

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2022; 16(47): e6

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Relationship between Moral Distress and Job Burnout in Nurses of Critical Care Units of Hospitals

Zahra Khoshkbari¹, Nahid Rejeh^{2*}, Seyed Davood Tadrissi³

1. Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Faculty of Nursing & Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

3. Trauma Research Center, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical sciences, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: In the intensive care unit, moral distress stands for one of the major problems of nurses that may be caused by various reasons. In the long term, job burnout is one of the serious consequences of moral distress. The current study was carried out aiming at determining the association between moral distress and job burnout of nurses working in the intensive care units of hospitals affiliated to Zanjan University of Medical Sciences in 2021.

Methods: This was a cross-sectional descriptive correlational study. A total of 350 nurses working in all intensive care units of hospitals affiliated to Zanjan University of Medical Sciences in 2021 were selected by total population sampling method. Data collection tools included Hamric's Moral Distress Scale-Revised (MDS-R) and Maslach Burnout Inventory (MBI) Manual. The data was analyzed by means of descriptive inferential statistics and through SPSS 20 software.

Ethical Considerations: The present study was approved by the ethics committee. Ethical considerations were observed, such as completing the informed consent form, voluntary participation and explaining the research objectives, as well as ensuring the confidentiality of the information.

Results: The nurses in question had an overall mean of moral distress equal to (116.47 ± 49.79) , indicating a low level of moral distress. Moreover, the burnout in nurses working in intensive care units had a medium level of emotional burnout (31.76 ± 5.41) , a high level of depersonalization (13.45 ± 4.77) and a low level of personal success (26.24 ± 5.61) . The results revealed a significant and direct association between moral distress and the depersonalization dimension of job burnout ($r=0.18$, $P<0.001$), besides its significant and inverse association with the individual success dimension of job burnout ($r=-0.17$, $P<0.001$).

Conclusion: Given the association between moral distress and job burnout in intensive care units' nurses, the officials of the medical centers are required to formulate strategies like periodic review of this phenomenon besides arranging training sessions to take steps in the field of how to deal with ethical distresses in the wards to decline their impacts on the care of patients as well as preventing burnout among nurses.

Keywords: Nursing; Moral Distress; Burnout; Critical Care Units

Corresponding Author: Nahid Rejeh; **Email:** nrejeh@yahoo.com

Received: June 30, 2022; **Accepted:** July 19, 2022; **Published Online:** August 22, 2022

Please cite this article as:

Khoshkbari Z, Rejeh N, Tadrissi SD. Relationship between Moral Distress and Job Burnout in Nurses of Critical Care Units of Hospitals. Faṣlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e6.



مجله اخلاق پزشکی

دوره شانزدهم، شماره چهل و هفتم، ۱۴۰۱



مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

زهرا خوشکباری^۱، ناهید رژه^{۲*}، سید داوود تدریسی^۳

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. مرکز تحقیقات تروما، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌اله (عج)، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیسترس اخلاقی یکی از معضلات عمده پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه است که ممکن است به دلایل مختلفی رخ دهد. از عواقب جدی دیسترس اخلاقی در بلندمدت، فرسودگی شغلی است. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

روش: این پژوهش، مطالعه‌ای توصیفی همبستگی از نوع مقطعی بود. کلیه ۳۵۰ پرستار شاغل در تمامی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۴۰۰ به صورت تمام‌شماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه دیسترس اخلاقی Hamric و فرسودگی شغلی Maslach بودند. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و از طریق نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی: این مطالعه توسط کمیته اخلاق تأیید شده است. ملاحظات اخلاقی نظیر تکمیل فرم رضایت آگاهانه، مشارکت داوطلبانه، توضیح اهداف تحقیق و اطمینان در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات رعایت گردید.

یافته‌ها: میانگین کلی دیسترس اخلاقی در پرستاران تحت مطالعه ($116/47 \pm 49/79$) بود که نشان‌دهنده سطح پایین دیسترس اخلاقی است. همچنین میزان فرسودگی شغلی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در ابعاد فرسودگی عاطفی در سطح متوسط ($31/76 \pm 5/41$)، مسخ شخصیت در سطح بالا ($13/45 \pm 4/77$)، موفقیت فردی در سطح کم ($24/26 \pm 5/61$) قرار داشت. نتایج نشان داد که بین دیسترس اخلاقی با بعد مسخ شخصیت فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و مستقیم ($r=0/18$ ، $P<0/01$)، با بعد موفقیت‌های فردی فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و معکوس ($r=-0/17$ ، $P<0/01$) وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط بین دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، ضروری است تا مسئولین مراکز درمانی با تدوین راهکارهایی همچون بررسی دوره‌ای این پدیده و همچنین برگزاری آموزش‌های مدون در زمینه چگونگی رویارویی با دیسترس‌های اخلاقی در بخش‌ها به منظور کاهش عوارض آن بر مراقبت از بیماران جهت پیشگیری از فرسودگی شغلی در بین پرستاران اقدام نمایند.

واژگان کلیدی: پرستاری؛ دیسترس اخلاقی؛ فرسودگی شغلی؛ بخش مراقبت‌های ویژه

نویسنده مسئول: ناهید رژه؛ پست الکترونیک: nrekeh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۹؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۵/۳۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Khoshkbari Z, Rejeh N, Tadrissi SD. Relationship between Moral Distress and Job Burnout in Nurses of Critical Care Units of Hospitals. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2022; 16(47): e6.

مقدمه

امروزه دگرگونی‌هایی نظیر بیماری‌های نوظهور، تغییراتی در ارائه الگوهای درمانی‌ها سبب افزایش توجه به رویکردهای اخلاقی در مراقبت از بیماران گردیده است. در بین کارکنان خدمات بهداشتی، پرستاران به دلیل موقعیت و نقش‌های حرفه‌ای خویش بیش از سایر ارائه‌دهندگان علوم سلامت با چالش‌های اخلاقی بی‌شماری مواجه هستند (۱). یکی از اصلی‌ترین معضلاتی که روزانه پیش روی پرستاران است، دیسترس اخلاقی می‌باشد که متعاقب تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پرستاران مشاهده می‌شود (۲). دیسترس اخلاقی موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند، ولی موانع سازمانی یا فردی، انجام درست کار را بر او غیر ممکن می‌سازد و یا وی را مجبور به انجام کاری نماید که می‌داند غلط است. این اجبار ناشی از نداشتن وقت و انرژی لازم جهت انجام آن عمل و یا وجود بعضی از قوانین و مقررات سازمانی می‌باشد که باعث ایجاد قدرت بازدارندگی در فرد می‌شود (۳). به عبارتی دیسترس اخلاقی احساس دردناک و ناپایدار روانی است و زمانی شکل می‌گیرد که پرستار با آگاهی کامل نسبت به عمل اخلاقی، از انجام آن ناتوان است (۴).

پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه با چالش‌هایی نظیر کمبود تأمین نیروی انسانی ماهر، توزیع ناعادلانه قدرت بین کارکنان و فقدان حمایت سازمانی، کمبود وقت کافی، درمان ناکافی و ناکامل توسط کارکنان، محدودیت‌های درمانی، سیاست‌های سازمان و محدودیت بودجه، درمان‌های تهاجمی در بیماران مشرف به مرگ، اجتناب یا امتناع از درمان‌ها در بیماران با پیش‌آگهی ضعیف، آزمایش‌های غیر ضروری، خطاها در انجام و گزارش آزمایش‌ها و نیز احتمال مرگ ناگهانی مواجه هستند (۳، ۵-۶).

دیسترس اخلاقی پیامدهای منفی متعددی بر سلامت پرستاران دارد و آنان به سمت مکانیسم‌های غیر تطابقی می‌روند. کابوس‌های شبانه، بی‌خوابی، تپش قلب و گردن‌درد (۷)، تنش اخلاقی به صورت احساس شرم، غم، عصبانیت، اضطراب، ناامیدی، افسردگی، گناه، تضاد، دل‌سردی، ناراحتی،

گسیختگی (۸)، کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌قدرتی که بر شخصیت و عملکرد حرفه‌ای آنان (۹) و حتی خواسته یا ناخواسته بر زندگی خانوادگی پرستاران تأثیر می‌گذارد (۱۰). برخی دیگر نیز با این شرایط کنار آمده، ولی به طور ناخودآگاه، تحت تأثیر اثرات پنهان دیسترس اخلاقی، دچار نارضایتی و فرسودگی شغلی می‌شوند (۱۱). در همین رابطه، Henrich و همکاران (۲۰۱۷، م) معتقدند که دیسترس اخلاقی در سطح فردی سبب واکنش‌های عاطفی منفی در پرستاران نظیر خستگی، احساس شرم از عدم ارائه مراقبت خوب و سطح نامناسب مراقبت‌ها، بی‌ارزشی و دل‌سردی می‌شود. همچنین با کاهش تمرکز فردی و صرف وقت برای رفع چالش‌ها و کاستن مرادده با بیماران موجب نقصان کیفیت مراقبت‌ها می‌شود. ترک محل کار یا ترک شغل از دیگر عواقب دیسترس اخلاقی است که لطمات جبران‌ناپذیری را بر نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی تحمیل می‌کند (۹). در نهایت دیسترس اخلاقی مداوم می‌تواند منجر به دل‌سردی از زندگی حرفه‌ای، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی، بیزاری از کار، کاهش ابقا در شغل، تغییر وضعیت شغلی، ترک حرفه و در نهایت تعامل حداقلی با بیمار، خانواده و تشدید کمبود پرستاران شود (۱۰).

فرسودگی شغلی به عنوان بیماری شغلی از اواسط سال ۱۹۷۰ مورد توجه محققان قرار گرفت. در حقیقت فرسودگی شغلی، یک سندرم روانی است که با علائم فرسودگی عاطفی (نوعی احساس تخلیه جسمی و روحی است که به واسطه فشار شغلی بوده و کار را خسته‌کننده و بی‌معنا می‌کند)، مسخ شخصیت (پاسخ منفی و سنگدلانه، عاری از احساسات و همراه با بی‌اعتنایی مفرط نسبت به مشتریان) و در نهایت عدم موفقیت فردی (کم‌شدن احساس شایستگی در انجام وظایف شخصی است و در واقع یک ارزیابی منفی از خود در رابطه با انجام کار) مشخص می‌شود (۱۲). مؤلفه‌هایی همانند کمیاب یا نایاب بودن برخی از داروها و نقص در تجهیزات پزشکی، کمبود تعداد پرستاران، نامعلوم‌بودن شرایط و موقعیت‌هایی که پرستاران باید با آن‌ها مواجه شوند (نظیر موقعیت‌های اورژانس) و مسئولیت حقوقی در قبال جان بیماران (به

خصوص در شیفت‌های شبانه)، باعث ایجاد فرسودگی شغلی در بین پرستاران می‌شوند (۱۳). فرسودگی سبب کاهش بهره‌وری و بازده کاری، افزایش تأخیر در شروع کار و تعجیل در خروج و غیبت از محل کار، افزایش هزینه‌های بهداشتی و جا به جایی پرسنل و وجود تغییرات رفتاری در آن‌ها می‌شود. همچنین کاهش کیفیت خدمات به بیماران و متعاقباً نارضایتی بیماران از خدمات پزشکی و پرستاری افزایش می‌یابد (۱۴). شیوع فرسودگی شغلی پرستاران در برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران زیاد بوده است که ناشی از تحمل میزان استرس بالا می‌باشد. در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که مدیریت نادرست استرس باعث فرسودگی شغلی در بین پرستاران می‌شود (۱۵). از آنجا که بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل ماهیت و ساختار مراقبتی خاص، با دیسترس‌های اخلاقی غیر قابل اجتناب متعددی مواجه است و هر پرستار خواه ناخواه با آن‌ها رو به رو خواهند شد، راهکار مناسب این است که بتوان ارتباط این مؤلفه تأثیرگذار را بر فرسودگی شغلی بررسی کرد، لذا مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه استان زنجان ۱۴۰۰ انجام یافت.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی همبستگی از نوع مقطعی بود که به صورت نوع مقطعی می‌باشد، جامعه آماری این پژوهش، کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان بود که طی ۸ ماه ۳۵۰ نفر به صورت تمام‌شماری وارد این مطالعه شدند. ملاک ورود به پژوهش داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، حداقل دو سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت ویژه (CCU، ICU) بود. ملاک خروج از پژوهش پرسشنامه‌ای که کامل تکمیل نشده و مخدوش گردیده باشند. پژوهشگر با تأیید کمیته اخلاق دانشگاه شاهد و پس از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه‌های شاهد و زنجان نمونه‌گیری را از بین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه که

دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، انجام داد. جهت تکمیل پرسشنامه‌ها در شیفت‌های مختلف و در طول ایام هفته در زمانی که پرستاران کار کمتری داشتند و قادر به تمرکز بر پاسخ به سؤالات بودند، صورت گرفت. در این پژوهش جنبه‌های اخلاقی با رعایت کدهای مصوب کمیته کشوری اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی شامل موارد زیر در نظر گرفته شدند: بیان هدف مطالعه، کسب رضایت آگاهانه، اطمینان از بی‌نام‌بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه‌بودن اطلاعات، به نمونه‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت گروهی گزارش می‌گردد. در مطالعه حاضر همه پرسشنامه‌ها تکمیل شده و به پژوهشگر تحویل و تحلیل شد. ابزار مورد استفاده برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه دیسترس اخلاقی Hamric و پرسشنامه فرسودگی شغلی Maslach بود.

پرسشنامه اولیه دیسترس اخلاقی در ۳۸ گویه توسط Corley و همکاران (۲۰۰۱ م.) برای جامعه پرستاری ساخته شد، سپس نسخه شامل ۲۱ گویه‌ای پرسشنامه توسط Hamric برای پرستاران بر حسب مقیاس لیکرت پنج قسمتی طراحی گردید. این ابزار در ایران توسط اطاقی، به نقل از عرب و برزگری (۱۳۹۳ ش.) به فارسی ترجمه و مورد اعتباریابی قرار گرفته شده است که در نهایت ۳ گویه آن حذف و به ۱۸ گویه تقلیل یافت. این پرسشنامه در طیف لیکرت پنج قسمتی است که از دو بعد شدت و تکرار به دیسترس اخلاقی امتیاز می‌دهد. امتیازات هر گویه در بعد شدت و تکرار ۴-۰ در نظر گرفته شده است. در بعد فراوانی از هرگز (معادل صفر) تا خیلی زیاد (معادل ۴) و در بعد شدت از اصلاً (معادل صفر) تا خیلی زیاد (معادل ۴) نمره‌گذاری می‌شود (طیف بین ۰-۱۶). میزان اثر دیسترس اخلاقی هر عبارت از حاصل ضرب نمره شدت دیسترس اخلاقی و نمره فراوانی دیسترس اخلاقی آن عبارت محاسبه می‌شود. در کل برای به دست‌آوردن امتیاز دیسترس اخلاقی باید امتیاز گویه‌ها را با هم جمع کنیم که امتیازات بین صفر تا ۲۸۸ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان دیسترس اخلاقی بیشتری است. ترکیب امتیازهای دو زیر طبقه فراوانی

در شدت برای دیسترس اخلاقی کلی انجام می‌شود. در نهایت نمره‌دهی ۱۸ گویه دیسترس اخلاقی بین (۰ تا ۲۸۸) است. برای به دست‌آوردن پایایی آن، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برآورد گردید که بیانگر پایایی مناسب این پرسشنامه است (۱۶-۱۸). در مطالعه حاضر پایایی با استفاده از همبستگی درونی با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه فرسودگی شغلی Maslach Burnout Inventory (MBI) پرسشنامه بررسی فرسودگی شغلی نخستین‌بار توسط Maslach (۱۹۷۰ م.) انتشار یافت. این پرسشنامه متداول‌ترین ابزار سنجش فرسودگی شغلی در میان افراد مختلف با سوابق شغلی و حرفه‌ای متفاوت است (۱۹) و قابلیت استفاده در پژوهش‌های فرسودگی شغلی در ایرانیان فارسی زبان را دارد، این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه، فرسودگی عاطفی (۹ گویه شامل ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۲۰)، مسخ شخصیت (۵ گویه شامل ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۲۲) و موفقیت فردی (۸ گویه شامل ۴، ۷، ۹، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱) بود. رتبه‌بندی شدت این احساسات با استفاده از درجه‌بندی ۶ نمره‌ای (۰ = هرگز، ۶ = خیلی زیاد) است. نحوه نمره‌دهی در هر یک از ابعاد فرسودگی شغلی نمره‌های بالا در فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت و نمره‌های پایین در موفقیت فردی، نشان‌دهنده فرسودگی شغلی بالا می‌باشد. نمره‌گذاری و تفسیر نمرات ابعاد پرسشنامه فرسودگی شغلی به این صورت است که در بعد فرسودگی عاطفی (سئوالات ۱ تا ۹)، نمره ۳۰ یا بیشتر معرف فرسودگی عاطفی بالا، نمره ۲۹-۱۸ معرف فرسودگی عاطفی متوسط و کمتر از ۱۷ برای شدت فرسودگی عاطفی پایین در نظر گرفته می‌شود. در بعد احساس موفقیت فردی نمره بیشتر از ۴۴ برای شدت در دست کم ۳۷-۴۳ برای شدت احساس موفقیت فردی در دسته متوسط و کمتر از ۳۶ برای شدت احساس موفقیت فردی در دسته زیاد نظر گرفته می‌شود. در این پرسشنامه نمره بالای فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت و نمره کم احساس موفقیت فردی کم منعکس‌کننده فرسودگی شغلی می‌باشد نمره کلی به دست‌آمده از هر کدام از این خرده مقیاس‌ها نیز قابل جمع نیست. در مطالعه اکبری (۱۳۹۰)

ش.)، بررسی پایایی آن، ضریب آلفای ۰/۶ برای فرسودگی عاطفی، ۰/۷۶ برای مسخ شخصیت و ۰/۷ برای موفقیت فردی محاسبه شده است (۲۰) و معلمی و همکاران (۱۳۹۷ ش.) پایایی آن را برای هر سه بعد بالای ۰/۷ برآورد کرد (۲۱). در مطالعه حاضر، پایایی پرسشنامه‌ها برگرفته از نظرات ۱۰ نفر از پرستاران جامعه پژوهش با استفاده از همبستگی درونی با آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۹ محاسبه شد. پس از واردنمودن داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS 20 در سطح معناداری $P < 0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا برای تعیین نرمالیتی توزیع داده‌های کمی از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد. برای توصیف اطلاعات از آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد فراوانی) و آمار استنباطی (ضریب همبستگی اسپیرمن، رگرسیون) استفاده شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۵۰ پرسشنامه تکمیل شده و مورد تحلیل قرار گرفتند. بیشتر افراد شرکت‌کننده زن (۸۵/۷ درصد)، متأهل (۶۷/۱ درصد)، دارای مدرک تحصیلی لیسانس پرستاری (۸۵/۴ درصد)، دارای سمت پرستار معمولی (۹۲/۹ درصد)، شاغل در شیفت در گردش (۹۵/۷ درصد) و (۳۵/۴ درصد) نیروی طرحی بودند، اکثریت نمونه‌ها (۸۱/۴) اضافه کاری اجباری و (۷۲/۳) علاقمندی به حرفه را بیان داشتند و فاقد شغل دوم (۶۱/۱ درصد) بودند. میانگین سن افراد (۳۲/۲۰±۵/۴۲)، سابقه کار در حرفه (۹/۹۸±۴/۶۱) با سابقه کار در بخش‌های ویژه ۶/۶۵±۳/۸۹ بودند.

میانگین دیسترس اخلاقی (۱۱۶/۴۷±۴۹/۷۹) که با توجه به اینکه از ۲۸۸ نمره کل ۱۱۶/۴۵ حاصل شده است که در واقع فقط ۴۰ درصد نمره از کل می‌باشد که این امر بیانگر نشانه پایین بودن میزان دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه جامعه مطالعه می‌باشد. میانگین بعد فرسودگی عاطفی در حد متوسط، میانگین بعد مسخ شخصیت در حد

بالا، میانگین بعد موفقیت‌های فردی فرسودگی شغلی در حد کم بوده است (جدول ۱).

جدول ۱: میزان دیسترس اخلاقی (شدت و تکرار) و ابعاد فرسودگی شغلی در پرستاران جامعه پژوهش

متغیرهای مورد مطالعه	ابعاد	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دیسترس اخلاقی	شدت	۴۶/۸۶ $\pm$ ۱۰/۳۹	۲۰	۸۰
	تکرار	۴۲/۱۵ $\pm$ ۱/۴۵	۸	۶۲
فرسودگی شغلی	فرسودگی عاطفی	۳۱/۷۶ $\pm$ ۵/۴۱	۵	۴۸
	مسخ شخصیت	۱۳/۴۵ $\pm$ ۴/۷۷	۲	۲۵
	موفقیت فردی	۲۴/۲۶ $\pm$ ۵/۶۱	۵	۴۱

مستقیم ($r=0/18$, $P<0/001$)، با بعد عدم موفقیت‌های فردی فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و همبستگی معکوس وجود داشت ($r=0/001$, $P=0/17$)، اما مدل رگرسیون خطی نشان داد که بین دیسترس اخلاقی با بعد فرسودگی عاطفی ارتباط معنادار نبود ($r=0/06$, $P=0/22$) (جدول ۲).

از نظر فراوانی اکثریت افراد، ۲۸۷ نفر (۸۲ درصد) فرسودگی عاطفی در حد متوسط، ۲۱۷ نفر (۶۲ درصد) مسخ شخصیت بالا، ۳۳۵ نفر (۹۵/۷ درصد) موفقیت‌های فردی کم گزارش کرده‌اند.

نتایج نشان داد که بین دیسترس اخلاقی با بعد مسخ شخصیت فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و همبستگی

جدول ۲: ارتباط فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی با ابعاد فرسودگی شغلی پرستاران جامعه پژوهش

دیسترس اخلاقی			ضریب همبستگی پیرسون / سطح معناداری	
کل	شدت	تکرار		
$r=0/06$ $P=0/22$	$r=0/06$ $P=0/20$	$r=0/09$ $P=0/06$	فرسودگی عاطفی	۳۱/۷۶ $\pm$ ۵/۴۱
$r=0/17$ $P=0/001$	$r=0/14$ $P=0/005$	$r=0/14$ $P=0/006$	فرسودگی شغلی (تکرار)	مسخ شخصیت ۲۴/۲۶ $\pm$ ۵/۶۱
$r=0/18$ $P=0/001$	$r=0/22$ $P=0/001$	$r=0/19$ $P=0/001$	موفقیت فردی	۱۳/۴۵ $\pm$ ۴/۷۷

همبستگی منفی معنادار بود، ولی بین متغیر ساعت کار ماهیانه با دیسترس اخلاقی ($r=0/20$, $P=0/001$) و فرسودگی شغلی ($r=0/21$, $P=0/001$) همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد (جدول ۳).

مطابق با نتایج مطالعه، همبستگی منفی معناداری بین سن با دیسترس اخلاقی ($r=0/25$, $P=0/001$) و فرسودگی شغلی ($r=0/22$, $P=0/05$) در پرستاران مورد مطالعه گزارش گردید. همچنین بین سابقه کار پرستاران با دیسترس اخلاقی ($r=0/17$, $P=0/006$) و فرسودگی شغلی ($r=0/16$, $P=0/005$)

جدول ۳: همبستگی متغیرهای جمعیت‌شناختی با دیسترس اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی پرستاران جامعه پژوهش

متغیرهای جمعیت‌شناختی	میانگین $\pm$ انحراف معیار	دیسترس اخلاقی	فرسودگی شغلی
سن	$32/20 \pm 5/42$	$r = -0/25$ $P = 0/001$	$r = -0/06$ $P = 0/05$
سابقه در بخش‌های ویژه	$24/26 \pm 5/61$	$r = -0/17$ $P = 0/001$	$r = -0/14$ $P = 0/005$
ساعت کار ماهیانه	$175/25 \pm 49/20$	$r = 0/20$ $P = 0/001$	$r = 0/22$ $P = 0/001$

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. در پژوهش حاضر ۳۵۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه شرکت کردند.

بیشتر پرستاران مورد مطالعه دارای دیسترس اخلاقی پایین با میانگین $(116/47 \pm 49/79)$ بودند.

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعاتی در ایران مانند مصلی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹ ش.) در پرستاران بخش‌های عمومی شهر جهرم (۲۲)، صداقتی و همکاران (۱۳۹۸ ش.) در پرستاران سراهای سالمندان در خراسان شمالی (۲۳)، شفیعی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) در پرستاران بخش‌های عمومی شهر برازجان (۱۱)، همچنین Arinda و همکاران (۲۰۱۹ م.) در پرستاران بخش اورژانس Wenwen و همکاران (۲۰۱۹ م.) در پرستاران بخش‌های عمومی چینی Karagozoglu و همکاران (۲۰۱۷ م.) در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه ترکیه Maiden (۲۶) (۲۰۰۸ م.) در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در کشور آمریکا انجام شد (۲۷) در سطح کم قرار داشتند همسو است.

برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر، شمسایی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) در بین پرستاران شاغل در اورژانس همدان (۲۸)، برخورداری و همکاران (۱۳۹۹ ش.) در بین پرستاران شاغل در یزد (۲۹)، صادقی و همکاران (۱۳۹۵ ش.) در پرستاران بخش

عمومی شهر شاهرود (۳۰)، عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۲ ش.) در پرستاران بخش عمومی شهر بیرجند (۳۱)، پولادی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) (۳۲) دیسترس اخلاقی را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند.

در برخی مطالعات نیز دیسترس اخلاقی پرستاران را در سطح بالا گزارش کرده‌اند که می‌توان به مطالعه Corley اشاره کرد که در آن ۸۰ درصد پرستاران سطح بالای دیسترس اخلاقی را دارا هستند (۳۳)، مطالعه دیگری که توسط عباس‌زاده و همکاران (۱۳۹۱ ش.) با هدف بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی پرستاران با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد (۳۴) نیز مشخص شد که میزان دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیش از حد متوسط است و با تصمیم‌گیری‌های پایان عمر رابطه دارد.

این تفاوت شاید به دلیل تفاوت در ابزار به کار رفته و جامعه آماری باشد. همچنین پایین بودن دیسترس اخلاقی در پژوهش حاضر احتمالاً به دلیل که واحدهای پژوهش همگن‌تر بوده و همگی از بخش‌های مراقبت ویژه انتخاب شده بودند. از آنجایی که دیسترس اخلاقی می‌تواند تحت تأثیر عوامل گوناگونی از قبیل عوامل فردی، شرایط محیطی و جو سازمانی نیز باشد، ممکن است در ایجاد این تفاوت‌ها، عواملی نظیر کمبود نیروی پرستاری و فشار کاری زیاد ناشی از قوانین و مقررات سازمانی، ساختارها و فرهنگ سازمانی محیط انجام خدمت، تأثیرپذیری بیشتر افراد با عواطف حساس‌تر و ناآگاهی پرستاران در ارتباط با چگونگی مواجهه با موضوع دیسترس اخلاقی نقش داشته باشند. پرستاران در حالت عادی از ارائه خدمت به بیماران لذت

می‌برند، ولی شرایط دیسترس‌زای حاکم بر محیط کاری نوعی مانع برای اجرای مراقبت محسوب می‌شود. در واقع پرستاران به دنبال تلاش جهت حمایت از بیماران آسیب‌پذیر، دیسترس اخلاقی را تجربه می‌کنند که این امر سبب سرخوردگی، خشم و فرسودگی شغلی می‌شود (۳۵، ۳۶).

در مطالعه اخیر، از نظر فراوانی اکثریت افراد، ۲۸۷ نفر (۸۲ درصد) فرسودگی عاطفی در حد متوسط، ۲۱۷ نفر (۶۲ درصد) مسخ شخصیت بالا، ۳۳۵ نفر (۹۵/۷ درصد) موفقیت‌های فردی کم گزارش کرده‌اند. میانگین بعد فرسودگی عاطفی مؤلفه فرسودگی شغلی در حد متوسط، میانگین بعد مسخ شخصیت در حد بالا، میانگین بعد موفقیت‌های فردی فرسودگی شغلی در حد کم بوده است که در مجموع میزان فرسودگی شغلی در بین پرستاران مورد مطالعه بالاتر از حد میانگین است، با نتایج مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) که فرسودگی شغلی در اپیدمی کرونا از دیدگاه پرستاران را مورد ارزیابی قرار داده است همسو می‌باشد (۳۷). همچنین در مطالعه Lai و همکاران (۲۰۱۹ م.) کارکنان بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس فرسودگی شغلی بیشتری تجربه را کرده بودند (۳۸). مطالعه صحرائیان و طوبایی (۱۳۹۱ ش.) امتیاز بالای فرسودگی عاطفی یا مسخ شخصیت، یا امتیاز پایین در موفقیت فردی، سطوح بالای فرسودگی شغلی را نشان می‌دهد (۳۹). همچنین در پژوهش Wlodarczyk میزان فرسودگی شغلی، مسخ شخصیت و موفقیت فردی پرستاران در سطح پایین و فرسودگی عاطفی آنان در سطح متوسط گزارش شد (۴۰).

در مطالعه حاضر، نتایج نشان داد که بین دیسترس اخلاقی با بعد مسخ شخصیت فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و همبستگی مستقیم، با بعد موفقیت‌های فردی فرسودگی شغلی ارتباط معنادار و همبستگی منفی وجود داشت، اما بین دیسترس اخلاقی با بعد فرسودگی عاطفی ارتباط معنادار نبود. همسو با این مطالعه، در پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۹۵ ش.) نیز بین دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی کلی همبستگی وجود داشت، اما فقط در مورد ارتباط دیسترس

اخلاقی با بعد فرسودگی عاطفی ناهمسو است (۳۰). همچنین هم‌راستا با مطالعه حاضر، در تحقیق پولادی و همکاران (۱۳۹۴ ش.) نیز ارتباط بین این دو متغیر معنادار گزارش شد، به طوری که با افزایش دیسترس اخلاقی، میزان فرسودگی شغلی پرستاران نیز افزایش قابل توجهی داشت (۳۲). تکرار و مواجهه مکرر پرستاران با دیسترس اخلاقی عامل مهمی در تأثیرپذیری از آن است، لذا دیسترس اخلاقی طولانی و با تکرار متعدد می‌تواند باعث تحلیل رفتگی بیشتر یا همان فرسودگی شغلی در پرستاران گردد و این امر را اجتناب‌ناپذیر کند. شاکری‌نیا و محمدپور (۱۳۸۹ ش.) نیز در تحقیقات خود نشان دادند با افزایش شدت دیسترس اخلاقی در محیط کاری، پرستاران با شدت بیشتری دچار فرسودگی شغلی می‌شوند (۴۱). احتمالاً این امر به دلیل کاهش مقاومت و افزایش فشار روانی ناشی از مسائل اخلاقی در محیط بالین در اثر مواجهه مداوم با این مسائل می‌باشد که این امر می‌تواند بیانگر تأثیر بیشتر مواجهه مداوم پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با مسائل اخلاقی نسبت به شدت آن بر بروز فرسودگی شغلی در آن‌ها باشد (۴۲). در مطالعه آقاجانی (۱۳۹۲ ش.) نشان داده شد که عوامل مؤثر بر فرسودگی شغلی فقط به شرایط کار و ویژگی‌های شغلی پرستاران بستگی ندارد. به عبارت دیگر می‌توان گفت که پرستاران در شرایط کاری یکسان به یک اندازه فرسوده نمی‌شوند. علت این مسأله طبق پژوهش‌های انجام‌گرفته چندبعدی بودن متغیر فرسودگی شغلی است. به عبارت دیگر فرسودگی شغلی تحت تأثیر مجموعه‌ای از ویژگی‌های فردی، شغلی و سازمانی افراد قرار دارد و برای کنترل آن علاوه بر توجه به ویژگی‌های شغلی باید به شرایط و نیازهای فردی و شرایط سازمانی نیز توجه نمود (۴۳). Rushton و همکاران (۲۰۱۵ م.) در مطالعه‌ای که بین پرستاران در بخش‌هایی با دیسترس‌های اخلاقی مکرر کار می‌کنند، نشان داده است که این امر به فرسودگی شغلی منجر می‌شود. به عبارت دیگر افرادی که در بخش‌هایی با دیسترس اخلاقی بیشتری را تجربه می‌کنند، خطر بالاتری جهت فرسودگی شغلی دارند (۴۴). این در حالی است که برخی

محققین معتقدند که علاقمندی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به انجام وظایف تخصصی حرفه‌ای می‌تواند نقش مؤثری در پیشگیری از فرسودگی شغلی داشته باشد (۴۵).

می‌توان به تأثیر متغیرهای سن، سابقه کار و میزان ساعت کار ماهیانه با میزان دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در پرستاران اشاره نمود، به طوری که با افزایش سن و سابقه کار میزان دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

در حالی که هاشمی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) ارتباط معناداری بین سن و سابقه کار و دیسترس اخلاقی یافت نشد و نتیجه یافته‌های مطالعه حاضر ناهمسو با آن است (۴۶)، اما در تحقیقات برخورداری و همکاران (۱۳۹۹ ش.) (۲۹) زارعی و همکاران (۲۰۱۱ م.) (۴۷) و نیز برهانی و همکاران (۴۸) فرسودگی شغلی در پرستاران سالمندتر به طور معناداری کمتر از پرستاران جوان‌تر بود که نتایج تحقیقات فوق با نتیجه مطالعه حاضر همسو می‌باشد. با بالا رفتن سن و متعاقب آن افزایش تجربه در پرستاران، احتمالاً آن‌ها راهکارهای سازگاری با مشکلات پیش رو را در خود پیدا کرده و با تجربه‌های کسب شده به مرور به سازش با شرایط موجود می‌رسند که این امر می‌تواند به تعدیل فشارها و دیسترس‌های اخلاقی در محیط‌های کاری کمک کند.

در حالی که برخی مطالعات وجود همبستگی بین سن، سابقه کاری و فرسودگی را اثبات کرده‌اند (۴۹)، اما برخی از مطالعات نیز نتایج متضادی را بیان کرده‌اند یا حتی وجود چنین ارتباطی را نقض گزارش کرده‌اند. کرمی (۱۳۹۶ ش.) رابطه و همسویی بین سابقه کاری و فرسودگی نشان نداد (۵۰)، ولی Corley و همکاران (۲۰۰۵ م.) در مطالعه خود به نقش مثبت تجربه در رویارویی با موضوع دیسترس اخلاقی اشاره کرده‌اند (۵۱). این اختلافات می‌تواند ناشی از تفاوت نمونه‌های مورد بررسی در مطالعات مختلف باشد. در ارتباط با متغیر ساعات کاری ماهیانه، ارتباط معنادار بین دو متغیر دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی با میزان ساعات کاری وجود داشت، به طوری که با افزایش ساعات کاری میزان این دو متغیر نیز

افزایش می‌یابد. در همین راستا Park و Lake (۲۰۰۵ م.) در مطالعه گسترده خود بر روی ۴۳۲۰ پرستار نشان دادند که متوسط ساعات کاری در هفته به طور معناداری با فرسودگی شغلی در پرستاران مرتبط است (۵۲). تحمیل استرس و فشارهای روانی می‌تواند اثرات مخرب خود را در بلندمدت بر روی پرستاران بگذارد (۵۳).

در مطالعه حاضر ارتباط بین دیسترس اخلاقی با دو بعد فرسودگی شغلی (مسخ شخصیت و موفقیت فردی) در پرستاران مشاهده شد و به همین دلیل برنامه‌ریزی و مداخلات لازم به منظور پیشگیری یا کاهش و همچنین افزایش مهارت در چگونگی برخورد با دیسترس‌های اخلاقی در محیط بالین می‌تواند با توجه به ارتباط قوی آن با فرسودگی شغلی، کمک زیادی در کاهش این سندروم و عواقب ناشی از آن داشته باشد، از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر در کسب نتایج دقیق‌تر می‌توان به تکمیل پرسشنامه‌ها به روش خودگزارش‌دهی اشاره نمود که خصوصیات فردی از جمله وضعیت روانی و شرایط شغلی متفاوت می‌تواند پاسخ به سؤالات پرسشنامه را تحت تأثیر خود قرار دهد که با دادن فرصت زمانی مناسب به پرستاران سعی گردید تا حتی‌الامکان این عوامل به حداقل برسد. همچنین مقطعی بودن و محدودیت حجم نمونه‌ها می‌تواند به عنوان محدودیت مطرح باشند که در این راستا لازم است تحقیقات بیشتری در شرایط و محیط‌های گوناگون و به صورت تلفیقی با روش کیفی انجام شده تا درک بهتری از نتایج مربوط به دیسترس‌های موجود در پرستاران حاصل گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های اقدام‌پژوهی در راستای تقلیل دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی صوت گیرد.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل در این مطالعه نشان داد که بین دیسترس اخلاقی با دو بعد فرسودگی شغلی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه همبستگی آماری معناداری وجود دارد. افزایش دیسترس اخلاقی باعث تشدید فرسودگی شغلی در میان

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

این تحقیق توسط دانشگاه شاهد تأمین مالی شده است.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق دانشگاه شاهد به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.SHAHED.REC.1399.148). اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان اخذ گردید.

پرستاران شده است که این امر می‌تواند منجر به افت بهروزی و کیفیت کاری گردد. به دلیل افزایش زیاد مرگ و میر ناشی از بیماری کووید، حضور مداوم پرستاران بر بالین بیماران و تماس نزدیک با آن‌ها در تمام مراحل درمانی، نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی را ناگزیر می‌نماید. از همین رو است که پرستاران به دلیل مراقبت‌های شبانه‌روزی و اقدامات درمانی معمول، برای مواجهه با پیامدهای دیسترس‌های اخلاقی مستعد فرسودگی شغلی هستند. از این رو ضرورت تدوین راهکارها و راهبردهای حمایتی، تشویق و حمایت همکاری‌های تیمی، تسهیل ارتقا و امنیت شغلی پرستاران، تخصیص مرخصی‌های اجباری ماهانه، تعدیل کاهش ساعات و شیفت‌های کاری برای پیشگیری از بروز این گونه دیسترس‌ها احساس می‌شود. همچنین ضروری است مسئولین و مدیران با شناسایی عوامل و علائم دیسترس اخلاقی پرستاران و عوامل مؤثر بر آن، حتی‌الامکان برنامه‌های قابل اجرا و کاربردی همچون آموزش‌های لازم در زمینه چگونگی رویارویی با دیسترس‌های اخلاقی در بیمارستان‌ها، تحقیقات بیشتر جهت شناسایی سایر ابعاد دیسترس اخلاقی و فعال نمودن کمیته‌های اخلاقی در مراکز درمانی در جهت حمایت از پرستاران در این زمینه را در دستور کار خود قرار دهند.

مشارکت نویسندگان

زهرا خشکباری: طراحی پروژه، جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها.

ناهید رژه: طراحی پروژه.

سید داود تدریسی: طراحی پروژه و تجزیه و تحلیل داده‌ها.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

References

1. Nassehi A, Cheraghi MA, Hosseini AS, Pashaeypoor S, Mahmoudi N. Moral distress in nursing: A concept analysis. *Drug Invention Today*. 2019; 11(5): 1047-1054.
2. Savel RH, Munro CL. Moral distress, moral courage. *AACN*. 2015; 24(4): 276-278.
3. Shamsalinia A. Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran. *Quarterly Journal of Caspian Health and Aging*. 2021; 6(1): 20-28. [Persian]
4. Hasani P, Jalali R, Abedsaeedi Z. Nurses' experience of the perception of nursing conscience: A phenomenological study. *IJNR*. 2013; 8(3): 1-9. [Persian]
5. Atashzadeh-Shoorideh F, Tayyar-Iravanlou F, Chashmi ZA, Abdi F, Csic RS. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. *Clinical Ethics*. 2021; 16(1): 25-36.
6. Akpınar A, Senses MO, Aydin Er R. Attitudes to end-of-life decisions in paediatric intensive care. *Nurs Ethics*. 2009; 16(1): 83-92.
7. Cacchione PZ. Moral distress in the midst of the COVID-19 pandemic. *Clin Nurs Res*. 2020;29(4): 215-216.
8. Godshall M. Coping with moral distress during Covid-19. *Nursing*. 2021; 51(2): 55-58.
9. 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): e48-e57.
10. Beikrnoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: A survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2012; 5(2): 58-69. [Persian]
11. Shafiei A, Ravanipour M, Yazdankhahfard M, Mirzaei K. The relationship between moral distress and burnout among nurses of Shahid Ganji Hospital, Borazjan in 1394. *Nursing of the Vulnerable Journal*. 2016; 2(5): 15-26. [Persian]
12. Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: A theoretical review. *Human Resources for Health*. 2020; 18(1): 1-17.
13. Vandenbroeck S, Van Gerven E, De Witte H, Vanhaecht K, Godderis L. Burnout in Belgian physicians and nurses. *Occupational Medicine*. 2017; 67(7): 546-554.
14. Sabokroo M, Allahyari M, Ebrahimzadeh PR. Job burnout in nurses and its impact on their negligence. *Nurs Midwifery J*. 2017; 15(2): 86-94. [Persian]
15. Pourreza A, Monazam Mohammad R, Abassinia M, Asghari M, Safari H, Sorani M, et al. Relationship between job burnout and mental health of nurses working in province of Qom. *JHOSP*. 2012; 11(2): 45-54. [Persian]
16. Janet Sirilla D. Moral distress in nurses providing direct care on inpatient oncology units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2014; 18(5): 536-541.
17. Otaghi M, Shirkhani S, Azadi A, Khorshidi A, Rahmatollah S. The Relationship between Perception of Futile Care and Moral Distress of Nurses in Critical Care Units. *J Biochem Tech*. 2018; (2): 113-119.
18. 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.
19. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52: 397-422.
20. Akbari R, Ghafar Samar R, Kiany GR, Eghtesadi AR. Factorial validity and psychometric properties of Maslach burnout inventory-the Persian version. *Knowledge & Health*. 2011; 6(3): 1-8. [Persian]
21. Moalemi S, Kavosi Z, Beygi N, Deghan A, Karimi A, Parvizi MM. Evaluation of the Persian version of Maslach burnout inventory-human services survey among Iranian nurses: Validity and reliability. *Galen Medical Journal*. 2018; 7: e995.
22. Mosalanezhad L, Abiri S, Kalani N. Moral distress level in nurses and physicians caring for patients with Covid-19: A cross-sectional descriptive study in 2020. *Education and Ethics in Nursing*. 2020; 9(3): 1-8. [Persian]
23. Sedaghati A, Assarroudi A, Akrami R, Rad M. Moral distress and its influential factors in the nurses of the nursing homes in khorasan provinces in 2019: A descriptive-correlational study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2020; 25(4): 319-324.
24. Arinda R, Prawesti A, Widiyanti E. Nurses' Moral Distress in the Emergency Department. *Journal of Nursing Care* 2019;2(3): 223-230
25. Wenwen Z, Xiaoyan W, Yufang Z, Lifeng C, Congcong S. Moral distress and its influencing factors:

- A cross-sectional study in China. *Nurs Ethics*. 2018; 25(4): 470-480.
26. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish Intensive Care Nurses. *Nurs Ethics*. 2017; 24(2): 209-224.
27. Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error and critical care nursing. San Diego: ProQuest; 2008.
28. Shamsaei F, Jahani Sayad Noveiri M, Mohammadgholimezerji N, Ranjbar S, Khazaei M, Maghsoudi Z. Relationship Between Spiritual Health and Moral Distress of Nurses Working in Emergency Department of Hamadan University of Medical Sciences Hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2020; 13(1): 253-262. [Persian]
29. Barkhordari-Sharifabad M, Hekayati M, Nasiriani K. The Relationship between Moral Distress and Resiliency in Nurses. *Medical Ethics Journal*. 2020; 14(45): 1-14. [Persian]
30. 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]
31. Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2013; 6(2): 57-66. [Persian]
32. Poladi F, Atashzade F, Abaszade A, Moslemi A. The correlation between moral distress and burnout in nurses working in educational hospitals of Shahid Beheshti University of Medical Sciences during 2013. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2015; 8(4): 37-45. [Persian]
33. Corley MC, Selig P. Prevalence of principled thinking by critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing: DCCN*. 1994; 13(2): 96-103.
34. Abbaszadeh A, Borhani F, Sharif F, Toghrai FAS. The relationship between nurse's moral distress and end of life decision making in ICU. *Medical Ethics*. 2013; 6(22): 117-133. [Persian]
35. Borhani F, Esmaeli Abdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Moral Distress in the Nursing and Relationship with Job Burnout. *Medical Ethics*. 2013; 7(25): 123-144. [Persian]
36. Rubin B, Goldfarb R, Satele D, Graham L. Burnout and distress among nurses in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey. *Canadian Medical Association Open Access Journal*. 2021; 9(1): E19-E28.
37. Karimi Johani R, Taghilou H, Karimi Johani F, Jafarzadeh Gharajag Z, Babapour Azam L. Investigating the Relationship between Burnout and Job Performance in the Corona Epidemic from the Perspective of Nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2020; 9(4): 27-33. [Persian]
38. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3): e203976-e.
39. Salahian A, Oreizi HR, Babamiri M, Asgari A. The Predictor Factors of Burnout Syndrome in Isfahan Nurses. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2012; 6(23): 23-31. [Persian]
40. Wlodarczyk D, Lazarewicz M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nurs Ethics*. 2011; 18(6): 847-861.
41. Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2010; 14(2): e79518. [Persian]
42. Safarpour H, Ghazanfarabadi M, Varasteh S, Bazayr J, Fuladvandi M, Malekian L. The association between moral distress and moral courage in nurses: A cross-sectional study in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2020; 25(6): 533-538.
43. Aghajani MJ. The Professional Burnout of Nurses in Different WardsP. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2013; 9(2): 97-104. [Persian]
44. Bernhardt BA, Rushton CH, Carrese J, Pyeritz RE, Kolodner K, Geller G. Distress and burnout among genetic service providers. *Genetics in Medicine*. 2009; 11(7): 527-535.
45. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics*. 2015; 22(1): 64-76.
46. Hashemi E, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Relationship between ethical leadership, moral distress and turnover intention from the nurses' perspective. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2020; 13(1): 552-563. [Persian]
47. Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, Hossein Khani Z, Soleimani MA. The Predictive Factors of Job

Performance in Nurses' Moral Distress. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2021; 29(1): 61-71. [Persian]

48. Borhani F, IsmailiAbdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Ethical distress in nurses and its relation to burnout. Journal of Medical Ethics. 2013; 7(25): 123-144. [Persian]

49. Kaviani H, Khaghanizade M. The relationship between burnout and mental health among nurses. Tehran University Medical Journal TUMS Publications. 2007; 65(6): 65-75. [Persian]

50. Ajdari PK, Aeenparast A, Asl IM. Burnout among nurses in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Payesh (Health Monitor). 2017; 16(5): 595-603. [Persian]

51. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics. 2005; 12(4): 381-390.

52. Park S, Lake ET. Multilevel modeling of a clustered continuous outcome: Nurses' work hours and burnout. Nursing Research. 2005; 54(6): 406-413.

53. Ebrahimi H, Navidian A, Ameri M, Sadeghi M. Burnout, dimensions and its related factors in the operational staff of medicine emergency. Journal of Health Promotion Management. 2014; 3(3): 16-26. [Persian]