بررسی ارتباط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران

فریبا کیقبادی[۱]، هاجر صادقی[۲*]، فرزانه کیقبادی[۱]، یاسر تبرایی[۳]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اساس حرفه‌ی پرستاری بر رعایت اخلاق است. تصمیم‌گیری‌های بالینی که پرستاران بیش‌تر با آن سروکار دارند، دربردارنده‌ی مواردی شامل بروز تعارضات در موضوعات اخلاقی است. آشفتگی اخلاقی از جمله پدیده‌های اخلاقی بوده و عامل درد، رنج، اضطراب، غم، آسیب و نگرانی روحی است. فرسودگی هیجانی به‌عنوان یکی از علل احتمالی ایجاد کننده پریشانی اخلاقی، همواره از پیامدهای مطرح برای استرس شغلی است که حتی یکی از علل مطرح برای کناره‌گیری پرستاران از شغلشان است. بدین جهت مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی ارتباط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران انجام شد.

در این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی ۲۶۵ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهر سبزوار با روش نمونه‌گیری در دسترس شرکت داشتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل مشخصات فردی، آشفتگی اخلاقی (در مطالعات دیگر روایی و پایایی آن ارزیابی شده است (آلفا کرونباخ ۰/۸۶)) و فرسودگی هیجانی بود که اعتبار آن از طریق اعتبار محتوا و پایایی آن با آزمون مجدد (r =۰/۸۴) تعیین شد. تجزیه و تحلیل دادها با استفاده از SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام شد. میانگین و انحراف معیار آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران به ترتیب ۴/۹۹ (۰/۹۱) و ۴/۱۷ (۱/۵۸) بود. همبستگی معنی‌داری بین آشفتگی اخلاقی با زمینه‌ی کاری پرستاری (بخش محل کار) دیده شد (rho= ۰/۳۳۸ ، P= ۰/۰۰۰). هم‌چنین، بین فرسودگی هیجانی با نوبت‌های کاری در گردش (rho= ۰/۳۸۵ ، P= ۰/۰۰۰) و بخش‌کاری (rho= -۰/۱۷۳ ، P= ۰/۰۳) و بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد هیجانی و روانی فرسودگی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود داشت (rho= ۰/۲۵۵ ، P= ۰/۰۰۱). یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران بالاتر از سطح متوسط است وآموزش، مشاوره و آشنایی پرستاران با این مؤلفه‌ها جهت توانمندی آن‌ها برای مواجهه با موقعیت‌های اخلاقی ضرورت دارد.

واژگان کلیدی: آشفتگی اخلاقی، اخلاق پرستاری، فرسودگی هیجانی

[۱] دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

[۲] مربی، کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اراک

[۳] کارشناسی ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

*** نشانی:** اراک، میدان بسیج، دانشگاه علوم پزشکی اراک، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۳،

Email: haj.sadeghi@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

مقدمه

فرسودگی هیجانی یکی از سه مؤلفه‌ی مطرح در حوزه‌ی فرسودگی شغلی است که Maslach و Jackson مطرح کرده‌اند و زمانی به وقوع می‌پیوندد که فشارهای متعدد ناشی از تقاضاهای شغلی در طول زمان موجب انباشت خستگی در فرد شود. از مهمترین علائم آشکار فرسودگی هیجانی می‌توان به افزایش غیبت از کار، کناره‌گیری و ترس از بازگشت به شرایط کار پس از کناره‌گیری و غیبت اشاره کرد (۱).

آشفتگی اخلاقی از جمله پدیده‌های اخلاقی بوده و عامل درد، رنج، اضطراب، غم، آسیب و نگرانی روحی است (۲). به اعتقاد Jameton وقتی شخصی بداند کدام عمل اخلاقی است ولی به‌دلیل مواجه شدن با موانع سازمانی از جمله محدودیت-های زمانی، عدم حمایت سرپرستار، عدم توازن قدرت بین پزشکان و پرستاران، سیاست‌های سازمانی یا محدودیتهای قانونی، قادر به انجام آن نباشد، دچار آشفتگی اخلاقی می‌شود (۳). شاکری‌نیا در مقاله‌ی خود به بیان مشکلات اخلاقی از دیدگاه Jameton در سه سطح پرداخته است که شامل بلاتکلیفی اخلاقی، معضل اخلاقی و آشفتگی اخلاقی می‌باشند (۲). آشفتگی اخلاقی را به‌عنوان عدم تعادل روان‌شناختی و حالتی از احساسات منفی، که شخص قادر به تبدیل تصمیم اخلاقی خود به عمل و رفتار نیست، تعریف کرده‌اند (۴). گاهی آشفتگی به‌صورت واکنشی ایجاد می‌شود که شخص بر اساس آشفتگی اخلاقی اساسی و احساسات منفی متعاقب آن قادر نیست به ادامه‌ی فعالیت بپردازد (۵). در دهه‌های اخیر، در زمینه‌ی تعریف و موشکافی ابعاد مختلف آشفتگی اخلاقی پژوهش‌هایی انجام شده‌است. از جمله این که Jameton، قضاوت اخلاقی پرستاران و محدودیت‌های سازمانی را دو عامل ایجاد کننده‌ی آشفتگی اخلاقی معرفی کرد و در عملی که به اشتباه به‌صورت اخلاقی مورد قضاوت قرار گرفته بر نقش جمعی پرستاران تأکید کرد و آن را به‌عنوان علت آشفتگی اخلاقی معرفی کرد. Mukherjee و همکاران آشفتگی اخلاقی را در سه طبقه‌ی، اخلاق مؤسسه‌ای، عمل حرفه‌ای و تصمیم‌گیری بالینی تشریح کرده‌اند (۶). تصمیم‌گیری‌های بالینی که پرستاران بیش‌تر با آن سروکار دارند، دربردارنده‌ی مواردی شامل بروز تعارضات در موضوعات اخلاقی است؛ نظیر تعارضات رفتار- هدف، طرح‌های ایده‌پردازی و سنجش ظرفیت تصمیم سازی (۲). باید خاطر نشان کرد که اساس حرفه‌ی پرستاری بر رعایت اخلاق است؛ انجمن پرستاری آمریکا نیز کدهای اخلاقی را برای فعالیت‌ها و خدمات پرستاری ارائه کرده است که راهنمای رفتارهای اخلاقی پرستاران به‌شمار می‌رود. در کلیه‌ی فعالیت‌ها پرستاران موظفند شرایط رفاهی و آرامش را برای بیماران فراهم کنند. بدین جهت مرور تحقیقات نشان می‌دهد که به آشفتگی اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری بیش‌تر توجه شده است. پیشرفت‌های مربوط به فناوری، فشارهای وارده توسط مدیریت، سختی‌های کار مراقبت از بیماران و کمبودهای موجود در حرفه‌ی پرستاری، پرستاران را دچار فشارهای روانی می‌کند. بنابراین، توجه به مفهوم آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی در پرستاران اهمیت بیش‌تری دارد. آمار دقیقی از تعداد پرستارانی که آشفتگی اخلاقی را تجربه کرده‌اند موجود نیست. شاید به این علت باشد که محققان از ابزارهای مختلفی برای کشف این پدیده استفاده کرده‌اند (۲). آشفتگی اخلاقی موجب گریه‌های بی‌مورد، کم‌خوابی، کابوس، فقدان اشتها، احساس بی‌اندیشی، تپش قلب، سردرد و تغییرات در عملکرد جسمانی می‌شود (۷). پرستارانی که دچار آشفتگی اخلاقی می‌شوند از غمگینی، رنجوری، بی‌فایدگی و محزون بودن صحبت می‌کنند (۸ ، ۲). با توجه به موارد مذکور در حرفه‌ی پرستاری، آشفتگی اخلاقی نه تنها پرستاران بلکه بیماران را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی پرستار نتواند از بیمار خود مراقبت کند، حالت هیجانی ناخوشایند و

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

آسیب‌زا ایجاد می‌شود و سازگاری و عزت نفس و مراقبت‌های درمانی ارائه‌شده توسط پرستار دچار مشکلاتی می‌شود (۲). فاصله گرفتن، فرار و اجتناب کردن، مکانیسم‌های سازگاری منفی است که برخی از پرستاران برای مدیریت آشفتگی اخلاقی استفاده می‌کنند؛ احساس گناه می‌کنند و نیازهای پایه بیماران را برآورده نمی‌کنند؛ از حضور در بالین اجتناب کرده و از حرفه‌ی خود کناره‌گیری می‌کنند (۹). پرستارانی که دچار آشفتگی اخلاقی می‌شوند در بیمارانشان نیز مشکلاتی ایجاد می‌کنند که افزایش درد، حضور طولانی‌تر در بیمارستان، دریافت مراقبت ناکافی و نامناسب از جمله‌ی آن‌هاست (۲).

طبق نتایج مطالعه‌ی Redman و Fry حداقل یک‌سوم پرستاران، آشفتگی اخلاقی را تجربه کرده‌اند (۹). بیش‌تر مطالعات انجام شده در این زمینه به بررسی ارتباط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی شغلی پرداخته و فرسودگی هیجانی به‌عنوان معیار جزئی‌تر مورد بررسی قرار نگرفته است. از آن‌جا که پرستاران به علت ماهیت شغلشان، روزانه با موانع و مشکلات زیادی روبه‌رو هستند، قوانین کاری، سختی مراقبت از بیماران، تأثیر کمبودها در برآورده کردن برخی از نیازهای بیماران، همه و همه پرستار را دچار فشار روانی می‌کند. این قشر جامعه به علت شرایط کاری و ارتباطات نزدیک با مردم از جمله بیماران به لحاظ مواجه بودن با فرسودگی شغلی و آشفتگی اخلاقی بسیار آسیب‌پذیرتر از سایر مشاغل هستند (۱۰). از این‌رو مطالعه به بررسی ارتباط آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی سبزوار پرداخته است، تا از نتایج آن پیشنهاداتی جهت ارتقای سلامت اخلاقی نیروی انسانی پرستاری ارائه شود، تا در نهایت به بهبود سلامت جامعه کمک کند.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی - تحلیلی است که به‌صورت مقطعی انجام شد. جامعه‌ی تحقیق را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی- پژوهشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی سبزوار تشکیل دادند. در این مطالعه از کلیه‌ی پرستاران سه بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار در سال ۱۳۹۱، که سابقه‌ی حداقل یک‌سال کار در بیمارستان داشتند، در خواست شد تا در صورت تمایل به پاسخگویی به سؤالات، در مطالعه شرکت کنند. از ۲۸۰ پرسش‌نامه‌ای که بین پرستاران توزیع شد ۲۶۵ مورد برگردانده شد. کل زمان جمع‌آوری داده‌ها دو ماه به‌طول انجامید. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه مشخصات فردی، پرسش‌نامه‌ی استاندارد آشفتگی اخلاقی و پرسش‌نامه‌ی استاندارد فرسودگی هیجانی بود. پرسش‌نامه‌ی استاندارد نه سؤالی فرسودگی هیجانی Maslach و Jackson که بر مقیاس ۶ درجه‌ای (هرگز = ۱ ، تا همیشه = ۶) پاسخ داده می‌شود، سطح احساس افسردگی روانی و هیجانی افراد را در حین کار می‌سنجد و بر اساس گزارش Mulki و همکاران، برای سنجش فرسودگی هیجانی از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است. تحلیل عاملی، این مسأله را که ۹ سؤال این پرسش‌نامه را می‌توان یک عامل در نظر گرفت، با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ تأیید کرده است (۱۰). مقیاس آشفتگی اخلاقی Jameton اولین مقیاس سنجش پریشانی اخلاقی در جامعه‌ی پرستاران است. این پرسش‌نامه شامل ۲۸ سؤال بود که میزان پریشانی اخلاقی که پرستاران در شرایط و موقعیت‌های خاص تجربه می‌کنند، را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌دهی این ابزار با استفاده از معیار ۷ گزینه‌ای لیکرت برای سطوحی از پریشانی اخلاقی به ترتیب از خیلی کم تا خیلی زیاد انجام شد. در متن پرسش‌نامه قید شد که در خصوص موضوعاتی که تجربه نکرده‌اند آن گویه را بدون پاسخ بگذارند و در صورت مواجه با مشکل اخلاقی میزان آن را بر روی طیفی از کم‌ترین (۱) تا بیش‌ترین (۷) نشان دهند. نمره‌ی پرسش‌نامه از ۲۸ تا ۱۹۶ بود که هر چه نمره بالاتر

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

باشد، آشفتگی اخلاقی بیش‌تر است. اعتبار و اعتماد علمی ابزار پریشانی اخلاقی توسط دکتر وزیری و همکارانش اندازه‌گیری شده است، که از طریق آزمون مجدد (Test re-test) و آلفاکرونباخ ۰/۸۶ تعیین شده است (۱۱).

جهت رعایت اصول اخلاقی در انجام تحقیق، ابتدا با ارائه‌ی نامه‌ی کتبی معاونت پژوهشی مبنی بر تصویب طرح و اجازه‌ی اجرای آن، موافقت مسؤولان بیمارستان‌ها اخذ شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، برای گزارش داده‌های کمی از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و برای گزارش داده‌های کیفی از توزیع فراوانی مطلق و نسبی استفاده شد. هم‌چنین، از آمار استنباطی جهت پاسخ به سؤالات پژوهش استفاده شد. در آنالیز تحلیلی نتایج بر اساس نرمال بودن توزیع متغیر و برابری واریانس‌ها از آزمون‌های مناسب استفاده شد. به‌دلیل کمی بودن متغیرهای پاسخ (آشفتگی هیجانی و پریشانی اخلاقی) برای تعیین همبستگی بین آشفتگی هیجانی و پریشانی اخلاقی، به علت غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها از روش Spearman Correlation استفاده شد. کلیه‌ی محاسبات با نرم‌افزار آمار SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام گردید.

نتایج

نتایج نشان داد از ۲۶۵ پرسش‌نامه‌ی تکمیل شده، ۴۷/۹ درصد در گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال، ۷۷ درصد خانم، ۸۲/۵ درصد متأهل، ۳۸/۷ درصد شاغل در بخش جراحی، ۴۴/۹ درصد دارای سابقه‌ی کار کم‌تر از ۵ سال بوده و ۹۵/۴ درصد دارای تحصیلات کارشناسی، ۸۳/۳ درصد درآمد متوسط، ۴۴/۱ درصد استخدام رسمی و ۹۲/۴ درصد نوبت کاری در گردش داشتند. فراوانی مشخصات دموگرافیک در جدول شماره‌ی ۱ نشان داده شده است.

جدول شماره‌ی ۱ – فراوانی مشخصات فردی پرستاران مشارکت‌کننده

ردیف	مشخصات دموگرافیک		فراوانی	درصد
۱	سن	کم‌تر از ۳۰	۱۱۶	۴۳/۸
		۳۰–۴۰	۱۲۶	۴۷/۹
		۴۰–۵۰	۲۲	۸/۳
۲	جنس	مذکر	۶۱	۲۳
		مونث	۲۰۴	۷۷
۳	تأهل	متأهل	۲۱۴	۸۲/۵
		مجرد	۵۱	۱۷/۵
۴	بخش	اطفال	۱۵	۵/۶
		اعصاب	۳۰	۱۱/۲
		اتاق عمل	۳۸	۱۴/۳
		جراحی	۱۰۳	۳۸/۷
		داخلی	۴۸	۱۸/۱
		سوپروایزری	۱۲	۴/۵
		قلب	۱۹	۷/۱
۵	سابقه	کم‌تر از ۵ سال	۱۱۹	۴۴/۹
		۵–۱۰ سال	۹۲	۳۴/۷
		بیش‌تر از ۱۰سال	۵۴	۲۰/۴
۶	تحصیلات	کارشناسی	۲۵۹	۹۵/۴۷
		ارشد	۶	۴/۵۳
۷	درآمد	کم	۳۱	۱۱/۶
		متوسط	۲۲۱	۸۳/۳
		زیاد	۱۳	۵/۱
۸	استخدام	رسمی	۱۱۷	۴۴/۱
		قراردادی	۹	۳/۴
		آزمایشی	۷۹	۲۹/۸
		پیمانی	۵۲	۱۹/۶
		طرحی	۸	۳/۱
۹	شیفت	ثابت	۲۰	۷/۵
		درگردش	۲۴۵	۹۲/۴

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

میانگین و انحراف معیار آشفتگی اخلاقی پرستاران ۴/۹۹ (۰/۹۱) بود. در بین سؤالات مرتبط با آشفتگی اخلاقی گویه‌ی «چشم‌پوشی و عدم گزارش، وقتی که همکار پرستار در دادن دارو مرتکب خطا می‌شود» بالاترین نمره را با میانگین و انحراف معیار ۵/۷۳ (۰/۷۵) و گویه‌ی «ارائه‌ی مراقبت بهتر برای بیماران متمول (پولدار) نسبت به کسانی که این توانائی را ندارند» کم‌ترین نمره را با میانگین و انحراف معیار ۳/۹۳ (۱/۱۸) به خود اختصاص دادند (جدول شماره‌ی ۲) .

جدول شماره‌ی ۲ - میانگین و انحراف معیار گویه‌های پرسش‌نامه‌ی پریشانی اخلاقی

ردیف	عبارات	میانگین±انحراف معیار
۱	چشم‌پوشی و عدم گزارش، وقتی که همکار پرستار در دادن دارو مرتکب خطا می‌شود.	۵۵/۷۳±۰/۷۵
۲	اجرای دستورات و سیاست‌های سازمانی برای قطع درمان، وقتی که بیمار هزینه‌ی درمان را پرداخت نمی‌کند.	۵/٦٦±۱/۰۱
۳	کمک کردن به پزشکی که آزمایش یا درمانی را بدون رضایت بیمار انجام می‌دهد.	۵/۵۵±۰/۷۸
٤	انجام دستور پزشک برای آزمایشات و درمان‌های غیرضروری	۵/٤۵±۰/۹۵
۵	چشم‌پوشی کردن از موارد مشکوک به آزار بیماران توسط مراقبان	۵/٤۲±۰/۷۵
٦	آماده کردن بیمار مسن در حال احتضار متصل به دستگاه احیای تنفسی برای جراحی و خارج کردن یک توده.	۵/۴۱± ۱/۰۱
۷	پیروی کردن از خواسته خانواده بیمار برای مراقبت، وقتی که با خواسته‌ی خانواده موافق نیستم.	۵/٤۱±۱/۰۰
۸	پیروی کردن از دستور پزشک برای خودداری از مطلع کردن بیمار از وضعیت بیماری.	۵/۳۸±۰/۹۱
۹	کارکردن و مراقبت از بیمار در شرایط غیر ایمن به‌دلیل نیروی کم پرستاری در بخش	۵/۵۹± ۱/۰٤
۱۰	کمک کردن به پزشکی که به‌نظر شما درمان و مراقبت ناقص ارائه می‌دهد.	۵/۲٤±۰/۷۸
۱۱	فقط شاهدبودن و عدم مداخله در مواردی که پرسنل بهداشتی به ارزش‌های بیمار احترام نمی‌گذارند.	۵/۲٤±۰/۷۶
۱۲	انجام دادن یک وظیفه‌ی شغلی، در حالی که برای انجام آن صلاحیت و توانایی حرفه‌ای ندارم.	۵/۱۶± ۱/۰۷
۱۳	مراقبت کردن از بیمار شدیداً مصدوم وابسته به دستگاه احیای تنفسی در شرایطی که کسی برای جدائی او از دستگاه تصمیم نمی‌گیرد.	۵/۱۵±۰/۸۱
۱٤	پیروی کردن از درخواست پزشک در رابطه با عدم گفت‌وگو در مورد مردن بیمار در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد مرگ سؤال می‌کند.	۵/۱۵±۱/۱۳
۱۵	تبدیل کردن داروی خوراکی به وریدی برای بیماری که از گرفتن داروی خوراکی اجتناب می‌کند.	۵/۰۷±۱/۰۱
۱٦	چشم‌پوشی کردن از موقعیتی که فکر می‌کنم به بیمار اطلاعات دقیق در مورد رضایت‌نامه داده نشده است.	۵/۰۱±۱/۱۳
۱۷	اجراکردن یک پروسه و روند درمانی، وقتی که بیمار در مورد آن اطلاعات دقیق و کافی ندارد.	۵/۰۰±۱/۰۴
۱۸	پیروی کردن از درخواست خانواده در رابطه با عدم گفتگو در مورد مردن بیمارِ در حال احتضار، وقتی که بیمار در مورد مرگ سؤال می‌کند.	٤/۹۰±۱/۰۳
۱۹	پیروی کردن از دستور پزشک مبنی بر خودداری از گفتن حقیقت به بیمار، وقتی که بیمار از شما سؤال می‌کند.	٤/۸۹±۱/۰۳
۲۰	شروع کردن عملیات احیا در زمانی که فکر می‌کنم بی‌نتیجه بوده و فقط روند مرگ را طولانی می‌کند.	۴/۸۳± ۱/۱۰
۲۱	کمک کردن به پزشکانی که پس از یک احیای ناموفق هنوز به تمرین پروسه‌ی احیا ادامه می‌دهند.	٤/۷۸±۰/۹۷
۲۲	پیروی کردن از دستور پزشک در رابطه با عدم اطلاع رسانی به خانواده زمانی که بیمار وضعیت خوبی ندارد.	۴/۷۰± ۱/۰٦
۲۳	پیروی کردن از درخواست و تقاضای خانواده برای ادامه‌ی دستگاه احیای تنفسی، وقتی که به نفع بیمار نیست.	٤/۵۷±۰/۸۳

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

٢٤	ترخیص کردن بیماری که علیرغم بستری طولانی‌مدت در بیمارستان هنوز آموزش لازم به او داده نشده است.	٤/٥٢±١/٢٠
٢٥	انجام دادن آزمایشات و درمان‌های غیر ضروری برای بیماران در حال احتضار، که توسط پزشک دستور داده شده است.	٤/٤٩±٠/٧٧
٢٦	وقتی که به دانشجویان جهت افزایش مهارت‌های خود، اجازه داده می‌شود که روی بیمار پروسه‌ی دردناک اجرا کنند.	٤/٤٦±١/٤١
٢٧	کارکردن در موقعیتی که به‌دلیل کمبود نیروی پرستاری، مراقبت ناکافی برای بیمار انجام می‌شود.	۴/۱۰± ۱/۰۵
٢٨	ارائه‌ی مراقبت بهتر برای بیماران متمول (پولدار) نسبت به کسانی که این توانائی را ندارند.	۳/۹۳± ۱/۱۸

میانگین و انحراف معیار فرسودگی هیجانی پرستاران ۴/۱۷ (۱/۵۸) بود. در بین سؤالات مرتبط با فرسودگی هیجانی گویه‌ی «در پایان روز کاری احساس می‌کنم که از لحاظ انرژی و نیرو تخلیه شده‌ام» بالاترین نمره با میانگین و انحراف معیار ۴/۵۲ (۱/۳۲) و گویه‌ی «از شغلم احساس ناکامی و سرخوردگی می‌کنم» کم‌ترین نمره با میانگین و انحراف ۳/۸۹ (۱/۸۲) را به خود اختصاص دادند (جدول شماره‌ی ۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون Spearman نشان داد که تنها همبستگی معنی‌داری بین آشفتگی اخلاقی با زمینه‌ی کاری پرستاری (بخش محل کار) وجود دارد (rho=۰/۳۳۸ ، P= ۰/۰۰۰) و آشفتگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش جراحی به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود (P=۰/۰۱۳). هم‌چنین، با استفاده از آزمون Spearman مشخص شد که بین فرسودگی هیجانی با نوبت‌های کاری در گردش (rho= ۰/۳۸۵ ، P= ۰/۰۰۰) و بخش کاری (rho= -۰/۱۷۳ و P=۰/۰۳) همبستگی معنی‌داری وجود دارد و فرسودگی هیجانی در پرستاران بخش جراحی (P= ۰/۰۰۴) و پرستارانی که نوبت کاری در گردش و عمدتاً شب داشتند به‌طور معنی‌داری بیش‌تر بود (P= ۰/۰۰۰). بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد هیجانی و روانی فرسودگی شغلی رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود داشت (rho= ۰/۲۵۵ ، P= ۰/۰۰۱). (جدول شماره‌ی ۴)

جدول شماره‌ی ۳ - میانگین و انحراف معیار گویه‌های پرسش‌نامه فرسودگی هیجانی

ردیف	عبارات	میانگین ± انحراف معیار
١	در پایان روز کاری احساس می‌کنم که از لحاظ انرژی و نیرو تخلیه شده‌ام	٤/٥٢±١/٣٢
٢	سر وکله زدن هر روزه با وظایف و امور شغلی‌ام برایم خیلی سخت شده است.	۴/۴۰±۱/۵۷
٣	کارم در این سازمان تنش و فشار زیادی به من وارد می‌کند.	۴/۳۶±۱/۴۳
٤	احساس میکنم انجام وظایف و امور شغلی‌ام برایم خیلی سخت شده است.	۴/۲۵±۱/۵۷
٥	وقتی صبحها از خواب بیدار می‌شوم و می‌بینم با یک روز کاری دیگر مواجه هستم، احساس خستگی می‌کنم.	٤/١٣±١/٤٩
٦	از کارم احساس فرسودگی می‌کنم.	٤/٠٩±١/٦٥
٧	در کارم مانند کسی هستم که به پایان خط رسیده است.	۴/۰۶± ۱/۸٤
٨	اغلب اوقات نسبت به کارم احساس تهی بودن می‌کنم.	۳/۹۱±۱/۵۸
٩	از شغلم احساس ناکامی و سر خوردگی می‌کنم.	۳/۸۹±۱/۸۲

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

جدول شماره‌ی ۴- ضریب همبستگی بین آشفتگی اخلاقی و ابعاد فرسودگی شغلی

مؤلفه ها			میانگین	انحراف معیار	ضریب همبستگی
پریشانی اخلاقی			۵/۰۱	۰/۹۰٤	(*P*= ۰/۰۰۱ ، rho= ۰/۲۵۵)
آشفتگی هیجانی	پایین	۳ (٪۱/۷)	٤/۱۸	۱/۵۸	
	متوسط	۱۷ (٪۹/۷)			
	بالا	۱۵۵ (٪۸۸/٦)			

همبستگی در سطح $P> 0.05$ معنی‌دار است.

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین و انحراف معیار آشفتگی اخلاقی پرستاران ۴/۹۹ (۰/۹۱) بود. حداکثر نمره ۷ است و نمره‌ی کسب‌شده توسط افراد بالاتر از حد متوسط است که نشان دهنده‌ی بالا بودن سطح آشفتگی در بین پرسنل پرستاری است، که با نتایج مطالعه‌ی Redman و Fry که مشخص کردند که حداقل یک‌سوم پرستاران آشفتگی اخلاقی را تجربه کرده‌اند (۹) همخوانی دارد. هم‌چنین، با مطالعه‌ی جولایی و همکاران که در آن ۲۱۰ پرستار شاغل شرکت کردند و نشان دادند که جمعیت مورد مطالعه شدت متوسطی از تنش را تحمل می‌کردند، هم‌خوانی دارد (۱۲). در مطالعه‌ی Soloman و همکاران نیز این‌گونه استنباط شد که تقریبا ۵۰ درصد پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران رو به مرگ دچار آشفتگی اخلاقی هستند (۲) که تمامی موارد فوق الذکر نشان دهنده‌ی بالا بودن درصد آشفتگی اخلاقی در بین پرسنل درمانی بالاخص پرستاران است.

با افزایش مراکز بهداشتی و درمانی و کمبود نیروی انسانی آموزش دیده در پرستاری، که مسؤولان دولتی و مدیران درمانی نیز بدان اذعان دارند، پرستارانی که در حال حاضر در بالین مشغول به خدمت هستند با حجم بالایی از کار در بخش‌های بالینی مواجه می‌باشند. در این حالت پرستار نمی‌تواند مراقبت جامع و اثربخشی ارائه کند و در صورت مواجهه با مواردی که احساس کند امکان برطرف کردن نیاز بیمارش را ندارد دچار چالش اخلاقی شده و این کمبود نیروی انسانی برای پرستاران استرس‌زاست.

با توجه به این‌که میانگین و انحراف معیار فرسودگی هیجانی پرستاران ۴/۱۷ (۱/۵۸) گزارش شده است و حداکثر نمره در این قسمت ۶ است، بنابراین، نمره کسب شده بالاتر از سطح متوسط است و نشان‌دهنده‌ی بالا بودن درصد فرسودگی هیجانی در این گروه از افراد است. که با مطالعه‌ی انجذاب و فرنیا که با هدف سنجش ارتباط استرس شغلی با پاسخ‌های روانی و رفتاری ماماها انجام شد، هم‌خوانی دارد. بدین شکل که ۹۳ نفر از ماماهای شاغل در بیمارستان‌های دولتی استان یزد از طریق نمونه‌گیری به‌صورت سرشماری شرکت کردند و نتایج این پژوهش نشان داد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه شدت متوسطی از استرس شغلی را تجربه کرده‌اند که ناشی از وجود عوامل استرس‌زای شغلی موجود در اتاق زایمان از قبیل محیط فیزیکی نامناسب، تحمل درد و رنج بیمار، برخورد با موارد اورژانس مامایی و بار مسؤولیت سلامت بیماران و شیفت‌های کاری در گردش است (۱۳). با توجه به نتایج مطالعه‌ی ستوده اصل و بختیاری که در مطالعه‌ی توصیفی خود با عنوان بررسی فرسودگی شغلی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران و ماماهای شاغل در دانشگاه علوم پزشکی سمنان پرداخته‌اند، فرسودگی عاطفی و پیشرفت و ترقی شخصی دارای سطحی متوسط در میان پرستاران است؛ هم‌چنین، با در نظر گرفتن توسعه‌ی روابط بین فردی و

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

کنترل و تغییر در عواملی مانند ساعت و شیفت کاری، می‌توان باعث کاهش فرسودگی عاطفی و افزایش سطح پیشرفت و ارتقای شخصی کارکنان شد (۱۴). هم‌چنین، گلیان تهرانی و همکاران در مطالعه‌ی توصیفی خود که با هدف تعیین وضعیت سلامت روانی ماماهای شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تهران، انجام دادند نتایج نشان داد که ماماهایی که دارای مدرک کارشناسی، وضعیت اقتصادی مطلوب، دارای همسر و نوبت کاری ثابت صبح و عصر هستند، از سلامت روانی مطلوب‌تری در مقایسه با آنهایی که دارای مدرک کارشناسی ارشد هستند، وضعیت اقتصادی نامطلوب دارند، همسرشان فوت کرده یا از شوهر خود جدا شده‌اند و نوبت کاری ثابت شب یا چرخشی دارند، برخوردارند (۱۵).

تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه نشان داد همبستگی معنی‌داری بین آشفتگی اخلاقی با زمینه‌ی کاری (بخش محل کار) وجود دارد (P= ۰/۰۰۰ ، rho= ۰/۳۳۸). پرستاران بخش جراحی آشفتگی اخلاقی بالاتری نشان دادند.

هم‌چنین، مشخص شد که بین فرسودگی هیجانی با نوبت کاری در گردش (P= ۰/۰۰۰ ، rho= ۰/۳۸۵) و بخش کاری (P= ۰/۰۳ ، rho=-۰/۱۷۳) همبستگی معنی‌داری وجود دارد. این یافته نشان می‌دهد استرس طولانی مربوط به ویژگی‌های منحصر به‌فرد بخش جراحی به مرور افراد را دچار افسردگی، خستگی، بی‌توجهی به همکاران و بیماران کرده، هم‌چنین، تمایل به مراقبت، علاقه به شغل و شایستگی‌های حرفه‌ای فرد را کاهش می‌دهد. احتمالاً شناخت منابع استرس و راهکارهای رویارویی با آن می‌تواند به کاهش فرسودگی هیجانی در پرستاران کمک کند.

سطح بالایی از استرس در ارتباط با پرستاری به خوبی در مطالعات نشان داده شده است و در کشورهای در حال توسعه عمدتاً به‌دلیل حقوق ضعیف، کمبود کارکنان، حجم کار سنگین و محیط‌های کاری نامناسب و زیرساخت‌های ضعیف بهداشتی گزارش شده است (۱۶). خاقانی‌زاده و همکاران طی مطالعه‌ای توصیفی نشان دادند که عواملی از قبیل ماهیت استرس‌زای حرفه‌ی پرستاری، فشار کاری، مواجه شدن با موقعیت‌های غیرمترقبه، نوبت کاری، عوامل سازمانی و عوامل فردی مستقیماً بر سلامت روان پرستاران تأثیر دارد (۱۷). هم‌چنین، در نتایج مطالعه‌ی صاحب الزمانی آمده است که پرستاران نوبت‌های کاری عصر و شب کم‌ترین میزان کفایت فردی و پرستاران صبح‌کار بیش‌ترین میزان کفایت فردی را داشتند (۱۸). خداویسی نیز در نتایج مطالعه‌ی خود بیان کرده است که استرس شغلی در شیفت شب‌کار بالاتر بوده است (۱۹)؛ که موارد فوق الذکر با نتایج مطالعه‌ی حاضر همخوانی دارد.

ارائه‌ی یک برنامه‌ی کاری تا حد امکان منظم به پرستاران و هم‌چنین، فراهم کردن فرصتی برای استراحت در طول شیفت، کاهش ساعات کاری عصر و شب و نیز ایجاد زمان تعطیلی برای استراحت قبل و بعد از پایان شیفت به کاهش میزان استرس پرستاران در شیفت‌های عصر و شب کمک خواهد کرد. از طرفی برنامه‌های بازآموزی بیمارستان‌ها هم باید حتی‌الامکان در راستای ارائه‌ی راهکارهای عملی و قابل اجرا جهت مقابله با استرس و تنش‌های کاری باشد.

همبستگی مثبت معنی‌دار بین آشفتگی اخلاقی و فرسودگی هیجانی پرستاران با مطالعه‌ی شاکری‌نیا همخوانی دارد (۲۰)، اما با مطالعه‌ی دیگر شاکری‌نیا که با عنوان آشفتگی اخلاقی، فرسودگی شغلی و بهداشت روانی پرستاران انجام شد، همخوانی ندارد (۲۱)؛ که ممکن است به خاطر تفاوت جامعه‌ی مورد بررسی و برخی از تفاوت‌های فردی باشد. در این مطالعه پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش جراحی و به‌خصوص با سابقه‌ی کاری بالا بیش‌تر بود.

Maningo-Salinas در نتایج مطالعه‌ی خود نشان داد بین سابقه‌ی کار و تنیدگی اخلاقی رابطه وجود دارد که شاید به‌دلیل افزایش حساسیت اخلاقی افراد باشد (۲۲).

مسؤولان بهداشت و درمان به‌دنبال دستورالعمل‌هایی برای

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

ترویج جو اخلاقی سازمانی هستند. با این حال، دستورالعمل‌های مرتبط با پریشانی اخلاقی محدود است. از آنجا که پریشانی اخلاقی و ایجاد جو اخلاقی مثبت هر دو بر توانایی یک سازمان برای حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و افزایش سطح رضایت شغلی آنان موثر است، بدین جهت توصیه می‌کنند که مدیران باید به آموزش و پرورش و منابع اخلاق و مداخلات پیشنهادی در این زمینه دسترسی داشته باشند. ایجاد کمیته‌های اخلاق و استخدام متخصصان اخلاق حرفه‌ای برای توسعه‌ی ظرفیت اخلاق و برای کمک به مقابله با پریشانی اخلاق در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی توصیه شده است (۲۳).

مطالعات مختلف نشان می‌دهد آموزش بر حساسیت اخلاقی تأکید دارد و نبود آموزش اخلاقیات می‌تواند مانعی برای گسترش اخلاق در حرفه و حساسیت اخلاق حرفه‌ای شود. ناآگاهی سبب نقص در توانایی تصمیم‌گیری در مواجهه‌ی معضلات اخلاقی می‌شود و نپرداختن به جنبه‌های اخلاقی مراقبت سبب بی‌توجهی و مغفول ماندن اخلاق در مراقبت می‌شود که به‌صورت امری رایج درآمده و در ارائه‌ی مراقبت به بیماران و ارتقای سلامت جامعه و ارتقای حرفه‌ی پرستاری دچار مشکل می‌شود (۲۴).

آموزش پرستاران به طور کلی بر مهارت‌های فنی و فکری با تأکید بر شایستگی اجتماعی و عاطفی مؤثر است و تحقیقات نشان می‌دهد که این آموزش ممکن است در بلند مدت برای سلامت حرفه‌ای سودمند باشد. ممکن است با آموزش موارد اخلاقی و تکنیک‌های مقابله با استرس بتوان به توسعه‌ی توانمندی‌ها و کاهش فرسودگی شغلی پرستاران کمک کرد اما ضروری است در شرایطی که در آن عوامل استرس‌زا مربوط به بافت سازمانی (مانند محدودیت‌های بودجه) و عوامل اجتماعی گسترده‌تر (مانند حجم کار بالا به‌دلیل کمبود پرستار واجد شرایط) است، راهکارهای مدیریتی محکم‌تری اتخاذ شود (۲۵). استقلال و اختیار پرستاران یک عامل کلیدی در کمک به بهبودی بیمار و رضایت کار پرستاران است و اگر این استقلال کافی نباشد به پریشانی اخلاقی منجر می‌شود. به‌طوری که در نتایج مطالعه‌ی Papathansassoglou و همکاران آمده است، استقلال پایین‌تر پرستاران با افزایش شدت تنش اخلاقی و سطوح کم‌تر مشارکت و همکاری آنان در مراقبت از بیمار همراه بوده است (۲۶). بنابراین، اصلاح ساختارهای مدیریتی مرتبط با ارائه‌ی استقلال به پرستاران در محیط‌های حرفه‌ای پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده از این مطالعه، نیاز به توجه برنامه‌ریزان و مدیران پرستاری و مامایی به این مسأله به شدت احساس می‌شود چراکه، شاکری‌نیا طی مطالعه‌ای توصیفی که با هدف بررسی رابطه‌ی آشفتگی اخلاقی، سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در پرستاران در شهر رشت انجام شد، نشان داد که پرستارانی که در برنامه‌های آموزشی شرکت کرده‌اند با آشنایی با مؤلفه‌های آشفتگی اخلاقی و سرسختی روان‌شناختی و فرسودگی شغلی در اجرای فعالیت‌های مقابله‌ای توانمندتر عمل می‌کنند (۲۱).

این‌که پرستاران در محیط کاری خود به طور مداوم در معرض تنش هستند، پدیده‌ی ناشناخته‌ای نیست و سالیان طولانی است که در دنیا مطرح شده است. اما جهت کاهش این مسأله علاوه بر تغییر رویکرد مدیران نسبت به آن، افزایش توانمندی سازگاری و بکارگیری راهکارهای مثبت مقابله با استرس از جانب پرستاران ضرورت دارد. این موضوع نیازمند تشکیل گروه‌های بازگویی حوادث و چالش‌های اخلاقی در بیمارستان‌ها، برگزاری کارگاه‌های مناسب، تقویت اخلاق حرفه‌ای و اجرای پژوهش‌هایی است که راهکارهای اجرایی مداخله‌گر در حل مشکل ارائه می‌دهند.

با توجه به این‌که آگاهی نظری از معیارهای اخلاقی سبب تصمیم‌گیری پرستاران در مواجهه با مشکلات اخلاقی می-

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

شود، آموزش نحوه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی، شناخت چالش‌های اخلاقی و رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای بیش از پیش ضرورت دارد.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌دانیم مراتب تشکر و تقدیر خود را از پرستاران محترم شاغل در دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، اعلام داریم. مقاله‌ی حاضر حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی سبزوار با شماره ۱۲۲/۲۲۶۷/ک.ت مورخ ۹۱/۶/۹ است؛ از مساعدت دانشگاه در تمامی مراحل انجام تحقیق سپاسگزاریم.

منابع

1- Golparvar M, Nayeri S, Mahdad A. Preventing model of job stress, emotional exhaustion and deviant behaviors through management, leadership and ethical values. J Appl Psychol 2010; 1(13): 7-25. [in Persian]
2- Shakerinia I. Moral distress: the latent stress in nursing. Iran J Med Ethics Hist Med 2011; 4(3): 26-35. [in Persian]
3- Abbaszade A, Borhani F, Kalantari S. Moral distress in nurses of treatment centers, Bam, 2011. J Med Ethics 2011; 5(17): 119-40. [in Persian]
4- Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. J Med Ethics Hist Med 2013; 6: 5.
5- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics 2005; 12: 381-90.
6- Mukherjee D, Brashler R, Savage TA, Kirschner KL. Moral distress in rehabilitation professionals: result from a hospital ethics survey. PM R 2009; 1(5): 450-8.
7- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of moral distress in military nursing. Nurs Ethics 2002; 9(4): 373-87.
8- Corley MC. Nursing moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics 2002; 9: 636-50.
9- Massah H, Dibaji M. Peak effect: the interaction of moral distress and moral residue (review institutional mechanisms to reduce moral distress in nursing. Proceedings of the National Conference of Organizational Behavior in Nursing, Shirvan; 2011; Shirvan, Iran; Islamic Azad University; 2011. [in Persian]
10- Mulki JP, Jaramilo F, Locander GW. Emotional exhaustion and organizational deviance: can the right job and a leader's style make a difference. J Bus Res 2006; 59: 1222-30.
11- Vaziri M, Alizadegan S, Motavvaliyan S. Developing the moral distress scale in the population of Iranian nurses. Iran J Psychiatr 2008; 3(2): 55-8.
12- Joolaee S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaee F, Haghani H. Relationship between moral distress and Job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Hayat 2012; 18(1): 42-51. [in Persian]

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

13- Enjezab B, Farnia F. [Ertebate stress shoghli ba pasokhhaye ravani va raftari mamahaye shaghel dar bimarestanhaye dolati Ostane Yazd dar sale 1378]. J Shaeed Sdoughi Univ Med Sci Yazd 1381; 10(3): 32-8.

14- Sotodeh Asl N, Bakhtiari AH. Occupational exhaustion and its related factors in nurses and midwives of Semnan University of medical sciences. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2006; 11(1):77-83. [in Persian].

15- Golyan Tehrani S, Monjamed Z, Mehran A, Hasheminasab L. Mental Health Status among Midwives Working in Tehran's Public Hospitals. Hayat 2007; 13(1): 73-80. [in Persian]

16- Manzano García G, Ayala Calvo JC. Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. Int Nurs Rev 2012; 59(1): 101-7.

17- Khaghanizade M, SiratiNir M, Abdi F, Kaviani H. Determination of the amount of burnout in nursing staff. J Behav Sci 2008; 2(1): 51-9. [in Persian]

18- Saheb Alzamani M, Safavi M, Farahani HA. [Barrasie mizane farsoodegi shoghli va ertebate an ba hemayathaye ejtemaei parastaran shaghel dar bimarestanhaye ravanpezeshki shahre Tehran]. Med Sci J Islamic Azad Univ 1388; 19(3): 206-11. [in Persian].

19- Khodaveisi M, Mohammadi N, Omidi A. Frequency of job stress in clinical nurses. Scientific J Hamadan Nurs Midwifery Fac 2005; 13(24): 43-50. [in Persian].

20- Shakerinia I. Relationship between moral distress, psychological hardiness and occupational burnout in the nursing. Iranian J Med Ethics Hist Med 2010; 4: 56-69. [in Persian]

21- Shakerinia I. [Ashoftegi Akhlaghi, farsoodegi shoghli , behdasht ravani dar parastaran share Yazd]. [Figh-e-Salamati] 1391; 11, 12: 167–91. [in Persian]

22- Maningo-Salinas MJ. Relationship between Moral Distress, Perceived Organizational Support and Intent to Turnover among Oncology Nurses [dissertation]. USA. Capella University; 2010.

23- Bell J, Breslin J. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2008; 10(4): 94-7.

24- Masumi M, Mahasti G, Tashtzar A. [Zaroorate Ammozesh akhlagh dar toseeye hasasiate akhlaghe herfeyi danshjooyan parastari. Proceedings of the 3th Congress of Medical Ethics in Iran; 2013; Tehran, Iran; Tehran University of Medical Sciences; Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5 (0, 3): 92. [in Persian].

25- Görgens-Ekermans G, Brand T. Emotional intelligence as a moderator in the stress-burnout relationship: a questionnaire study on nurses. J Clin Nurs 2012; 21(15-16): 2275-85.

26- Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional autonomy, collaboration with physicians and moral distress among European intensive care nurses. Am J Crit Care 2012; 21: 41-52

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses

Fariba Keighobadi[1], Hajar Sadeghi[*2] , Farzaneh Keighobadi[1], Yaser Tabaraei[3]

[1]BS Student, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran; [2]Mentor, MSC, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran; [3]MSc, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Abstract

The nursing profession is based on ethics. Clinical decisions that most nurses have to deal with include cases that involve moral conflicts. Moral distress is a phenomenon that causes pain, suffering, anxiety, depression and psychological damage. Emotional exhaustion can cause moral distress and is a consequence of job stress that has even been investigated as a reason for the high turnover in nursing. Therefore, the present study investigated the relationship between moral distress and emotional exhaustion among nurses.

In this cross-sectional study, 265 nurses who employed in teaching hospitals of Sabzevar University of Medical Sciences were selected through convenience sampling. Data collection tools included a questionnaire on personal information; a moral distress scale whose validity and reliability had been measured in previous studies (Cronbach's alpha 0.86); and a scale for emotional exhaustion that had also been tested for validity and reliability through content validity and test-retest (r = 0.84). Data analysis was performed using SPSS version 18.

In this study, mean and standard deviation of moral distress and emotional exhaustion of nurses were 4.99 (0.91) and 4.17 (1.58) respectively. A statistically significant correlation was found between moral distress and the nurses' field of work (rho = 0.338, P = 0.000). There was also a significant correlation between emotional exhaustion and rotating working shifts (rho = 0.385, P = 0.000) and ward (rho = 0.173, P = 0.03).

The moral distress and emotional exhaustion of the nurses in this study were found to be higher than average. Education, counseling and raising nurses' awareness of these concepts seem to be necessary in order to empower them to better deal with ethical issues.

Keywords: moral distress, ethics in nursing, emotional exhaustion

[*]Email: haj.sadeghi@yahoo.com

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]