

Research Paper

Designing a Moral Distress Questionnaire in Occupational Therapists and Evaluating Its Face and Content Validities

Masoumeh Khaleghi¹, *Minoo Kalantari¹, Mehdi Rezaei¹, Alireza Akbarzadeh Baghban²

1. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Proteomics Research Center, Department of Biostatistics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Khaleghi M, Kalantari M, Rezaei M, Akbarzadeh Baghban A. [Designing a Moral Distress Questionnaire in Occupational Therapists and Evaluating Its Face and Content Validities (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2022; 22(4):430-443. <https://doi.org/10.32598/RJ.22.4.3232.1>

doi <https://doi.org/10.32598/RJ.22.4.3232.1>



Received: 20 Jul 2020

Accepted: 01 Feb 2021

Available Online: 01 Jan 2022

ABSTRACT

Objective Moral distress may occur when people are unable to follow professional standards and ethical values in their profession. It is a significant issue in the healthcare profession and has negative consequences. In addition, there is a concern that it may adversely affect clinical performance and, in some cases, patient outcomes. Based on the evidence, occupational therapists experience moral distress. Therefore, there is a need for a tool that enables researchers to identify the extent of moral distress in each individual and to measure the effectiveness of strategies designed to reduce distress and prevent employee burnout. The aim of this study was to develop and evaluate the face and content validity of the Moral Distress Questionnaire in occupational therapists.

Materials & Methods This psychometric study was performed in two stages. The first stage involved preparing a pool of questionnaire items, and the second stage examined the face and content validity of the questionnaire. First, texts and related studies were reviewed to extract the questionnaire items. Searching various databases was done to find any conditions that create moral distress in occupational therapy. Three qualitative studies conducted in the field of ethical issues of occupational therapists in the field of psychiatry, children and adults were fully studied. The codes extracted from these studies and the quotations of the interviewees were read. Then the questionnaire items were extracted from the codes, sentences and phrases of the studies. The items were read several times and edited in terms of content clarity, grammar and concept comprehension, and duplicate topics were removed. After preparing the pool of items for the preliminary questionnaire, the scientific stages of face and content validity of the questionnaire were completed. The face validity of the questionnaire was measured qualitatively and quantitatively by 30 occupational therapists who were selected by available sampling from clinics, hospitals and public and private centers. Inclusion criteria were at least one year of work experience in various fields of occupational therapy. Quantitative face validity was performed by determining the impact score of the item. In order to perform qualitative content validity, experts in the field of teaching ethics in occupational therapy and familiar with tool development were invited to review the questionnaire and exchange views in a face-to-face meeting. Seven people participated in the panel of experts. Participants were told that the tool would be an Evaluative tool designed to assess the extent of moral distress among occupational therapists working in clinical settings. After carefully studying the tool, they were asked to consider and comment on the four criteria of clarity, simplicity, transparency, and relevance of items to moral distress. To assess the quantitative content validity of the questionnaire, 20 occupational therapists with doctoral degrees were asked to complete the relevant forms for assessing Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI).

Results After reviewing the texts and related studies and analyzing the findings and concepts, a preliminary questionnaire with 50 items was extracted. The items of the questionnaire reached 22 items after completing qualitative and quantitative face and content validity. The impact score of the item was between 2.85 to 4.83. The CVR was in the acceptable range of 0.5 to 1 with an average of 0.7. The CVI of the questionnaire was 0.93.

Conclusion The Moral Distress Questionnaire in Occupational Therapists with 22 items on a four-point scoring scale has appropriate content validity and can be used to measure moral distress in occupational therapists after completing the validity and reliability steps.

Keywords:

Ethics, Moral distress, occupational therapy, content validity, Questionnaire

*** Corresponding Author:**

Minoo Kalantari, PhD.

Address: Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 8086589

E-Mail: mn_kalantari@yahoo.com

English Version

Introduction

Moral distress is experienced when experts know how to do the right things but cannot act ethically because of factors beyond their control [1]. Three possible reasons for moral distress have been identified: the problematic clinical situation, internal constraints such as feelings of helplessness, and external constraints such as insufficient resources [2]. Moral distress has negative impacts on health care professionals [3] and detrimental effects on the quality of patient care [4]. Moral distress causes frustration, anger, guilt, anxiety, helplessness, and even physical symptoms [5]. The distress is associated with job burnout and increased health care costs [3]. Organizations face new challenges for their continuity and establishment [6]. Work-related stress has negative impacts on organizational performance [7]. The efficiency of any organization is a direct function of the efficiency of its human resources, affected by their physical and mental health [8]. Job burnout is also associated with mental disorders and physical illnesses [9]. Human resources are the fundamental capital and the source of change and innovation in organizations [10]. Despite patient-centered care in the current situation, there are a lack of health professionals and increasing hospital accidents. So, we cannot be indifferent to moral distress [11]. The type and severity of moral distress vary according to position and profession [12]. Rehabilitation is one of the most important pillars related to community health [13]. The field of rehabilitation is full of moral issues, some of which are specific to this field [14]. However, moral distress has recently been considered in occupational therapy [3].

Studies on moral issues in the field of occupational therapy are limited [15]. Evidence suggests that occupational therapists experience moral distress, so researchers need a tool to measure the effectiveness of strategies designed to reduce distress and prevent job burnout [1]. The Moral Distress Scale (MDS) was first developed for the field of nursing [16, 17], and in 2012, the revised scale (MDS-R) was designed for use in various areas and disciplines of health care [11]. However, its scenarios were more appropriate for nurses [1, 2]. Penny et al. modified a version of MDS-R for measuring moral distress in occupational therapists (MDS-R-OT [A]) that was appropriate for occupational therapists (MDS-R-OT [A]) working in the field of the elderly or adults with physical disabilities [1]. In Iran, several qualitative studies have been conducted to explain occupational therapists' moral issues and distress in the field of mental health [18] in adults and children [19, 20]. The findings of

these studies can be used to design tools since no means has been designed to measure moral distress that covers different areas of occupational therapy. This study was conducted to develop a moral distress questionnaire and evaluate its validity among occupational therapists.

Materials and Methods

This descriptive-analytical study was conducted in Tehran City, Iran, in two steps.

Step 1 consists of determining the items of the moral distress questionnaire in occupational therapists.

Based on Waltz et al.'s tool design, the first step is to provide a conceptual definition of what the tool is intended to measure. Therefore, a clear definition of moral distress was initially introduced. Then, the assessment goals and more specific areas of moral distress are identified [21]. The deductive method was used to produce items. This method is suitable when the structure of conceptual basis and domains have been well defined [22]. Studies on the moral issues of occupational therapists have been reviewed in various databases to obtain conditions that create moral distress in occupational therapy. Then, the questionnaire items were extracted from the study's codes, sentences, and phrases.

Step 2 consists of performing face and content validities of the designed tool.

Examination of face validity

To evaluate the face validity of the questionnaire, we asked the target group, i.e., occupational therapists, to comment on the importance of the items using the 5-point Likert scale and make suggestions for improving sentence structure, clarity, and editing. The available sampling method and the study population were occupational therapists working in various occupational therapy fields and had at least 1 year of experience in the occupational therapy profession. The exclusion criteria were incomplete completion of questionnaires. Fifty questionnaires were distributed among occupational therapists working in private clinics, hospitals, and other government centers. Finally, 30 complete questionnaires were provided to the researcher. Quantitative face validity was assessed by determining the item impact coefficient. If the impact score of the item is more than 1.5, the item is suitable for further analysis [23].

Content validity review

To perform quality content validity, we invited 7 experts in teaching ethics in occupational therapy and familiar with

Table 1. Impact, Content Validity Ratio (CVR), and Content Validity Index (CVI) of each item of the moral distress questionnaire on occupational therapists

Items	CVR	CVI	Impact Score
1. The client refuses to accept appropriate and evidence-based interventions.	0.5	0.92	3.47
2. Interference of treatment with the client's religious beliefs prevents the implementation of the necessary intervention at the appropriate time.	0.8	0.90	2.88
3. The difference between the client and treatment goals disrupts the treatment process.	0.7	0.95	3.76
4. I have to prevent their family and companions from attending the treatment sessions due to the client's inconvenience in implementing the treatment program.	0.5	0.92	2.85
5. Unreasonable clients' expectations from treatment outcomes frustrate them, and so they leave follow-up treatment.	0.6	0.92	4.32
6. Due to the lack of client cooperation, the quality of medical services is reduced.	0.5	0.92	3.84
7. The inability of the client to pay for medical interventions prevents the optimal implementation of the treatment plan or result in early discharge.	0.7	0.92	4.67
8. I remain silent in the face of immoral behavior in the workplace for fear of jeopardizing my job position.	0.8	0.92	3.53
9. I have to behave contrary to moral principles to increase the income and satisfy the center's officials (such as reducing the time of treatment sessions, delaying discharge, admission without the need for occupational therapy, etc.).	0.7	0.95	3.84
10. I have to discharge him or her at the request of the client/family before reaching the treatment results.	0.8	0.90	3.84
11. Due to the lack of occupational therapists, I have to reduce the weekly sessions of the client or dismiss him or her earlier.	0.6	0.90	3.39
12. Despite being aware of the futility of continuing treatment, I have to continue treatment due to the client's insistence.	0.6	0.93	2.96
13. The quality and quantity of interventions are reduced due to work pressure and many clients.	0.1	0.98	4.32
14. Due to limited environmental facilities, I cannot maintain patient privacy during examination and treatment.	0.8	0.93	4.26
15. I have to work with patients in an environment with limited facilities that affect the quality of medical services.	0.8	0.95	3.90
16. Inadequate health status of a client affects the quantity and quality of medical services.	0.8	0.92	3.69
17. Lack of insurance coverage of the provided services will stop the treatment or reduce the treatment sessions required by the patient.	0.9	0.93	4.83
18. Due to poor coordination between treatment team members, the quality of clinical services decreases.	0.5	0.93	3.87
19. For reasons such as the absence of my colleague, pressure from the head of the ward/clinic, etc., I have to perform tasks outside my scientific competence.	0.5	0.95	3.81
20. I work with people who lack enough professional qualifications and clinical experience.	0.8	0.1	3.96
21. I am witnessing the mistreatment of caregivers with the client, but I cannot take any action.	0.5	0.1	4.51
22. Despite my best efforts, my personal issues affect the quality of patient care.	0.7	0.90	3.53

Archives of
Rehabilitation

tool design to review the questionnaire and exchange views to conduct content validity. At this meeting, the participants were first told that this tool was designed to assess the moral distress among occupational therapists working in clinical settings. After carefully studying the tool, they were asked to express their corrective views on grammar, proper use of words, placing items in the right place, and proper scoring. Also, they comment on the four criteria of clarity, simplicity, transparency, and relevance of items to moral distress [22]. Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) were measured to assess the quantitative con-

tent validity of the questionnaire. For this purpose, a questionnaire was distributed among 35 occupational therapy professors with doctoral degrees. Finally, 20 completed questionnaires were collected. CVR above 0.42 and CVI above 0.78 was considered acceptable [24, 25].

Results

First, 93 items were extracted deductively and provided to the research team for discussion and editing. According to the research team, changes were made in the spelling of the

items; items with the same meaning were merged, and unrelated items were removed. Finally, 50 items were selected. A number of items were related to the therapist himself, for example, the impact of the therapist's personal issues on the quality of patient care. The rest was related to external factors. Most of the external factors were related to the client, such as the difference between the client's goals and the treatment goals, the client's unreasonable expectations from the treatment results, the client's lack of cooperation in providing treatment, and the client's caregivers mistreated. Some of the distress was related to the organization, such as the reduction in the quality and quantity of interventions due to work pressure and a large number of clients, limited facilities in the workplace, limited workforce, and early discharge. To perform quality content validity, the opinions and suggestions of experts were collected. According to them, some items were removed due to inconsistency with the definition of moral distress, a number of items were merged, and some items' editing was changed again. After being reviewed by the research team and applying their proposed revisions, the final questionnaire had 22 items. It was also decided to use a high [4], medium [3], low [2], and not at all [1] ranking scale for scoring items. Thus, a higher score is a sign of more moral distress. Then, this revision was again emailed to experts attending the meeting and approved by them.

During quantitative face validity, the impact of items was obtained between 2.85 and 4.83, and thus none of the items were deleted. At this stage, occupational therapists had suggestions about a number of items and questionnaire. These suggestions were collected and reviewed, and after re-examination by the research team, changes were made to the questionnaire and items. During the quantitative content validity assessment, the CVR and CVI of each questionnaire item were obtained. CVR of at least 0.42 is acceptable based on the Lawshe table for 20 experts, which in the present study was in the acceptable range of 0.5 to 1 with a mean of 0.7. The total content validity of the questionnaire (S-CVI) was calculated to be 0.93. The results of calculating the impact of item and CVR and CVI of each item of the questionnaire are presented in [Table 1](#).

Discussion and Conclusion

This study was conducted to design and evaluate the face and content validities of the moral distress questionnaire in occupational therapists. The study results showed that the moral distress questionnaire in occupational therapists with 22 items has a good CVR (0.93) and CVI (0.5 to 1).

In the last three decades, there has been a strong interest in studying the field of moral distress in nursing as well as in other fields. Moral distress is also a growing concern in the

health profession. The type and severity of moral distress vary depending on the situation and the profession. Thus, moral distress is increasingly being studied worldwide due to cultural differences and various perceptions of professional roles [5, 12].

The present study is the only study that has designed and examined the psychometrics of the moral distress questionnaire for occupational therapists in all clinical areas. Another study was conducted in the United States on the elderly and adults with physical disabilities for occupational therapists [1]. It is the only study to develop tools for measuring moral distress in occupational therapy. Therefore, it is in line with the present study. However, there are some differences. First, the study in the United States included only occupational therapists working in the field of the elderly or adults with physical disabilities. In contrast, the present study included occupational therapists working in various fields. Second, the scale of the study (MDS-R-OT [A]) was obtained by changing the version of MDS-R-OH-PA. However, the questionnaire items in the present study are the result of the themes obtained from the interviews with occupational therapists working in different areas of occupational therapy. These interviews were conducted in three previous qualitative studies [18-20]. Comparing the questionnaire items from the present study with the distress issues in other studies, in the current questionnaire, the most distressful matters, including financial issues and repayment pressures, discharge schedule, disagreement in setting goals, patient/family refusal of medical advice, and patient privacy issues [26, 27] have been addressed in items 1, 3, 7, 9, 10, 11, 14 and 18.

Also, in another study conducted in Canada using MDS-R-OT [A], the 10 cases of the most distressful issues occupational therapists face in working with the elderly were categorized according to priority [28]. The themes of some of these distressful issues are in line with the themes of items 9, 17-20 of the present questionnaire.

Regarding the problems and limitations of the study, we can point to a lack of motivation or partial response from some occupational therapists, which prolongs the sampling process. Also, in the face validity stage, some occupational therapists were not familiar with the concept of moral distress due to the lack of basic training in the field of ethics in occupational therapy. Despite the brief explanation of moral distress at the beginning of the questionnaire, in some cases, the researcher inevitably has to provide an oral explanation of this concept to the respondent to make it more understandable and familiar.

Because this study was the first step in preparing the tool, it is suggested that in future studies, the construct validity and reliability of the moral distress questionnaire in occupational therapists be examined. Also, if the psychometric

process is completed, it should evaluate the frequency, severity, and type of experience of moral distress in occupational therapists according to gender, work history, the field of work, and work environment.

Conclusion

The study results showed that the 22-item moral distress questionnaire in occupational therapists has an appropriate face and content validity. This study was the first step in preparing this tool. By completing the psychometric process and checking the validity of the structure and the reliability of the questionnaire, it will be possible to use it to measure moral distress in occupational therapists. Therefore, it is suggested that the validity of the structure and its reliability be investigated in future research. The strength of the present study is the specificity of the questionnaire in the field of occupational therapy and attention to moral distress in all areas of clinical work in this field.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

The Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences approved the present study with the ethical ID IR.SBMU.REC.1398.105. The principle of scientific honesty and recording the participants' answers were considered. The utmost fidelity and honesty were done while collecting data and reviewing available references.

Funding

The paper was extracted from the MSc. thesis of Masoumeh Khaleghi, Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Conceptualization and Supervision: Minoos Kalantari; Methodology: Minoos Kalantari, Mehdi Rezaee; Data collection: Masoumeh Khaleghi; Data analysis: Alireza Akbarzadeh Bagheban; Writing – original draft, and Writing – review & editing: All authors.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

We would like to thank all professors and colleagues who helped us in this research and the Faculty of Rehabilitation Sciences of Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

مقاله پژوهشی

طراحی پرسش نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران: طراحی و بررسی روایی صوری و محتوایی

معصومه خالقی^۱، مینو کلانتری^۱، مهدی رضایی^۱، علیرضا اکبرزاده باغبان^۲

۱. گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

حکیده

تاریخ دریافت: ۳۰ تیر ۱۳۹۹
تاریخ پذیرش: ۱۳ بهمن ۱۳۹۹
تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۰

هدف: دیسترس اخلاقی هنگامی رخ می‌دهد که یک متخصص قادر به پیروی از استانداردهای حرفه‌ای و ارزش‌های اخلاقی در حرفه خود نیست. دیسترس اخلاقی مسئله‌ای قابل توجه در حرفه‌های مراقبت سلامت است و پیامدهای منفی به دنبال دارد. به علاوه، این نگرانی وجود دارد که تأثیر منفی بر عملکرد بالینی و در بعضی موارد نتایج بیمار داشته باشد. بر اساس شواهد، متخصصان کاردرمانی دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند، بنابراین نیاز به ابزاری است که محققان را قادر سازد تا میزان دیسترس‌های اخلاقی را در هر فرد شناسایی و اثربخشی استراتژی‌های طراحی‌شده برای کاهش پریشانی و جلوگیری از فرسودگی کارکنان را اندازه‌گیری نمایند. هدف این مطالعه طراحی و بررسی روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران بود.

روش بررسی: این مطالعه روان‌سنجی در دو مرحله انجام شد؛ مرحله اول شامل تهیه استخر گویه‌های پرسش‌نامه بود و در مرحله دوم روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت. در ابتدا مرور متون و مطالعات مرتبط جهت استخراج گویه‌های پرسش‌نامه انجام شد. پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف بررسی شد تا هرگونه شرایط ایجادکننده دیسترس اخلاقی در کاردرمانی به دست آید. سه مطالعه کیفی انجام‌شده در زمینه بررسی مسائل و موضوعات اخلاقی کاردرمانگران در حیطه روان‌پزشکی، کودکان و بزرگسالان به طور کامل مطالعه شد. کدهای استخراج‌شده از این مطالعات و نقل قول‌های مصاحبه‌شونده‌ها در این مطالعات خوانده شد. سپس گویه‌های پرسش‌نامه از میان کدها، جملات و عبارات مطالعات انجام‌شده استخراج شد. گویه‌ها چندین بار خوانده شدند و از نظر وضوح محتوا، دستور زبان و درک مفهوم مورد ویرایش قرار گرفتند و موضوعات تکراری حذف شد. پس از تهیه استخر گویه‌ها برای پرسش‌نامه مقدماتی، مراحل علمی روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه طی شد. روایی صوری پرسش‌نامه به صورت کیفی و کمی با ۳۰ کاردرمانگر ارزیابی شد که به صورت در دسترس از کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز دولتی و خصوصی انتخاب شده بودند. معیار ورود حداقل یک سال تجربه کار در حیطه‌های مختلف کاردرمانی بود. ارزیابی روایی صوری کمی با تعیین ضریب تأثیر آیتام انجام شد. جهت تعیین روایی محتوایی کیفی از افراد خبره در زمینه تدریس اخلاق در کاردرمانی و آشنا با طراحی ابزار دعوت شد تا در جلسه‌ای حضوری به بررسی پرسش‌نامه و تبادل نظر بپردازند. ۷ نفر در جلسه حضور یافتند. در این جلسه ابتدا برای شرکت‌کنندگان عنوان شد که این ابزار یک ابزار ارزیابی‌کننده (Evaluative) خواهد بود که به منظور ارزیابی میزان دیسترس اخلاقی میان کاردرمانگرانی که در محیط‌های بالینی فعالیت می‌کنند، طراحی شده است. از آن‌ها درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، چهار معیار واضح بودن، ساده بودن، شفاف بودن و مرتبط بودن گویه‌ها با دیسترس اخلاقی را مدنظر داشته باشند و در مورد آن اظهار نظر کنند. برای ارزیابی روایی محتوایی کمی پرسش‌نامه از ۲۰ نفر از اساتید کاردرمانی با مدرک دکترا خواسته شد تا فرم‌های مربوطه را جهت سنجش نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی تکمیل کنند.

یافته‌ها: پس از مرور متون و مطالعات مرتبط و تجزیه و تحلیل یافته‌ها و مفاهیم، پرسش‌نامه مقدماتی با ۵۰ گویه استخراج شد. پس از انجام روایی صوری و محتوایی کیفی و کمی، گویه‌های پرسش‌نامه به ۲۲ مورد رسید. در طی انجام روایی صوری، میزان تأثیر گویه بین ۲/۸۵ تا ۴/۸۳ به دست آمد. نسبت روایی محتوایی در محدوده قابل قبول ۰/۵ تا ۱ با میانگین ۰/۷ قرار گرفت. شاخص روایی محتوایی پرسش‌نامه ۰/۹۳ محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران با ۲۲ گویه با مقیاس نمره‌دهی چهار نقطه‌ای، دارای روایی محتوایی مناسب است و پس از تکمیل مراحل روایی و پایایی برای اندازه‌گیری دیسترس‌های اخلاقی در کاردرمانگران قابل استفاده است.

کلیدواژه‌ها:

اخلاق، پرسش‌نامه، کاردرمانی، تعارض

* نویسنده مسئول:

مینو کلانتری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۰۲۱-۸۰۸۶۵۸۹ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: mn_kalantari@yahoo.com

مقدمه

اخلاقی در حیطه کاردرمانی محدود است [۱۵]. بر اساس شواهد، متخصصان کاردرمانی دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند، بنابراین نیاز به ابزاری است که محققان را قادر کند تا اثربخشی استراتژی‌های طراحی‌شده برای کاهش پریشانی و جلوگیری از فرسودگی کارکنان را اندازه‌گیری نمایند [۱].

مقیاس سنجش دیسترس اخلاقی^۳ اولین بار برای رشته پرستاری ساخته شد [۱۶، ۱۷]. در سال ۲۰۱۲، مقیاس بازبینی‌شده سنجش دیسترس اخلاقی^۴ برای استفاده در حیطه‌ها و رشته‌های مختلف مراقبت بهداشتی طراحی شد [۱۱]. با این حال، عبارات به‌کاررفته در آیتم‌های این مقیاس، همچنان به نحو راسخی متناسب با موقعیت‌هایی است که پرستاران بیش از سایر متخصصان مراقبت بهداشتی با آن مواجه می‌شوند. بنابراین به منظور سنجش دقیق میزان مواجهه با دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران، ابزاری مورد نیاز است که سناریوهای آن متناسب با موقعیت‌هایی باشد که کاردرمانگران با آن مواجه می‌شوند [۲].

۱. به این منظور پنی و همکاران با اصلاح نسخه‌ای از MDS-R^۵ مقیاسی را برای سنجش دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران^۶ با شاخص روایی محتوایی ۸۱/۸ درصد طراحی نمودند. با این حال این مقیاس تنها برای استفاده در مورد کاردرمانگرانی مناسب است که در حیطه‌های سالمندان یا ناتوانی جسمانی بزرگسال فعالیت دارند. بنابراین برای کاربرد این ابزار در حیطه‌های دیگر نیاز به تحقیقات بیشتری است [۱].

در ایران، رضایی و همکاران در یک مطالعه کیفی به تبیین مسائل اخلاقی کاردرمانگران در حیطه سلامت روان پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد در حوزه سلامت روان، کاردرمانگران با مشکلات متعدد مربوط به رعایت اصول اخلاقی مواجه‌اند [۱۸]. در مطالعات دیگری وحیدی و همکاران موضوعات اخلاقی را در کاردرمانی بزرگسالان مبتلا به اختلالات جسمی [۱۹] و کلانتری و همکاران در کاردرمانی کودکان [۲۰] بررسی کردند. در نتایج این مطالعات به دیسترس‌های کاردرمانگران که در حیطه‌های مختلف فعالیت می‌کنند اشاره شده است. از یافته‌های این مطالعات می‌توان برای طراحی ابزاری استفاده نمود که دیسترس‌های اخلاقی کاردرمانگران ایرانی را بسنجد. تا کنون ابزاری برای سنجش دیسترس اخلاقی که پوشش‌دهنده حیطه‌های مختلف کاردرمانی باشد طراحی نشده است. بنابراین با در نظر گرفتن یافته‌های مطالعات پیشین در ایران و سایر کشورها، این مطالعه به منظور طراحی و بررسی روایی پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران ایرانی انجام شد.

دیسترس اخلاقی^۱ نوعی تعارض اخلاقی^۲ است و زمانی تجربه می‌شود که یک متخصص روش درست عمل کردن را می‌شناسد، اما به دلیل عواملی فراتر از کنترل او، نمی‌تواند اخلاقی عمل کند [۱]. سه دلیل احتمالی برای ایجاد دیسترس اخلاقی بیان شده است: موقعیت‌های بالینی مشکل‌ساز، محدودیت‌های درونی مانند احساس ناتوانی و محدودیت‌های بیرونی مانند منابع ناکافی. مشخصه دیسترس اخلاقی، تجربه کردن احساسات دردناک و اضطراب هیجانی و ذهنی مرتبط با آن، در نتیجه آگاهی از اقدام اخلاقی مناسب است که با وجود هر تلاشی، با توجه به موانع سازمانی یا سایر موارد قابل انجام نیست [۲].

دیسترس اخلاقی پیامدهای منفی برای متخصصان مراقبت بهداشتی دارد [۳]. رشد و گسترش دیسترس اخلاقی در طول زمان اثرات زیان‌باری بر متخصصان بالینی، سازمان‌های بهداشتی و کیفیت مراقبت از بیمار دارد [۴]. دیسترس اخلاقی باعث احساس ناامیدی، خشم، گناه، اضطراب، احساس ناتوانی و حتی نشانه‌های جسمانی می‌شود [۵] و با فرسودگی شغلی، کاهش میزان بازدهی، کاهش کیفیت مراقبت و افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی مرتبط است و به عنوان مشکل در حال رشد در حرفه‌های سلامت شناخته شده است [۳]. سازمان‌ها برای استمرار و استقرار خود با چالش‌های نوینی مواجه‌اند [۶]. استرس مرتبط با کار اثرات منفی بر کارایی یک سازمان دارد [۷]. کارایی و اثربخشی فعالیت‌های هر سازمان تابع مستقیمی از کارآمدی نیروی انسانی آن سازمان و کارآمدی نیروی انسانی، خود تحت تأثیر سلامت جسمی و روانی ایشان است [۸]. فرسودگی شغلی با اختلالات روانی و بیماری‌های جسمانی در ارتباط است [۹]. منابع انسانی سرمایه‌های بنیادین سازمان‌ها و منشأ هرگونه تحول و نوآوری در سازمان‌ها محسوب می‌شوند [۱۰]. در شرایط کنونی، با وجود بهسازی‌های مراقبت بهداشتی، مراقبت بیمار محور، کمبود نیروی حرفه‌ای سلامت و افزایش حوادث بیمارستانی، نمی‌توان نسبت به دیسترس اخلاقی بی‌تفاوت بود [۱۱].

تمام متخصصان مراقبت بهداشتی در معرض خطر دیسترس اخلاقی قرار دارند [۴]، اما نوع و شدت دیسترس اخلاقی بر اساس موقعیت و حرفه متفاوت است [۱۲]. توانبخشی، یکی از مهم‌ترین ارکان مرتبط با سلامت جامعه به شمار می‌رود [۱۳] که نقش بسیار مهمی در افزایش کیفیت زندگی و ارتقای سلامت افراد جامعه ایفا می‌کند. حوزه توانبخشی مملو از مسائل اخلاقی است که برخی از آن‌ها را می‌توان فقط مختص به این حوزه دانست [۱۴]. با این حال دیسترس اخلاقی اخیراً در کاردرمانی مورد توجه قرار گرفته است [۳]. مطالعات انجام‌شده در مورد مسائل

3. Moral Distress Scale (MDS)

4. Moral Distress Scale-Revised (MDS-R)

5. Moral Distress Scale-Revised-Other Health Provider Adult (MDS-R-OHPA)

6. Moral Distress Scale-Revised-Occupational Therapy-Adult Settings (MDS-R-OT[A])

1. Moral distress

2. Moral conflict

روش بررسی

این پژوهش از نوع روان‌سنجی (متدولوژی) است و به صورت توصیفی تحلیلی در سال ۱۳۹۸ در تهران صورت گرفت. جامعه مورد مطالعه شامل کاردرمانگران شاغل در حیطه‌های مختلف کاردرمانی بود و نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند در دو مرحله انجام شد. مرحله اول مطالعه شامل تهیه استخر گویه‌های پرسش‌نامه بود و در مرحله دوم روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه بررسی شد.

مرحله اول: تعیین گویه‌های پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران

بر اساس مراحل طراحی ابزار والتز و همکاران، ارائه یک تعریف مفهومی از آنچه ابزار مدنظر قرار است آن را بسنجد، اولین قدم در ساخت ابزار است. بنابراین ابتدا تعریف روشنی از واژه دیسترس اخلاقی بیان شد. سپس اهداف سنجش و حیطه‌های اختصاصی تر مفهوم دیسترس اخلاقی مشخص شد [۲۱].

برای تولید گویه‌ها از روش قیاسی استفاده شد. این روش زمانی مناسب است که اساس مفهومی برای سازه مورد نظر و حیطه‌های آن به خوبی مشخص شده باشد [۲۲]. بنابراین با توجه به مطالعات انجام‌شده داخلی و خارجی، پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف بررسی شد تا هرگونه شرایط ایجادکننده دیسترس اخلاقی در کاردرمانی به دست آید. سه مطالعه کیفی انجام‌شده در ایران در زمینه بررسی مسائل و موضوعات اخلاقی کاردرمانگران در حیطه روان، کودکان و بزرگسالان [۲۰-۱۸] به طور کامل مطالعه شد. کدهای استخراج‌شده از این مطالعات مورد بررسی قرار گرفت و مصاحبه‌های انجام‌شده موجود در متن این مطالعه‌ها خوانده شد. سپس گویه‌های پرسش‌نامه از میان کدها، جملات و عبارات مطالعات انجام‌شده استخراج شدند. موضوعات طبقه‌بندی شده و موضوعات مشابه، ادغام و موضوعات تکراری حذف شد. گویه‌ها چندین بار خوانده شد و از نظر وضوح محتوا، دستور زبان و درک مفهوم مورد ویرایش قرار گرفت.

مرحله دوم: انجام مراحل روایی صوری و محتوایی

بررسی روایی صوری

برای ارزیابی روایی صوری پرسش‌نامه، از گروه هدف یعنی کاردرمانگران خواسته شد تا پس از خواندن هر گویه با استفاده از مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای در مورد اهمیت گویه‌ها نظر بدهند (کاملاً مهم، مهم، به طور متوسط مهم، اندکی مهم، اصلاً مهم نیست). همچنین اگر پیشنهادی برای بهبود جمله‌بندی، وضوح و ویرایش دارند، برای هر گویه در کادر مربوطه یا به صورت کلی در پایان پرسش‌نامه عنوان نمایند. جامعه مورد مطالعه جهت بررسی روایی صوری پرسش‌نامه، کاردرمانگرانی بودند که در حیطه‌های

مختلف کاردرمانی مشغول به کار بودند و حداقل یک سال سابقه کار در حرفه کاردرمانی داشتند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و از میان کاردرمانگرانی بود که در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و سایر مراکز دولتی و خصوصی شاغل بودند. معیار خروج از مطالعه تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود. ۵۰ فرم بررسی روایی صوری پرسش‌نامه، با حضور در کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و سایر مراکز دولتی و خصوصی، در اختیار کاردرمانگران در مقاطع دکترا، فوق لیسانس و لیسانس قرار گرفت. در نهایت ۳۰ پرسش‌نامه کامل پاسخ‌داده‌شده جهت انجام روایی صوری در اختیار محقق قرار گرفت.

ارزیابی روایی صوری کمی با تعیین ضریب تأثیر گویه انجام شد. در صورتی که امتیاز تأثیر گویه بیش از ۱/۵ باشد گویه برای تحلیل بعدی مناسب است [۲۳].

بررسی روایی محتوایی

جهت تعیین روایی محتوایی کیفی از افراد خبره در زمینه تدریس اخلاق در کاردرمانی و آشنا با طراحی ابزار دعوت شد تا در جلسه‌ای حضوری به بررسی پرسش‌نامه و تبادل نظر جهت انجام روایی محتوایی بپردازند. ۷ نفر در جلسه حضور یافتند. در این جلسه ابتدا برای شرکت‌کنندگان عنوان شد که این ابزار یک ابزار ارزیابی‌کننده^۷ خواهد بود که به منظور ارزیابی میزان دیسترس اخلاقی میان کاردرمانگرانی که در محیط‌های بالینی فعالیت می‌کنند، طراحی شده است. از آن‌ها درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه‌های اصلاحی خود را در مورد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری گویه‌ها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، عنوان نمایند. همچنین در مورد گویه‌ها، چهار معیار واضح بودن، ساده بودن، شفاف بودن و مرتبط بودن گویه‌ها با دیسترس اخلاقی را مدنظر داشته باشند و در مورد آن اظهار نظر کنند [۲۲].

برای ارزیابی روایی محتوایی کمی پرسش‌نامه از اساتید کاردرمانی با مدرک دکترا خواسته شد تا فرم‌های مربوطه را جهت سنجش نسبت روایی محتوایی^۸ و شاخص روایی محتوایی^۹ تکمیل نمایند و پیشنهادهای اصلاحی خود را برای هر گویه در کادر مربوطه یا به صورت کلی در پایان پرسش‌نامه عنوان کنند. برای تعیین سنجش نسبت روایی محتوایی هر آیتم از گروه متخصصان خواسته شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه‌قسمتی از نظر ضرورت بررسی کنند (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد). برای تعیین شاخص روایی محتوایی، متخصصان، گویه‌ها را بر اساس سه معیار مربوط بودن (ارتباط سوال با معیار مورد نظر)، سادگی (مختصر و مفید

7. Evaluative
8. Content Validity Ratio (CVR)
9. Content Validity Index (CVI)

در طی ارزیابی روایی محتوایی کمی، سنجش نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی هر یک از گویه‌های پرسش‌نامه به دست آمد. سنجش نسبت روایی محتوایی بر اساس جدول لاوشه برای ۲۰ نفر متخصص، حداقل ۰/۴۲ قابل قبول است که در مطالعه حاضر در محدوده قابل قبول ۰/۵ تا ۱ با میانگین ۰/۷ قرار گرفت. میزان روایی محتوایی کل پرسش‌نامه^۱ (S-CVI) برابر با ۰/۹۳ محاسبه شد. نتایج محاسبه تأثیر گویه و سنجش نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی هر یک از گویه‌های پرسش‌نامه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

بحث

این مطالعه به منظور طراحی و بررسی روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران با ۲۲ گویه، از شاخص روایی محتوایی (۰/۹۳) و سنجش نسبت روایی محتوایی (۰/۵ تا ۱) مطلوبی برخوردار است.

در سه دهه اخیر، علاقه‌ای شدید به مطالعه در حیطه دیسترس اخلاقی در پرستاری و نیز در سایر رشته‌ها دیده می‌شود. همچنین دیسترس اخلاقی به عنوان یک نگرانی رو به رشد در حرفه‌های سلامت مطرح است. نوع و شدت دیسترس اخلاقی بر اساس موقعیت و حرفه متفاوت است. بنابراین دیسترس اخلاقی به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان به دلیل تفاوت‌های فرهنگی و درک متفاوت از نقش‌های حرفه‌ای مورد مطالعه قرار می‌گیرد [۱۲، ۵].

مطالعه حاضر، تنها مطالعه‌ای است که به طراحی و بررسی روان‌سنجی پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی برای کاردرمانگران در همه حیطه‌های بالینی پرداخته است. مطالعه دیگری در کشور آمریکا در حیطه سالمندان و ناتوانی جسمانی بزرگسالان برای کاردرمانگران انجام شده است [۱] و تنها مطالعه‌ای است که به تولید ابزار برای سنجش دیسترس اخلاقی در کاردرمانی پرداخته است. بنابراین از این جهت همسو با مطالعه حاضر است. با این وجود، تفاوت‌هایی نیز مشاهده می‌شود؛ اول اینکه مطالعه صورت گرفته در آمریکا فقط شامل کاردرمانگرانی است که در حیطه سالمندان یا ناتوانی جسمانی بزرگسال فعالیت دارند، در حالی که مطالعه حاضر شامل کاردرمانگرانی است که در حیطه‌های مختلف مشغول به کار هستند. دوم اینکه مقیاس مطالعه مذکور (MDS-R-OT[A]) با تغییر نسخه MDS-R-OHPA به دست آمد، در حالی که گویه‌های تشکیل دهنده پرسش‌نامه در مطالعه حاضر، حاصل درون‌مایه‌های به دست آمده از نتایج مصاحبه با کاردرمانگرانی است که در حیطه‌های مختلف کاردرمانی مشغول به کار بالینی هستند که این مصاحبه‌ها در سه مطالعه کیفی پیشین [۲۰-۱۸] انجام شده بود.

در مقایسه گویه‌های پرسش‌نامه حاصل از مطالعه حاضر با دیسترس‌های عنوان شده در دیگر مطالعات، بیشترین دیسترس‌های مطرح شده شامل مسائل مالی و فشارهای

بودن گویه) و وضوح هر گویه، جداگانه در یک طیف لیکرتی چهارقسمتی بررسی کردند. ۳۵ فرم بررسی روایی محتوایی پرسش‌نامه، در اختیار اساتید کاردرمانی با مدرک دکترا قرار گرفت. فرم‌های روایی محتوایی به دو شکل حضوری و ایمیل در اختیار اساتید کاردرمانی دانشکده‌های توانبخشی سراسر کشور قرار گرفت. در نهایت ۲۰ پرسش‌نامه تکمیل شده جمع‌آوری شد. جهت تعیین سنجش نسبت روایی محتوایی از روش لاوشه استفاده شد. با توجه به عدد بحرانی جدول لاوشه، سنجش نسبت روایی محتوایی بالای عدد ۰/۴۲ قابل قبول است. شاخص روایی محتوایی با استفاده از فرمول محاسبه شد [۲۴] و نمره شاخص روایی محتوا ۰/۷۸ و بالاتر قابل قبول در نظر گرفته شد [۲۵].

یافته‌ها

ابتدا ۹۳ گویه به طور قیاسی استخراج شد و برای تبادل نظر و ویرایش در اختیار تیم تحقیق قرار گرفت. با نظر تیم تحقیق، تغییراتی در نگارش گویه‌ها داده شد، همچنین گویه‌هایی که مفهوم یکسانی داشتند در هم ادغام شدند و گویه‌های نامرتب حذف شد. در نهایت از استخر گویه‌ها ۵۰ گویه انتخاب شد. تعدادی از گویه‌ها مربوط به خود درمانگر بود؛ به طور مثال تأثیر مسائل شخصی درمانگر بر کیفیت ارائه خدمات به بیماران. بقیه موارد مربوط به عوامل بیرونی بود. بیشترین عوامل بیرونی مربوط به مراجع بود؛ به طور مثال تفاوت اهداف مراجع با اهداف درمانی، انتظارات غیرمعقول مراجع از نتایج درمانی، عدم همکاری مراجع در هنگام ارائه درمان و بدرفتاری مراقبین مراجع. بخشی از این دیسترس‌ها هم در ارتباط با سازمان بود؛ از قبیل کاهش کیفیت و کمیت مداخلات در اثر فشار کاری و حجم زیاد مراجع، امکانات محدود در محیط کار، نیروی انسانی محدود و ترخیص زودهنگام.

برای انجام روایی محتوایی کیفی در جلسه‌ای که با حضور افراد خبره تشکیل شد، نظرات و پیشنهادات ایشان گردآوری شد. طبق نظر ایشان برخی از گویه‌ها به دلیل عدم همخوانی با تعریف دیسترس اخلاقی حذف شد، تعدادی از گویه‌ها در هم ادغام شد و ویرایش برخی از گویه‌ها مجدداً تغییر یافت. پس از بررسی مجدد تیم تحقیق و اعمال ویرایش‌های مطرح شده، گویه‌های پرسش‌نامه به ۲۲ مورد رسید. همچنین برای نمره‌دهی گویه‌ها قرار شد از یک مقیاس رتبه‌ای شامل زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و اصلاً (۱) استفاده شود. بدین ترتیب نمره بالاتر نشانه دیسترس اخلاقی بیشتر است. سپس این ویرایش مجدداً برای افراد خبره شرکت کننده در جلسه ایمیل شد و مورد تأیید قرار گرفت.

در طی انجام روایی صوری کمی، میزان تأثیر گویه بین ۲/۸۵ تا ۴/۸۳ به دست آمد و به این ترتیب هیچ کدام از گویه‌ها حذف نشدند. در این مرحله کاردرمانگران در مورد تعدادی از گویه‌ها و پرسش‌نامه پیشنهاداتی داشتند. این پیشنهادات جمع‌آوری و بررسی شد و پس از بررسی مجدد در تیم تحقیق، تغییراتی در پرسش‌نامه و گویه‌ها اعمال شد.

10. Scale-level Content Validity Index (S-CVI)

جدول ۱. تأثیر گویه و نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی هریک از گویه‌های پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران

تأثیر امتیاز	CVI	CVR	گویه‌ها
۳/۴۷	۰/۹۲	۰/۵	۱. مراجع از پذیرش مداخلات مناسب و مبتنی بر شواهد امتناع می‌کند.
۲/۸۸	۰/۹۰	۰/۸	۲. تداخل درمان با عقاید مذهبی مراجع مانع از اجرای مداخله لازم در زمان مناسب می‌شود.
۳/۷۶	۰/۹۵	۰/۷	۳. تفاوت اهداف مراجع با اهداف درمانی سبب اختلال در روند درمان می‌شود.
۲/۸۵	۰/۹۲	۰/۵	۴. مجبورم به دلیل مزاحمت خانواده و همراهان مراجع در اجرای برنامه درمانی، مانع حضور آن‌ها در جلسه درمانی شوم.
۴/۳۲	۰/۹۲	۰/۶	۵. انتظارات غیرمعتاد مراجع از نتایج درمانی سبب ناامیدی وی و عدم پیگیری درمان می‌شود.
۳/۸۴	۰/۹۲	۰/۵	۶. به دلیل عدم همکاری مراجع، کیفیت ارائه خدمات درمانی کاهش می‌یابد.
۴/۶۷	۰/۹۲	۰/۷	۷. عدم توان مالی مراجع جهت پرداخت هزینه مداخلات درمانی، مانع از اجرای بهینه برنامه درمانی یا ترخیص زودهنگام می‌شود.
۳/۵۳	۰/۹۲	۰/۸	۸. در برابر رفتارهای غیراخلاقی در محیط کار به دلیل ترس از به خطر افتادن موقعیت شغلی خود سکوت می‌کنم.
۳/۸۴	۰/۹۵	۰/۷	۹. ناچارم برای تأمین نظر مسئولین مرکز، رفتارهای مغایر با اصول اخلاقی انجام دهم تا درآمد افزایش یابد (نظیر کاهش زمان جلسات درمانی، تأخیر در ترخیص، پذیرش بدون نیاز به کاردرمانی و ...).
۲/۸۴	۰/۹۰	۰/۸	۱۰. مجبورم بنا بر خواست مراجع / خانواده قبل از رسیدن به نتایج درمانی او را ترخیص کنم.
۳/۲۹	۰/۹۰	۰/۶	۱۱. به دلیل کمبود نیروی کاردرمانگر، مجبورم جلسات هفتگی مراجع را کاهش دهم یا او را زودتر ترخیص کنم.
۲/۹۶	۰/۹۳	۰/۶	۱۲. علی‌رغم آگاهی از بیهوده بودن ادامه درمان، به دلیل اصرار مراجع مجبورم درمان را ادامه دهم.
۴/۳۲	۰/۹۸	۱/۰	۱۳. کیفیت و کمیت مداخلات در اثر فشار کاری و حجم زیاد مراجع کاهش می‌یابد.
۴/۲۶	۰/۹۳	۰/۸	۱۴. به دلیل امکانات محدود محیطی، قادر به حفظ حریم خصوصی بیمار هنگام معاینه و درمان نیستم.
۳/۹۰	۰/۹۵	۰/۸	۱۵. ناچارم در محیطی با امکانات محدود با بیماران کار کنم که بر کیفیت خدمات درمانی اثر می‌گذارد.
۳/۶۹	۰/۹۲	۰/۸	۱۶. وضعیت نامناسب بهداشتی مراجع بر کمیت و کیفیت خدمات درمانی اثر می‌گذارد.
۴/۸۳	۰/۹۳	۰/۹	۱۷. عدم پوشش بیمه‌ای خدمات ارائه‌شده سبب توقف درمان یا کاهش جلسات درمانی مورد نیاز بیمار می‌شود.
۳/۸۷	۰/۹۳	۰/۵	۱۸. به دلیل هماهنگی ضعیف بین اعضای تیم درمان، کیفیت خدمات بالینی کاهش می‌یابد.
۲/۸۱	۰/۹۵	۰/۵	۱۹. مجبورم به دلایلی چون غیبت همکارم، فشار مسئول بخش / کلینیک و ... وظایفی را خارج از صلاحیت علمی خود انجام دهم.
۳/۹۶	۱/۰	۰/۸	۲۰. با کسانی کار می‌کنم که صلاحیت حرفه‌ای و تجربه بالینی کافی ندارند.
۴/۵۱	۱/۰	۰/۵	۲۱. شاهد برق رفتاری مراقبین مراجع با وی هستم، اما نمی‌توانم اقدامی انجام دهم.
۳/۵۳	۰/۹۰	۰/۷	۲۲. علی‌رغم تلاشی که می‌کنم مسائل شخصی‌ام بر کیفیت ارائه خدمات به بیماران اثر می‌گذارد.

توانبخشنی

نتیجه‌گیری

نتایج بخش طراحی و روایی صوری و محتوایی ابزار نشان داد پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران با ۲۲ گویه، دارای روایی صوری و محتوایی مناسب است. این مطالعه اولین قدم در ساخت ابزار بود و با تکمیل فرایند روان‌سنجی و بررسی روایی سازه و پایایی پرسش‌نامه، امکان استفاده از آن برای سنجش دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران فراهم خواهد شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی روایی سازه و پایایی آن بررسی شود. نقطه قوت مطالعه حاضر، اختصاصی شدن پرسش‌نامه در رشته کاردرمانی و توجه به دیسترس‌های اخلاقی در همه حیطه‌های کار بالینی این رشته است.

بازپرداخت، برنامه ترخیص، اختلاف در تعیین اهداف، امتناع بیمار / خانواده از توصیه‌های درمانی و مسائل مربوط به حریم خصوصی بیمار بود [۲۶، ۲۷] که در پرسش‌نامه حاضر به این موارد در گویه‌های ۱، ۳، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۴ و ۱۸ پرسش‌نامه پرداخته شده است.

همچنین در مطالعه دیگری که در کشور کانادا و با استفاده از [MDS-R-OT] انجام شد، ۱۰ مورد از بیشترین دیسترس‌هایی که کاردرمانگران در کار با سالمندان با آن‌ها روبه‌رو هستند بر حسب اولویت طبقه‌بندی شد [۲۸]. مضامین برخی از این دیسترس‌ها همسو با مضامین گویه‌های ۹ و ۱۷ تا ۲۰ پرسش‌نامه حاضر است.

در زمینه مشکلات و محدودیت‌های مطالعه می‌توان به مواردی چون بی‌انگیزه بودن یا عدم پاسخ‌گویی کامل برخی از کاردرمانگران اشاره کرد که روند نمونه‌گیری را طولانی ساخت. همچنین در مرحله روایی صوری، بعضی از کاردرمانگران به دلیل عدم وجود آموزش‌های پایه در رشته کاردرمانی در حیطه اخلاق، با مفهوم دیسترس اخلاقی آشنا نبودند. علی‌رغم وجود توضیحی مختصر در مورد دیسترس اخلاقی در ابتدای پرسش‌نامه، به ناچار در بعضی موارد محقق می‌بایست توضیحاتی شفاهی در مورد این مفهوم برای پاسخ‌دهنده ارائه دهد تا قابل فهم‌تر و مانوس‌تر شود.

با توجه به اینکه این مطالعه اولین مرحله در ساخت ابزار بود، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی روایی سازه و پایایی پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران بررسی شود و در صورت تکمیل فرایند روان‌سنجی، برای بررسی فراوانی و شدت و نوع تجربه دیسترس‌های اخلاقی در کاردرمانگران با توجه به جنسیت، سابقه کار بالینی، حیطه کاری و محیط کار مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با شناسه اخلاق IR.SBMU.REC.1398.105 مورد تصویب قرار گرفت. اصل صداقت علمی و ثبت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان بدون هیچ مداخله‌ای لحاظ شد. نهایت امانت‌داری و صداقت حین گردآوری داده‌ها و بازنگری منابع موجود صورت گرفت.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد خانم معصومه خالقی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم سازی و متدولوژی: مینو کلانتری، مهدی رضایی؛ جمع‌آوری داده‌ها: معصومه خالقی؛ آنالیز داده‌ها: علیرضا اکبرزاده باغبان؛ نگارش و نهایی‌سازی مقاله: تمام نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام اساتید و همکارانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند و از دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- [1] Penny NH, Bires SJ, Bonn EA, Dockery AN, Pettit NL. Moral distress scale for occupational therapists: Part 1. Instrument development and content validity. *American Occupational Therapy Association*. 2016; 70(4):1-8. [DOI:10.5014/ajot.2015.018358] [PMID]
- [2] Penny NH, Ewing TL, Hamid RC, Shutt KA, Walter AS. An investigation of moral distress experienced by occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*. 2014; 28(4):382-93. [DOI:10.3109/07380577.2014.933380] [PMID]
- [3] Penny NH, You D. Preparing occupational therapy students to make moral decisions. *Occupational Therapy in Health Care*. 2011; 25(2-3):150-63. [DOI:10.3109/07380577.2011.565544] [PMID]
- [4] Green MM, Wicclair MR, Wocial LD, Kondrat A, Mukherjee D. Moral Distress in Rehabilitation. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*. 2017; 9(7):720-6. [DOI:10.1016/j.pmrj.2017.05.006] [PMID]
- [5] Hamric AB. Empirical research on moral distress: Issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*. 2012; 24(1):39-49. [DOI:10.1007/s10730-012-9177-x] [PMID]
- [6] Sagheb Esmacelpour M, Abdi K, Hosseini MA, Biglarian A. [The relationship of work ethics with job performance of the administrative and medical staff of the university of social welfare and rehabilitation sciences and its affiliated centers in 2017 (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 20(1):52-63. [DOI:10.32598/rj.20.1.52]
- [7] Khaniyan M, Foroughan M, Hosseini MA, Biglarian A. Emotional intelligence and occupational stress among rehabilitation staffs working in Tehran's training hospitals. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2013; 11(17):68-74. <http://irj.uswr.ac.ir/article-1-291-en.html>
- [8] Zangoeei Z, Vameghi R, Hatamizadeh N, Foroughan M, Rahgozar M. [Study of the relationship between job characteristics and mental health of rehabilitation staff in public and private rehabilitation centers under the supervision of the welfare organization of Tehran Province (Persian)]. *Social Welfare*. 2015; 15(58):139-57. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2337-en.html>
- [9] Oreyzi HR, Nouri A, Zare R, Amiri M. [Meta-analysis of the researches done about the relationship between burnout and mental Health (Persian)]. *Social Welfare*. 2013; 13(48):93-112. <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-1247-en.html>
- [10] Poursadeghiyan M, Hosseini Foladi S, Khammar A, Nabi Amjad RN, Marioryad H, Hosseini Ghosheh SN, et al. [A survey on the relationship between the status of occupational health management and job satisfaction among staff of rehabilitation centers in tehran: A cross-sectional study (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2019; 20(3):242-55. [DOI:10.32598/rj.20.3.242]
- [11] Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*. 2012; 3(2):1-9. [DOI:10.1080/21507716.2011.652337]
- [12] Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Moral distress in health care. *HEC Forum*. 2012; 24(1):1-11 [DOI:10.1007/s10730-012-9176-y] [PMID] [PMCID]
- [13] Forghany S, Sadeghi-Demena E. [Formulating the code of professional responsibilities in providing rehabilitation services based on a narrative review study (Persian)]. *Journal of Research in Rehabilitation Sciences*. 2018; 14(3):183-8. [DOI:10.22122/jrrs.v14i3.3282]
- [14] Soltani SH, Abbasi M, Kamali M. [Rehabilitation and four principles of bioethics (Persian)]. *Journal of Bioethics*. 2016; 4(11):11-29. [DOI:10.22037/v4i11.13830]
- [15] Bushby K, Chan J, Druif S, Ho K, Kinsella EA. Ethical tensions in occupational therapy practice: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015; 78(4):212-21. [DOI:10.1177/0308022614564770]
- [16] Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(2):250-6. [DOI:10.1046/j.1365-2648.2001.01658.x] [PMID]
- [17] Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005; 12(4):381-90. [DOI:10.1191/0969733005ne8090a] [PMID]
- [18] Rezaei M, Karbalaee-Nouri A, Hosseini SA, Khankeh HR. [Ethical issues of occupational therapist in the field of mental health (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2014; 14(4):82-9. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1290-en.html>
- [19] Vahidi H, Shafaroodi N, Joolae S. [Occupational therapists' perception of factors affecting unethical practice in the field of adult physical dysfunction (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2020; 9(1):164-72. [DOI:10.22037/JRM.2019.111853.2115]
- [20] Kalantari M, Kamali M, Joolae S, Shafarodi N, Rassafiani M. Factors affecting ethical behavior in pediatric occupational therapy: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 29:282. [PMID] [PMCID]
- [21] Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research*. 4th Ed. New York: Springer Publishing Company; 2010. https://www.google.com/books/edition/Measurement_in_Nursing_and_Health_Research/e5c4mQEACAAJ?hl=en
- [22] Taghizadeh Z, Ebadi A, Montazeri A, Shahvari Z, Tavousi M, Bagherzadeh R. [Psychometric properties of health related measures. Part 1: Translation, development, and content and face validity (Persian)]. *Payesh (Health Monitor)*. 2017; 16(3):343-57. [DOR:20.1001.1.16807626.1396.16.3.8.9]
- [23] Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. [Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurementS in Health Applied Researches (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13(12):1153-70. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-2274-en.html>
- [24] Polit FD, Beck TC, Owen VS. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. *Journal of Research in Nursing & Health*. 2007; 30(4):459-67. [DOI:10.1002/nur.20199] [PMID]
- [25] Kirschner KL, Stocking C, Wagner LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2001; 82(12 Suppl 2):S2-8. [DOI:10.1053/apmr.2001.30999] [PMID]
- [26] Foye SJ, Kirschner KL, Brady Wagner LC, Stocking C, Siegler M. Ethical issues in rehabilitation: A qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2002; 9(3):89-101. [DOI:10.1310/7824-1AE0-GFF0-KT55] [PMID]

- [27] Mukherjee D, Brashler R, Savage TA, Kirschner KL. Moral distress in rehabilitation professionals: Results from a hospital ethics survey. *PM & R: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*. 2009; 1(5):450-8. [[DOI:10.1016/j.pmrj.2009.03.004](https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2009.03.004)] [[PMID](#)]
- [28] Rivard AM, Brown CA. Moral distress and resilience in the occupational therapy workplace. *Safety*. 2019; 5(1):10. [[DOI:10.3390/safety5010010](https://doi.org/10.3390/safety5010010)]

This Page Intentionally Left Blank