

Medical Ethics and Law
Research Center

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

2025; 19: e12

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Moral Distress and It's Associated Factors Among Oncology Unit Nurses: A Descriptive Cross-Sectional Study

Faezeh Ehsanfar¹, Mohaddeseh Mohsenpour^{2*}

1. Department of Community Health Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2. Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Moral distress refers to the psychological discomfort that arises when nurses recognize the ethically appropriate course of action but are unable to act accordingly due to organizational or systemic constraints. It represents a substantial component of occupational stress in nursing practice. This study aimed to determine the frequency and intensity of moral distress and to examine its associated factors among nurses working in oncology units of teaching hospitals in Mashhad in 2025.

Methods: In this descriptive cross-sectional study, 100 nurses employed in oncology units of teaching hospitals in Mashhad were recruited using a two-stage cluster and convenience sampling approach. Data were collected using a demographic questionnaire and the Moral Distress Scale-Revised (MDS-R). Statistical analyses were conducted using SPSS 26. Descriptive statistics were calculated, and appropriate inferential tests were applied to examine associations between variables.

Ethical Considerations: Participation was voluntary, and principles of confidentiality and non-maleficence, as well as established ethical standards, were strictly maintained. The study protocol was approved by the Ethics Committee of Mashhad University of Medical Sciences, and the research was conducted in accordance with its oversight.

Results: Of the 100 participants, 65% (n=65) were female and 35% (n=35) were male. The mean age was 34.1±7.96 years. The mean score for the frequency of moral distress was 41.09±17.32, while the mean intensity score was 48.84±18.13. Notably, 59% of nurses reported an intention to leave the nursing profession. No statistically significant differences were found between male and female nurses regarding the frequency or intensity of moral distress (p>0.05). Furthermore, age and years of professional experience demonstrated weak and non-significant correlations with both frequency and intensity of moral distress (r <0.2, p>0.05).

Conclusion: The elevated levels of moral distress and the substantial proportion of oncology unit nurses in Mashhad expressing an intention to leave the profession underscore the urgent need for organizational-level interventions within these settings. Future research should further examine organizational and individual determinants of moral distress to inform targeted strategies aimed at sustaining the oncology-nursing workforce.

Keywords: Moral Distress; Nurses; Oncology Units

Corresponding Author: Mohaddeseh Mohsenpour; **Email:** mohsenpourmh@mums.ac.ir

Received: November 24, 2025; **Accepted:** February 27, 2026; **Published Online:** March 18, 2026


Please cite this article as:

Ehsanfar F, Mohsenpour M. Moral Distress and It's Associated Factors Among Oncology Unit Nurses: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 19: e12.



دیسترس اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های انکولوژی:

یک مطالعه توصیفی مقطعی

فائزه احسان‌فر^۱، محدثه محسن‌پور^{۲*} 

۱. گروه پرستاری سلامت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

۲. مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیسترس اخلاقی به احساسات پریشان‌کننده‌ای اطلاق می‌شود که در شرایطی بروز می‌یابد که پرستاران، علیرغم آگاهی از عمل صحیح اخلاقی، به دلیل موانع سازمانی قادر به انجام آن نیستند. دیسترس اخلاقی بخش مهمی از استرس‌های شغلی پرستاران را تشکیل می‌دهند. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ انجام شد.

روش: در این پژوهش توصیفی - مقطعی، ۱۰۰ پرستار شاغل در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های بزرگ آموزشی شهر مشهد با استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و Moral Distress Scale-Revised با نمونه‌گیری دومرحله‌ای خوشه‌ای و در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS 26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. آمار توصیفی و آزمون‌های تحلیلی مناسب برای تعیین ارتباط بین متغیرها بکار برده شد.

ملاحظات اخلاقی: محرمانگی داده‌ها، داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه و عدم ضرر و اخلاق نشر در پژوهش حاضر رعایت شد. طرح پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شد و پژوهش تحت نظارت این کمیته انجام شد.

یافته‌ها: از ۱۰۰ نفر شرکت‌کننده، ۶۵ درصد (۶۵ نفر) زن و ۳۵ درصد (۳۵ نفر) مرد بودند و میانگین سن آنان $34/1 \pm 7/96$ بود. میانگین نمره فراوانی دیسترس اخلاقی $41/09 \pm 17/32$ و میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی $48/084 \pm 18/13$ بود. ۵۹ درصد از شرکت‌کنندگان قصد ترک حرفه پرستاری را داشتند. میانگین نمره فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در مردان و زنان تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). همچنین ارتباط سن و سابقه کار پرستاران با نمرات فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی ارتباط آماری ضعیف و غیر معنی‌داری داشت ($p > 0/05$, $r < 0/2$).

نتیجه‌گیری: میزان بالای دیسترس اخلاقی و تمایل قابل توجه به ترک شغل در پرستاران بخش‌های انکولوژی مشهد، لزوم مداخلات سازمانی مانند بهبود جو اخلاقی، تقویت تاب‌آوری و ارائه حمایت روان‌شناختی را برجسته می‌سازد. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده نقش عوامل سازمانی و فردی را در کاهش دیسترس اخلاقی و حفظ نیروی انسانی بررسی کنند.

واژگان کلیدی: دیسترس اخلاقی؛ پرستاران؛ بخش‌های انکولوژی

نویسنده مسئول: محدثه محسن‌پور؛ پست الکترونیک: mohsenpourmh@mums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۱۲/۲۷

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

Ehsanfar F, Mohsenpour M. Moral Distress and It's Associated Factors Among Oncology Unit Nurses: A Descriptive Cross-Sectional Study. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 19: e12.

مقدمه

پرستاری یکی از ارکان اساسی نظام سلامت است که با هدف ارتقای کیفیت زندگی انسان‌هایی که در شرایط ناتوانی نیازمند مراقبت هستند، شکل گرفته است (۱). این حرفه ذاتاً متعهد به رعایت اصول اخلاقی نظیر احترام به کرامت انسان، حق انتخاب، ترجیحات فرهنگی و عدالت در ارائه خدمات است. با رشد دانش تخصصی، استقلال حرفه‌ای پرستاران افزایش یافته و آن‌ها در مواجهه با موقعیت‌های پیچیده اخلاقی، نقش‌های تصمیم‌گیرنده‌تری یافته‌اند (۲). به موازات این تحول، موضوع دیسترس اخلاقی در میان پرستاران به یکی از دغدغه‌های مهم نظام سلامت و پژوهشگران تبدیل شده است (۳، ۴). دیسترس اخلاقی، اولین بار در دهه ۱۹۸۰ توسط Jim Ton تعریف شد و به عنوان حالتی تعریف می‌شود که در آن پرستار از نظر اخلاقی می‌داند چه اقدامی درست است، اما به واسطه محدودیت‌های سازمانی یا شرایط بالینی، قادر به انجام آن نیست (۵). این مفهوم به طور خاص در پرستاری به عنوان یک عدم تعادل روانی تعریف می‌شود که نتیجه آن احساسات دردناکی برای پرستاران است (۶، ۷). این مسائل اخلاقی، بخش مهمی از استرس‌های شغلی پرستاران را تشکیل می‌دهند (۸). اهداف حرفه‌ای پرستاران، پیروی از اصول و قواعدی هستند که ناکامی در این مسیر، به طور ناخواسته می‌تواند منجر به تجربه دیسترس اخلاقی در پرستاران شود (۹). پرستاران باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا باشند و حقوق بیماران را محترم شمارند. عدم توانایی در مواجهه با مشکلات اخلاقی می‌تواند منجر به ازهم‌گسیختگی اخلاقی و روانی پرستاران و قصد ترک حرفه یا تغییر جایگاه کاری شود. پرستاران باید از بیماران آسیب‌پذیر حمایت کنند و پرستاران آسیب‌دیده نمی‌توانند به خوبی این کار را انجام دهند (۲). این نوع دیسترس می‌تواند به احساساتی مانند خشم، گناه، ندامت منجر شود و در نتیجه به سلامت روانی و کیفیت زندگی کاری پرستاران آسیب بزند (۲).

پرستاران بخش‌های مرتبط با بیماران بدحال به علت تصمیمات دشوار مرتبط با پایان عمر و درمان‌های تهاجمی بیشتر در معرض دیسترس اخلاقی قرار دارند (۱۰). بین

دیسترس اخلاقی و کارکردن در بخش‌های حساس و ویژه ارتباط معناداری وجود دارد (۳). عوامل مؤثر در بروز دیسترس اخلاقی در پرستاران شامل حجم کاری زیاد، کمبود نیروی متخصص و آموزش‌دیده، سیاست‌های نادرست سازمانی، درمان‌های ناکافی و آزمایشات غیر ضروری و طولانی‌ترشدن زمان مرگ بدون کسب رضایت از بیمار و خانواده‌اش می‌باشند (۷). دیسترس اخلاقی، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت زیادی در حیطه‌های مربوط به نظام سلامت و پرستار و بیماران به دنبال دارد که باعث ایجاد احساساتی همچون افزایش ناراضی‌ت‌های شغلی، غیبت از کار، جا به جایی در بخش‌ها و حتی ترک حرفه می‌گردد. مطالعه‌ای نشان می‌دهد که حدود ۲۵ تا ۴۵ درصد از پرستاران به علت دیسترس اخلاقی از بخش‌های مختلف جا به جا شده‌اند و ۲۵ تا ۴۵ درصد از آن‌ها حرفه پرستاری را رها کرده‌اند (۴). اثرات دیسترس اخلاقی شامل افسردگی، اجتناب از مراقبت بیمار، نادیده‌گرفتن دستورات پزشکان، کابوس‌های شبانه، تپش قلب، و درد گردن می‌باشد (۱۱، ۱۲). با این حال، توجه مدیران به دیسترس اخلاقی ممکن است اثرات مثبتی نیز داشته باشد و با ترویج ارزش‌های مثبت، نسبت به ارتقای کیفیت مراقبت از بیماران و رشد حرفه پرستاری همراه شود (۱۳). مطالعه‌ای بیان می‌کند که از هر سه پرستار یک نفر دیسترس اخلاقی را تجربه کرده است (۱۴) و در مطالعه‌ای دیگر یافته‌ها از ابتلای ۶۷ درصد پرستاران بخش‌های ویژه به دیسترس اخلاقی خبر می‌دهد (۱۵). پرستارانی که در کشورهای در حال توسعه فعالیت می‌کنند، نسبت به پرستاران شاغل در کشورهای پیشرفته سطوح بالاتری از دیسترس اخلاقی را گزارش داده‌اند (۱۶).

بخش‌های انکولوژی به دلیل ویژگی خاص بیماران، نوع درمان‌ها و ماهیت مراقبت‌های پایان عمر، از جمله محیط‌های پرچالش برای پرستاران به شمار می‌روند. دیسترس اخلاقی در میان پرستاران به ویژه در بخش‌های انکولوژی به دلیل مواجهه مستمر با بیماران با شرایط بحرانی و پایان عمر شایع است (۱۰). در مطالعه هادی‌زاده کاشانی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) که در بخش‌های سرطان بیمارستان سیدالشهدای اصفهان بر روی ۲۱۴ پرستار صورت گرفت، نشان داد که میانگین نمره

فراوانی دیسترس اخلاقی پرستاران بالا و شدت دیسترس اخلاقی نیز بالا بود. همچنین تأکید کرد که جو اخلاقی سازمانی تأثیر به‌سزایی بر دیسترس اخلاقی پرستاران دارد (۱۷). پرداختن به مسأله دیسترس اخلاقی در محیط‌های کاری پرستاری از اهمیت بالایی برخوردار است (۱۸). بررسی موقعیت‌های دیسترس اخلاقی در پرستاران در بخش‌های مختلف درمانی و تعیین فراوانی و شدت این موقعیت‌ها می‌تواند به شناسایی نیازهای پرستاران برای مقابله با این تهدید اخلاقی مفید باشد. با توجه به اینکه مشهود یکی از قطب‌های گردشگری سلامت می‌باشد و دارای بیمارستان‌ها و بخش‌های تخصصی مراقبت و درمان بیماران مبتلا به سرطان است، لذا بررسی شیوع دیسترس در این بخش‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است و نیازمند برنامه‌ریزی اساسی و به موقع توسط سیاستگذاران در این زمینه است (۱۹). زیرا نیروی کار راضی و سالم مراقبت بهتر و باکیفیت‌تری را ارائه می‌دهد (۲۰). با توجه به تفاوت‌های احتمالی ویژگی‌های دموگرافیک، فرهنگی و مذهبی بیماران و پرستاران بخش‌های انکولوژی در بیمارستان‌های مشهد بررسی فراوانی و شدت موقعیت‌های ایجادکننده دیسترس اخلاقی در این بخش‌ها می‌تواند اطلاعات مفیدی در مورد نیازهای آموزشی و مداخلات کمک‌کننده برای رفع این مشکل فراهم آورد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های مشهد در سال ۱۴۰۴ طراحی شد.

روش

پژوهش حاضر برای بررسی میزان دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های مشهد در سال ۱۴۰۴ با روش مقطعی با رویکرد توصیفی - مقطعی طراحی شد. محیط پژوهش شامل بیمارستان تخصصی سرطان امید و بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی مراقبت بیماران سرطانی در دو بیمارستان بزرگ آموزشی شهر مشهد بود. این بیمارستان‌ها به دلیل ویژگی‌های تنوع فرهنگی و نژادی

بیماران بستری، مراقبت‌های تخصصی و فوق تخصصی ارائه‌شده در بخش‌های آن و تجربه غنی پرستاران شاغل در بخش‌ها انتخاب شدند. هر سه بیمارستان دارای مجوز گردشگری سلامت و بخش‌های بین‌المللی و عمومی هستند. حجم نمونه بر اساس مطالعه عامری و همکاران (۲۰۱۶ م.) (۲۱) و با در نظر گرفتن $d=0.1$ و با استفاده از نرم‌افزار PASS 26 و با در نظر گرفتن ریزش بازگشت ابزار برای متغیر فراوانی دیسترس اخلاقی ۹۴ نفر و برای متغیر شدت دیسترس اخلاقی ۶۳ نفر محاسبه شد که در نهایت عدد بزرگ‌تر ملاک نمونه‌گیری قرار گرفت. در نهایت با احتساب ۱۰ درصد ریزش در بازگشت پرسشنامه‌ها حجم نمونه نهایی ۱۰۵ نفر محاسبه شد. در پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر از پرستاران مشغول به کار در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های امید، امام رضا و قائم به صورت نمونه‌گیری دومرحله‌ای خوشه‌ای و در دسترس در مطالعه شرکت کردند و نرخ بازگشت پرسشنامه ۹۵/۲۳ درصد بود. ابتدا هر بیمارستان یک خوشه در نظر گرفته شد و از هر خوشه تعداد افراد لازم برای حجم نمونه (هر بیمارستان ۳۵ نفر)، مشخص شد. بعد از مشخص شدن تعداد نمونه‌های هر بیمارستان و هر بخش پژوهشگر پس از اخذ مجوزهای لازم از مراجع مربوطه و هماهنگی با مدیریت پرستاری بیمارستان‌های مورد مطالعه، به صورت حضوری (تیرماه تا شهریورماه ۱۴۰۴ ش.)، به بخش‌های انکولوژی مراجعه نمود. پس از توضیح اهداف پژوهش، روند اجرا و اطمینان از محرمانه‌ماندن اطلاعات، رضایت آگاهانه کتبی از هر یک از پرستاران اخذ شد، سپس پرسشنامه‌های چاپی (کاغذی) در اختیار آنان قرار گرفت و فرصت کافی (حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه) برای تکمیل آن در محیطی آرام و بدون مزاحمت در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌های تکمیل‌شده بلافاصله و به صورت محرمانه جمع‌آوری گردید.

شرایط ورود به مطالعه شامل شاغل بودن در حال حاضر پرستاران در بخش‌های انکولوژی بیمارستان، داشتن حداقل شش‌ماه سابقه کار در بخش‌های انکولوژی بیمارستان و داشتن حداقل مدرک کارشناسی بود. ابزار مطالعه پرسشنامه Moral Distress Scale - Revised (مقیاس دیسترس اخلاقی

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.MUMS.REC.1403.362). اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه که با هدف بررسی میزان فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ انجام شد، ۱۰۰ پرستار از بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های امام رضا و امید و قائم شرکت کردند. ۶۵ درصد (۶۵ نفر) از شرکت‌کنندگان زن و ۳۵ درصد (۳۵ نفر) مرد بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۲۳ تا ۵۲ سال با میانگین و انحراف معیار ۳۴/۱±۷/۹۶ سال متغیر بود. میانگین سابقه کاری پرستاران ۹/۷۹ سال (انحراف معیار: ۷/۱۰) با دامنه ۲ تا ۲۸ سال گزارش شد. میانگین نمره فراوانی دیسترس اخلاقی ۴۱/۰۹ (انحراف معیار: ۱۷/۳۲) با دامنه ۴ تا ۷۷ و در سطح متوسط و میانگین نمره شدت دیسترس اخلاقی ۴۸/۸۴ (انحراف معیار: ۱۸/۱۳) با دامنه ۶ تا ۸۸ و در سطح زیاد بود. بیشترین فراوانی دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های انکولوژی در سطح متوسط و بیشترین شدت دیسترس اخلاقی در سطح زیاد بود.

تجدید نظر شده) بود. این پرسشنامه شامل دو بخش است: بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیکی شامل سن، جنس، تحصیلات، نوع بخش محل خدمت، سابقه کار؛ بخش دوم شامل پرسشنامه دیسترس اخلاقی ۲۲ سؤالی است که دیسترس اخلاقی را از نظر میزان و دفعات وقوع می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از صفر تا چهار که یکی برای بررسی فراوانی دیسترس اخلاقی بوده و صفر به معنی «هرگز مواجه نشده‌ام» و چهار به معنی «بسیار زیاد مواجه شده‌ام» است و دیگری برای بررسی شدت دیسترس اخلاقی است که صفر به معنی «تنشی در من ایجاد نمی‌کند» و چهار به معنی «تنش زیادی در من ایجاد می‌کند» است. دامنه نمرات فرد بین صفر تا ۹۶ می‌باشد که هر چه نمره فرد بیشتر باشد، نشانه فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در وی است. نمره به دست آمده از کل پرسشنامه به صورت کم (۰-۲۴)، متوسط (۲۴/۱-۴۸)، زیاد (۴۸/۱-۷۲) و خیلی زیاد (۷۲/۱-۹۶) طبقه‌بندی شده است. پرسشنامه دیسترس اخلاقی توسط Corley و همکاران طراحی شده است (۲۲) و در مطالعه سلیمانی و همکاران در پرستاران ایرانی اعتبار یابی و تأیید شده است (۲۳). داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26، تحلیل شد. آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد استفاده شد. با آزمون کولموگروف اسمیرنوف توزیع نرمال فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی بررسی شد که هر دو متغیر از توزیع نرمال برخوردار بود و برای مقایسه‌ها از آزمون‌های آماری آزمون t و دقیق فیشر و برای بررسی ارتباط میان متغیرها از آزمون‌های پیرسون استفاده شد. سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ در آزمون‌های آماری در نظر گرفته شد.

جدول ۱: توزیع فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۱۴۰۴

توزیع شدت دیسترس اخلاقی		توزیع فراوانی دیسترس اخلاقی		دسته‌بندی نمره دیسترس اخلاقی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۱	۱۱	۱۹	۱۹	کم (۰-۲۴)
۳۲	۳۲	۴۳	۴۳	متوسط (۲۴/۱-۴۸)
۵۰	۵۰	۳۶	۳۶	زیاد (۴۸/۱-۷۲)
۷	۷	۲	۲	خیلی زیاد (۷۲/۱-۹۶)
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل

ترک کرده بودند. همچنین در حال حاضر ۵۹ درصد از پرستاران تصمیم به ترک شغل داشتند و ۴۱ درصد تصمیمی برای رها کردن این شغل ندارند (جدول ۲).

۵۱ درصد از شرکت‌کنندگان اظهار کردند که در گذشته به ترک شغل فکر کرده‌اند، اما اقدام نکرده‌اند. ۴۷ درصد از پرستاران هرگز به ترک یا رها کردن موقعیت خود فکر نکرده بودند. ۲ درصد از کل پرستاران یک‌بار موقعیت کاری خود را

جدول ۲: توزیع فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران بر حسب جنس و وضعیت تصمیم به ترک شغل در میان پرستاران

متغیر	فراوانی	نمره فراوانی دیسترس اخلاقی	نتیجه مقایسه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
جنس					
زن	۶۵	۳۹/۵۵ (۱۶/۷۳)	$t=1/212$	۵۱/۰۶ (۱۷/۵۶)	$t=1/685$
مرد	۳۵	۴۳/۹۴ (۱۸/۲۵)	$df=98$	۴۴/۷۱ (۱۸/۶۹)	$df=98$
			$p=0/229$		$p=0/095$
هرگز به ترک شغل فکر و اقدام نکرده‌ام.	۴۷	۳۷/۸۳ (۱۷/۴۹)		۴۶/۲۱ (۱۸/۶۶)	
فکر کرده‌ام. اقدام نکرده‌ام.	۵۱	۴۳/۴۱ (۱۶/۷۹)	$f=2/36$	۵۰/۹۴ (۱۷/۷۵)	$f=1/039$
موقعیت شغلی‌ام را واقعاً ترک کرده‌ام.	۲	۵۸/۵۰ (۱۲/۰۲)	$df=2$	۵۷/۰۰ (۹/۹۰)	$df=2$
			$p=0/099$		$p=0/358$
تصمیم به ترک شغل دارم.	۵۹	۴۴/۸۵ (۱۵/۹۹)	$t=2/68$	۵۰/۰۵ (۱۸/۰۹)	$t=0/800$
تصمیمی برای ترک شغل ندارم.	۴۱	۳۵/۶۸ (۱۷/۹۱)	$df=98$	۴۷/۰۹ (۱۸/۲۶)	$df=98$
			$p=0/009$		$p=0/426$

* آزمون تی مستقل؛ ** آزمون دقیق فیشر

اخلاقی و سابقه کار شرکت‌کنندگان ارتباط آماری ضعیف و غیر معنی‌دار مستقیم برقرار بود ($t=0/10$ ، $p=0/30$).

بحث

در این مطالعه که با هدف تعیین میزان فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ انجام شد، میزان دیسترس اخلاقی در میان پرستاران بخش‌های انکولوژی شهر مشهد در سطوح متوسط و شدت آن زیاد گزارش شد که نشان‌دهنده یک پدیده فراگیر و نگران‌کننده در این گروه تخصصی است. این نتایج با آمارهای مروری در میان پرستاران

میانگین نمره فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در مردان و زنان تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (جدول ۲). در بررسی ارتباط بین متغیرها آزمون پیرسون نشان داد بین نمره فراوانی دیسترس اخلاقی و سن شرکت‌کنندگان ارتباط آماری ضعیف و غیر معنی‌دار معکوس برقرار بود ($t=-0/11$ ، $p=0/27$). بین نمره شدت دیسترس اخلاقی و سن شرکت‌کنندگان ارتباط آماری ضعیف و غیر معنی‌دار معکوس برقرار بود ($t=-0/11$ ، $p=0/27$). بین نمره فراوانی دیسترس اخلاقی و سابقه کار شرکت‌کنندگان ارتباط آماری ضعیف و غیر معنی‌دار معکوس برقرار بود ($t=-0/04$ ، $p=0/66$). بین نمره شدت دیسترس

افزایش چشم‌گیر احتمال تصمیم به ترک همراه بوده است (۲۷). با توجه به اینکه کمبود نیروی پرستاری یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در سطح جهان است و کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نیست. این کمبود در بخش‌های تخصصی مانند انکولوژی که بیماران نیازمند مراقبت‌های پیچیده، مستمر و عاطفی هستند، شدت بیشتری می‌یابد و فشار مضاعفی بر پرستاران وارد می‌سازد (۲۸). در چنین شرایطی، حجم بالای کار، کمبود منابع و نبود حمایت کافی، منجر به بروز موقعیت‌های اخلاقی دشواری می‌شود که پرستاران امکان عمل به ارزش‌ها و باورهای حرفه‌ای خود را ندارند. این تعارض، به طور مستقیم با افزایش دیسترس اخلاقی مرتبط است (۲۹). دیسترس اخلاقی مداوم نه تنها به کاهش کیفیت مراقبت از بیمار منجر می‌شود، بلکه فرسودگی شغلی، خستگی عاطفی و احساس بی‌قدرتی را نیز در پرستاران تقویت می‌کند (۳۰). پیامد طبیعی این چرخه منفی، افزایش قصد ترک شغل و حتی سابقه واقعی ترک شغل است؛ موضوعی که به عنوان یک زنگ خطر جدی برای پایداری نظام سلامت شناخته می‌شود (۳۱). بررسی‌های مروری انجام‌شده در مطالعات بین‌المللی نشان داده است که پرستارانی که در معرض مداوم دیسترس اخلاقی قرار دارند، بیش از سایر همکارانشان به ترک شغل یا تغییر بخش‌های کاری تمایل نشان می‌دهند (۳۲). برای مثال، پژوهش‌هایی در کشورهای مختلف (از جمله ایالات متحده، کانادا و کشورهای آفریقایی) گزارش کرده‌اند که عواملی نظیر کمبود نیروی انسانی، فقدان حمایت سازمانی، احساس بی‌قدرتی در تصمیم‌گیری‌های بالینی و اعتماد به نفس پایین با افزایش معنادار قصد ترک شغل همراه هستند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که دیسترس اخلاقی صرفاً یک پدیده روان‌شناختی فردی نیست، بلکه پیامدهای سازمانی گسترده‌ای دارد (۳۲، ۳۳). در بستر ایران، این موضوع از اهمیت دوچندان برخوردار است، زیرا با وجود نیاز روزافزون به پرستاران متخصص، نرخ مهاجرت، ترک شغل یا تغییر شغل در میان پرستاران جوان رو به افزایش است. بنابراین نتایج مطالعه حاضر بر ضرورت توجه به عوامل سازمانی و روان‌شناختی مؤثر بر بقای شغلی پرستاران تأکید

ایرانی در برخی مطالعات قبلی مطابقت دارد؛ یکتا کوشعلی و همکاران (۲۰۱۸ م.) در یک متاآنالیز و مرور نظام‌مند در ایران گزارش کردند که میانگین فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی در پرستاران ایرانی در دامنه «زیاد تا خیلی زیاد» قرار دارد (۲۴). همچنین زارع کاسب (۲۰۲۵ م.) مطالعه‌ای در پرستاران انکولوژی در شهر تهران انجام داده‌اند که میانگین نمره دیسترس اخلاقی سطح بالایی از دیسترس اخلاقی را در این پرستاران تأیید کرده است (۲۵). این هم‌خوانی، دیسترس اخلاقی را به عنوان یک چالش فراگیر و نظام‌مند در محیط‌های ارائه خدمت پرستاری در ایران، به ویژه در بخش‌های با حساسیت اخلاقی بالا مانند انکولوژی، معرفی می‌کند. در سطح بین‌المللی و در میان کشورهای با افتار مشابه، مطالعه‌ای کیفی در ترکیه (۲۰۲۱ م.) با شناسایی چهار مضمون اصلی (نقص کیفیت مراقبت، مسائل اخلاق زیستی، چالش‌های درمانی و مشکلات ساختاری)، نشان می‌دهد که دیسترس اخلاقی در پرستاران انکولوژی پدیده‌ای چندبعدی و ریشه‌دار در تعامل عوامل فردی، بالینی و سازمانی است (۲۶). این یافته با موقعیت پرستاران در مطالعه حاضر که تحت فشار کاری سنگین و کمبود زمان هستند، هم‌خوانی عمیقی دارد و نشان می‌دهد چالش‌های ساختاری مشابهی در بخش‌های انکولوژی منطقه وجود دارد. مدیران پرستاری در هر دو سیستم بالین و آموزش پرستاری باید برنامه‌های منسجمی برای کاهش فراوانی موقعیت‌های دیسترس‌زا و افزایش توان پرستاران برای مقابله با شدت دیسترس اخلاقی طراحی نمایند. انجام پژوهش‌های منظم در فواصل زمانی مشخص برای تعیین موقعیت‌های ایجادکننده دیسترس اخلاقی می‌تواند به مدیران برای برنامه‌ریزی کمک کند.

در مطالعه حاضر بیش از نیمی از پرستاران اعلام کردند که قصد دارند از حرفه پرستاری کناره‌گیری کنند. این رقم بالاتر از میانگین گزارش‌شده در مطالعات بین‌المللی است. برای مثال در یک پژوهش در کره جنوبی (۲۰۲۴ م.) طی مرحله پایانی پاندمی کووید-۱۹ نشان داده شد که بین سطوح بالای دیسترس اخلاقی، فرسودگی شغلی و تصمیم به ترک ارتباط معناداری وجود دارد و هر یک واحد افزایش در دیسترس با

دارد. طراحی مداخلاتی مانند تقویت جو اخلاقی، کاهش فشار کاری، بهبود شرایط منابع انسانی و فراهم‌سازی حمایت سازمانی مؤثر می‌تواند در کاهش دیسترس اخلاقی، افزایش رضایت شغلی و درنهایت کاهش قصد ترک شغل نقش کلیدی ایفا کند (۳۴).

در مطالعه حاضر میزان فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی برحسب متغیرهای جمعیت شناختی، از جمله جنس، سن و سابقه کار تفاوت معنی‌داری نداشت. این یافته با برخی مطالعات دیگر ناهمسو است. به عنوان مثال، در پژوهشی در ایتوبی (۲۰۲۴ م.) گزارش شد که عوامل سازمانی نظیر احساس بی‌قدرتی، کمبود نیروی انسانی و حمایت سازمانی ضعیف، همراه با ویژگی‌های فردی مانند اعتماد به نفس پایین، با افزایش معنی‌دار دیسترس اخلاقی ارتباط داشتند (۳۵). شاید یکی از دلایل این تفاوت، تمرکز مطالعه فعلی بر بخش‌های انکولوژی با ساختارهای کاری و فرهنگ خاص منطقه‌ای باشد که تأثیر عوامل فردی را کاهش داده است. جو اخلاقی و خستگی عاطفی نیز در تکوین دیسترس اخلاقی نقش دارند. در مطالعه‌ای در ایران (۲۰۲۵ م.) مشخص شد که دیسترس اخلاقی به عنوان میانجی رابطه بین جو اخلاقی و خستگی عاطفی عمل می‌کند و بهبود جو اخلاقی با کاهش خستگی و دیسترس اخلاقی همراه است (۲۵). همچنین پژوهشی در یونان (۲۰۲۴ م.) نشان داد که تاب‌آوری اخلاقی می‌تواند به طور معناداری تصمیم به ترک و فرسودگی شغلی را کاهش دهد، به طوری که پرستارانی با تاب‌آوری بالاتر، احتمال تصمیم به ترک ۳۰ درصد کمتر داشتند (۳۶)، لذا با توجه به شیوع بالای دیسترس اخلاقی و تمایل قابل توجه کارکنان به ترک شغل، تدوین و اجرای برنامه‌های بهبود جو اخلاقی و تقویت تاب‌آوری در محیط‌های کاری ضروری به نظر می‌رسد. ارائه مشاوره حرفه‌ای و برگزاری جلسات بازاندیشی اخلاقی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش خستگی عاطفی و دیسترس کارکنان داشته و فرصت مناسبی برای بازنگری در تجارب شغلی فراهم سازد. همچنین انجام تحقیقات آینده با تمرکز بر نقش متغیرهای سازمانی همچون حمایت مدیریت و سیاست‌های بخش و متغیرهای فردی مانند موقعیت شغلی و

رضایت شغلی در ایجاد یا کاهش دیسترس اخلاقی و ارتباط آن با قصد ترک شغل می‌تواند در طراحی مداخلات مؤثر و کاربردی کمک‌کننده باشد. با توجه به این مقایسه‌ها، مطالعه حاضر تأکید می‌کند که برای حفظ نیروی انسانی ماهر در بخش‌های بحرانی مانند انکولوژی، علاوه بر سنجش مداوم دیسترس، باید به برنامه‌های تاب‌آوری و بهبود جو اخلاقی توجه ویژه شود.

این مطالعه در بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های شهر مشهد انجام شده و پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی توسط پرستاران تکمیل شده است، بنابراین ممکن است ویژگی‌های شخصیتی و شرایط تکمیل پرسشنامه در پاسخ نمونه‌ها مؤثر بوده باشد. خوانندگان باید این محدودیت را در تعمیم یافته‌ها در نظر بگیرند، اگرچه محققین سعی کردند این شرایط را با مراجعه حضوری و در نظر گرفتن زمان کافی برای تکمیل پرسشنامه در شرایط مناسب به طور مؤثر کنترل نمایند.

نتیجه‌گیری

فراوانی دیسترس اخلاقی پرستاران بخش‌های انکولوژی بیمارستان‌های مشهد در سطح متوسط و شدت دیسترس اخلاقی در این بخش‌ها از دیدگاه پرستاران در سطح زیاد بود. بیش از نیمی از پرستاران در گذشته به ترک شغل فکر کرده بودند و همچنان بیش از نیمی از آنان قصد ترک شغل داشتند. این یافته‌ها در برنامه‌ریزی مدیریتی و آموزشی پرستاران می‌تواند کمک‌کننده باشد. انجام مطالعات بیشتر برای اینکه مشخص شود چه سهمی از قصد ترک شغل پرستاران توسط دیسترس اخلاقی تعیین می‌شود و نقش سایر عوامل در این قصد چیست؟ ضرورت دارد. با توجه به یافته‌های فوق، به مدیران سیستم سلامت و پرستاری پیشنهاد می‌گردد بررسی میزان و شدت دیسترس اخلاقی و قصد ترک شغل و موقعیت را در سازمان‌های خود مرتب اندازه‌گیری و در صورت بلابودن آن از متخصصین مربوطه برای گنجاندن آموزش‌های عملی «مقابله با دیسترس اخلاقی» و «تاب‌آوری اخلاقی» در برنامه‌های آموزشی مداوم همه گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات

سلامت اقدام نمایند. پرستاران باید با ابزارهای شناختی و عملی برای مدیریت تعارضات اخلاقی آشنا شوند. فراهم‌سازی دسترسی به مشاوره و حمایت روانی، ایجاد خطوط مشاوره اختصاصی یا دسترسی به روان‌شناسان سازمانی برای پرستاران بخش‌های پراسترس برای ایجاد جو اخلاقی مثبت، ترغیب رهبری حمایتگر و سیاست‌هایی که در آن صدای پرستاران در مورد مسائل اخلاقی شنیده شده و مورد احترام قرار گیرد، باید مد نظر مدیران پرستاری باشد.

مشارکت نویسندگان

فائزه احسان‌فر: ایده‌پردازی، تهیه پیش‌نویس طرح، جمع‌آوری داده و تهیه پیش‌نویس مقاله و تأیید پروف نهایی. محدثه محسن‌پور: ایده‌پردازی، تأیید پیش‌نویس طرح، تحلیل داده و تأیید پیش‌نویس مقاله، ارتباط با مجله و پاسخ به داوران، تأیید پروف نهایی. 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

این تحقیق توسط معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: ۴۰۳۰۷۳۰).

بیانیه هوش مصنوعی

در انجام این پژوهش، از هیچ یک از ابزارهای هوش مصنوعی استفاده نشده است.

References

1. Wood E, King R, Taylor B, Robertson S, Senek M, Tod A, et al. Moral distress in advanced practice nurses during the COVID-19 pandemic. *Nursing Standard*. 2022;37:44-50.
2. Sedghi Goyaghaj N, Zoka A, Mohsenpour M. Moral sensitivity and moral distress correlation in nurses caring of patients with spinal cord injury. *Clinical Ethics*. 2022;17(1):51-6.
3. Hashemiparast M, Aliafsari Mamaghani E, Soleimani F. Severity and frequency of moral distress among nurses in clinical settings at teaching hospitals during the outbreak of COVID-19. *Hayat*. 2022;28(2):216-25. [Persian]
4. Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the issues: moral distress in health care. *HealthCare Ethics Committee Forum*. 2012;24:1-11.
5. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Dalmolin GdL, Tomaschewski JG. The experience of moral distress in nursing: the nurses' perception. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2012;46:681-8.
6. Giannetta N, Villa G, Bonetti L, Dionisi S, Pozza A, Rolandi S, et al. Moral distress scores of nurses working in intensive care units for adults using Corley's scale: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(17):10640.
7. Morley G, Bradbury-Jones C, Ives J. What is 'moral distress' in nursing? A feminist empirical bioethics study. *Nursing Ethics*. 2020;27(5):1297-314.
8. DeNisco SM. *Advanced practice nursing: Essential knowledge for the profession*. 5th Edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2023. p.25.
9. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*. 2002;9(6):636-50.
10. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*. 2021;28(5):590-602.
11. Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos*. 2006;69(1):16-23.
12. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2007;26(5):199-206.
13. Khosravani M, Solymani S, Mohsenpour M. Iranian perioperative nurses' lived experiences of moral distress: A phenomenological study. *Journal of Perioperative Practice*. 2025;35(11):544-52.
14. Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really known about them? *Nursing Ethics*. 2000;7(4):360-6.
15. Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA'S Healthcare Law, Ethics And Regulation*. 2008;10(4):94-7.
16. Alimoradi Z, Jafari E, Lin C-Y, Rajabi R, Marznaki ZH, Soodmand M, et al. Estimation of moral distress among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*. 2023;30(3):334-57.
17. Hadizadeh Kashani Z, Taleghani F, Shahriari M. The relationship between moral distress and organizational moral climate in nurse's cancer wards in Isfahan. *Education and Ethics In Nursing*. 2024;13(1-2):87-94. [Persian]
18. Mahdavi Fashtami S, Mohammadeh zadeh Zarankesh S, Esmailpour Bandboni M. Moral distress among emergency department nurses: Frequency, intensity, effect. *Medical Science Journal of Islamic Azad University-Tehran Medical Branch*. 2016;26(4):248-55. [Persian]
19. 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):13.
20. Abbasi K. Moral distress and the importance of data. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2022;115(8):283.
21. Ameri M, Kavousi A, Safavibayatneed Z. Moral distress of oncology nurses and morally distressing situations in oncology units. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2016;33(3):6-12.
22. 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.
23. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Panarello B. Psychometric evaluation of the moral distress scale-revised among Iranian nurses. *Nursing Ethics*. 2019;26:1226-42.
24. YektaKooshali MH, Esmailpour- Bandboni M, Andacheh M. Intensity and Frequency of Moral Distress among Iranian Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2018;12(2):e10606.
25. 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.
26. Özbaş AA, Kovanci MS, Köken AH. Moral distress in oncology nurses: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 2021;54:102038.
27. Lee JJ, Ji H, Lee S, Lee SE, Squires A. Moral Distress, Burnout, Turnover Intention, and Coping Strategies among Korean Nurses during the Late Stage of the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Method Study. *Journal of Nursing Management*. 2024;2024(1):5579322.
28. Kovanci MS, Atli Özbaş A. Moral resilience and intention to leave: Mediating effect of moral distress. *Nursing Ethics*. 2025;32(3):864-74.
29. Sheppard K, Smith C, Morgan MK, Wilmoth D, Toepp A, Rutledge C, et al. The Effect of Nursing Moral Distress on Intent to Leave Employment. *The Journal of Nursing Administration*. 2024;54(9):488-94.
30. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*. 2015;22(1):64-76.
31. Kim H, Kim H, Oh Y. Impact of ethical climate, moral distress, and moral sensitivity on turnover intention among haemodialysis nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*. 2023;22(1):55.
32. Ammari N, Gantare A. Ethical climate and turnover intention among nurses: A scoping review. *Nursing Ethics*. 2025;32(5):1434-57.
33. Al Qadire M, Ballad CAC, Al Omari O, Alkhalaileh M, Al Sabei S, Al Awaisi H, et al. Moral distress and intention to leave work among nurses: A prospective survey study in Oman. *British Journal of Healthcare Management*. 2024;30(1):40-51.
34. Hashemi E, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Relationship between Ethical Leadership, Moral Distress and Turnover Intention from the Nurses' Perspective. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2020;13(1):552-63.[Persian]
35. Getahun MS, Gurara AM, Bekele NT, Kumbi MM, Aboye IB, Zeleke MD, et al. Moral distress and associated factors among nurses working in central Ethiopia: A cross-sectional study. *Discover Social Science and Health*. 2024;4(1):15.
36. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vraika I, Siskou O, Konstantakopoulou O, et al. Moral Resilience Reduces Levels of Quiet Quitting, Job Burnout, and Turnover Intention among Nurses: Evidence in the Post COVID-19 Era. *Nursing Reports*. 2024;14(1):254-66.