]. خاکی نیز در مطالعه ی خود سطح کیفیت مراقبت‌های پرستاری را از دیدگاه پرستاران، در بعد روانی اجتماعی، بعد فیزیکی و بعد ارتباطی، در حد مطلوب گزارش می‌کند [۳۳]. نتایج مطالعات فوق، با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در این مطالعه نیز عملکرد پرستاران از دیدگاه سرپرستاران و سوپروایزران بالینی در ابعاد ایمنی جسمی، روانی، کار تیمی و مهارت پرستاری در حد مطلوب گزارش شد.

طبق نتایج این مطالعه، پرستاران بخش‌های اورژانس

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران دیسترس اخلاقی را در هر دو بعد فراوانی و شدت مواجهه، در سطوح بالا تجربه می نمایند. بین ابعاد دیسترس اخلاقی در این مطالعه ارتباطی مشاهده نشد، عبارتی شدت بروز دیسترس اخلاقی مرتبط با دفعات بروز دیسترس اخلاقی نبود. در مطالعه ی عامری و همکاران، میانگین فراوانی و شدت تنش اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی، در سطوح بالا گزارش شد و تفاوت اندکی بین میانگین ابعاد تنش اخلاقی وجود داشت [۳۴] که با نتایج این مطالعه هم راستا بوده است. با این تفاوت که بیشترین تنش اخلاقی در بخش انکولوژی مرتبط با موقعیت‌های "چشم‌پوشی از عدم دریافت رضایت آگاهانه از بیمار" و "انجام درمان و آزمایش‌های غیرضروری در مراحل آخر حیات بیماران بنا به دستور پزشک" گزارش شد که می تواند ناشی از طولانی بودن سیر بیماری و بستری، اثرات جانبی داروهای خاص مرتبط با انکولوژی و درگیری عاطفی با درد و رنج بیماران در طول رویه‌های درمانی بیهوده در مراحل پایان زندگی بیماران، در بخش‌های انکولوژی باشد. نتایج مطالعه ملازم نیز، به سطوح متوسط به بالای پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه اشاره دارد [۳۵]. در مطالعه Vaziri نیز، میانگین دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های اورژانس و NICU در سطوح بالا گزارش شد و بیشترین موقعیت تنش‌زا "کار کردن با سطح ناایمن از پرسنل پرستاری" بود [۲۶]. بنظر می رسد بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس، به دلیل شرایط خاص بیماران، فشار و تنش روانی زیادی را بر پرسنل پرستاری وارد می کنند. در مطالعه ی مهدوی فشنمی، میانگین فراوانی دیسترس اخلاقی در پرستاران اورژانس در سطح متوسط گزارش شد و گویه "انجام عملیات احیاء به منظور به تعویق افتادن مرگ بیمار" از بیش‌ترین فراوانی و گویه ی "عدم صلاحیت پزشک اورژانس" بعنوان شدیدترین عامل دیسترس اخلاقی و گویه ی "کمک به پزشکی که به نظر شما صلاحیت ارائه درمان ندارد" بالاترین میانگین اثر را به خود اختصاص داد [۳۶]. در مطالعه ی دیگری Sirilla نیز میانگین نمره کلی دیسترس اخلاقی در پرستاران مراکز آموزشی درمانی، را در حد متوسط گزارش نمود [۳۷]. احتمالاً علت تفاوت در نتایج مطالعات مختلف، مربوط به تفاوت در ماهیت محیط کار، بخش و بیمارستان مورد مطالعه، تفاوت در ابزار مورد بررسی و تفاوت در منابع و امکانات موجود در مراکز آموزشی

فریبا مقدم و همکاران

با توجه به اینکه در این مطالعه بخش اورژانس بیمارستان‌های آموزشی، به علت وجود متغیرهای متعدد، محیط مستعدی برای افزایش فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران و کاهش کیفیت مراقبت پرستاری ایمن محسوب می‌گردد، لذا لازم است برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیرندگان حوزه سلامت به این مسئله توجه نموده، مداخلات و اصلاحات در رویه‌ها و نشست‌های دوره‌ای با پرستاران اورژانس جهت بهره‌گیری از نقطه نظرات ایشان در بهبود تصمیم‌گیری‌ها، در نظر گیرند. همچنین انجام مطالعات مشابه در اورژانس‌های تخصصی مانند اورژانس‌های کودکان، روان، تروما، چشم پزشکی، سوختگی و غیره جهت مقایسه‌ی نتایج و کاربرد آنها در بالین و مطالعاتی در راستای تعیین نقش برخی عوامل میانجی و مداخله‌گر نظیر کیفیت زندگی کاری پرستاران (QWL) و ارتباط آن با سطح دیسترس اخلاقی و کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در آینده پیشنهاد می‌گردد.

سیاسکزاری

این پژوهش بخشی از پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد پرستاری گرایش اورژانس با مجوز کمیته‌ی اخلاق شماره IR.SBMU.PHNM.1396.974 از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (دانشکده پرستاری و مامایی) بوده است. پژوهشگران بدین وسیله از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تهران و تمام پرستارانی که در این پژوهش همکاری و مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان تصریح مینمایند که هیچ گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Ganji Zadeh M, Naderi M, Mansoureh Zaghari Tafreshi M, Niroumand Zandi K. Factors affecting conflict among emergency nurses. Quarterly Journal of Nursing Management. 2016;5(2):18-25. <https://doi.org/10.29252/ijnv.5.2.18>
2. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. BMC family practice. 2018;19(1):104.

و غیر آموزشی، در خارج و داخل کشور و در مراکز خصوصی و دولتی می‌باشد. همچنین فرهنگ سازمانی و جو اخلاقی حاکم بر سازمان، حمایت مدیریت سازمان و رضایت شغلی کارکنان، عامل مهمی در بروز تعارضات اخلاقی در حین ارائه خدمات می‌باشند [38]. در مطالعه‌ی اجرای، پرستاران وجود جو تنبیهی در سازمان را عامل افزایش اضطراب و تنش گزارش نمودند که در نهایت باعث افزایش احتمال بروز خطا و افت کیفیت مراقبت از بیماران می‌گردد [5].

با توجه به ماهیت بخش اورژانس، تکمیل پرسشنامه در شیفت کاری پرستاران امکان‌پذیر نبود. همچنین بعلا کمود مطالعات انجام شده در رابطه با دیسترس اخلاقی و کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در ایران، در مقایسه نتایج مطالعه با مطالعات مشابه محدودیت وجود داشت. در آغاز نمونه‌گیری، یکی از بیمارستان‌های منتخب با توجه به قوانین داخل بیمارستانی از مطالعه خارج گردید.

نتیجه‌گیری

طبق نتایج این پژوهش بین متغیرهای دیسترس اخلاقی و کیفیت مراقبت پرستاری ایمن، همبستگی معکوس وجود داشت و با افزایش دیسترس اخلاقی، کیفیت مراقبت پرستاری ایمن در پرستاران بخش اورژانس کاهش یافت. با توجه به اینکه نحوه برخورد با موقعیت‌های اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های بالینی، اغلب بصورت واکنشی و بدون قاعده و قانون صورت می‌گیرد، پیشنهاد می‌گردد مدیران پرستاری و طراحان برنامه‌های آموزشی با در نظر گرفتن نقش دانش و تجربه در پاسخ به این موقعیت‌ها، جلسات آموزشی و بحث گروهی و هم‌اندیشی را بصورت مدون و برنامه‌ریزی شده، برگزار نمایند تا پرستاران با بحث و بازگویی واقعه‌ی تنش‌زا، به اشتراک و انتقال تجربیات پرداخته و در جهت افزایش استراتژی‌های مقابله‌ی مثبت با چالش‌های اخلاقی قدم بردارند.

<https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>
PMid:29960590 PMCID:PMC6026504

3. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department crowding: causes, effects, and solutions. Ann Emerg Med. 2008;52(2):126-36. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2008.03.014> PMid:18433933 PMCID:PMC7340358
4. Pines JM, Pollack Jr CV, Diercks DB,

- Chang AM, Shofer FS, Hollander JE. The association between emergency department crowding and adverse cardiovascular outcomes in patients with chest pain. *Academic Emergency Medicine*. 2009;16(7):617-25. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00456.x> PMID:19549010
5. Ajri-Khameslou M, Abbaszadeh A, Borhani F, Farokhnezhad Afshar P. Contributing factors to nursing error in emergency department: A qualitative study. *Hayat*. 2017;23(1):17-32.
6. Baratloo A, Rahmati F, Forouzanfar MM, Hashemi B, Motamedi M, Safari S. Evaluation of performance indexes of emergency department. *Iranian Journal of Emergency Medicine*. 2015 28;2(1):33-8.
7. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse burnout, nurse-reported quality of care, and patient outcomes in Thai hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2016;48(1):83-90. <https://doi.org/10.1111/jnu.12187> PMID:26650339
8. Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Mnoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Evaluation of patient-related nursing care with standards in intensive care unit (ICU). *Armaghane Danesh*. 2017;22(3):375-89.
9. Hemmati M, Sheikhbaglu M, Baghaie R. Relationship between the communication skill of nurse - patient with patient safety in the critical care units. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2014;3(2):77-84.
10. Salehi S, Khatami F, Anvari S, Omid N, Sedaghat Siyahkal M, Effatpanah M. Discharges against medical advice and its effective factors among patients referred to Ziaei Hospital. *Hospital*. 2017;16(2):19-26.
11. Laker C, Cella M, Callard F, Wykes T. Why is change a challenge in acute mental health wards? A cross-sectional investigation of the relationships between burnout, occupational status and nurses' perceptions of barriers to change. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2019;28(1):190-8. <https://doi.org/10.1111/inm.12517> PMID:29993168 PMCID:PMC7328713
12. Conroy T, Feo R, Boucaut R, Alderman J, Kitson A. Role of effective nurse-patient relationships in enhancing patient safety. *Nursing Standard* (2014). 2017;31(49):53. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10801> PMID:28766432
13. Austin JM, D'Andrea G, Birkmeyer JD, Leape LL, Milstein A, Pronovost PJ, et al. Safety in numbers: the development of Leapfrog's composite patient safety score for US hospitals. *Journal of Patient Safety*. 2014;10(1):64-71. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e3182952644> PMID:24080719
14. Nouhi E, Zoladl M, Dehbanizadeh A, Poranfard J, Poranfard J. Study of ethics errors in nurses of shahid behshti hospital of Yasuj 2014. *Education and Ethics in Nursing*. 2016;5(2):16-23.
15. Pham JC, Story JL, Hicks RW, Shore AD, Morlock LL, Cheung DS, et al. National study on the frequency, types, causes, and consequences of voluntarily reported emergency department medication errors. *The Journal of Emergency Medicine*. 2011;40(5):485-92. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.02.059> PMID:18823735
16. Kleinknecht-Dolf M, Spichiger E, Müller M, Bartholomeyczik S, Spirig R. Advancement of the German version of the moral distress scale for acute care nurses-A mixed methods study. *Nursing Open*. 2017;4(4):251-66. <https://doi.org/10.1002/nop2.91> PMID:29085651 PMCID:PMC5653387
17. Ando M, Kawano M. Responses and results to ethical problems by psychiatric nurses in Japan. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016;30(5):527-30. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.012> PMID:27654232
18. Robinson R, Stinson CK. Moral distress: A qualitative study of emergency nurses. *Dimensions of critical care nursing*. 2016;35(4):235-40. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000185> PMID:27258962
19. Henrich NJ, Dodek PM, Gladstone E, Alden L, Keenan SP, Reynolds S, et al. Consequences of moral distress in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Critical Care*. 2017;26(4): 48-57. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017786> PMID:28668926
20. Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. *Nursing Ethics*. 2016;0969733016629770. <https://doi.org/10.1177/0969733016629770> PMID:26931767
21. Hyatt J. Recognizing moral disengagement and its impact on patient safety. *Journal of Nursing Regulation*. 2017;7(4):15-21. <https://doi.org/10.1016/j.nurreg.2017.04.001>

- [org/10.1016/S2155-8256\(17\)30015-7](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(17)30015-7)
22. 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. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015;14(6):443-54.
 23. Sylvanus E, Sawe HR, Muhanuzi B, Mulesi E, Mfinanga JA, Weber EJ, et al. Profile and outcome of patients with emergency complications of renal failure presenting to an urban emergency department of a tertiary hospital in Tanzania. 2019. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0229-2> PMID:30669969 PMCID:PMC6341653
 24. Forsberg HH, Athlin ÅM, von Thiele Schwarz U. Nurses' perceptions of multitasking in the emergency department: Effective, fun and unproblematic (at least for me)-a qualitative study. *International emergency nursing*. 2015;23(2):59-64. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.05.002> PMID:24953441
 25. Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):15-31. <https://doi.org/10.1177/0969733013502803> PMID:24091351
 26. Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S. Moral distress among Iranian nurses. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2015;10(1):32.
 27. Mirzazadeh G, Nourozi K, Fallahi M, Vaziri M, Kiany T. Evaluating the effect of stressful incident debriefing on moral distress of nurses. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2015;2(1):1-11.
 28. Rashvand F, Ebadi A, Vaismoradi M, Salsali M, Yekaninejad MS, Griffiths P, et al. The assessment of safe nursing care: development and psychometric evaluation. *Journal of nursing management*. 2017;25(1):22-36.
 29. DeKeyser Ganz F, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(7):1516-25. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05897.x> PMID:22141379
 30. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and its relationship with professional stress in nurses. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;6(6):10-9.
 31. Kalantari M, Sajadi S, Pishgooie S. Evaluation of nurses 'performance from nurses' viewpoints on providing safe care to patients in AjA hospitals in 2018. *Military Caring Sciences*. 2019;5(3):173-81.
 32. Gaalan K, Kunaviktikul W, Akkadechanunt T, Wichaikhum OA, Turale S. Factors predicting quality of nursing care among nurses in tertiary care hospitals in Mongolia. *International nursing review*. 2019;66(2):176-82. <https://doi.org/10.1111/inr.12502> PMID:30747441
 33. Khaki S, Esmaeilpourzanjani S, Mashoof S. The relationship of ethical observance of nurses with quality of care from patient's point of view. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(1):1-11.
 34. ameri m, Safavi Bayat z, Ashktorab T, Kavooosi a, Vaezi A. Moral distress: evaluating nurses' experiences. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(1):64-73.
 35. Molazam Z, Tavakol N. Exploring moral distress in the intensive care unit nurses of Shiraz Heart Center in 2013. *Education & Ethics In Nursing*. 2015;4(2):49-56.
 36. Mahdavi Fashtami S, Mohammadeh zadeh Zarankesh S, Esmaeilpour Bandboni M, Mahdavi Fashtami S, Mohammadeh zadeh Zarankesh S. Moral distress among emergency department nurses: frequency, intensity, effect. *Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity- Tehran Medical Branch*. 2016;26(4):248-55.
 37. Sirilla J, Thompson K, Yamokoski T, Risser MD, Chipps E. Moral distress in nurses providing direct patient care at an academic medical center. *Worldviews on Evidence- Based Nursing*. 2017;14(2):128-35. <https://doi.org/10.1111/wvn.12213> PMID:28253430
 38. Roshanzadeh M, Borhani F, Mohammadi S. Moral sensitivity and moral distress in critical care Unit Nurses. *Medical Ethics Journal*. 2017;10(38). <https://doi.org/10.21859/mej-103819>