

Investigating the Correlation between Job Burnout and Ethical Decision Making among Nurses Working in Intensive Care Units

Rostami M, Khandan M*

Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989132418752, E-mail: mkhandan@iauk.ac.ir

Received: May 28, 2023 Accepted: Jan 21, 2024

ABSTRACT

Background & aim: Constant confront with critical situations intensifies the burnout of nurses in intensive care units and forces them to make numerous ethical decisions in their care. Therefore, this study aimed to determine the job burnout, ethical decision-making and their relationship among nurses working in intensive care units at Namazi Hospital, Shiraz.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted in 2019-2020. The number of 120 nurses working in the intensive care units was selected using the convenience sampling method. Data were collected using Maslach's job burnout (1986) and ethical decision-making questionnaires. Data were analyzed with SPSS-23 using descriptive (mean, standard deviation, frequency and percentage) and inferential (Pearson's test and multiple linear regression) statistics.

Results: The results showed that the nurses' mean scores for job burnout and ethical decision-making scores were 68.13 ± 23.62 and 56.33 ± 12.23 , respectively, and were at a moderate level. Additionally, the results indicated a negative and significant relationship between job burnout and ethical decision-making ($p < 0.001$). The age variable also had a predictive role in job burnout and ethical decision-making ($p < 0.001$).

Conclusion: Providing holistic care in the intensive care units requires a high level of ethical decision-making ability, so this level appears to be inadequate. Furthermore, the notable magnitude of job burnout, its significant and negative impact on ethical decision-making, and the predictive role of age in them, require policymakers to pay more attention. Therefore, they should investigate job burnout and ethical decision-making and recruit young nurses along with experienced nurses in intensive care units.

Keywords: Job Burnout, Ethical Decision-making, Nurses, Intensive Care Unit

بررسی ارتباط فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران

بخش‌های مراقبت ویژه

مرضیه رستمی، مریم خاندان*

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
* نویسنده مسئول، تلفن: ۰۹۱۳۲۴۱۸۷۵۲ ایمیل: mkhandan@iauk.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: مواجهه مداوم با موقعیت‌های بحرانی، فرسودگی شغلی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را تشدید و امر مراقبت را با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بی‌شمار همراه می‌نماید. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان نمازی شیراز انجام شد.

روش کار: در این مطالعه توصیفی-همبستگی که در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ انجام شد، تعداد ۱۲۰ نفر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان نمازی شیراز به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه فرسودگی شغلی ماسلاچ (۱۹۸۶) و تصمیم‌گیری اخلاقی جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-23 و با بهره‌گیری از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و استنباطی (آزمون پیرسون و رگرسیون خطی چندگانه) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین نمرات کلی فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی به ترتیب $۶۸/۱۳ \pm ۲۳/۶۲$ و $۵۶/۳۳ \pm ۱۲/۲۳$ و در سطح متوسط قرار داشتند. نتایج حاکی از یک ارتباط معنی‌دار منفی بین فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی بود ($p < ۰/۰۰۱$). متغیر سن نیز نقش پیش‌گویی کننده در فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی داشت ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: ارائه مراقبت‌های جامع در بخش‌های ویژه نیازمند سطح بالایی از توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی است، لذا این سطح از تصمیم‌گیری اخلاقی کافی به نظر نمی‌رسد. همچنین میزان فرسودگی شغلی قابل توجه، تاثیر منفی و معنی‌دار آن بر تصمیم‌گیری اخلاقی و نقش پیش‌بینی کننده سن بر آن‌ها، مستلزم توجه بیشتر سیاست‌گذاران جهت بررسی فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی و به کارگیری پرستاران جوان‌تر در کنار پرستاران با تجربه در بخش‌های مراقبت ویژه می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: فرسودگی شغلی، تصمیم‌گیری اخلاقی، پرستاران، بخش مراقبت ویژه

دریافت: ۱۴۰۲/۰۳/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۰۱

مقدمه

ماهیت بخش‌های مراقبت ویژه^۱ (ICU)، پرستاران را به طور مکرر در معرض پیچیده‌ترین امور مراقبتی قرار می‌دهد و مواجهه مداوم با موقعیت‌های بحرانی شامل رویارویی با بیماران فوت شده و یا در حال مرگ و سطح بالای شفقت مورد نیاز بیماران و

خانواده‌هایشان، موجب می‌شود تا بسیاری از پرستاران ICU فرسودگی شغلی را تجربه نمایند (۱). فرسودگی شغلی احساس مجموعه‌ای از اختلالات همچون خستگی عاطفی، بی‌تفاوتی و کاهش موفقیت فردی است که این تعریف اولین بار توسط فرودنبگر^۲ در سال ۱۹۷۴ ارائه شد (۲). جامع‌ترین تعریف از فرسودگی

^۱ Intensive Care Unit

^۲ Freudenberger

شغلی در سال ۱۹۹۷ توسط ماسلاچ^۱ و همکاران توسعه یافت و به صورت خستگی هیجانی، مسخ شخصیت و کاهش احساس کفایت فردی تعریف شد (۳). آمارها نشان می‌دهد ۲۳ تا ۴۳ درصد از پرستاران در سراسر جهان از فرسودگی شغلی رنج می‌برند که با سطوح بالای خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و سطوح پایین موفقیت شخصی مشخص می‌شود (۴). حجم کاری بیش از حد، کمبود ارتباطات و منابع، محیط‌های کاری غیرحمایت‌کننده، روابط بین فردی ضعیف با همکاران و سال‌ها کار در ICU می‌توانند فرسودگی شغلی پرستاران را تشدید نمایند (۵). بر اساس یافته‌ها، سطح فرسودگی شغلی پرستاران در ایران از میزان استاندارد جهانی بیشتر بوده و پایش بیماران در طول شبانه‌روز و قرارگرفتن طولانی در معرض عوامل تنش‌زای گوناگون، از عوامل موثر بر فرسودگی شغلی پرستاران ذکر شده است (۶). زارعی و همکاران، علل احتمالی بالابودن شیوع فرسودگی در پرستاران ایرانی را وضعیت اجتماعی- اقتصادی، نگرش‌های فردی، سطح تنش پرستاران و تفاوت در انتظارات بیماران، همچنین عوامل سازمانی همچون جو سازمانی، سبک‌های مدیریت، رهبری و ارتباطات دانسته است (۷). از طرفی احیای قلبی، پایان دادن به درمان‌های حمایتی انتهای زندگی و عدم پاسخ به درمان از مواردی هستند که پرستاران ICU را با چالش‌ها و پیچیدگی‌های زیادی جهت تصمیم‌گیری اخلاقی روبرو می‌نمایند (۸). این پیچیدگی‌ها، بخش قابل ملاحظه‌ای از تنش شغلی این پرستاران را به خود اختصاص می‌دهد (۹). زیرا تصمیم‌گیری اخلاقی یک فرآیند منطقی شامل گرفتن بهترین تصمیمات اخلاقی از طریق استدلال منظم در موقعیتی است که انتخاب‌های متضادی را به همراه دارد (۸). لذا تصمیم‌گیری اخلاقی ضعیف و یا محیطی که در آن اعضای تیم مراقبت برای شرکت در فرایند تصمیم‌گیری یا حمایت از بیمار مجاز به فعالیت نباشند، با چندین پیامد منفی از جمله

تصمیم‌گیری نادرست برای بیمار، پریشانی اخلاقی، خستگی عاطفی و فرسودگی شغلی همراه است (۱۰). نتایج مطالعه‌ای در کشور پرتغال نیز نشان داد بین تصمیم‌گیری اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران، رابطه معنی‌داری وجود دارد و تصمیم‌گیری اخلاقی در ICU به عنوان یک کار سخت و یک عامل استرس‌زا که ممکن است بر میزان فرسودگی شغلی پرستاران تأثیر بگذارد، معرفی شده است (۱۱). در ICU، موقعیت‌های بحرانی که نیاز به تشخیص سریع و صحیح، تصمیم‌گیری فوری و اقدام به موقع دارد، بسیار زیاد بوده و کیفیت پایین مراقبت می‌تواند باعث برآیندهای نامطلوب در بیماران این بخش‌ها شود (۱۲). از آنجا که یکی از اهداف حرفه پرستاری، ارتقاء شخصیت و شأن انسانی افراد تحت مراقبت است، لذا تصمیم‌گیری اخلاقی و آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم، جزء تفکیک‌ناپذیر کار روزمره پرستاران است (۱۳). در همین راستا، نتایج مطالعات حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران بوده و بر تدوین راهکارهایی جهت چگونگی رویارویی با دیسترس‌های اخلاقی به منظور کاهش عوارض آن بر مراقبت از بیماران و پیشگیری از فرسودگی شغلی پرستاران تأکید شده است (۱۴، ۱۵).

پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به علت مواجهه با استرس‌های مختلف نظیر فشار کاری بالا، تصمیم‌گیری در شرایط فوری و پاسخگویی در مقابل نتایج هر تصمیم، تلاش دائمی جهت پیشگیری از تصمیم اشتباه و به ویژه مواجهه با ناتوانی و مرگ و میر بیماران، نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها بیشتر در معرض فرسودگی شغلی قرار دارند (۱۶). با توجه به این که فرسودگی شغلی موجب کاهش کارایی، از دست رفتن نیروی انسانی، افزایش غیبت، کاهش انرژی و بازه کاری می‌گردد، می‌تواند نقش تأثیرگذاری بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط پرستاران و مراقبت از بیماران داشته باشد. لذا شناخت

¹ Maslach

نیز عبارت بودند از: سابقه بیماری‌های روان پزشکی یا مصرف داروهای اعصاب و روان، سابقه استرس بالا (مرگ یکی از عزیزان، طلاق، تصادف شدید و...) و بیماری سخت در ۶ ماهه اخیر.

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و اخذ معرفی‌نامه، ضمن جلب موافقت مسئولین ذیربط، نمونه‌گیری به صورت تصادفی ساده انجام شد. برای این منظور، ابتدا لیست اسامی پرستاران شاغل در بخش‌های فوق از مدیریت بیمارستان دریافت گردید و بعد از تماس تلفنی و مشخص شدن تمایل آن‌ها به مشارکت در مطالعه، معیارهای ورود و خروج بررسی و واجدین شرایط ورود به مطالعه، شماره گذاری شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، از میان آن‌ها نمونه‌های پژوهش انتخاب و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، نوع استخدام، سابقه اشتغال در بخش ICU و شیفت کاری) و بخش دوم، پرسشنامه سنجش فرسودگی شغلی ماسلاچ (۱۹۸۶) شامل ۲۲ گویه بود که سه بعد خستگی عاطفی (۹ گویه)، مسخ شخصیت (۵ گویه) و عدم موفقیت فردی (۸ گویه) را مورد ارزیابی قرار می‌داد. نمرات ۰-۳۲ به عنوان فرسودگی شغلی خیلی کم؛ ۳۳-۶۵، فرسودگی شغلی کم؛ ۶۶-۹۸، فرسودگی شغلی متوسط و ۹۹-۱۳۲، فرسودگی شغلی زیاد در نظر گرفته شد (۱۸). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط دهقانی و همکاران (۱۳۹۶) روان سنجی شده و روایی همگرا و ضریب پایایی آن از طریق محاسبه آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۸۹ گزارش شده است (۱۹). پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر، از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه گردید.

بخش سوم؛ پرسشنامه تصمیم‌گیری اخلاقی ۱۶ سوالی است که در مطالعه اسدی و همکاران (۲۰۲۳) مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه شامل ۸

و پیشگیری از عواملی که موجب ایجاد و تشدید فرسودگی شغلی می‌گردند، یکی از مسائل مورد توجه می‌باشد (۱۷). از این رو در راستای پوشش خلا اطلاعاتی موجود و با توجه به اهمیت موضوع، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان نمازی شهر شیراز انجام شد.

روش کار

مطالعه توصیفی- همبستگی زیر در کلیه بخش‌های ICU بیمارستان نمازی شهر شیراز طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۹ انجام شد. این بیمارستان دارای بخش‌های ویژه متعدد شامل پیوند اعضا، کلیه و کبد و مراقبت‌های ویژه مرکزی، قلبی، داخلی، داخلی نوزادان، داخلی کودکان، جراحی، جراحی مغز و اعصاب، جراحی نوزادان و جراحی کودکان می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش بدون در نظر گرفتن پرستاران دارای مرخصی بدون حقوق به مدت یک سال و پرستاران دارای استعلاجی و مرخصی زایمان، ۱۹۰ نفر بودند. جهت محاسبه حجم نمونه، ابتدا مطالعه‌ای به صورت پایلوت روی ۲۰ نفر از پرستاران ICU اجرا و سپس با توجه به نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌ها، با استفاده از فرمول زیر و با در نظر گرفتن کمترین ضریب همبستگی مورد انتظار ($r=0/3$)، حجم نمونه، ۱۱۲ نفر محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش به ۱۲۰ نفر افزایش یافت.

$$\alpha = 0.05, 1 - \beta = 0.9; z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96, z_{1-\beta} = 1.28$$

$$n = \left[\left(\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{cr} \right)^2 + 3 \right]$$

$$cr = 0.5 \ln \left(\frac{(1+r)}{(1-r)} \right)$$

معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل؛ تمایل به شرکت در پژوهش، حداقل مدرک کارشناسی و حداقل ۶ ماه سابقه کار در ICU بود. معیارهای خروج

سایر اطلاعات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان (n=۱۲۰)

متغیر	گروه	تعداد (درصد)
سن (سال)	۲۰-۳۰	۵۲(۴۳/۳)
	۳۱-۴۰	۶۳(۵۲/۵)
جنسیت	۴۱-۵۰	۵(۴/۴)
	مرد	۶۱(۵۰/۸)
وضعیت تاهل	زن	۵۹(۴۹/۲)
	متاهل	۷۱(۵۹/۲)
سطح تحصیلات	سایر	۰
	لیسانس	۱۱۳(۹۴/۲)
نوع استخدام	فوق لیسانس	۷(۵/۸)
	طرحی	۱۶(۱۳/۳)
شیفت کاری	قراردادی	۶۸(۵۶/۷)
	رسمی	۳۶(۳۰)
سابقه اشتغال در بخش ویژه (ماه)	صبح	۳۴(۲۸/۳)
	شب	۱۲(۱۰)
سابقه اشتغال در بخش ویژه (ماه)	در گردش	۷۴(۶۱/۷)
	۶-۶۰	۲۰ (۱۶/۶۷)
سابقه اشتغال در بخش ویژه (ماه)	۶۱-۱۲۰	۲۵ (۲۰/۸۳)
	۱۲۱-۱۸۰	۲۸ (۲۳/۳۳)
سابقه اشتغال در بخش ویژه (ماه)	۱۸۱-۲۴۰	۳۱ (۲۵/۸۴)
	>۲۴۰	۱۶ (۱۳/۳۳)

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمرات کلی فرسودگی شغلی در سطح متوسط، بعد خستگی عاطفی، کم؛ مسخ شخصیت، متوسط و عدم موفقیت فردی در سطح پایین قرار داشت. همچنین نمره تصمیم‌گیری اخلاقی مشارکت کنندگان نیز در سطح متوسط بود. نتایج حاصل از آزمون پیرسون، همبستگی منفی و معنی‌داری را بین نمره فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی مشارکت کنندگان نشان داد ($p < 0.001$)، به طوری که با افزایش فرسودگی شغلی، تصمیم‌گیری اخلاقی در آن‌ها کاهش پیدا می‌کرد (جدول ۲).

بخش مسئولیت‌پذیری، صادق بودن، عدالت و انصاف، وفاداری، برتری‌جویی و رقابت طلبی، احترام به دیگران، همدردی با دیگران و رعایت و احترام نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی می‌باشد. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= خیلی کم، ۵= خیلی زیاد) می‌باشد. حداکثر نمره کسب شده از این پرسشنامه، ۸۰ و حداقل ۱۶ و نمره بین ۱۶-۳۷ به عنوان تصمیم‌گیری اخلاقی ضعیف، ۳۸-۵۸ متوسط و ۵۹-۸۰ خوب در نظر گرفته می‌شود (۲۰). روایی و پایایی این ابزار نیز در مطالعه قربانی و همکاران (۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن با استفاده از نتایج تحلیل عاملی و پایایی آن با استفاده از معیار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ تأیید شده است (۲۱). پایایی این ابزار نیز از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 انجام شد. در بخش توصیفی از میانگین، انحراف معیار، فراوانی، درصد و مقادیر حداقل و حداکثر استفاده شد. در بخش استنباطی، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقدار p برای نمرات فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی، بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد لذا جهت بررسی همبستگی بین این دو متغیر از آزمون پارامتریک پیرسون و جهت بررسی نقش پیشگویی کننده نمرات فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی توسط مشخصات جمعیت شناختی از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه بهره برده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که بیش از نیمی از مشارکت کنندگان، مرد (۵۰/۸٪) و مجرد (۵۹/۲٪) بودند. ۹۴/۲ درصد مشارکت کنندگان دارای تحصیلات لیسانس بوده و بیشترین نوع استخدام، قراردادی (۵۶/۷٪) و شیفت کاری بیشتر آنها به صورت در گردش (۶۱/۷٪) بود.

جدول ۲. میانگین نمرات فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی و همبستگی بین آن‌ها

متغیر	میانگین و انحراف‌معیار	فرسودگی شغلی کلی	بعد خستگی عاطفی	بعد مسخ شخصیت	بعد عدم موفقیت فردی	تصمیم‌گیری اخلاقی
فرسودگی شغلی کلی	۶۸/۱۳(۲۳/۶۲)	۱				
بعد خستگی عاطفی	۱۵/۸۸(۱۱/۷۷)	$r = -0/81$ $p < 0/001$	۱			
بعد مسخ شخصیت	۸/۱۲(۳/۵۹)	$r = -0/68$ $p < 0/001$	$r = -0/499$ $p < 0/001$	۱		
بعد عدم موفقیت فردی	۱۶/۲۳(۹/۹۰)	$r = -0/72$ $p < 0/001$	$r = -0/151$ $p = 0/048$	$r = -0/162$ $p = 0/038$	۱	
تصمیم‌گیری اخلاقی	۵۶/۳۳(۱۲/۲۳)	$r = -0/87$ $p < 0/001$	$r = -0/575$ $p = 0/020$	$r = -0/461$ $p = 0/029$	$r = -0/394$ $p = 0/036$	۱

نتایج آنالیز رگرسیون خطی چندگانه نیز نشان داد که از میان مشخصات جمعیت شناختی، فقط سن نقش پیشگویی کننده در متغیرهای اصلی پژوهش داشت به طوری که با یک سال افزایش سن، افزایشی به طور متوسط ۳/۷۲ واحد در نمره کلی فرسودگی شغلی ($R^2 = 0/72$)، ۱/۷۹ واحد در نمره خستگی عاطفی ($R^2 = 0/71$)، ۰/۶۶ واحد در نمره مسخ شخصیت

($R^2 = 0/57$) و ۱/۴۷ واحد در نمره عدم موفقیت فردی ($R^2 = 0/67$) مشاهده شد ($p < 0/001$). همچنین نتایج این آزمون نشان داد که با یک سال افزایش در سن افراد، کاهش به طور متوسط ۱/۸۱ واحد در نمره تصمیم‌گیری اخلاقی ($R^2 = 0/62$) ایجاد می‌شود ($p < 0/001$) (جدول ۳).

جدول ۳. نقش پیشگویی کننده نمره کلی فرسودگی شغلی، ابعاد آن و تصمیم‌گیری اخلاقی توسط ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	مدل	ضرایب غیر استاندارد		P	T	ضرایب استاندارد
		SE	B			
نمره کلی فرسودگی شغلی	ثابت مدل	۱۹/۶۶	-۶۹/۲۷	0/001	-۳/۵۲	-
	سن	0/۳۸	۳/۷۲	<0/001	۹/۷	-0/۸۶
	سابقه اشتغال در بخش ویژه	0/03	0/03	0/۳۷	0/۹	-0/07
	جنسیت	۲/۴۵	-0/۵۲	0/۸۳	-0/۲۱	-0/01
	وضعیت تاهل	۲/۶۱	-۱/۸۹	0/۴۷	-0/۷۳	-0/04
	تحصیلات	۵/۲۲	-۱/۶۱	0/۷۶	-0/۳۱	-0/02
	نوع استخدام	۲/۲۹	-۲/۳۶	0/۳	-۱/03	-0/07
	شیفت کاری	۱/۵۶	0/۲۲	0/۸۹	0/۱۴	-0/01
	بعد خستگی عاطفی	ثابت مدل	۱0/01	-۳۲/۷۱	0/001	-۳/۲۷
سن		0/۲	۱/۷۹	<0/001	۹/۱۵	-0/۸۳
سابقه اشتغال در بخش ویژه		0/02	0/02	0/۱۵	۱/۴۷	-0/۱۱
جنسیت		۱/۲۵	0/۳۶	0/۷۷	0/۲۹	-0/02
وضعیت تاهل		۱/۳۳	-0/۴۳	0/۷۵	-0/۳۲	-0/02
تحصیلات		۲/۶۶	-۱/۷۷	0/۵۱	-0/۶۷	-0/04
نوع استخدام		۱/۱۷	-۱/۹۸	0/09	-۱/۷	-0/۱۱
شیفت کاری		0/۷۹	-0/۱۸	0/۸۲	-0/۲۳	-0/01

ثابت مدل	۳/۷۲	-	-۱/۷۵	۰/۰۸	۶/۴۹	ثابت مدل	۸/۲۹	-	-۳/۶۳	<۰/۰۰۱
سن	۰/۰۷	۰/۷	۶/۳۸	<۰/۰۰۱	۱/۴۶	سن	۰/۱۶	۰/۸۷	۹/۰۹	<۰/۰۰۱
سابقه اشتغال در بخش ویژه	۰/۰۱	۰/۱۴	۱/۵۳	۰/۱۳	۰/۰۱	سابقه اشتغال در بخش ویژه	۰/۰۱	۰/۰۳	-۰/۳۳	۰/۷۴
جنسیت	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۷۳	۰/۴۷	۰/۳۴	جنسیت	۱/۰۴	۰/۰۱	-۰/۱۷	۰/۸۶
وضعیت تاهل	۰/۴۹	-۰/۰۵	-۰/۷۲	۰/۴۸	-۰/۳۵	وضعیت تاهل	۱/۱	-۰/۰۶	-۱/۰۱	۰/۳۲
تحصیلات	۰/۹۹	۰/۰۲	۰/۳۲	۰/۷۵	۰/۳۲	تحصیلات	۲/۲	-۰/۰۰۴	-۰/۰۷	۰/۹۴
نوع استخدام	۰/۴۳	-۰/۱۳	-۱/۵۷	۰/۱۲	-۰/۶۸	نوع استخدام	۰/۹۷	۰/۰۲	۰/۳۱	۰/۷۶
شیفت کاری	۰/۳	-۰/۰۴	-۰/۵	۰/۶۲	-۰/۱۵	شیفت کاری	۰/۶۶	۰/۰۵	۰/۸۴	۰/۴
ثابت مدل	۱۱/۹۳	-	۸/۶۵	<۰/۰۰۱	۱۰۳/۱۹	ثابت مدل	۱۱/۹۳	-	۸/۶۵	<۰/۰۰۱
سن	۰/۲۳	-۰/۸۱	-۷/۷۸	<۰/۰۰۱	-۱/۸۱	سن	۰/۲۳	-۰/۸۱	-۷/۷۸	<۰/۰۰۱
سابقه اشتغال در بخش ویژه	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۹۸	۰/۳۳	۰/۰۲	سابقه اشتغال در بخش ویژه	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۹۸	۰/۳۳
جنسیت	۱/۴۹	۰/۰۲	۰/۳۹	۰/۷	۰/۵۸	جنسیت	۱/۴۹	۰/۰۲	۰/۳۹	۰/۷
وضعیت تاهل	۱/۵۸	۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۵۹	۰/۸۶	وضعیت تاهل	۱/۵۸	۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۵۹
تحصیلات	۳/۱۷	۰/۰۳	۰/۵	۰/۶۲	۱/۵۷	تحصیلات	۳/۱۷	۰/۰۳	۰/۵	۰/۶۲
نوع استخدام	۱/۳۹	-۰/۰۱	-۰/۱۸	۰/۸۶	-۰/۲۵	نوع استخدام	۱/۳۹	-۰/۰۱	-۰/۱۸	۰/۸۶
شیفت کاری	۰/۹۵	۰/۱	۱/۴۳	۰/۱۶	۱/۳۵	شیفت کاری	۰/۹۵	۰/۱	۱/۴۳	۰/۱۶

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران بخش‌های ICU بیمارستان نمازی شیراز انجام شد. نتایج نشان داد که میانگین نمره کلی فرسودگی شغلی در سطح متوسط قرار داشت. در نتایج برخی مطالعات، فرسودگی شغلی پرستاران در سطح بالا گزارش و ایجاد شرایط محیط کاری مناسب، تشکیل گروه‌های حرفه‌ای با امکان بیان احساسات پرستاران، از عوامل کاهش دهنده فرسودگی شغلی در پرستاران بیان شده است (۲۲-۲۴). در مطالعه دیگری که نتایج آن همسو با یافته مطالعه حاضر است نیز بر تدوین برنامه‌های آموزشی جهت کاهش سطح فرسودگی شغلی و بهبود تصمیم‌گیری اخلاقی تأیید شده است (۲۵). نتایج مطالعه حاضر همچنین حاکی از این بود که میانگین

نمره فرسودگی شغلی در بعد خستگی عاطفی و عدم موفقیت فردی در سطح کم و بعد مسخ شخصیت در سطح متوسط قرار داشت. فیلهو^۱ و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که پرستاران ICU سطح بالاتری از خستگی عاطفی و مسخ شخصیت و مقادیر پایین تری از عدم موفقیت فردی را دارا هستند (۲۶). نتایج یک مطالعه دیگر نیز نشان داد که بیش از ۴۰ درصد پرستاران در بعد خستگی عاطفی در سطح متوسط و بیش از ۶۰ درصد در ابعاد مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی در سطح پایین قرار داشتند (۲۷). در همین راستا محققان معتقدند که پایین بودن احساس مسخ شخصیت در افراد نشان دهنده این است که افراد از تشویق مناسب و احساس کارایی و

¹ Filho

خودیابی بی‌بهره بوده، وظایف به خوبی درک نمی‌شوند، قوانین و خط‌مشی‌ها توضیح داده نشده، محیط کار دل‌پسند نبوده و فاقد شرایط لازم برای ایجاد آسایش فکری فرد است و موجب می‌شود در چنین محیط‌هایی، دیدگاه‌های انسانی پرستاران در مراقبت از بیماران کم‌رنگ شود (۲۸). از این رو می‌توان بیان نمود که افت کیفیت مراقبت از بیمار می‌تواند از پیامدهای ناگوار فرسودگی شغلی پرستاران باشد زیرا زمانی که پرستاران دچار فرسودگی می‌شوند، بیمار از توجه و مراقبت کافی محروم مانده و فردیت حقوق انسانی او زیر سوال می‌رود (۲۹). این موضوع می‌تواند زنگ خطری برای مدیران، برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران حوزه سلامت باشد.

در خصوص وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، نتایج نشان داد که تصمیم‌گیری اخلاقی مشارکت‌کنندگان در سطح متوسط قرار داشت. نتایج مطالعه جانسن^۱ و همکاران نیز وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بخش ICU را متوسط نشان داد (۳۰). با این حال، یافته‌های مطالعات بلوچی و همکاران، و جمشیدیان و همکاران نشان دادند که پرستاران ICU از حساسیت اخلاقی مطلوبی در تصمیم‌گیری برخوردار هستند (۳۱، ۳۲). بنابراین به نظر می‌رسد تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران می‌تواند متأثر از فرهنگ، شرایط محیط کاری، سطح تحصیلات پرستاران، دریافت آموزش اخلاق در دوران تحصیل، حجم مراقبت‌های پرستاری و تعداد بیماران تحت مراقبت باشد (۳۳).

وجود ارتباط منفی و معنی‌دار میان فرسودگی شغلی و ابعاد آن با تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران یکی دیگر از نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر بود. نتایج مطالعه ای با هدف تعیین عوامل تاثیرگذار بر فرسودگی شغلی پزشکان و پرستاران ICU نیز تاییدی بر نتایج مطالعه حاضر بوده و ارتباط معنی‌داری میان

ابعاد خستگی عاطفی و موفقیت شخصی و تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران مشاهده شد اما ارتباط بین تصمیم‌گیری اخلاقی و مسخ شخصیت معنی‌دار نبود (۱۱). در مطالعه پالازوگ^۲ و همکاران نیز رابطه منفی و معنی‌داری بین حساسیت اخلاقی و فرسودگی شغلی مشاهده گردید (۳۴). در حالی که در مطالعه هرناندز-ماررو^۳ و همکاران، ارتباطی بین فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی گزارش نشد، اگرچه مشارکت‌کنندگان، تصمیمات اخلاقی را به عنوان بخشی سخت، چالش برانگیز، پیچیده و استرس‌زا در فعالیت حرفه‌ای خود بیان کردند (۳۵). از آنجا که فرسودگی شغلی موجب می‌شود افراد از تلاش‌های جدید پرهیز نموده و به رفتارهای قالبی و کلیشه‌ای ادامه دهند، به‌نظر می‌رسد کار در ICU و شرایط خاص آن همچون درگیر بودن تمام وقت پرستاران با بیماران و مشاهده گاه‌به‌گاه مرگ آنان، فضای کاری را دچار خدشه و فرسایشی نماید. بنابراین داشتن فضای کاری کمتر خلاقانه و بیشتر کلیشه‌محور این فرایند را تسریع خواهد کرد (۳۶).

همچنین نتایج نشان داد که از میان متغیرهای دموگرافیک، فقط سن نقش پیش‌بینی‌کننده در فرسودگی شغلی و ابعاد آن داشته و با افزایش سن، میزان کلی فرسودگی شغلی، خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و عدم موفقیت فردی آنان افزایش می‌یافت. در مطالعه کاناداس-فئوته^۴ و همکاران هم نتایج مشابهی به دست آمد (۳۷). محققان عقیده دارند که سن یک موضوع محوری در ایجاد نگرش افراد درباره خود و توانایی‌هایشان است و با این که میانسالی در جوامع پیشرفته از حدود ۴۵ سالگی شروع می‌شود (۳۸)، اما در ایران از اواسط دهه ۳۰ زندگی، رفتارها و برداشت‌های میانسالانه ایجاد و افراد برای پیری و آغاز مراحل فرسودگی زندگی آماده

² Palazog

³ Hernandez-Marrero

⁴ Cañadas-De la Fuente

¹ Jensen

می‌شوند. لذا وقتی این خصیصه فرهنگی ایرانیان با فشارهای کاری و فضای بیمارستانی همراه می‌شود با شدت بیشتری اثر خود را به نمایش می‌گذارند (۳۹). یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم امکان تکمیل پرسشنامه‌ها ناشی از بار کاری زیاد پرستاران بود. لذا به مشارکت کنندگان فرصت سه روزه داده شد تا در اوقات فراغت بتوانند با دقت پرسشنامه‌ها را تکمیل کنند. همچنین با توجه به اینکه مطالعه فقط روی پرستاران ICU و با تعداد نمونه کوچک انجام شده، بنابراین لازم است تعمیم یافته‌ها با احتیاط بیشتری انجام شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمرات فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران ICU در سطح متوسط بوده و همبستگی منفی و معنی‌داری بین آن‌ها وجود داشت به طوری که با افزایش فرسودگی شغلی، تصمیم‌گیری اخلاقی کاهش می‌یافت. لذا به نظر می‌رسد وضعیت فرسودگی شغلی و تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و پیامدهای آن بر کیفیت خدمات سلامت، بیش از پیش باید مورد توجه برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران پرستاری قرار گیرد. از طرف دیگر، یکی از عوامل تاثیرگذار بر سطح فرسودگی شغلی و توانایی برای

تصمیم‌گیری اخلاقی، متغیر سن بود به طوری که با افزایش سن میزان فرسودگی شغلی افزایش و توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی کاهش می‌یافت به طوری که پرستاران مسن‌تر فرسودگی بیشتری را نسبت به جوانترها تجربه نموده و به همین ترتیب توانایی کمتری جهت تصمیم‌گیری اخلاقی داشتند. لذا به کارگیری پرستاران جوان تر جهت کار در ICU و یا برنامه‌ریزی جهت ترکیب بندی کارکنان این بخش‌ها پیشنهاد می‌گردد تا با استفاده از تجارب پرسنل با سابقه در کنار نیروهای جوان، کیفیت مراقبت ارتقاء یابد.

تعارض منافع

نویسندگان اذعان می‌دارند هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان با کد اخلاق IR.IAU.KERMAN.REC.1399.002 است. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان و مسئولین و همکاران خدمت پرستاری بیمارستان نمازی شیراز که صمیمانه همکاری و همراهی نمودند، قدردانی می‌گردد.

References

- 1- Vandrevalla T, Pavey L, Chelidoni O, Chang N-F, Creagh-Brown B, Cox A. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression, and health. *Journal of Intensive Care*. 2017;5(16):1-8.
- 2- Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974;30(1):159-65.
- 3- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory*. Third edition. Lanham: Scarecrow Education; 1997.
- 4- Torre M, Popper MS, Bergesio A. Burnout prevalence in intensive care nurses in Argentina. *Enferm Intensiva*. 2019;30(3):108-15.
- 5- Vermeir P, Blot S, Degroote S, Vandijck D, Mariman A, Vanacker T, et al. Communication satisfaction and job satisfaction among critical care nurses and their impact on burnout and intention to leave: a questionnaire study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018;48:21-27.
- 6- Ensafdar F, Naami A, Keraee A, Dastan N. The relationship between emotional acting and job burnout and life satisfaction due to the modifying role of supervisor support in nurses in Shiraz hospitals. *Journal of Organizational Culture Management*. 2018;16(3):569-89 [Persian].

- 7- Zarei E, Ahmadi F, Sial MS, Hwang J, Thu PA, Usman SM. Prevalence of burnout among primary health care staff and its predictors: a study in Iran. *International Journal of Environmental Research Public Health*. 2019;16(12):2249 [Persian].
- 8- Sari D, Baysal E, Celik GG, Eser I. Ethical decision making levels of nursing students. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2018;34(3):724-29.
- 9- Benoit D, Jensen HI, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, Darmon M, et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. *Intensive Care Medicine*. 2018;44(7):1039-49.
- 10- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(4):368-76.
- 11- Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Ethical decision making in intensive care units: a burnout risk factor? results from a multicentre study conducted with physicians and nurses. *Journal of Medical Ethics*. 2014;40(2):97-103.
- 12- Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaei heart center hospital. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*. 2015;4(3):36-45 [Persian].
- 13- Ghorbani A, Etemadi R, Jafari G. Investigating the impact of responsibility (professional and human ethics) on nurses and its relationship with patients' recovery. *Military Caring Science*. 2014;1:57-62 [Persian].
- 14- Borhani F, Esmailie Abdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Moral distress in nurses and its relationship with job burnout. *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2013;7(25):123-44 [Persian].
- 15- Khoshkbari Z, Rejeh N, Tadrissi SD. Relationship between moral distress and job burnout in nurses of critical care units of hospitals. *Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2022;16(47):1-13 [Persian].
- 16- Motamed-Jahromi M, Abbaszadeh A, Jalali T. Correlation between burnout and role of patient advocacy in ICU nurses. *Medical Ethics Journal*. 2017;11(40):29-37 [Persian].
- 17- Li Y, Guo B, Wang Y, Lv X, Li R, Guan X, et al. Serial-multiple mediation of job burnout and fatigue in the relationship between sickness presenteeism and productivity loss in nurses: a multicenter cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2022;9:812737.
- 18- Maslach C, Jackson S, Leiter M. *Maslach Burnout Inventory Manual* Consulting Psychologists Press. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
- 19- Dehghani Y, Asghari F, Saeidpour F, Joukar E. Prediction of occupational burnout based on job satisfaction, personality traits and mental health. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017;12(5):61-70 [Persian].
- 20- Asadi Y, Molazem Z, Mohebbi Z, Ghaemmaghami P. Investigating the relationship between resilience and professional ethics in nurses: a cross-sectional study in southern Iran. *BMC nursing*. 2023 Oct 30;22(1):409.
- 21- Ghorbani M, Abdollahi MA. The role of professional ethics moderated in the relationship between psychological capital and organizational identity. *Strategic Management Researches*. 2017;23(64):99-118 [Persian].
- 22- Cishahayo E, Nankundwa E, Segor R, Bhengu B. Burnout among nurses working in critical care settings: a case of a selected tertiary hospital in Rwanda. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 2017;5(12):5121-28.
- 23- Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendin-Garcia L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Canadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Critical Care Nurse*. 2017;37(5):e1-e9.
- 24- Ramirez-Baena L, Ortega-Campos E, Gomez-Urquiza JL, Cañadas-De la Fuente GR, De la Fuente-Solana EI, Cañadas-De la Fuente GA. A multicentre study of burnout prevalence and related psychological variables in medical area hospital nurses. *Journal of Clinical Medicine*. 2019;8(1):92.
- 25- Sadeghi M, Ebrahimi H, Abbasi M. The relationship between moral distress and burnout in clinical nurses in the Shahroud city. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2016;11(2):78-87 [Persian].
- 26- Filho FA, Rodrigues MCS, Cimiotti JP. Burnout in Brazilian intensive care units: a comparison of nurses and nurse technicians. *Advanced Critical Care*. 2019;30(1):16-21.

- 27- Biganeh J, Abolghasemi J, Alimohammadi I, Ebrahimi H, Torabi Z, Ashtarinezhad A. Survey of occupational stress effects on burnout among nurses. *Knowledge and Health in Basic Medical Sciences*. 2018;11(4):10-18 [Persian].
- 28- Ranjbar H, Mojalli M, Namdar Areshtanab H. Job burnout among nurses working in ICUs affiliated to the educational and therapeutic centers of Mashhad University of Medical Sciences. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2017;5(2):56-61 [Persian].
- 29- Isfahani P. The prevalence of burnout among nurses in hospitals of Iran: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health*. 2019;10(2):240-50 [Persian].
- 30- Jensen HI, Hebsgaard S, Hansen TCB, Johnsen RFA, Hartog CS, Soultati I, et al. Perceptions of ethical decision-making climate among clinicians working in European and US ICUs: differences between nurses and physicians. *Critical Care Medicine*. 2019;47(12):1716-23.
- 31- Baloochi Beydokhti T, Tolide-ie H, Fathi A, Hoseini M, Gohari Bahari S, Medicine Ho. Relationship between religious orientation and moral sensitivity in the decision making process among nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(3):48-57 [Persian].
- 32- Jamshidian F, Shahriari M, Aderyani MR. Effects of an ethical empowerment program on critical care nurses' ethical decision-making. *Nursing Ethics*. 2019;26(4):1256-64.
- 33- Robinson EM, Lee SM, Zollfrank A, Jurchak M, Frost D, Grace PJHCR. Enhancing moral agency: clinical ethics residency for nurses. *Hastings Center Report*. 2014;44(5):12-20.
- 34- Palazoğlu CA, Koç Z. Ethical sensitivity, burnout, and job satisfaction in emergency nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26(3):809-22.
- 35- Hernandez-Marrero P, Pereira SM, Carvalho AS, Medicine P. Ethical decisions in palliative care: Interprofessional relations as a burnout protective factor? results from a mixed-methods multicenter study in Portugal. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2016;33(8):723-32.
- 36- Salamat A, Mohammad Aliha J, Mardani Hamooleh M, Mohammadnejad E, Haghani S. Patient safety culture in intensive care units in the viewpoint of nurses in Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2019;32(119):52-63 [Persian].
- 37- Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(1):240-49.
- 38- Cockerham W, Dingwall R, Quah SR. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior and Society* Oxford: Wiley-Blackwell; 2014.
- 39- Sadeghi Jeghe S. A study of the social factors influencing electoral behaviors of the Iranians. *Strategic Studies Quarterly*. 2016;18(69):89-118 [Persian].
- 40- Nikbakht Nasrabadi AR, Joolae S, Navab E, Esmailie M. The relationship between moral sensitivity in decision making and using white lies in patient care. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(3):56-67 [Persian].
- 41- Dalvand S, Khodadadi B, Niksima SH, Ghanei-Gheshlagh R, Shirzadegan R. The relationship between moral sensitivity in decision and its dimensions with demographic characteristics of nurses in Shahid Madani hospital of Khorramabad in 2017. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2019;10(4):9-15 [Persian].