

بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی

و قصد ترک خدمت از دیدگاه پرستاران

عصمت‌السادات هاشمی^۱، معصومه برخوردار شریف‌آباد^{۲*}، محمدمهدی سالاری^۳

تاریخ دریافت: 99/8/12

تاریخ پذیرش: 99/11/26

تاریخ انتشار: 99/12/27

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

ترک خدمت و دیسترس اخلاقی، یکی از چالش‌های مطرح‌شده در سیستم‌های بهداشتی درمانی محسوب می‌شود. رهبران پرستاری، از عوامل اثرگذار بر افکار و رفتارهای پرستاران، در محیط‌های سازمانی هستند. هدف از انجام این پژوهش تعیین ارتباط رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت پرستاران شاغل بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۹ بود. این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی بود. تعداد ۱۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، از سه بیمارستان وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های اطلاعات دموگرافیک، رهبری اخلاقی در پرستاری، دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک خدمت گردآوری شد؛ سپس با استفاده از آمارهای توصیفی و استنباطی توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد رهبری اخلاقی و تمام مؤلفه‌های آن در سطح مطلوب و دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک خدمت در سطح متوسط قرار داشتند. نتایج حاکی از آن بود که بین رهبری اخلاقی و تمامی ابعاد آن با دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت همبستگی منفی معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین متغیر قصد ترک خدمت و دیسترس اخلاقی همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به رابطه‌ی معنادار بین رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت می‌توان گفت مدیران پرستاری با اتخاذ این نوع رویکرد رهبری، می‌توانند دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت را در پرستاران کاهش دهند.

واژگان کلیدی: پرستار، دیسترس اخلاقی، رهبری اخلاقی، قصد ترک خدمت

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲. دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۳. دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، انسیتو سبک زندگی، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: یزد، صفاییه، بولوار شهدای گمنام، دانشگاه آزاد اسلامی تلفن: ۰۳۵۳۸۲۱۰۵۴۰

مقدمه

پرستاران، به‌عنوان بزرگ‌ترین مجموعه‌کارکنان در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، در خط مقدم مراقبت از بیماران قرار دارند؛ باین‌حال، نگرانی فزاینده‌ای، در سطح جهان، درباره‌ی حفظ این نیروی کار وجود دارد (۱). وجود عواملی همچون: استراتژی‌های مدیریتی، کمبود نیرو، حقوق و مزایا، استرس و عوامل دیسترس‌زا در حرفه‌ی پرستاری، می‌تواند سبب شود پرستاران حرفه‌ی خود را ترک کنند (۲). خروج پرستاران از حرفه‌ی پرستاری می‌تواند سبب کمبود نیرو و به تبع آن افزایش متوسط سن پرستاران باقی‌مانده در حرفه شود؛ به‌طوری‌که طبق آمار بیش از چهل درصد از نیروی کاری رسمی در بیمارستان‌های آمریکا بالای پنجاه سال سن دارند. این نیروها طی مدت کوتاهی بازنشسته می‌شوند و با خروج خود به بحران کمبود نیروی انسانی در محیط‌های بهداشتی دامن می‌زنند (۳). قصد ترک خدمت، یکی از عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی مهم ترک خدمت حقیقی است و آگاهی از این موضوع که چه عواملی باعث می‌شوند تا یک کارمند تصمیم به جدایی بگیرد، در توانایی سازمان برای حفظ کارمندان بسیار حیاتی است (۴). یکی از مسائلی که می‌تواند بر قصد ترک خدمت پرستاران آثاری شایان توجه داشته باشد، دیسترس اخلاقی است (۵).

پرستاری حرفه‌ای است که همواره بنا بر ماهیت خود با مسائل اخلاقی شایعی از جمله دیسترس اخلاقی روبه‌رو بوده است و امروزه بیش‌ازپیش در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۶). به‌طور کلی، می‌توان دیسترس اخلاقی را درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی دانست که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم برای قضاوت اخلاقی، به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیش‌رو، از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود (۷). نتایج مطالعات، حاکی از سطح متوسط تا بالای دیسترس اخلاقی و تأثیر منفی آن بر عملکرد پرستاران است (۸، ۹).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که دیسترس اخلاقی با کیفیت پایین مراقبت، نقص روند بهبودی، افزایش مدت‌زمان بستری بیماران و نارضایتی آنان ارتباط دارد. از طرفی دیسترس اخلاقی، طیفی پیوسته از نارضایتی پرسنل، استرس و فرسودگی و تمایل به ترک حرفه را ایجاد می‌کند (۱۰). رهبران پرستاری، از عوامل اثرگذار بر افکار و رفتارهای پرستاران، در محیط‌های سازمانی هستند و آنچه مسلم است رهبری در پرستاری نقش مهمی را در مراقبت اخلاقی و ایجاد فرهنگ مراقبت ایفا می‌کند (۱۱). یکی از رویکردهای رهبری، رویکرد رهبری اخلاقی است که در دهه‌ی پایانی قرن بیستم، به‌طور جدی در ادبیات رهبری و مدیریت وارد شده است (۱۲). رهبران اخلاقی در پرستاری، با داشتن بصیرت حرفه‌ای و نقش متورینگ (۱۳)، از طریق تعاملات همدلانه، رفتار اخلاق‌مدار و منش‌های متعالی (۱۱)، منجر به رضایت همه‌جانبه و ارتقاء بهره‌وری (۱۴) می‌شوند و با درخواست از پیروان برای ارائه‌ی رفتار اخلاقی و تسهیل آن، آن‌ها را به سمت رفتار درست اخلاقی هدایت می‌کنند (۱۴-۱۸). پژوهش‌ها نشان داده است رهبری اخلاقی می‌تواند به کاهش خطای پرستاری و افزایش گزارش‌دهی خطاها (۱۲)، ارائه‌ی خدمات مطلوب‌تر، رضایت درونی رهبر، رضایتمندی پرستاران و بیماران (۱۴)، تعهد سازمانی، بهبود سلامت و رفاه کارکنان و ایجاد رفتار اخلاقی در کارکنان (۱۹) منجر شود.

با توجه به مطالب بیان‌شده و در نظر گرفتن شیوع دیسترس اخلاقی و پیامدهای آن و همچنین افزایش روند ترک خدمت در سال‌های اخیر و نقش مؤثر و برجسته‌ی رهبران پرستاری در این خصوص، محققان بر آن شدند تا به بررسی ارتباط متغیرهای رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی و ترک خدمت از دیدگاه پرستاران بپردازند.

روش کار

مطالعه‌ی حاضر، از نوع همبستگی توصیفی است که در آن

ارتباط بین رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۹ بررسی شده است. جامعه‌ی پژوهش را همه‌ی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان تشکیل دادند که با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۵٪ و توان آزمون ۹۰٪ و با توجه به مقدار ضریب همبستگی ۰/۳ در مطالعه‌ی مشابه (۲۰)، ۱۳۰ نفر برای حجم نمونه تعیین شد؛ همچنین، نمونه‌ها از طریق نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند؛ بدین‌صورت که لیست پرستاران از دفتر پرستاری بیمارستان‌ها تهیه شد و از بین آن‌ها متناسب با حجم نمونه در بیمارستان‌های تحت پژوهش، نمونه‌ها به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. بر این اساس ۴۷ نفر از بیمارستان افضل، ۴۳ نفر از بیمارستان باهنر و ۴۰ نفر از بیمارستان شفا انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه‌ی خدمت در بخش‌های بالینی بود.

پژوهشگر بعد از کسب مجوزها و معرفی‌نامه‌های لازم و دسترسی به نمونه‌های مورد نظر، به توضیح درباره‌ی اهداف پژوهش و بخش‌های مختلف پرسش‌نامه‌ها و روش پاسخ‌گویی به سؤالات پرداخته و پس از اخذ رضایت آگاهانه، پرسش‌نامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داد. مدت‌زمان مورد نیاز برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، سی دقیقه در نظر گرفته شد و پس از تکمیل، پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شد. جمع‌آوری داده‌ها از اوایل خرداد تا اوایل تیر به مدت یک ماه به طول انجامید.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسش‌نامه بود که شامل چهار بخش مشخصات دموگرافیک، رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت بود. پرسش‌نامه‌ی مشخصات دموگرافیک شامل شش سؤال درباره‌ی سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و سابقه‌ی کار بالینی بود.

پرسش‌نامه‌ی رهبری اخلاقی در پرستاری را برخوردار از همکاران، در سال ۲۰۱۶ طراحی و اعتباریابی کرده‌اند (۲۱). این پرسش‌نامه، میزان رهبری اخلاقی را در مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران می‌سنجد و شامل ۴۹ عبارت در چهار بعد اخلاق‌مداری (۲۵ گویه)، پیشگامی (۱۴ گویه)، تسهیم قدرت (۵ گویه) و وظیفه‌مداری (۵ گویه) است. نحوه‌ی نمره‌گذاری این ابزار در همه‌ی عبارات، در مقیاس لیکرت یک تا پنج (خیلی کم تا خیلی زیاد) است. دامنه‌ی نمرات در هر عبارت، از یک تا پنج و در کل از ۴۹ تا ۲۴۵ است. نمره‌ی رهبری اخلاقی از میانگین مجموع نمره‌ی عبارات به دست می‌آید؛ همین‌طور نمره‌ی هر بُعد نیز از میانگین مجموع نمرات عبارات همان بعد به دست می‌آید. نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی میزان رهبری اخلاقی بیشتر است. از آنجایی‌که تعداد سؤالات در هر بُعد یکسان نیست، برای اینکه بتوان وزن هر بعد را در نمره‌ی رهبری اخلاقی محاسبه کرد، همه‌ی نمرات را به ضریبی از صد تبدیل و در نهایت همه را با یکدیگر مقایسه کردیم.

پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی را کورلی (۲۰۰۲) برای اولین بار طراحی کرد؛ البته در سال ۲۰۰۵ نیز تجدیدنظری بر آن صورت گرفته است (۲۲ و ۲۳). این ابزار شامل ۳۶ گویه است. در این پرسش‌نامه بررسی دیسترس اخلاقی پرستاران از دو بُعد شدت و تکرار ارزیابی می‌شود و به هر گویه از صفر (کمترین) تا شش (بیشترین) نمره تعلق می‌گیرد که نمونه‌های مورد مطالعه آن را تعیین می‌کنند؛ بنابراین مجموع امتیازات در هر قسمت (شدت و تکرار) از ۰ تا ۲۱۶ متغیر و عدد بیشتر به معنی دیسترس اخلاقی بیشتر است.

پرسش‌نامه‌ی تمایل به ترک خدمت کامان و همکاران (۱۹۷۹) دارای سه سؤال (۲۴) و بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم: پنج تا کاملاً مخالفم: یک) است؛ اما در رابطه با سؤال سه که به‌طور معکوس مطرح شده، نمره‌ها برعکس است. نمره‌ی سه نشان‌دهنده‌ی کمترین میزان تمایل

پیرسون) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۳۰ پرستار با میانگین سنی $۸/۵۸ \pm$ و سابقه‌ی کار $۸/۳۴ \pm$ ۱۰/۲۱ شرکت کردند. اغلب مشارکت‌کنندگان زن (۷۷/۶۹ درصد)، متأهل (۶۵/۴ درصد)، دارای تحصیلات کارشناسی (۷۸/۵ درصد) و از نظر وضعیت استخدامی رسمی (۳۶/۹ درصد) بودند (نک: جدول شماره‌ی یک).

جدول شماره‌ی ۱- اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۴/۳۶	۸/۵۸
سابقه‌ی کار	۱۰/۲۱	۸/۳۴
متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۷۷/۶۹
	مرد	۲۲/۳۱
تحصیلات	لیسانس	۷۸/۵
	فوق لیسانس	۲۱/۵
وضعیت تأهل	متأهل	۶۵/۴
	مجرد	۳۴/۶
وضعیت استخدام	رسمی	۳۶/۹
	طرحی	۲۳/۱
	قراردادی	۱۹/۲

همان‌طور که در جدول شماره‌ی دو نشان داده شده، میانگین رهبری اخلاقی مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران $۵۸/۴۲ \pm ۲۴/۳۴$ است. بر اساس نمرات استاندارد بر مبنای صد، یافته‌ها نشان داد در بین ابعاد رهبری اخلاقی، بُعد اخلاق‌مداری ($۵۶/۱۲ \pm ۲۷/۲۷$) دارای کمترین میانگین و بُعد وظیفه‌مداری ($۶۳/۴۲ \pm ۲۴/۶۵$) دارای بیشترین میانگین است (نک: جدول شماره‌ی دو). به‌طور کلی، از دیدگاه اکثر واحدهای مورد پژوهش، رهبری اخلاقی و تمام مؤلفه‌های آن در سطح مطلوب قرار دارند.

به ترک خدمت و نمره‌ی پانزده نشان‌دهنده‌ی بیشترین میزان تمایل به ترک خدمت است. میزان دربارہ‌ی تمایل به ترک خدمت نُه است و سطوح تمایل به ترک خدمت بالا و پایین با توجه به آن مشخص خواهد شد.

روایی صوری، محتوایی و سازه و ملاکی پرسش‌نامه‌ی رهبری اخلاقی را برخوردار و همکاران بررسی کردند. پایایی همسانی درونی در کل پرسش‌نامه‌ی رهبری اخلاقی برابر با $۰/۹۹$ و ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای برابر با $۰/۸۲$ بود که حاکی از روایی و پایایی مناسب این پرسش‌نامه است (۲۱ و ۱۲). از پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی و تمایل به ترک خدمت، در پژوهش‌های بسیاری استفاده شده است؛ برای مثال، محمدی (۱۳۹۲) روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی (۲۵) و حسنی و همکاران (۲۰۱۲) روایی و پایایی پرسش‌نامه‌ی تمایل به ترک خدمت (۲۶) را تأیید کرده‌اند.

این پژوهش در کمیته‌ی اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان/اصفهان تأیید شده است (IR.IAU.KHUISF.REC.1398.296). پرسش‌نامه‌ها پس از کسب مجوزهای قانونی از دانشگاه و بیمارستان‌های فوق‌الذکر و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند؛ علاوه‌براین، محرمانه‌بودن اطلاعات برای مشارکت‌کنندگان تأکید شد و همه‌ی شرکت‌کنندگان رضایت خود را برای ورود به مطالعه اعلام کردند. تمام مشارکت‌کنندگان از اهداف تحقیق و ماهیت داوطلبانه‌ی مشارکتشان مطلع بودند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش، از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه‌ی ۱۶ استفاده شد. برای توصیف اطلاعات از روش‌های آماری توصیفی (توزیع فراوانی مطلق و نسبی، میانگین و انحراف معیار) و برای تعیین ارتباط بین متغیرها و تفاوت بر اساس مشخصات دموگرافیک، از آمار استنباطی (تی مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و

بر اساس نتایج، میانگین دیسترس اخلاقی از نظر شدت (۱۱۵/۸۰ ± ۵۵/۹۹) و از نظر تکرار (۱۱۳/۹۹ ± ۵۵/۹۵) و همچنین میانگین قصد ترک خدمت ۸/۶۵ با انحراف معیار ۳/۵۹ است (نک: جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- داده‌های توصیفی متغیرهای رهبری اخلاقی دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
اخلاق‌مداری	۲۶	۱۲۵	۵۶/۱۲	۲۷/۲۷
پیشگامی	۱۷	۷۰	۵۹/۷۳	۲۵/۸۹
تسهیم قدرت	۵	۲۵	۶۳/۰۱	۲۳/۷۷
وظیفه‌مداری	۶	۲۵	۶۳/۴۲	۲۴/۶۵
رهبری اخلاقی (کلی)	۶۹	۲۴۵	۵۸/۴۲	۲۴/۳۴
شدت	۳	۲۰۱	۱۱۵/۸۰	۵۵/۹۹
تکرار	۲	۲۰۰	۱۱۳/۹۹	۵۵/۹۵
دسترس اخلاقی (کلی)	۳	۲۰۱	۱۱۴/۹۰	۵۵/۹۷
قصد ترک خدمت	۳	۱۵	۸/۶۵	۳/۵۹

(بعد وظیفه‌مداری) در جدول شماره ۲ سه نشان داد با توجه به سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵، بین رهبری اخلاقی و تمامی ابعاد آن با قصد ترک خدمت و دیسترس اخلاقی و حیطه‌های آن همبستگی معکوس و معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۰)؛ همچنین بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین متغیر قصد ترک خدمت با متغیر دیسترس اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران پژوهش، همبستگی مثبت معنی‌داری مشاهده شد (P=۰/۰۰۰، r=۰/۶۴) (نک: جدول شماره ۳).

نتایج آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) نشان داد مقادیر سطح معنی‌داری برای متغیرهای پژوهش به جز بُعد وظیفه‌مداری بزرگ‌تر از سطح آزمون یعنی $\alpha=۰/۰۵$ است؛ لذا همه‌ی متغیرها دارای توزیع طبیعی هستند؛ بنابراین برای انجام‌دادن آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. تنها برای بعد وظیفه‌مداری که کوچک‌تر از $\alpha=۰/۰۵$ بود از آزمون ناپارامتریک استفاده شد. آزمون همبستگی پیرسون (رهبری اخلاقی و ابعاد اخلاق‌مداری، پیشگامی و تسهیم قدرت) و همبستگی اسپیرمن

جدول شماره ۳- ارتباط رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت

متغیرها	شدت		تکرار		دسترس اخلاقی (کلی)		قصد ترک خدمت
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	
اخلاق‌مداری	-۰/۷۳	۰/۰۰	-۰/۷۴	۰/۰۰	-۰/۷۳	۰/۰۰	-۰/۵۲
پیشگامی	-۰/۷۲	۰/۰۰	-۰/۷۲	۰/۰۰	-۰/۷۲	۰/۰۰	-۰/۵۳
وظیفه‌مداری	-۰/۵۳	۰/۰۰	-۰/۵۳	۰/۰۰	-۰/۵۳	۰/۰۰	-۰/۴۱
تسهیم قدرت	-۰/۴۹	۰/۰۰	-۰/۴۹	۰/۰۰	-۰/۴۹	۰/۰۰	-۰/۳۷
رهبری اخلاقی (کلی)	-۰/۷۴	۰/۰۰	-۰/۷۵	۰/۰۰	-۰/۷۵	۰/۰۰	-۰/۵۵
قصد ترک خدمت	۰/۶۴	۰/۰۰	۰/۶۴	۰/۰۰	۰/۶۴	۰/۰۰	

دیسترس اخلاقی کمترین میانگین را داشت ($P < 0/05$). این تفاوت درباره‌ی رهبری اخلاقی بر حسب تحصیلات نیز معنادار بود ($P < 0/05$). بین قصد ترک خدمت نیز با سن و وضعیت استخدامی ارتباط معناداری وجود داشت. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان با وضعیت استخدام رسمی، میزان قصد ترک خدمت کمترین میانگین را داشت ($P < 0/05$).

همان‌طورکه در جدول شماره‌ی چهار آمده است بین رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی با سن و سابقه‌ی کاری ارتباط معناداری وجود نداشت ($P > 0/05$); ولی بین میزان رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی بر حسب جنس و وضعیت استخدامی تفاوت آماری معناداری وجود داشت؛ به‌طوری‌که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان با وضعیت استخدام رسمی، میزان رهبری اخلاقی بیشترین میانگین و میزان

جدول شماره‌ی ۴- مقایسه‌ی میزان رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت بر حسب برخی متغیرهای دموگرافیک

متغیرها	رهبری اخلاقی		دیسترس اخلاقی		قصد ترک خدمت	
	r	P	r	P	R	P
سابقه‌ی کاری	۰/۳۶	۰/۷۰	۰/۶۵	۰/۵۲	۱/۷۴	۰/۱۸
سن	۰/۳۴	۰/۷۲	۰/۶۰	۰/۵۵	۴/۰۷	۰/۰۲
متغیرها	میانگین ± انحراف معیار		میانگین ± انحراف معیار		میانگین ± انحراف معیار	
جنس	مرد	۱۷۱/۵۸ ± ۴۳/۹۲	۱۴۰/۸۳ ± ۴۸/۵۷	۰/۰۰	۹/۵۲ ± ۲/۸۴	۰/۱۴
	زن	۱۳۷/۰۳ ± ۵۲/۳۰	۱۰۷/۴۵ ± ۵۵/۹۴	۰/۰۰	۸/۴۰ ± ۳/۷۶	
تحصیلات	لیسانس	۱۶۹/۲۱ ± ۴۶/۹۶	۱۱۲/۰۰ ± ۵۷/۳۷	۰/۰۱	۸/۴۶ ± ۳/۶۰	۰/۲۶
	فوق لیسانس	۱۴۴/۴۶ ± ۴۷/۲۲	۱۲۵/۴۳ ± ۵۰/۰۷	۰/۲۶	۹/۳۲ ± ۳/۵۴	
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶۶/۹۱ ± ۴۷/۶۹	۱۱۲/۸۸ ± ۵۷/۰۰	۰/۵۷	۸/۵۶ ± ۳/۷۲	۰/۷۲
	مجرد	۱۵۸/۱۶ ± ۴۸/۴۰	۱۱۸/۷۰ ± ۵۴/۳۸		۸/۸۰ ± ۳/۳۷	
وضعیت استخدامی	رسمی	۱۷۷/۷۹ ± ۴۴/۷۱	۹۳/۳۳ ± ۵۵/۲۹	۰/۰۰	۷/۳۸ ± ۳/۳۲	۰/۰۱
	قراردادی	۱۵۴/۰۴ ± ۴۰/۲۴	۱۲۷/۲۶ ± ۵۶/۲۰	۰/۰۰	۹/۵۶ ± ۳/۴۳	
	طرحی	۱۷۷/۵۳ ± ۴۴/۵۹	۱۰۸/۹۷ ± ۵۲/۱۰		۸/۷۳ ± ۴/۰۶	

بحث

این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین رهبری اخلاقی و دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت از دیدگاه پرستاران صورت گرفت. نتایج نشان داد سطح رهبری اخلاقی و همه‌ی ابعاد آن، از نظر پرستاران، مطلوب است؛ یعنی رهبران پرستاری، استانداردهای رهبری اخلاقی را در سطح مطلوب رعایت می‌کنند. این یافته با سایر مطالعات در این زمینه همسوست (۲۷، ۲۸)؛ البته با یافته‌های برخورداری و میرجلیلی (۱۲) و گنجی و دلوی (۲۰) که میانگین رهبری اخلاقی را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند، همخوانی ندارد.

دلایل تفاوت بین نتایج مطالعه‌ی حاضر و این مطالعات را می‌توان به جامعه‌ی تحقیقاتی و جو سازمانی نسبت داد. ارزیابی رفتار و ویژگی‌های رهبران در زمینه‌های مختلف فرهنگی و اجتماعی بسیار متفاوت است. فرهنگ‌های مختلف عقاید و انتظارات متفاوتی از ماهیت رهبری دارند؛ همچنین از آنجاکه مباحث اخلاقی در سازمان‌های مراقبتی، مربوط به مفاهیم مراقبت از بیمار و ارتباط با همکاران و متخصصان سایر رشته‌ها و خود سازمان است، در این مطالعه سعی شده است سطح رهبری اخلاقی با استفاده از ابزار معتبر بومی اندازه‌گیری شود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد تمایل به ترک خدمت در پرستاران در حد متوسط است. این نتایج با یافته‌های مطالعات حسام و همکاران (۱۳۹۰) و مهدوی و همکاران (۱۳۹۲) همسو بود (۳۴ و ۳۵)؛ لیکن با یافته‌های مطالعات لی^۳ و همکاران (۲۰۱۴) که بر روی پرستاران کره‌ای و تحقیق آوولابی^۴ (۲۰۱۳) که بر روی کارکنان درمانی نیجریه‌ای انجام شده، همخوانی ندارد (۳۶ و ۳۷). این محققان تمایل بالای پرستاران را نسبت به ترک خدمت حرفه‌شان نشان داده‌اند. میزان تمایل به ترک حرفه در میان پرستاران ایرانی کمتر از مطالعات مشابه خارجی است؛ به نظر می‌رسد شرایط خاص سازمانی در ایران و پیچیدگی مراحل و سختی فرایندهای اداری و قانونی آن، تمایل ترک حرفه را در کارکنان سرکوب می‌کند (۳۸). گفتنی است که در مطالعه‌ی کنونی اکثر نمونه‌ها، از نظر وضعیت استخدامی، رسمی و از نظر سنی هم میان‌سال یا بزرگ‌تر بودند که این عوامل می‌تواند در تمایل به ترک خدمت مؤثر باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین رهبری اخلاقی و ابعاد آن با قصد ترک خدمت پرستاران همبستگی منفی و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین‌معنا که با افزایش سطح رهبری اخلاقی مدیران پرستاری، قصد ترک خدمت پرستاران کاهش می‌یابد. نتیجه‌ی حاصل از این پژوهش با نتایج تحقیقات اروگلو و ییلماز^۵ (۲۰۱۵) و تانگ و همکاران^۶ (۲۰۱۵) همسوست (۳۹ و ۴۰). رهبری اخلاقی با رفتارهای خود از قبیل الگوبودن، عمل‌گرایی و تقویت روابط بین‌فردی زمینه‌ی رشد و توسعه و اطمینان‌خاطر کارکنان را فراهم می‌آورد. در چنین شرایطی، کارکنان حاضر نیستند به‌راحتی هزینه‌های ناشی از ترک شغل را بپذیرند و به دنبال جایگزین‌های دیگر بگردند (۴۱). رفتار اخلاقی مدیر میزان رضایت را افزایش (۱۴) و

در مطالعه‌ی حاضر، بُعد وظیفه‌مداری بیشترین میانگین را داشت؛ بدین‌معنا که رهبران از قوانین پیروی کرده و به‌طور شفاف کار می‌کنند و مسئولیت‌های کارها را بر عهده می‌گیرند. کمترین میانگین در بین ابعاد، به حیثه‌ی اخلاق‌مداری اختصاص داشت که تعاملات همدلانه، رفتارهای اخلاق‌مدار نظیر رفتار مشارکتی و حمایتی و منش‌های متعالی نظیر صداقت و تواضع و انتقادپذیری، صبوری و داشتن سعه‌ی صدر را در بر می‌گیرد که با توجه به سطح پایین آن در بین سایر ابعاد باید توجهی ویژه به آن شود.

نتایج مطالعه‌ی حاضر حاکی از سطح متوسط دیسترس اخلاقی از نظر شدت و تکرار است. نتایج تحقیق حاضر با یافته‌های سایر محققانی که سطح متوسط دیسترس اخلاقی را گزارش کرده‌اند، همسویی دارد (۲۹، ۲۵-۳۱). بارلم^۱ و همکاران (۲۰۱۴) با بررسی پرستاران بخش اورژانس برزیل، میانگین شدت و تکرار دیسترس اخلاقی را بالا گزارش کرده‌اند (۳۲). به‌طور کلی در بررسی پژوهش‌های انجام‌شده، تفاوت‌چندانی در شدت دیسترس اخلاقی وجود ندارد. این احتمال وجود دارد که عوامل ایجادکننده‌ی شدت دیسترس اخلاقی، در نقاط مختلف، یکسان باشند و همین‌طور نگرانی‌های پرستاران در بالین از یک الگوی خاص پیروی کند. ویژگی‌های فردی، عوامل سازمانی نظیر تعداد پرسنل ماهر، زمینه‌های فرهنگی و نژادی و ملیتی، می‌تواند تجربه‌ی دیسترس اخلاقی را ایجاد کند. نتایج پژوهش کورلی^۲ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد آن دسته از پرستاران حرفه‌ای که آفریقایی‌آمریکایی بودند دیسترس اخلاقی بیشتری نسبت به سایر پرستاران حرفه‌ای تجربه می‌کردند (۲۲)؛ بنابراین پژوهش در زمینه‌ی دیسترس اخلاقی در جوامع و فرهنگ‌های مختلف از نظر برنامه‌ریزی و ارائه‌ی راهکارهای مقابله‌ای با آن اهمیت دارد (۳۳).

3. Lee

4. Owolabi

5. Erogluer & Yilmaz

6. Tang

1. Barlem

2. Corley

از محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به خودگزارش‌دهی پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد که در آن، احتمال خستگی شرکت‌کننده و فرصت اندک او برای تکمیل پرسش‌نامه وجود دارد؛ هرچند محققان سعی کردند برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها زمان کافی را در اختیار پرستاران قرار دهند. از محدودیت‌های دیگر، طراحی مقطعی آن بود که برای بررسی روابط با جزئیات بیشتر، تحقیقات طولی و مداخله‌ای پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، دیسترس اخلاقی باعث افزایش قصد ترک خدمت پرستاران می‌شود و رهبری اخلاقی در کاهش دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت نقشی بسیار مهم دارد؛ بنابراین مدیران پرستاری می‌توانند با اتخاذ این رویکرد رهبری و انجام‌دادن اقدامات مناسب، زمینه‌ی ابقای پرستاران را در حرفه‌ی پرستاری فراهم نمایند تا بدین‌وسیله از اتلاف هزینه برای استخدام‌کردن نیروهای جایگزین جلوگیری کنند. تدارک کارگاه‌هایی در این زمینه به منظور آگاه‌کردن مدیران پرستاری از مزایای این رویکرد، پیامدهای مثبتی از جمله ارتقاء کیفیت مراقبت و رضایت کارکنان را افزایش می‌دهد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولان محترم بیمارستان‌های مورد پژوهش و پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه اعلام می‌دارند.

نیت ترک خدمت را کاهش می‌دهد که این دو عامل برای سازمان بسیار حائز اهمیت است (۴۲).

نتایج نشان داد بین متغیر دیسترس اخلاقی و رهبری اخلاقی در پرستاران پژوهش همبستگی منفی معنی‌داری مشاهده می‌شود؛ به‌طوری‌که با افزایش رهبری اخلاقی، دیسترس اخلاقی در پرستاران نیز کاهش می‌یابد. همخوان با این یافته‌ها، پارک و ۵۱ (۲۰۱۷) در مطالعه‌ای بر روی پرستاران کره‌ی جنوبی نشان دادند جو اخلاقی و رهبری اخلاقی درک‌شده توسط پرستاران از عوامل اثرگذار قابل توجه، بر دیسترس اخلاقی است (۴۳). رهبران متکی بر ارزش‌های اخلاقی، با ایجاد جو اخلاقی (۱۹) و کاهش میزان و شدت دیسترس اخلاقی، اثراتی شایان توجه بر حفظ پرستاران و کاهش ترک خدمت و افزایش رضایت شغلی آنان دارند (۴۴) و بالعکس، رفتار غیراخلاقی رهبر ممکن است به ناامیدی، بی‌اعتمادی، بی‌علاقه‌شدن و نقض تعهد پیروان منجر شود و در نتیجه، روی بیمار و اثربخشی سازمانی اثر منفی داشته باشد (۴۵ و ۴۶).

نتایج مطالعه‌ی حاضر در خصوص تعیین ارتباط دیسترس اخلاقی با قصد ترک خدمت پرستاران نشان داد بین متغیرهای دیسترس اخلاقی و قصد ترک خدمت در پرستاران همبستگی مثبت معنی‌داری وجود دارد؛ بدین‌معنا که با افزایش دیسترس اخلاقی، قصد ترک خدمت افزایش می‌یابد. یافته‌های سایر مطالعات نیز مبین این مطلب است (۴۷-۵۰) که دیسترس اخلاقی از مواردی است که بر زندگی شخصی و حرفه‌ای پرستاران تأثیر منفی دارد و آن‌ها را از نظر جسمی و روانی تحت تأثیر قرار می‌دهد که در نهایت تمایل به ترک خدمت را در پرستاران تقویت می‌کند (۴۷).

منابع

- 1- Holland P, Tham TL, Sheehan C, Cooper B. The impact of perceived workload on nurse satisfaction with work-life balance and intention to leave the occupation. *Applied nursing research*. 2019; 49:70-6.
- 2- Cummings CL. What factors affect nursing retention in the acute care setting? *Journal of Research in Nursing*. 2011; 16(6):489-500.
- 3- Norman LD, Donelan K, Buerhaus PI, Willis G, Williams M, Ulrich B, et al. The older nurse in the workplace: does age matter? *Nursing Economics*. 2005; 23(6):282-9.
- 4- Nantsupawat A, Kunaviktikul W, Nantsupawat R, Wichaikhum OA, Thienthong H, Poghosyan L. Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. *International nursing review*. 2017; 64(1):91-8.
- 5- Laurs L, Blaževičienė A, Capezuti E, Milonas D. Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020; 52(2):201-9.
- 6- Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützn K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing ethics*. 2004; 11(1):63-76.
- 7- Ritchie V, O'Rourke T, Stahlke S. Nurse practitioners' experiences of moral distress in the continuing care setting. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2018; 14(10):745-52.
- 8- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2005; 14(6):523-30.
- 9- Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurse's distress in intensive care unit: A survey in teaching hospitals. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(2):58-69. [in Persian]
- 10- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *American journal of critical care*. 2004; 13(3):202-8.
- 11- Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical competency of nurse leaders: A qualitative study. *Nursing ethics*. 2018; 25(1):20-36.
- 12- Barkhordari-Sharifabad M, Mirjalili N-S. Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses' perspective. *Nursing Ethics*. 2020; 27(2):609-20.
- 13- Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Exploration of pioneering as a major element of ethical leadership in nursing: a qualitative study. *Electronic physician*. 2017; 9(7):4737.
- 14- Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 2018; 25(8):1051-63.
- 15- Lu C-S, Lin C-C. The effects of ethical leadership and ethical climate on employee ethical behavior in the international port context. *Journal of Business Ethics*. 2014; 124(2):209-23.
- 16- Trevino LK, Hartman LP, Brown M. Moral person and moral manager: How executives develop a reputation for ethical leadership. *California management review*. 2000; 42(4):128-42.
- 17- Rowold J. Relationships among transformational, transactional, and moral based leadership: Results from two empirical studies. *Leadership Review*. 2008; 8:4-17.
- 18- Fathi G, Javanak M, Taheri M, Shohoudi M. Modeling the relations of ethical leadership and clinical governance with psychological empowerment in nurses. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2014; 18(4): 204-12. [in Persian]
- 19- Aloustani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Barkhordari-Sharifabad M, Skerrett V. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational

- study. *BMC Nursing*. 2020; 19(15):1-8.
- 20- Ganji-Arjenaki M, Dalvi M. The Impact of ethical leadership on job stress and occupation turnover intention in nurses of hospitals affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2014;16(1):121-8. [in Persian]
- 21- Barkhordari-Sharifabad M. Ethical leadership in nursing: development and psychometric evaluation of an instrument. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical Science; 2017.
- 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- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing ethics*. 2005;12(4):381-90.
- 24- Cammann C, Fischman M, Jenkins D, Klesh J. Michigan organization assessment questionnaire [MOAQ]. Ann Harbor, MI University of Michigan Press. 1979.
- 25- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and environmental empowerment for nurses in education hospitals in Kerman. *Medical Ethics Journal*. 2016;8(26):91-113. [in Persian]
- 26- Hassani M, Jodatkordlar L. The Study of Relationship between Perception of Organizational Justice with Turnover Intention, Job Satisfaction and Organizational Citizenship Behavior of Medical Staff of Urmia Imam Reza Hospital. *Journal of Urmia Nursing & Midwifery Faculty*. 2012;10(3):340-52. [in Persian]
- 27- Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing ethics*. 2019;26(4):1211-25.
- 28- Kaffashpoor A, Sadeghian S. The effect of ethical leadership on subjective wellbeing, given the moderator job satisfaction (a case study of private hospitals in Mashhad). *BMC nursing*. 2020;19(1):1-8.
- 29- Rahmanian A, Mirzaei T, Sabzevari S. The relationship between moral development and moral distress in Bam. *Education & Ethic In Nursing*. 2019;8(3):37-43. [in Persian]
- 30- Barkhordari-Sharifabad M, Hekayati M, Nasiriani K. The Relationship between Moral Distress and Resiliency in Nurses. *Medical Ethics Journal*. 2020;14(45):1-14. [in Persian]
- 31- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*. 2017;14(6):523-30.
- 32- Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida ASd, Hirsch CD. Psycometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2014;23(3):563-72.
- 33- Abbass Zadeh A, Borhani F, ForoughAmeri G, Najmi Dowlatbadi S. The relationship between moral distress and nurses belong. *Journal of Medical Ethics*. 2013;6(2):117-33. [in Persian]
- 34- Hesam M, Asayesh H, Roohi G, Shariati A, Nasiry H. Assessing the relationship between nurses' quality of work life and their intention to leave the nursing profession. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2012;1(3):28-36. [in Persian]
- 35- Mahdavi M, Arab M, Mahmoudi M. Organizational Commitment and Intention to Leave among Hospitals' Employees in Tehran Hospitals. *Journal of Hospital*. 2014;12(4):19-29. [in Persian]
- 36- Lee S-Y, Kim C-W, Kang J-H, Yoon T-H, Kim CS. Influence of the nursing practice environment on job satisfaction and turnover intention. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2014;47(5):258-65.
- 37- Owolabi AB. Effect of organizational justice and organizational environment on turn-over intention of health workers in Ekiti state, Nigeria. *Research in world economy*. 2012;3(1):28-34.
- 38- Sadeghi A, Mohseni Fard J, Poorolajal J.

- The Correlation between Organizational Culture and Nurses' Turnover Intention in Educational and Therapeutic Centers of Hamadan University of Medical Sciences. *Journal of Health Promotion Management*. 2018;6(6):37-45. [in Persian]
- 39- Eroğlu K, Yılmaz Ö. The effect of ethical leadership behavior on perceived organizational climate: mediating role of work loneliness. *J Bus Res-Turk*. 2015;7:280-308.
- 40- Tang G, Cai Z, Liu Z, Zhu H, Yang X, Li J. The importance of ethical leadership in employees' value congruence and turnover. *Cornell Hospitality Quarterly*. 2015;56(4):397-410.
- 41- Alirahimi M, Amirkhani A, Rasouli R, Taleghani G. The Role of Ethical Leadership and Organizational Ethics on Reducing Organizational Turnover. *Ethics in Science and Technology*. 2018;13(1):56-64. [in Persian]
- 42- Dehghanan H, Adibpour M, Ferdosi S. Investigation and Explanation of Ethical Leadership Outcomes *Quarterly Journal of Public Organizations Management*. 2016;4(3):53-64. [in Persian]
- 43- Park B, Oh Y. Impact of ethical climate and ethical leadership perceived by nurses on moral distress. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2017;19(2):1099-116.
- 44- Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONA'S healthcare law, ethics and regulation*. 2008;10(4):94-7.
- 45- Keselman D. Ethical leadership. *Holistic nursing practice*. 2012;26(5):259-61.
- 46- Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. *International journal of nursing studies*. 2016;53:39-49.
- 47- Larijani TT, Jodaki K. The Relationship between Moral Distress and Nurses' Turnover Intention in Intensive Care Unit Nurses. *Medical Ethics Journal*. 2020;14(45):1-12. [in Persian]
- 48- Cummings CL. The effect of moral distress on nursing retention in the acute care setting: University of North Florida: College of Education and Human Services; 2009.
- 49- Rozo JA, Olson DM, Thu H, Stutzman SE. Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace health & safety*. 2017;65(6):262-5.
- 50- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PloS one*. 2015;10(8):e0136955.

Original Article

Relationship between Ethical Leadership, Moral Distress and Turnover Intention from the Nurses' Perspective

EsmatSadat Hashemi ¹, Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad ^{2*}, Mohammad Mehdi Salaree ³

1. M.Sc. Student of Critical Care Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

2. Ph.D. in Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

3. Ph.D. in Nursing, Health research Center, Life Style Institute, Nursing Faculty, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

* Corresponding Author: barkhordary.m@gmail.com

Abstract

Turnover and moral distress are considered as one of the challenges in health care systems. Nursing leaders are one of the factors influencing the thoughts and behaviors of nurses in organizational environments. The aim of this study was to determine the relationship between ethical leadership, moral distress and the turnover intention of nurses working in hospitals affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2019-2020. The research method was descriptive-correlation. A total of 130 participants were enrolled by stratified sampling method from 3 hospitals. Data were collected using demographic information questionnaires, Ethical Leadership in Nursing, moral distress, and turnover intention. Then data were analyzed using descriptive and inferential statistics by SPSS software version 16. The results showed that ethical leadership and all its components were at the desired level. Also, moral distress and intention to leave were moderate. There was a significant negative correlation between ethical leadership and all its dimensions with the turnover intention and moral distress. Also, there was a significant positive correlation between the variables of turnover intention and the moral distress. Therefore, considering the significant relationship between ethical leadership, moral distress, and the turnover, by adopting this type of leadership approach by nursing managers, moral distress and the turnover intention among nurses can be reduced.

Keywords: Ethical leadership, Moral distress, Turnover intention, Nurse

