



Medical Ethics and Law
Research Center

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

2025; 19: e8

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Moral Distress and Compassion Fatigue in Nurses: A Narrative Review of Clinical and Professional Consequences

Raheleh Rajabi¹, Fatemeh Akhlaghi^{2*}

1. Student Research and Technology Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Pediatric Nursing and Neonatal Intensive Care Nursing, Razi Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Despite its vital role in health promotion, the nursing profession is confronted with substantial workload pressures and shortages of human resources, which have contributed to the emergence of challenges such as moral distress and compassion fatigue. If left unaddressed, these phenomena may lead to serious clinical and professional consequences. The present study adopts a narrative review approach to examine these consequences and to propose strategies for improving nurses' work environments.

Methods: This narrative review was conducted in 2025 with the aim of exploring the clinical and professional consequences associated with moral distress and compassion fatigue among nurses. To this end, a comprehensive literature search was performed using the keywords *moral distress*, *compassion fatigue*, *ethical consequences*, *professional consequences and nurses*, along with their Persian equivalents. International databases (PubMed and Web of Science), Iranian national databases (SID, Magiran and Irandoc) and the Google Scholar search engine were searched without time restrictions from inception to October 2025. Relevant articles published in Persian and English and aligned with the study objectives were selected and analyzed.

Ethical Considerations: Throughout all stages of manuscript preparation, principles of academic integrity, honesty and fidelity to original sources were strictly observed.

Results: The findings of the reviewed studies were organized into three main themes. First, moral distress and compassion fatigue, which nurses experience to varying degrees, were found to be associated with individual factors such as age, gender, level of education and work experience, as well as organizational factors including workplace conditions. Second, the clinical and professional consequences of moral distress and compassion fatigue were identified as adverse outcomes that significantly affect nurses' mental health, reduce job satisfaction, increase intentions to leave the profession and compromise the quality of nursing care. Third, evidence-based strategies aimed at improving these conditions were highlighted, including educational interventions (such as ethics education and coping skills training), the creation of supportive work environments and the implementation of spirituality-based approaches. These strategies have been shown to be effective in reducing moral distress and compassion fatigue and in enhancing nurses' resilience.

Conclusion: Moral distress and compassion fatigue are among the most critical professional challenges faced by nurses, posing threats to their mental health and diminishing the quality of patient care. This review demonstrates that although these conditions may be inevitable in high-stress clinical settings, their severity and consequences can be mitigated through targeted interventions. Training in ethical and psychological strategies, enhancement of communication skills and the development of a supportive workplace culture provide a foundation for strengthening nurses' resilience and restoring their professional capacity. Moreover, attention to spiritual values and the reinforcement of a team-oriented perspective play a significant role in alleviating ethical pressures and fostering professional solidarity. Accordingly, the findings of this study underscore the need to design comprehensive and sustainable programs to support nurses and to improve the quality and safety of clinical care.

Keywords: Moral Distress; Compassion Fatigue; Nurses; Clinical Consequences; Professional Consequences

Corresponding Author: Fatemeh Akhlaghi; **Email:** F.akhlaghi@kmu.ac.ir

Received: October 25, 2025; **Accepted:** January 08, 2026; **Published Online:** February 03, 2026

Please cite this article as:

Rajabi R, Akhlaghi F. Moral Distress and Compassion Fatigue in Nurses: A Narrative Review of Clinical and Professional Consequences. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e8.



مجله اخلاق پزشکی

دوره نوزدهم، ۱۴۰۴



پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران؛

مرور روایتی بر پیامدهای بالینی و حرفه‌ای

راحله رجبی^۱، فاطمه اخلاقی^{۲*}

۱. کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. گروه پرستاری کودکان و مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: حرفه پرستاری با وجود نقش حیاتی در ارتقای سلامت، تحت فشار کاری شدید و کمبود منابع انسانی قرار دارد که زمینه‌ساز مشکلاتی، از جمله پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت شده است. این دو پدیده در صورت بی‌توجهی، پیامدهای بالینی و حرفه‌ای جدی خواهد داشت. مطالعه حاضر با رویکرد مرور روایتی، به بررسی این پیامدها و ارائه راهکارهایی برای بهبود محیط کاری پرستاران می‌پردازد.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه مرور روایتی در سال ۲۰۲۵ است. هدف از این مطالعه بررسی پیامدهای بالینی و حرفه‌ای متعاقب پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران می‌باشد. بدین‌منظور جستجو با واژگان کلیدی پریشانی اخلاقی، خستگی شفقت، پیامدهای اخلاقی، پیامدهای حرفه‌ای و پرستاران و معادل انگلیسی آن‌ها در پایگاه‌های جستجوی بین‌المللی PubMed و Web of Science و پایگاه‌های داخل کشور ایران SID، Magiran، Irandoc، و موتور جستجوی Google Scholar بدون محدودیت زمانی از ابتدا تا اکتبر ۲۰۲۵ انجام شد و مقالات هم‌راستا با هدف پژوهشی به زبان فارسی و انگلیسی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل نگارش پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: مرور یافته‌های مطالعات پیشین در سه محور اصلی بیان شد: نخست، پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت که پرستاران درجات گوناگونی از آن را تجربه می‌کنند و با عوامل فردی نظیر سن، جنس، تحصیلات و تجربه کاری و عوامل سازمانی مانند شرایط محیط کار، مرتبط است؛ دوم، پیامدهای بالینی و حرفه‌ای که نتیجه نامطلوب پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت بوده و تأثیر چشم‌گیری بر سلامت روان پرستاران، کاهش رضایت شغلی، افزایش تمایل به ترک شغل و افت کیفیت خدمات مراقبتی دارد؛ سوم، راهکارهای مبتنی بر شواهد به منظور بهبود این شرایط که شامل مداخلات آموزشی، از جمله آموزش اخلاق و مهارت‌های مقابله‌ای، ایجاد محیط‌های حمایتی در کار و به کارگیری رویکردهای معنویت‌بنیاد است که می‌توانند در کاهش پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت و ارتقای تاب‌آوری پرستاران مؤثر باشند.

نتیجه‌گیری: پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران از مهم‌ترین چالش‌های حرفه‌ای محسوب می‌شوند که سلامت روان آنان را تهدید کرده و کیفیت مراقبت از بیماران را کاهش می‌دهند. مرور حاضر نشان داد که این دو وضعیت، اگرچه در محیط‌های پر تنش اجتناب‌ناپذیرند، اما می‌توان با مداخلات هدفمند شدت و پیامدهای آن‌ها را کاهش داد. آموزش راهبردهای اخلاقی و روان‌شناختی، ارتقای مهارت‌های ارتباطی و ایجاد فرهنگ حمایتی در محیط کار، زمینه‌ای برای افزایش تاب‌آوری و بازسازی توان حرفه‌ای پرستاران فراهم می‌کند. همچنین توجه به ارزش‌های معنوی و تقویت نگاه تیمی نقش مهمی در کاهش فشارهای اخلاقی و تقویت همبستگی ایشان دارد. بر این اساس، نتایج مطالعه حاضر ضرورت طراحی برنامه‌های جامع و پایدار برای حمایت از پرستاران و ارتقای کیفیت و ایمنی مراقبت‌های بالینی را برجسته می‌سازد.

واژگان کلیدی: پریشانی اخلاقی؛ خستگی شفقت؛ پرستاران؛ پیامدهای بالینی؛ پیامدهای حرفه‌ای

نویسنده مسئول: فاطمه اخلاقی؛ پست الکترونیک: F.akhlaghi@kmu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۱/۱۴

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

Rajabi R, Akhlaghi F. Moral Distress and Compassion Fatigue in Nurses: A Narrative Review of Clinical and Professional Consequences. *Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e8.

مقدمه

علم پزشکی، به عنوان یکی از علوم مستقل و حیاتی با هدف ارائه خدمات سلامت، متعهد به حفظ ارزش و کرامت تمام انسان‌های نیازمند مراقبت بوده و حرفه‌های زیادی، از جمله پرستاری را در بطن خود جای داده است (۱). در این حرفه، دانش علمی با مهارت عملی ترکیب شده و با تمرکز بر اصول مراقبت در نهایت سلامت بیماران از طریق پیشگیری، تشخیص و درمان، حفظ و بهبود می‌یابد؛ این مهم در کنار اینکه خدمتی ارزنده و حیاتی محسوب شده، فشار و حساسیت زیادی برای پرستاران به دنبال خواهد داشت (۲). سازمان‌های متولی بهداشت مانند سازمان بهداشت جهانی، متوسط جهانی نیروی پرستار به تعداد تخت‌های بیمارستانی را ۲/۵۶ گزارش می‌دهند؛ این رقم در کشورهای پیشرفته دنیا مانند استرالیا، آمریکا و کانادا ۶/۷ تا ۷ است، اما در ایران تنها ۰/۵۳ می‌باشد و این یعنی ایران با کمبود پرستار و منابع انسانی و به دنبال آن شیفت‌های سنگین مواجه است (۳). کمبودی که بر شرایط پیچیده مراقبت از بیماران رنج‌دیده اضافه شده و چالش‌های زیادی به لحاظ اخلاقی برای پرستاران ایجاد می‌کند. یکی از این چالش‌ها، پریشانی اخلاقی است (۴).

Jamton (۱۹۸۴ م.) پریشانی اخلاقی را به صورت موقعیتی که فرد راه درست انجام کار را می‌داند، ولی موانع سازمانی یا فردی اجازه انجام کار درست را به وی نمی‌دهند یا او را مجبور به انجام کار غلط کرده، تعریف می‌کند (۵). Wilkinson (۱۹۸۸ م.)، پریشانی اخلاقی را تجربه عدم تعادل روانی و وضعیت احساس منفی توسط فردی که تصمیمی اخلاقی را اتخاذ کرده، ولی رفتار اخلاقی متعاقب آن تصمیم را تا انتها دنبال نمی‌کند، می‌داند (۶). مطالعه‌ای از عباس‌زاده و همکاران (۲۰۱۵ م.) نشان داد سطح پریشانی اخلاقی بیش از ۸۰ درصد پرستاران متوسط تا زیاد است. از این رو انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت ویژه در سال ۲۰۰۸ با اعلام بیانیه‌ای، پریشانی اخلاقی را یک مشکل بحرانی در محیط کاری پرستاران دانسته و بیان می‌کند، در صورتی که پریشانی اخلاقی پرستاران مورد غفلت و بی‌توجهی قرار بگیرد، منجر به اضطراب و درماندگی می‌شود (۷). این اضطراب و درماندگی

نیازمند سازگاری است، در غیر این صورت پیامدهای روانی همچون خشم، احساس پوچی، غم و شرم و پیامدهای حرفه‌ای و بالینی مانند ناراضی‌تبی شغلی، محرومیت، فرسودگی شغلی، مهاجرت و مراقبت نادرست از بیماران گریبان‌گیر شاغلین حرفه پرستاری خواهد شد. افزون بر این مورد، یکی دیگر از چالش‌های اخلاقی که توأم با پریشانی اخلاقی رخ می‌دهد، خستگی شفقت است که تأثیرات نامطلوبی بر کیفیت مراقبت نیز دارد (۸-۱۱).

خستگی شفقت اولین بار توسط Joinson (۱۹۹۲ م.) حین مطالعه فرسودگی در پرستاران بخش اورژانس تعریف شد (۱۲). سرخوردگی و خستگی شفقت در مراقبت از بیماران به شرایطی نسبت داده می‌شود که احساس تجربه کمک به دیگران در افراد مراقبت‌کننده به واسطه مشاهده و رو به روشن شدن با آسیب و بیماری شدید بیماران تغییر می‌کند و پرستاران نوعی سرخوردگی را تجربه می‌کنند (۱۳، ۱۴). این سرخوردگی با شرایط بخشی که فرد در آن کار می‌کند، ارتباط مستقیمی دارد، به گونه‌ای که پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه سرخوردگی بیشتری دارند یا به عبارت بهتر خستگی شفقت بیشتری را تجربه می‌کنند. خستگی شفقت همچون پریشانی اخلاقی، در صورتی که مورد بی‌توجهی قرار بگیرد، عوارض بسیاری، از جمله خستگی جسمی و روحی، افسردگی، فرسودگی، استرس، غیبت از کار، افزایش بار مالی و در نهایت کاهش عملکرد شغلی را به همراه خواهد داشت (۹-۱۵، ۱۶).

مطالعات پیشین به بررسی جنبه‌های مختلف پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که این دو وضعیت اخلاقی آزاردهنده و چالش‌برانگیز، پیامدهای بالینی و حرفه‌ای جدی همچون استعفا از شغل و ترک خدمت، افت کیفیت خدمات ارائه‌شده برای بیماران، افزایش خطاهای بالینی و... برای پرستاران دارند (۲، ۸، ۱۰، ۱۱، ۲۲-۱۳)؛ با این حال تاکنون مرور جامعی با رویکرد روایتی در این زمینه انجام نشده است. با توجه به اهمیت و پیچیدگی این دو پدیده در حرفه پرستاری، مطالعه حاضر با بهره‌گیری از روش مرور روایتی به بررسی و تحلیل انتقادی یافته‌های موجود

می‌پردازد. این رویکرد امکان ترکیب دیدگاه‌های متنوع، شناسایی شکاف‌های پژوهشی و ارائه تصویری چندلایه از پیامدهای بالینی و حرفه‌ای این پدیده‌ها را فراهم می‌سازد و در نهایت راهکارهایی کاربردی و مبتنی بر شواهد برای مواجهه پرستاران با پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت پیشنهاد می‌دهد.

روش

این مرور روایتی با هدف بررسی پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت و پیامدهای بالینی و حرفه‌ای آن‌ها در پرستاران انجام شده است. در این پژوهش، جستجوی مطالعات فارسی و انگلیسی بدون محدودیت زمانی از ابتدا تا مهر سال ۱۴۰۴ (مطابق با اکتبر ۲۰۲۵ م.) با واژگان کلیدی فارسی «پیشانی اخلاقی»، «خستگی شفقت»، «پرستاران»، «پیامدهای بالینی» و «پیامدهای حرفه‌ای» و معادل انگلیسی Moral Distress.

مجموع مقالات به دست آمده (n=۳۰)

مقالات حذف شده به دلیل تکراری بودن (n=۵)

مقالات باقی مانده پس از حذف موارد تکراری (n=۲۵)

مقالات حذف شده بعد از بررسی عنوان و چکیده (n=۲۰)

مقالات بررسی شده از نظر معیارهای ورود و خروج (n=۲۰)

مقالات حذف شده با توجه به معیارهای ورود و خروج (n=۵)

مقالات انتخاب شده جهت ورود به تحلیل (n=۱۵)

مقالات انتخاب شده جهت نگارش گزارش نهایی (n=۱۵)

نمودار ۱: فلودیاگرام ورود مطالعات به مرور روایتی

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

از مجموع ۱۵ مقاله منتخب، سه مقاله به زبان فارسی و ۱۲ مقاله به زبان انگلیسی منتشر شده بود که از این تعداد هفت

مطالعه با رویکرد توصیفی - همبستگی و سایر مقالات با روش‌های متفاوت انجام شده بودند. پس از سنجش جامع مقالات، نتایج در سه محور اصلی دسته‌بندی گردید:

- ۱- خستگی شفقت و پریشانی اخلاقی؛ ۲- پیامدهای بالینی و حرفه‌ای؛ ۳- راهکارهای پیشنهادی برای کاهش این دو پدیده در پرستاران (جدول ۱).

جدول ۱: مشخصات کلیدی مقالات منتخب در مرور روایتی حاضر

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
زارع کاسب و همکاران (۲۰۲۵ م، ۱۶)	پریشانی اخلاقی، فضای اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران آنکولوژی: نقش میانجی پریشانی اخلاقی	ایران	۱۲۲ نفر از پرستاران بخش آنکولوژی	توصیفی - همبستگی	بین پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران آنکولوژی رابطه مثبت معنی‌دار مشاهده شد. فشارهای روانی، پریشانی میانگین نمره پریشانی اخلاقی در آنکولوژی (۳۷/۵۰±۱۲۵/۵۴) و پرستاران و ارتقای سطح خستگی شفقت در حد پایین (۳۱/۵۰±۹/۲۳) بود. مهمی دارند.	برگزاری کارگاه‌های آموزشی اخلاق و تدریس راهبردهای مقابله‌ای و روان‌شناختی به منظور کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران مؤثر بوده و تقویت مهارت‌های ارتباط مؤثر ابزاری مهم در مدیریت موقعیت‌های پیچیده بالینی بالینی است.
Albaqawi و همکاران (۲۰۲۵ م، ۱۸)	تاب‌آوری، خستگی شفقت، پریشانی اخلاقی و آسیب اخلاقی پرستاران	عربستان سعودی	۵۱۱ نفر از پرستاران	توصیفی - مقطعی	ارتباط معنی‌دار و مثبت بین پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران وجود دارد و میزان پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت به ترتیب $1/05 \pm 3/17$ و $26/82 \pm 65/80$ می‌باشد.	روان‌پرستاران پریشانی اخلاقی را به میزان ۴۵ و خستگی شفقت را ۳۱ بیان می‌کنند؛ ارتباط معنی‌دار و اثر میانجی‌گر پریشانی اخلاقی بر خستگی شفقت نیز مورد تأیید است.
Shang و همکاران (۲۰۲۵ م، ۱۵)	بررسی اثر میانجی‌گری پریشانی اخلاقی در رابطه با خشونت شغلی و خستگی شفقت در روان پرستاران	چین	۶۶۵ نفر از پرستاران بخش روان	مقطعی با تحلیل میانجی‌گری	روان پرستاران پریشانی اخلاقی را به میزان ۴۵ و خستگی شفقت را ۳۱ بیان می‌کنند؛ ارتباط معنی‌دار و اثر میانجی‌گر پریشانی اخلاقی بر خستگی شفقت نیز مورد تأیید است.	

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
سلیمی و همکاران (۲۰۲۵ م.) (۲)	ارتباط بین پریشانی اخلاقی با خستگی از شفقت پرستاران بخش مراقبت ویژه در موقعیت‌های پایان عمر در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، ۱۴۰۳	ایران	۲۲۳ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و مراقبت ویژه قلبی	توصیفی - همبستگی	پرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه پریشانی اخلاقی بالا و خستگی شفقت متوسط داشتند (به ترتیب برابر با ۶۷/۳ درصد و ۶۳/۲ درصد). پریشانی اخلاقی رابطه قوی و مثبتی با خستگی شفقت داشت؛ سمت شغلی، ساعت کاری، شیفت صبح و سن سهم بیشتری در پیش‌بینی میزان پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران داشتند.	همکاری بین رشته‌ای و نگاه تیمی عاملی در کاهش فشار فردی است و کیفیت مراقبت را ارتقا می‌دهد.
Shereda Abo و همکاران (۲۰۲۵ م.) (۱۷)	بررسی رابطه بین خستگی شفقت، انگ و پریشانی اخلاقی در پرستاران روان‌پزشکی: یک مطالعه مدل‌سازی معادلات ساختاری	مصر	۱۴۲ نفر از پرستاران	توصیفی - مقطعی	روان پرستارانی که مجرد بوده، نسبت به پرستاران متأهل یا مطلقه سطح پایین‌تری از خستگی شفقت را تجربه می‌کنند، در مقابل پرستاران با مدرک کارشناسی ارشد یا سابقه کاری بین ۱ تا ۵ سال و بیشتر از ۱۰ سال سطح بالاتری از خستگی شفقت داشتند. همچنین پرستاران در تمامی گروه‌های سابقه کاری (۱ تا ۵ سال، ۵ تا ۱۰ سال و بیشتر از ۱۰ سال) با مدرک ارشد سطح بالاتری از پریشانی اخلاقی را بیان می‌کنند. همچنان رابطه معنادار بین پریشانی اخلاقی و خستگی از شفقت مورد تأیید است.	ایجاد محیطی آموزشی و حمایتی در سازمان‌های درمانی درمانی به منظور مواجهه بهتر پرستاران با چالش‌های اخلاقی، ضروری است. کارگاه‌های اخلاق و آموزش‌های مرتبط نیز راهبردی کلیدی است.

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
Alshammari و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۱۳)	عوامل مرتبط با فرسودگی شغلی، خستگی شفقت و پریشانی اخلاقی در پرستاران اورژانس: یک مطالعه مقطعی	عربستان سعودی	۲۹۰ نفر از پرستاران بخش اورژانس	مقطعی	پرستاران شاغل در اورژانس که سابقه کاری کمتر از پنج سال داشته‌اند، سطح بالاتری از پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت را گزارش می‌دهند. همچنین پرستاران جوان (زیر ۳۰ سال) نسبت به مسن، مرد نسبت به زن، پرستاران می‌شوند. بهبود شیفت کاری شب نسبت به سایر شیفت‌ها و با مدارج علمی بالاتر، بار کاری نیز بستری برای نسبت به پایین‌تر پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت بیشتری دارند، حرفه‌ای پرستاران است. در حالی که اگر پرستاران مورد حمایت جامعه باشند، خستگی شفقت کمتری را درک می‌کنند.	آموزش‌های هدفمند موجب ارتقای آگاهی و مهارت تصمیم‌گیری
کریم‌الهی و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۱۴)	همبستگی بین پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران بخش اورژانس: یک مطالعه مقطعی از استان اردبیل، ایران	ایران	۲۶۲ نفر از پرستاران بخش اورژانس	توصیفی - همبستگی	میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران بیمارستان‌های دولتی بیشتر از بیمارستان‌های خصوصی (به ترتیب $2/12 \pm 0/68$ و $1/72 \pm 0/43$) است؛ خستگی شفقت پرستاران پایین‌ترین مقدار خود بوده، همچنین ارتباط مثبت و معنی‌دار بین پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت گزارش شده است. پرستارانی که خستگی شفقت بیشتری دارند، به مرور تمایل کمتری برای ارتباط و تعامل با بیماران و خانواده آن‌ها از خود نشان می‌دهند. همچنین پرستاران با پریشانی اخلاقی بیشتر به کار خود بی‌میل شده و مراقبت از بیماران را در معرض خطر قرار می‌گیرد.	فرهنگ سازمانی و حمایت تیمی در کاهش پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت جایگاه ویژه‌ای داشته و حمایت اجتماعی و بهبود شرایط کاری مانند رضایت از حقوق دریافتی و بار کاری مناسب به عنوان پیش نیازهای حفظ انگیزه و سلامت روان پرستاران هستند.

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
Yin و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۲۲)	درک کنش متقابل خستگی شفقت و تاب‌آوری اخلاقی بر پیشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه: یک مطالعه مقطعی	چین	۶۱۲ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه	مقطعی	ارتباط معنی‌دار بین پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت، پرستاران را از نظر خستگی شفقت به سه گروه کم، متوسط و بالا طبقه‌بندی نمودند و دریافتند جنسیت زن، سن بین ۳۰ تا ۴۹ سال و عدم رضایت از حقوق دریافتی با سطح بالایی از خستگی شفقت در ارتباط است. همچنین پرستارانی که مدرک کارشناسی ندارند، خستگی شفقت بیشتری دارند.	-
Kaya و همکاران (۲۰۲۳ م.) (۲۰)	رابطه بین پیشانی اخلاقی، خستگی شفقت و سطوح فرسودگی شغلی در روان پرستاران	ترکیه	۱۰۷ نفر از پرستاران بخش روان	توصیفی - همبستگی	پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی همچون سن، جنسیت، سابقه کاری و... ارتباط داشته و به ترتیب $1/23 \pm 1/65$ و $1/75 \pm 1/0$ در روان پرستاران گزارش شده‌اند. میزان بالای پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران با قصد ترک شغل، محدود شدن خودمختاری حرفه‌ای و اقدامات مستقل پرستاران رابطه دارد.	-
حسینجانی‌زاده و همکاران (۲۰۲۲ م.) (۱۹)	ارتباط بین پیشانی اخلاقی، خستگی شفقت و تعارض کار - خانواده در پرستاران: بررسی نقش خود متمایزسازی به عنوان یک متغیر میانجی	ایران	۱۵۹ نفر از پرستاران	توصیفی - همبستگی	ضمن گزارش میزان و ارتباط مثبت پیشانی اخلاقی $(47/74 \pm 32/74)$ و خستگی شفقت $(11/75 \pm 3/88)$ در پرستاران، آن‌ها را چالش‌های قابل توجهی در حرفه پرستاری می‌دانند. پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت موجب تعارض بین کار و خانواده در پرستاران می‌شود به دنبال آن تنش‌های شغلی و نارضایتی شغلی در محیط کار افزایش پیدا کرده و حتی ممکن است آن را به خانواده انتقال دهند. روحیه حساس و آسیب‌پذیر، کاهش تعلق کاری،	ترکیب دو راهکار شامل ۱- بهبود شرایط معیشتی و کاهش فشار کاری؛ ۲- استقرار فرهنگ سازمانی که در آن یادگیری از خطاها و کار تیمی مورد تشویق قرار گیرد، در کاهش پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران کمک‌کننده است.

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها	
نوقانچی صالح و همکاران (۲۰۱۹ م) (۱۱)	پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان	ایران	۱۷۲ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان	توصیفی - همبستگی	افت اعتماد به نفس، ناامیدی، عصبانیت، ناراحتی از اینکه نمی‌توانند نیازهای بیماران را برطرف کنند، احساس ناتوانی در انجام وظایف، افزایش تعداد غیبت‌ها، استعفای زیاد در مقابل استخدام و اعتصاب‌های پر سر و صدا از دیگر پیامدهای منفی پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران هستند.		
					بررسی این دو چالش در پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان، میانگین نمره پریشانی اخلاقی در دامنه ۵-۰ در بعد تکرار $2/01 \pm 0/62$ و در بعد شدت $3/11 \pm 0/89$ و میانگین نمره خستگی شفقت در دامنه ۶-۰ برابر با $3/94 \pm 0/50$ بود که در سطح نرمال تا بالا قرار دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که بین شدت پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد ($P=0.001$) و $r=0.436$. همچنین همبستگی معناداری بین سن ($r=0.22$)، سابقه پرستاری ($r=0.24$) و تجربه کاری در بخش مراقبت ویژه نوزادان ($r=0.187$) با خستگی شفقت یافت شد. بر اساس نتایج مطالعه، پریشانی اخلاقی شدید می‌تواند با خستگی شفقت مرتبط باشد.		

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
Saechao و همکاران (۲۰۱۷ م.) (۱۰)	مداخلات بخش مراقبت ویژه برای کاهش پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران	انگلستان	۱۰۳ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه	گزارش مبتنی بر شواهد در محیط بالینی	با اجرای مداخلات آموزشی همچون باشگاه کتاب و برنامه بازآموزی میزان پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه را به مقدار قابل توجهی کاهش دادند. پرستاران در تمامی گروه‌های مطالعه رضایت و خرسندی خود را از بهبود وضعیت پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت و تیم پژوهش ابراز کرده‌اند.	توجه به ابعاد معنوی و اجتماعی پرستاران و به کارگیری آموزه‌های دینی و معنوی می‌تواند در شرایط دشوار منبعی برای تقویت امید و انگیزه و کاهش چریشانی اخلاقی و خستگی شفقت باشد.
محمدی و همکاران (۲۰۱۴ م.) (۲۱)	پیشانی اخلاقی و خستگی از ارائه مراقبت به بیمار: یک مطالعه ارتباطی در پرستاران	ایران	۲۶۰ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه	توصیفی - تحلیلی	ارتباط مثبت بین پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت در ۲۶۰ پرستار بخش‌های مراقبت ویژه شهر کرمان وجود داشته و میانگین نمره پیشانی اخلاقی در دامنه ۰ تا ۵ در بعد شدت $3/5 \pm 0/8$ و در بعد تکرار $3/9 \pm 0/55$ و میانگین نمره خستگی شفقت در دامنه ۰ تا $3/5 \pm 0/68$ بود.	-
Virginia و همکاران (۲۰۱۴ م.) (۹)	خستگی شفقت، پیشانی اخلاقی و اشتیاق کاری در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه جراحی تروما	ایالات متحده آمریکا	۳۴ نفر از پرستاران بخش مراقبت ویژه جراحی تروما	توصیفی - همبستگی	پیشانی اخلاقی را یک چالش مهم روان‌شناختی - شغلی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه جراحی دانسته و میانگین نمره زیرمقیاس موقعیت‌های پیشانی اخلاقی را $3/4$ گزارش کرده که میزان بالایی است. همچنین ۵۸ درصد پرستاران این بخش‌ها در خستگی شفقت نمره پایینی داشتند.	-
Maiden و همکاران (۲۰۱۱ م.) (۸)	پیشانی اخلاقی، خستگی از همدلی، و برداشت‌ها درباره خطاهای دارویی در پرستاران تأییدشده مراقبت‌های ویژه	ایالات متحده آمریکا	۲۰۵ نفر از پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه	کمی - کیفی	پرستاران سطح پایینی از خستگی شفقت $(13/82 \pm 6/55)$ و سطح بالایی از پیشانی اخلاقی $(1/36 \pm 1/13)$ داشتند، البته پرستارانی که قصد استعفا داشتند به تبع نمره بالاتری در خستگی شفقت گرفته‌اند؛ در عین حال رابطه معنادار و متوسط بین	-

نویسنده / سال انتشار	عنوان مطالعه	کشور	جمعیت و تعداد مورد مطالعه	نوع مطالعه	یافته‌های اصلی	راهکارها
					پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت تأیید شده است. پرستارانی که پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت بالاتری دارند، به تبع نسبت به پرستارانی که این دو مسأله بالینی مهم را در حد پایین‌تری دارند، خطای دارویی بیشتری را مرتکب می‌شوند.	

پیشنهاد شد، از جمله برگزاری کارگاه‌های اخلاق برای ارتقای تصمیم‌گیری حرفه‌ای، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و روان‌شناختی برای مدیریت فشارهای کاری، تقویت مهارت‌های ارتباط مؤثر و نگاه تیمی، ایجاد فرهنگ حمایتی در محیط کار به منظور کاهش اضطراب و افزایش اعتماد و بهره‌گیری از آموزه‌های معنوی برای تقویت تاب‌آوری و حفظ انگیزه پرستاران (۲، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۹-۱۶).

بحث

در این قسمت با توجه به بررسی مطالعات بازایی‌شده، مطالب در سه بخش اصلی: ۱- پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت؛ ۲- پیامدهای بالینی و حرفه‌ای؛ ۳- راهکارهای مبتنی بر شواهد به منظور بهبود پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

۱. **پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت:** نکته‌ای که در بررسی مطالعات دریافت شد، نشان داد پرستاران در کشورهای مختلف در معرض سطوح گوناگونی از پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت قرار دارند، به گونه‌ای که این میزان را می‌توان متوسط تا زیاد در پریشانی اخلاقی و پایین تا متوسط در خستگی شفقت در نظر گرفت (۹، ۱۱، ۱۶، ۲۱). در توضیح این نکته می‌توان چنین در نظر گرفت که پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت در ارتباط با یکدیگر بوده، رابطه مثبت و معناداری با هم داشته و پریشانی اخلاقی اثر میانجی‌گر بر

از مجموع ۱۵ مقاله منتخب، یافته‌ها نشان داد پرستاران در کشورهای مختلف سطوح متنوعی از پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت دارا هستند. به طور کلی، پریشانی اخلاقی در دامنه متوسط تا زیاد و خستگی شفقت در دامنه پایین تا متوسط گزارش شد. بررسی‌ها حاکی از آن بود که این دو پدیده رابطه‌ای مثبت و معنادار با یکدیگر دارند و پریشانی اخلاقی می‌تواند نقش میانجی در افزایش خستگی شفقت ایفا کند (۹، ۱۱، ۱۶، ۲۱).

عوامل فردی همچون سن، جنس، سابقه کاری، مدرک تحصیلی و وضعیت تأهل (۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۲) و عوامل سازمانی مانند سمت شغلی، شیفت کاری، رضایت از حقوق، حمایت اجتماعی و نوع بیمارستان، همگی در شدت این مشکلات نقش داشتند (۲، ۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲). پرستاران جوان و میانسال، افراد با مدرک تحصیلی بالاتر، مسئولان شیفت و پرستاران بخش‌های ویژه بیشترین میزان پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت را تجربه کردند. همچنین تفاوت بار کاری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، ساعات شیفت کاری و شرایط معیشتی پرستاران متأهل نسبت به مجرد، در نتایج منعکس شد (۱۳، ۱۴، ۱۷، ۱۹، ۲۲).

پیامدهای گزارش‌شده شامل کاهش سلامت روان، نارضایتی شغلی، افزایش غیبت، استعفا، اعتصاب و افت کیفیت مراقبت از بیماران بود (۸، ۱۴، ۲۱-۱۹). در نهایت، مجموعه‌ای از راهکارهای مبتنی بر شواهد برای کاهش این مشکلات

خستگی شفقت دارد، از طرفی هیچ یک در فضایی عاری از متغیرهای اثرگذار دیگر ظهور نمی‌کنند (۱۵). پرستاران جوان و میانسال بیشتر از پرستاران مسن خستگی شفقت و پیشانی اخلاقی را تجربه می‌کنند، احتمالاً چنین وضعیتی بیشتر به دلیل تجربه کاری محدود با موقعیت‌های حساس و بالینی مهم است، البته این پرستاران هنوز در حال شکل‌گیری هویت شغلی خود بوده و توانایی محدودی در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای در محیط کاری خود دارند (۱۳). علاوه بر سن، جنس هم تا حدودی پیش‌بینی‌کننده مهم دیگری است که در پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت بازنگر چند نقش کاملاً متفاوت است، به گونه‌ای که زنان و مردان به صورت یکسان پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت را تجربه می‌کنند، یعنی جنس هیچ تأثیری بر این دو مسأله ندارد (۲۰). در مقابل در بعضی مطالعات زنان نسبت به مردان خستگی شفقت یا پیشانی اخلاقی بالاتری داشته (۲۲) و در بعضی دیگر کاملاً عکس این مورد (۱۳) رخ می‌دهد؛ احتمالاً آموزش‌های گوناگون، قرارگیری در موقعیت‌های مختلف و سبک‌های شخصیتی متنوع ایجادکننده چنین تضادی می‌شوند. در کنار سن و جنسیت، سابقه کاری، مدرک تحصیلی، سمت شغلی، شیفت کاری، عدم رضایت از حقوق، وضعیت تأهل، حمایت اجتماعی، بیمارستان خصوصی یا دولتی و قصد استعفا نیز بر پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت اثر دارند.

سابقه کاری متغیری پیچیده است که نتایج متنوعی را ایجاد می‌کند، به صورتی که افراد با سابقه کاری بین ۵-۱ سال و بیشتر از ۱۰ سال سطح پایین‌تری در خستگی شفقت دارند، اما در ارتباط با پیشانی اخلاقی یا هیچ تأثیری نداشته یا در تمام گروه‌ها اعم از یک تا پنج سال، ۱۰-۵ سال و بیشتر از ۱۰ سال، در پایین‌ترین سطح است (۱۷). این وضعیت در موضوع مدرک تحصیلی کاملاً متفاوت است، به نحوی که افراد با مدرک پایین‌تر به تبع سطح بالاتری از خستگی شفقت دارند، در مقابل افراد با مدرک تحصیلی بالاتر، سطح بالاتری از پیشانی اخلاقی را نیز تجربه می‌کنند (۱۷، ۲۲).

Abo Shereda و همکاران (۲۰۱۹ م.) با مطالعه پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت در پرستاران دریافتند سمت شغلی

خصوصاً مسئول شیفت یا جانشین سر پرستار به دلیل همراه‌بودن با فشار کاری زیاد با سطوح بالایی از پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت در ارتباط هستند (۱۷)، افزون بر این، شیفت کاری هم بر دو وضعیت گفته‌شده اثرگذار است، به نحوی که برخی مطالعات بر این اعتقاد هستند که در شیفت صبح به دلیل اینکه تعامل با همراه بیمار زیاد بوده و عموم تصمیمات مهم در مورد بیماران همچون انتقال به بخش یا بیمارستان دیگر یا جراحی در این شیفت کاری اتخاذ می‌شود، پس محتمل است که پرستاران خستگی شفقت و پیشانی اخلاقی بیشتری را تجربه کنند (۲)، اما مطالعاتی هم این مورد را نقض کرده و بیان می‌کنند شیفت شب به دلیل اینکه بر چرخه زیستی و خواب پرستاران اثر دارد، پس با خستگی شفقت و پیشانی اخلاقی بیشتری همراه است (۱۳). تفاوت در ساعات شیفت کاری و بار کاری در کشورهای گوناگون نیز در تفسیر نتایج باید در نظر گرفته شود. همانطور که کریم‌اللهی و همکاران (۲۰۲۲ م.) اشاره می‌کنند که تفاوت در بار کاری در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی موجب تفاوت در میزان پیشانی اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران می‌شود، به نحوی که پرستاران در بیمارستان‌های دولتی میزان بالاتری را گزارش می‌دهند؛ بیمارستان‌های دولتی عموماً اولین خط مراجعه افراد مختلف جامعه چه کم‌درآمد، چه متوسط و چه با درآمد بالا از نظر درآمدی محسوب می‌شوند، لذا تعداد بیماران در هر شیفت کاری در مقایسه با بیمارستان‌های خصوصی که به طور متداول محل مراجعه افراد با درآمد بالا هستند، بیشتر است (۱۴). در کنار این بار کاری و تعداد بیمار زیاد، وضعیت حقوق پرستاران نیز اثر چشم‌گیری دارد، به صورتی که اگر رضایت از حقوق چه در بیمارستان‌های دولتی و چه خصوصی وجود داشته باشد، بار اضافی نگرانی‌های مالی از دوش پرستار برداشته شده و آمادگی روانی وی را برای مقابله با فشارهای عاطفی و اخلاقی محیط کار ارتقا می‌یابد. چالش‌های مربوط به میزان حقوق در افراد متأهل نسبت به مجرد نمود بیشتری داشته و به تبع به دلیل هزینه‌های زیاد زندگی، افراد متأهل نسبت به مجرد خستگی شفقت بیشتری دارند؛ حال اگر حمایت اجتماعی از پرستاران صورت بگیرد و

خود را از دست می‌دهد. این احساسات خود را به صورت ناتوانی در انجام وظایف نشان داده و تعداد غیبت‌ها را افزایش می‌دهند، به دنبال آن اخراج، استعفای زیاد در مقابل استخدام نیز یکی یکی پا به عرصه گذاشته و وضعیت را بیش از پیش پیچیده می‌کنند (۱۹).

نکته مهم این است که پرستاران درگیر با نارضایتی شغلی، به انجام کار خود بی‌میل بوده و بهتر می‌دانند که شغل خود را رها کنند، لذا مراقبت از بیماران نیز در معرض خطر قرار می‌گیرد (۱۴)؛ می‌توان متصور شد که پرستاران بی‌میل به انجام وظایف دیگر برایشان اهمیتی ندارد وضعیت بیمار چگونه است، حتی اگر مهم هم باشد، تمایلی به پیگیری و انجام درست وظایف خود ندارند (۱۹). بنابراین خطاهای دارویی و پرستاری و کناره‌گیری از امر مراقبت به دنبال هم رخ می‌دهند (۸). کناره‌گیری پرستار تعامل با بیمار و خانواده را کاهش داده و در نهایت خود مختاری حرفه‌ای و اقدامات پرستار در سایه پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت محدود خواهد شد (۱۴)، (۲۰).

۳. راهکارهای مبتنی بر شواهد به منظور بهبود پریشانی

اخلاقی و خستگی شفقت پرستاران: پرستاری به عنوان حرفه‌ای انسانی و حساس، نیازمند محیطی است که پرستاران بتوانند در مواجهه با چالش‌های اخلاقی و فشارهای روانی، از حمایت سازمانی و آموزشی برخوردار باشند (۱۷). نتایج مرور حاضر نشان می‌دهد که راهکارهایی همچون برگزاری کارگاه‌های اخلاق در مراکز درمانی، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و روان‌شناختی و ارتقای مهارت‌های ارتباط مؤثر می‌توانند نقش مهمی در کاهش پریشانی اخلاقی و خستگی از شفقت ایفا کنند (۱۳، ۱۷، ۱۸). این اقدامات نه تنها آگاهی پرستاران را نسبت به تصمیم‌گیری اخلاقی افزایش می‌دهد، بلکه توانایی آنان را در مدیریت موقعیت‌های پیچیده بالینی تقویت کرده و از بروز واکنش‌های عاطفی شدید جلوگیری می‌کند. ایجاد فرهنگ حمایتی در محیط کار که در آن مسئولیت‌ها به صورت تیمی پذیرفته می‌شوند و خطاها به عنوان فرصتی برای یادگیری تلقی می‌گردند، نیز از عوامل

نگرانی‌های آنها را در زمینه‌های گوناگون برطرف کند، طبیعی است که خستگی شفقت و پریشانی اخلاقی نیز به پایین‌ترین سطح خود خواهند رسید (۲۲).

از تجربیات کاری پرستاران در بخش‌های خاص نیز نباید غافل شد؛ پرستارانی که در بخش‌های مراقبت ویژه مشغول به کار هستند، بیشتر از سایرین رنج مداوم بیماران را دیده و ناتوانی خود را در بهبودی صددرصدی آنها احساس می‌کنند، لذا تجربه بیشتری در احساس خستگی شفقت و پریشانی اخلاقی خواهند داشت. به دنبال آن اگر در این شرایط قصد استعفا هم داشته باشند، تجربه دوصد چندان از این دو مسأله بالینی دارند (۱۴، ۱۹).

۲. پیامدهای بالینی و حرفه‌ای: همانطور که در پیش‌تر

اشاره شد، پریشانی اخلاقی و خستگی شفقت به عنوان دو مسأله بالینی مهم به صورت مستقیم بر سلامت روان پرستاران اثر داشته و پیامدهای بالینی و حرفه‌ای متفاوتی را سبب می‌شوند. حرفه پرستاری به دلیل مواجهه و رویارویی مداوم با درد و رنج بیماران منجر به روحیه حساس و آسیب‌پذیر در کارکنان خود می‌شود، پرستاری که راه درست را می‌داند، اما شرایط سازمانی یا محدودیت‌های گوناگون به او اجازه آزادی عمل بیشتر را نمی‌دهند، به تدریج نارضایتی از شغل را در محیط کار نشان داده و این نارضایتی حتی به خانواده نیز منتقل خواهد شد (۲۱). روابط خانوادگی در سایه وضعیت شغلی پرستار و خستگی ذهنی او مختل شده و شاید اینجاست که اولین تعارض بین کار و خانواده خود را نشان می‌دهد؛ این تعارض هنگامی به اوج می‌رسد که نه خانواده حامی باشد و نه پرستار تمایلی به ترک شغل علیرغم تمام نارضایتی‌ها داشته باشد، هیچ یک از طرفین نمی‌تواند طرف مقابل را یاری کرده یا وضعیت ایجادشده را درک کند. این تضاد و تعارض در محیط خانواده، با پرستار همراه شده و به ناچار در محیط کاری نیز خود را به صورت کاهش تعلق کاری نشان می‌دهد؛ پرستاری که تا پیش از این، تمام تلاش خود را در جهت رفع نیازهای بیماران قرار داده، اکنون ناامید، عصبی و ناراحت از وضعیت پیش‌آمده است و اعتماد به نفس

کلیدی در ارتقای تاب‌آوری و اعتماد میان کارکنان است (۱۴، ۱۹).

در کنار این مداخلات سازمانی، توجه به ابعاد معنوی و اجتماعی پرستاران اهمیت ویژه‌ای دارد (۱۰). بهره‌گیری از آموزه‌های معنوی و دینی می‌تواند به تقویت امید و انگیزه در شرایط دشوار بالینی کمک کند و نگاه تیمی و همکاری بین‌رشته‌ای، فشار فردی را کاهش داده و کیفیت مراقبت را ارتقا دهد (۲، ۱۰، ۱۶). همچنین حمایت اجتماعی و بهبود شرایط معیشتی پرستاران، از جمله رضایت از حقوق و کاهش بار کاری، زمینه‌ای فراهم می‌آورد تا آنان بتوانند با انرژی و انگیزه بیشتری به وظایف حرفه‌ای خود بپردازند (۱۳، ۱۴، ۱۹). در مجموع، ترکیب این راهکارها تصویری روشن از مسیرهای عملی برای کاهش پیشانی اخلاقی و خستگی از شفقت ارائه می‌دهد و می‌تواند به ارتقای سلامت روان پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران منجر شود. محدودیت‌های این مطالعه شامل محرومیت از برخی پایگاه‌های اطلاعاتی به دلیل مشکلات دسترسی و نیز حذف اجباری مقالاتی بود که متن کامل آن‌ها در دسترس نبود. توجه به اینکه اکثر پژوهش‌های موجود در این حوزه ماهیت توصیفی - همبستگی دارند، لازم است مطالعات آتی با طراحی مداخله‌ای، به بررسی عمیق‌تر پیشانی اخلاقی، خستگی شفقت و تبعات بالینی و حرفه‌ای آن‌ها در جامعه پرستاری بپردازند.

نتیجه‌گیری

پرستاران در محیط‌های بالینی روزانه با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که علیرغم آگاهی از راهکار صحیح، به دلیل محدودیت‌های سازمانی قادر به اجرای آن نیستند؛ این شرایط زمینه‌ساز پیشانی اخلاقی و بروز واکنش‌های عاطفی و روانی مانند گریه، خشم، اندوه یا اختلال در انجام وظایف می‌شود و در نهایت به عدم تعادل روانی در برخورد با موقعیت‌های حساس منجر خواهد شد. همزمان، مواجهه مداوم با رنج بیماران نوعی سرخوردگی ایجاد می‌کند که به عنوان خستگی از شفقت شناخته شده و پیامدهایی چون فرسودگی شغلی و

ترک حرفه را در پی دارد. این دو پدیده نه تنها سلامت روان پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیماران را نیز کاهش می‌دهند و توجه ویژه به آن‌ها ضروری است. راهکارهایی همچون برگزاری کارگاه‌های اخلاق برای ارتقای تصمیم‌گیری حرفه‌ای، آموزش راهبردهای مقابله‌ای و روان‌شناختی، ارتقای مهارت‌های ارتباط مؤثر، ایجاد فرهنگ حمایتی در محیط کار، تقویت نگاه تیمی و بهره‌گیری از آموزه‌های معنوی می‌توانند تاب‌آوری پرستاران را افزایش داده و کیفیت مراقبت را ارتقا بخشند. بنابراین تمرکز بر این اقدامات به بهبود سلامت روان پرستاران، کاهش فرسودگی و ارتقای کارایی نظام سلامت منجر شود و امری ضروری است.

مشارکت نویسندگان

راجله رجبی: طراحی مطالعه، جستجوی منابع، تحلیل داده‌ها، نگارش بخش‌های اصلی مقاله، ویرایش نهایی مقاله. فاطمه اخلاقی: تدوین چهارچوب نظری، ترجمه و تحلیل مقالات فارسی و انگلیسی، نگارش چکیده و نتیجه‌گیری، ویرایش مقاله. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

برای کمک در فرآیند تحقیق و نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

- Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Bazrafshan M-R, Mohammadi M. The severity of moral distress in nurses: a systematic review and meta-analysis. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2022;17(1):1-14.
- Salimi M, Jadid Milani M, Norouzadeh R. The Relationship Between Moral Distress and Compassion Fatigue Among Intensive Care Unit Nurses in End-of-Life Situations in Teaching Hospitals of Tehran, 2024. *Nursing and Midwifery Journal*. 2024;22(11):954-64. [Persian]
- Nazari AM, Soleimani Nejadian S. Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction and Job Burnout in Emergency Department Nurses: A Systematic Review Study. *Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2023;17(48):e16. [Persian]
- Hekmat Afshar M, Jouybari L, Sanagoo A, Kalantari S. Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies. *Journal of Education and Ethic in Nursing*. 2012;1(1):22-7. [Persian]
- Jameton A. *Nursing practice, the ethical issues*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice-Hall; 1984.
- Wilkinson JM. Moral distress in nursing practice: experience and effect. *Nursing Forum*. 1988;23(1):16-29.
- Abbaszadeh A, Borhani F, Hoseinabadi Farahani MJ, Ghasemi E, Naderi Ravesh N. Moral distress among nurses of Shahid Beheshti University of medical sciences hospitals in 2013. *Journal of Medical Ethics*. 2015; 8(29): 129-43. [Persian]
- Maiden J, Georges JM, Connelly CD. Moral distress, compassion fatigue, and perceptions about medication errors in certified critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2011;30(6):339-45.
- Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, et al. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2014;33(4):215-25.
- Saechao N, Anderson A, Connor B. In our unit: ICU interventions for moral distress and compassion fatigue. *Nursing2020 Critical Care*. 2017;12(1):5-8.
- Noghanchi Saleh Z, Loghmani L, Rasouli M, Nasiri M, Borhani F. Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019;16(2):em116.
- Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22(4):116-20.
- Alshammari S, Sankarapandian C, Pasay an E, Alshammari A, Gonzales A, Gutierrez J, et al. A predictive study of factors associated with burnout, compassion fatigue, and moral distress among emergency nurses. *Scientific Reports*. 2025;15(1):1-9.
- Karimollahi M, Mazaheri E, Khangah HA, Pourhamzeh S. Correlation between moral distress and compassion fatigue in the emergency department nurses: A cross-sectional study from Ardabil Province, Iran. *Journal of Education and Health Promotion*. 2024;13(1):356.
- Li J, Qiu Y, Shang C, Yan F. The mediating effect of moral distress on workplace violence and compassion fatigue in psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2025;57:151911.
- Zare-Kaseb A, Borhani F, Abbaszadeh A, Nazari AM. Moral distress, ethical climate, and compassion fatigue among oncology nurses: the mediating role of moral distress. *BMC Nursing*. 2025;24(1):15.
- Abo Shereda HM, Alqhtani SS, Alyami AH, Alghamdi HM, Ahmed MIO, Alsalah NA, et al. Exploring the relationship between compassion fatigue, stigma, and moral distress among psychiatric nurses: a structural equation modeling study. *BMC Nursing*. 2025;24(1):163.
- Albaqawi HM, Alshammari MH. Resilience, compassion fatigue, moral distress and moral injury of nurses. *Nursing Ethics*. 2025;32(3):798-813.
- Hosseinjanizadeh M, Rezapour Mirsaleh Y, Behjati F, Bagheriayn M. The Mediating Role of Self-Differentiation in the Relationship Between Moral Distress, Compassions Fatigue and Work-family Conflict in Nurses. *Iranian Journal of Nursing*. 2022; 35(137):290-303. [Persian]
- Kaya E, Günay Molu N. Relationship between moral distress, compassion fatigue, and burnout levels of psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2023;14(2):103-11.
- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh L, Roshanzadeh M. Moral distress and compassion fatigue in patient care: a correlational study on nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;7(2):47-57. [Persian]
- Yin J, Zhao L, Zhang N, Xia H. Understanding the interplay of compassion fatigue and moral resilience on moral distress in ICU nurses: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1402532.