J Crit Care Nurs. 2023 SEP;16(2):9-17

doi 10.30491/JCC.16.2.9 **Research Article**

Investigating the Relationship between Moral Injury in Nurses with Ethical Climate in Critical Care Departments of Selected Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences in 2022: A Cross-sectional Study

Mostafa Taheri[1], Esmat ShomaliNasab[2], Zahra Asadi[3], Maryam Esmaeili[4*], Azam Jahangirimehr[5]

[1] Department of Critical Care and Emergency Nursing, Zanjan Nursing and Midwifery School, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

[2] Department of Critical Care Nursing, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran

[3] Department of Critical Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[4] Department of Critical Care Nursing and Midwifery Research Center, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

[5] Department of Biostatistics, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran

[*] **Corresponding Author:** Maryam Esmaeili, Department of Critical Care Nursing and Midwifery Research Center, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: esmaeiliem@yahoo.com

How to Cite: Taheri M, ShomaliNasab E, Asadi Z, Esmaeili M, Jahagirimehr A. Investigating the Relationship between Moral Injury in Nurses with Ethical Climate in Critical Care Departments of Selected Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences in 2022: A Cross-sectional Stud. J Crit Care Nurs. 2023;16(2):9-17. doi: 10.30491/JCC.16.2.9

Received: 17 July 2023 **Accepted:** 2 August 2023 **Online Published:** 3 August 2023

Abstract

Background & aim: Intensive Care Units (ICUs) are considered as one of the most complex hospital units due to their high sensitivity and special conditions. Therefore, nurses in special care departments experience many challenges such as moral injury and conflict with management elements that can affect their performance and health. Moral injury is defined as guilt, social isolation and emotional numbness, which can affect the performance and physical and mental health of nurses. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the relationship between moral injury in nurses and the ethical climate of critical care units.

Methods: The present study was a cross sectional research that was conducted in 2022 in the ICU and Critical Care Unit (CCU) departments of hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. The study population included 266 nurses working in CCUs who were selected by simple random method. Research tools included demographic questionnaire, moral injury questionnaire and ethical climate.

Results: According to the findings of the present study, the average score of the ethical climate of special care units in general was 77.31 ± 6.84 and the average score of moral injury among nurses was 40.67 ± 3.93, which indicates the favorable ethical climate of ICUs and severe moral injury in nurses working in these departments. Among the different dimensions of Ethical climate, the highest score was related to the instrumental dimension with an average of 22.65 ± 3.57 and the lowest score was related to the independent dimension with an average of 9.11 ± 2.13. By using the Pearson's correlation coefficient, no significant relationship was observed between ethical climate and moral injury. However, moral injury had a significant and inverse relationship with the organization's ethical climate rules and regulations subscale (P = 0.24, r = -1.38) and had no statistically significant relationship with the other ethical climate subscales (P>0.05).

Conclusion: The findings showed that there is no significant relationship between the moral injury of nurses and the ethical climate of CCUs. Therefore, moral injury in nurses includes complex components and concepts that can be influenced by several factors. Also, the findings showed that the increase in organizational rules and regulations in CCUs will reduce the moral injury in nurses working in CCUs, so managers and trustees of medical systems should pay attention to this issue and take measures. Practices can reduce moral injury and also increase health and job satisfaction in nurses.

Keywords: Nurse, Moral Injury, Ethical Climate, Critical Care Unit.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

Copyright © 2023 The Author(s). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه
مقاله پژوهشی
دوره ۱۶، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۲
10.30491/JCC.16.2.9

بررسی ارتباط آسیب اخلاقی در پرستاران با جو اخلاقی بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۴۰۱: یک مطالعه مقطعی

مصطفی طاهری[۱]، عصمت شمالی نصب[۲]، زهرا اسعدی[۳]، مریم اسماعیلی[۴]*، اعظم جهانگیری مهر[۵]

[۱] گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه و اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
[۲] گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران
[۳] گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۴] گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
[۵] گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران

* **نویسنده مسئول:** مریم اسماعیلی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: esmaeiliem@yahoo.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۰۴/۲۶ **پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۵/۰۲ **انتشار مقاله:** ۱۴۰۲/۰۵/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل حساسیت بالا و شرایط خاصشان، به عنوان یکی از پیچیده‌ترین بخش‌های بیمارستانی در نظر گرفته می‌شود. از این رو پرستاران در بخش‌های مراقبت ویژه چالش‌های زیادی از قبیل آسیب‌های اخلاقی را تجربه می‌کنند. آسیب اخلاقی به صورت احساس گناه، انزوای اجتماعی و بی‌حسی عاطفی تعریف شده است که می‌تواند بر عملکرد و سلامت جسمی و روحی پرستاران تأثیر بگذارد. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط آسیب اخلاقی در پرستاران و جو اخلاقی بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش‌ها: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی است که در سال ۱۴۰۱ در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU & CCU) بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل ۲۶۶ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی، پرسشنامه آسیب اخلاقی و جو اخلاقی بود.

یافته‌ها: طبق یافته‌ها میانگین نمره جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه به طور کلی (۶/۸۴ ± ۷۷/۳۱) و میانگین نمره آسیب اخلاقی در پرستاران (۳/۹۳ ± ۴۰/۶۷) گزارش شد، که بیانگر جو اخلاقی مطلوب بخش‌های مراقبت ویژه و آسیب اخلاقی شدید در پرستاران شاغل در این بخش‌ها است. در بین ابعاد مختلف جو اخلاقی بیشترین نمره مربوط به بعد ابزاری با میانگین (۳/۵۷ ± ۲۲/۶۵) و کمترین نمره مربوط به بعد مستقل با میانگین (۲/۱۳ ± ۹/۱۱) بود. همچنین با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون رابطه معناداری بین جو اخلاقی و آسیب اخلاقی مشاهده نشد. اما آسیب اخلاقی با زیر مقیاس قوانین و مقررات جو اخلاقی سازمان ارتباط معنادار و معکوسی داشت (P = ۰/۲۴)، (t = -۰/۱۳۸) و با سایر زیر مقیاس‌های جو اخلاقی ارتباط معنادار آماری نداشت (P>۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد که بین آسیب اخلاقی پرستاران و جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه ارتباط معنی‌دار وجود ندارد. بنابراین آسیب اخلاقی در پرستاران شامل مؤلفه‌ها و مفاهیم پیچیده‌ای است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار بگیرد. همچنین یافته‌ها نشان داد که ارتقاء قوانین و مقررات سازمانی در بخش‌های مراقبت ویژه سبب کاهش آسیب اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود. بنابر این مدیران و متولیان سیستم‌های درمانی با توجه به این موضوع و اتخاذ تدابیر عملی می‌توانند سبب کاهش آسیب اخلاقی و همچنین سبب افزایش سلامت و رضایت شغلی در پرستاران شوند.

کلیدواژه‌ها: پرستار، آسیب اخلاقی، جو اخلاقی، بخش مراقبت ویژه

مقدمه

بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل وقوع مرگ و میر، کمبود نیرو، حساسیت اعضای خانواده، میزان مسئولیت در تصمیم‌گیری‌ها، تعارض و درگیری در روابط بین متخصصان و پرستاران به عنوان یکی از پیچیده‌ترین بخش‌های بیمارستانی در نظر گرفته می‌شود [۱]. از این رو، پرستاران این بخش‌ها با چالش‌های زیاد ناشی از حساسیت بسیار بالا در تصمیم‌گیری‌ها، بار کاری زیاد، نیازهای شدید بیمار، پیشرفت فناوری، ارتباط متقابل با تیم مراقبت‌های پزشکی روبه‌رو هستند که ممکن است

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]
[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

منجر به تضادهای اخلاقی و عدم قطعیت در آنان شود. از سویی دیگر بیمارستان‌ها به عنوان نهادی که مرتبط با سلامتی انسان‌ها هستند، همیشه با مسائل اخلاقی پزشکی و پرستاری مواجه می‌شوند [۲-۴]. پرستاری به عنوان یک حرفه‌ای اخلاقی در نظر گرفته می‌شود زیرا رفتارهای خدماتی پرستاران باید متشکل از فلسفه اخلاقی، از جمله در نظر گرفتن خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار است. بنابراین عوامل مؤثر بر رفتار خدماتی پرستاران در بُعد اخلاقی مانند جو اخلاقی باید مهم و مؤثر تلقی شود [۵]. همچنین توجه به رفتار اخلاقی پرستاران در عصر حاضر با توجه به پیشرفت روزافزون در حوزه مراقبت‌های بهداشتی و فناوری‌های مرتبط و افزایش نگرانی‌ها در مورد رفتارهای غیراخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن اهمیت زیادی یافته است [۶]. طبق تعریف ویکتور (Victor) و کولن (Cullen) نیز جو اخلاقی (Ethical Climate) عبارت است از ادراکات مشترک از اینکه رفتار اخلاقی درست چیست و چگونه باید با مسائل اخلاقی برخورد کرد. همچنین آنها معتقد بودند که جو اخلاقی می‌تواند بر رفتار کارکنان تأثیر بگذارد [۵]. به طور کلی جو اخلاقی نشان‌دهنده درک مشترک از فعالیت‌های سازمانی مرتبط با تصمیمات اخلاقی و مسائل بین سازمانی مانند قدرت، اعتماد و روابط انسانی است [۷]. بنابر این طبق تعاریف، جو اخلاقی به عنوان زیر مجموعه‌ای از جو سازمانی بر رفتار پرستاران و عملکرد پرستاری تأثیر می‌گذارد [۸]. طبق تحقیقات جو اخلاقی از تعامل بین اخلاق حرفه‌ای (مسئولیت‌های اخلاقی سازمان) و اخلاق شغلی (وظایف افراد در سازمان) نمود پیدا می‌کند. بر همین اساس محققین معتقدند که اجرای رفتارهای اخلاقی در یک سازمان به میزان ارج‌گذاری به ارزش‌های اخلاقی توسط سیاست‌های کلی و اقدامات مدیریتی آن سازمان بستگی دارد [۹,۱۰]. جو اخلاقی یک عنصر مهم در حیطه‌ی پرستاری است که بر کیفیت مراقبت و رفاه و رفتار پرستاران در محل کار تأثیر می‌گذارد [۸]. به طوری که طبق مطالعه هارت (Hart) مشخص شد که جو اخلاقی نامناسب با تصمیم پرستاران برای ترک شغل یا حرفه پرستاری مرتبط است [۱۱] به طوری که طبق گزارشات حدود ۲۵ درصد از پرستاران به دلیل آسیب اخلاقی شغل خود را رها کرده‌اند [۷]. همچنین جو اخلاقی منفی منجر به نارضایتی شغلی پرستاران و افت کیفیت خدمات درمانی و سایر مشکلات می‌شود [۱۲, ۱۳] همچنین جو اخلاقی مناسب سبب افزایش کیفیت مراقبت و خدمات پرستاری، افزایش رضایتمندی بیماران و ارزیابی مطلوب از خدمات درمانی می‌شود [۵]. همچنین جو اخلاقی مثبت، تمایل به انجام کار اخلاقی را برای کارکنان ایجاد می‌کند. از آنجا که جو اخلاقی می‌تواند رفتار اخلاقی کارکنان را از طریق تأثیر بر ارزش‌های سازمانی ارتقا دهد، بنابراین، مدیران و سرپرستان می‌توانند بر جو اخلاقی حاکم تأثیر بگذارند و رفتارهای غیراخلاقی را تغییر دهند [۱۴, ۱۵]. به طور کلی توجه به جو اخلاقی به منظور افزایش رضایتمندی پرستاران و بیماران، ضروری و مهم است. واژه آسیب اخلاقی (Moral Injury) در دهه ۱۹۹۰ توسط دکتر شای (Shay) مطرح شد. وی بیان نمود جانبازان جنگی دچار حالاتی از قبیل احساس گناه، انزوای اجتماعی و بی‌حسی عاطفی می‌شوند که پیوسته آن را احساس می‌کنند. مجموعه این اختلالات توسط این روانپزشک تحت عنوان آسیب اخلاقی تعریف شد [۱۶].

آسیب و پریشانی اخلاقی در پرستاری اولین بار توسط جامتون (Jamton) مطرح شد. وی بیان نمود که آسیب اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که فرد کار درست را بداند، اما محدودیت‌های سازمانی، پیگیری مسیر عمل درست را تقریباً غیرممکن می‌سازد همچنین آسیب اخلاقی معمولاً توسط پرستاران به عنوان یک تعارض اخلاقی تجربه می‌شود [۱۷]. جامتون معتقد است که آسیب اخلاقی یکی از مهم‌ترین مشکلات شغلی در میان پرستاران است که باعث ایجاد تنش می‌شود و تأثیر منفی بر سلامت و مراقبت‌های درمانی دارد [۱۸]. آسیب اخلاقی سبب برهم زدن تمرکز و ایجاد احساس ناکارآمدی در پرستاران می‌شود. همچنین با ایجاد اختلالات خلقی و افزایش تحریک‌پذیری بر زندگی شخصی آنان نیز تأثیر می‌گذارد [۱۹]. نتایج مطالعات نشان داده است که افزایش سطح آسیب اخلاقی می‌تواند سبب افزایش خطاهای پزشکی، فرسودگی شغلی، خستگی و بی‌میلی به ارائه خدمات درمانی در پرستاران شود [۷]. علاوه بر این، ناامیدی شدید و نارضایتی شغلی ممکن است منجر به خشونت در محیط کاری شود [۲۰]. همچنین مشکلات اخلاقی می‌تواند منجر به استرس در مراقبین و در نتیجه ایجاد ناراحتی‌های جسمی، عاطفی، روانی و اخلاقی اجتماعی شود (۲۱). بنابراین ضروریست که به آسیب اخلاقی در حیطه پرستاری توجه ویژه شود. در مطالعه شوریده و همکاران که با عنوان پریشانی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در ایران انجام شد، مشخص شد که چهار موضوع اعم از الف) موانع و محدودیت‌های سازمانی ب) مشکلات ارتباطی ج) اقدامات بیهوده، قصور و خطاهای مراقبت پزشکی د) مسئولیت‌ها، منابع و شایستگی‌های نامناسب، سبب آسیب‌های اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه می‌شود [۲۲]. همچنین در سیستم درمانی ایران، پرستاران تنها بر اساس دستور پزشک عمل می‌کنند و عدم استقلال، یکی از موارد اصلی آسیب‌های اخلاقی در محیط کار به حساب می‌آید. همچنین طبق مطالعات آسیب اخلاقی در پرستاری با سابقه کار و تجربه و آگاهی پرستاران نیز ارتباط دارد [۱۷]. در اکثر مطالعات، به تعیین رابطه بین ویژگی‌های فردی پرستاران و آسیب اخلاقی تأکید شده است و کمتر به محیط سازمانی و روابط بین سازمانی و جو اخلاقی توجه شده است [۲۳]. همچنین مشخص شده است که

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

محیط کار پرستاری بر سطح آسیب اخلاقی درک شده توسط پرستاران تأثیرگذار است به طوری که پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی و پیوند اعضا سطح آسیب اخلاقی بالا و پرستاران سلامت جامعه و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های روانی سطح آسیب اخلاقی پایینی را تجربه می‌کنند. اما در تحقیقات کمتر به آسیب اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه توجه شده است [۲۴]. با توجه به مطالب فوق در پژوهش‌های قبلی بیشتر به تأثیر جو اخلاقی بر عملکرد و رفتار اخلاقی و پیامدهای مثبت و منفی آن بر روی پرستاران اشاره شده‌است، و کمتر به مسائل و مؤلفه‌های تأثیرگذار بر آسیب اخلاقی پرستاران و بخصوص پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته شده است. لذا در این مطالعه محققین به دنبال بررسی ارتباط آسیب و جو اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه بودند تا شواهد علمی بیشتری در جهت شناخت عمیق‌تر عوامل مرتبط با مسائل اخلاقی پرستاران فراهم آورند.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی است که در سال ۱۴۰۱ در انواع بخش‌های مراقبت ویژه (ICU & CCU) بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. نمونه پژوهش شامل پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان (ICU & CCU) است. نمونه‌گیری در این پژوهش به روش تصادفی ساده و با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد. با توجه به اهداف پژوهش، مطالعات پیشین و بر اساس انحراف معیار متغیر جو اخلاقی, $s = 0.53$ و با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $d = 0.9$ ، با استفاده از فرمول زیر و با احتساب ۵ درصد ریزش، حجم نمونه در مجموع ۲۶۶ نفر مورد بررسی قرار گرفتند [۲۵].

$$\boldsymbol{n} = \frac{\mathbf{Z_{1-\alpha/2}}^{\mathbf{2}}\,(S^2)}{d^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل مدرک کارشناس پرستاری، حداقل سابقه در بخش مراقبت ویژه ۶ ماه و عدم سابقه بیماری حاد و شناخته شده روانی و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل بیش از نیمی از هر یک از پرسشنامه‌ها، در نظر گرفته شد.

در این مطالعه از سه پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی با استفاده از سؤالاتی در زمینه جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار، شیفت کاری، نوع بخش ویژه، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام و پست سازمانی، صورت گرفت. جهت بررسی جو اخلاقی از پرسشنامه جو اخلاقی سازمانی که توسط ویکتور و کولن در سال ۱۹۸۸ تدوین شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سؤال است که بر مبنای طیف لیکرت ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم (۱) امتیاز، مخالفم (۲)، کمی مخالفم (۳)، کمی موافقم (۴)، موافقم (۵) و کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده و دامنه نمرات آن بین ۲۶ تا ۱۵۶ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده جو اخلاقی مطلوب را گزارش می‌دهد. همچنین این پرسشنامه شامل ۶ بُعد (مراقبت و توجه، قوانین و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارایی مدار، مستقل) است. در ایران نیز طی پژوهش قدیری و همکاران (۱۳۹۲) روایی محتوایی و سازه‌ای این پرسشنامه بسیار مطلوب و پایایی آن به شیوه ضریب الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است [۲۶]. همچنین جهت بررسی آسیب اخلاقی از پرسشنامه آسیب اخلاقی (MISS-HF Moral Injury Symptom Scale-Healthcare Professionals) استفاده شد.

این پرسشنامه توسط مانتری (Mantri) و همکاران طراحی شده است که برای توصیف حالات روانی، رفتاری کادر درمان استفاده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۰ سؤال با لیکرت ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۰تا۵۰ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده آسیب اخلاقی شدیدتری است. این ابزار در ایران روایی و پایایی نشده است بنابراین ابتدا ترجمه و باز ترجمه شد سپس در اختیار متخصصان و پانل خبرگان جهت سنجش اعتبار محتوایی قرار گرفت. جهت سنجش پایایی نیز ابزار به ۲۵ مشارکت‌کننده داده شد و پایایی با بررسی و محاسبه آلفا کرونباخ تعیین شد و با توجه به ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰/۷ پایایی ابزار تأیید و در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است ۲۰ نفر شرکت‌کننده جهت سنجش پایایی ابزار از مطالعه اصلی حذف شدند [۲۷]. پس از مشخص کردن نمونه‌ها و توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها بین پرستاران توزیع شد و ۶-۴ روز برای بازگرداندن پرسشنامه‌ها به پرستاران زمان داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های بدست آمده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. برای توصیف واحدهای مورد پژوهش از آمارهای توصیفی فراوانی و درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. نرمالیتی جامعه با آزمون کولموگروف- اسمیرنوف بررسی و سطح معنی‌داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین ارتباط ما بین دو متغییر اصلی پژوهش یعنی آسیب اخلاقی و جو اخلاقی استفاده شد. این پژوهش با شماره ثبت IR.TUMS.FNM.REC.1401.052 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است. ملاحظات اخلاقی رعایت شده شامل انجام هماهنگی برای نمونه‌گیری، دادن آگاهی به شرکت‌کنندگان در مطالعه از نظر محرمانه بودن اطلاعات کسب شده و داوطلبانه بودن شرکت در مطالعه بود. همچنین همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را امضاء کردند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

یافته‌ها

از ۲۶۶ پرستاری که در این پژوهش شرکت نمودند (۵۸ درصد) ۱۵۴ نفر زن و (۴۲ درصد) ۱۱۲ نفر مرد و میانگین سن افراد (۹۶/۸۶ ± ۳۴/۷)سال و دامنه تغییرات سن بین ۲۳ تا ۵۵ سال بوده است. سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی در جدول یک آورده شده است (جدول۱).

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز

متغیرها		تعداد (درصد)
رده سنی	کمتر از ۳۰ سال	۹۵(۳۵/۷)
	۳۰-۴۰ سال	۹۸(۳۶/۸)
	۴۰-۵۰ سال	۶۳(۲۳/۷)
	بیشتر از ۵۰ سال	۱۰(۳/۸)
جنسیت	زن	۱۵۴(۵۷/۹)
	مرد	۱۱۲(۴۲/۱)
تأهل	مجرد	۱۲۱(۴۵/۵)
	متأهل	۱۴۵(۴۵/۵)
تحصیلات	کارشناسی	۲۲۴(۸۴/۲)
	کارشناسی ارشد	۴۲(۱۵/۸)
نوع استخدام	پرستار	۲۰۰(۷۵/۲)
	سرپرستار	۱۵(۵/۶)
	استف	۴۲(۱۵/۸)
	سوپروایزر	۳(۱/۱)
	مدیریت شیفت	۶(۲/۳)
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۸۶(۳۲/۳)
	۵-۱۰ سال	۵۲(۱۹/۵)
	۱۰-۲۰ سال	۹۶(۳۶/۱)
	بیشتر از ۲۰ سال	۳۲(۱۲/۰)
سابقه‌کاری ICU ،CCU	کمتر از ۵ سال	۱۳۴(۵۰/۴)
	۵-۱۰ سال	۶۲(۲۳/۳)
	۱۰-۲۰ سال	۶۵(۲۴/۴)
	بیشتر از ۲۰ سال	۵(۱/۹)
بخش کاری	دیالیز	۴۶(۱۷/۳)
	سی سی یو	۹۷(۳۶/۵)
	آی سی ی	۱۲۳(۴۶/۲)
نوبت کاری	صبح ثابت	۴۷(۱۷/۷)
	عصر ثابت	۵۰(۱۸/۸)
	شب ثابت	۳۲(۱۲/۰)
	لانگ دی	۳۱(۱۱/۷)
	گردش در شیفت	۱۰۶(۳۹/۸)
وضعیت استخدام	طرحی	۷۵(۲۸/۲)
	قراردادی	۲۳(۸/۶)
	پیمانی	۳۰(۱۱/۳)
	رسمی	۱۳۸(۵۱/۹)

بررسی نمره‌های پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، نشان داد میانگین جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه به طور کلی (۶/۸۴ ± ۷۷/۳۱) و همچنین میانگین آسیب اخلاقی در پرستاران مورد بررسی (۳/۹۳ ± ۴/۰۶۷) است، که بیانگر جو اخلاقی مطلوب بخش‌های مراقبت ویژه و آسیب اخلاقی شدید در پرستاران شاغل در این بخش‌ها است (جدول۲).

جدول ۲. میانگین نمرات جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه و آسیب اخلاقی پرستاران

متغیر	میانگین	انحراف معیار
جو اخلاقی	۷۷/۳۱	۶/۸۴
آسیب اخلاقی	۴۰/۶۷	۳/۹۳

همچنین میانگین ابعاد مختلف جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه به شرح زیر است (جدول۳).

جدول ۳. میانگین نمرات ابعاد مختلف جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه

ابعاد مختلف جو اخلاقی	میانگین	انحراف معیار
مراقبت و توجه	۱۱/۹۳	۲/۶
قوانین و مقررات	۱۱/۵۷	۳/۱۱
ضوابط	۱۲/۶۸	۲/۹۵
ابزاری	۲۲/۶۵	۳/۵۷
کارآیی مدار	۹/۳۴	۲/۱۳
مستقل	۹/۱۱	۲/۱۳

با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون ملاحظه شد که رابطه معناداری بین جو اخلاقی سازمان و آسیب اخلاقی وجود ندارد (P = ۰/۶۵۸)، (r = -۰/۲۷) (جدول۴).

جدول ٤. بررسی ارتباط جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه با آسیب اخلاقی پرستاران

متغیر	میانگین	انحراف معیار
جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه	۷۷/۳۱	۶/۸۴
آسیب اخلاقی پرستاران	۴۰/۶۷	۳/۹۳
P (آزمون همبستگی پیرسون)	۰/۶۵۸	

طبق یافته‌های پژوهش آسیب اخلاقی با زیر مقیاس قوانین و مقررات جو اخلاقی سازمان ارتباط معنادار و معکوسی داشت. به این صورت که با ارتقاء قوانین و مقررات بخش‌های مراقبت ویژه (ICU & CCU) آسیب اخلاقی در پرستاران شاغل در این بخش‌ها کاهش می‌یابد (P = ۰/۲۴)، (r = -۰/۱۳۸). همچنین بین آسیب اخلاقی و سایر زیر مقیاس‌های جو اخلاقی ارتباط معنادار آماری ملاحظه نشد (P>۰/۰۵) (جدول۵).

جدول ۵. بررسی ارتباط آسیب اخلاقی پرستاران با زیر مقیاس قوانین و مقررات جو اخلاقی سازمان

متغیر	میانگین	انحراف معیار
زیر مقیاس قوانین و مقررات جو اخلاقی سازمان	۱۱/۵۷	۳/۱۱
آسیب اخلاقی پرستاران	۴۰/۶۷	۳/۹۳
P (آزمون همبستگی پیرسون)	۰/۰۲۴	

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

مدل‌بندی متغیر آسیب اخلاقی به وسیله رگرسیون خطی

و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارآیی مدار، استقلال) بر متغیر آسیب اخلاقی به وسیله مدل رگرسیون خطی بررسی شد. متغیرهای مستقل به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشتند، به روش گام به گام وارد معادله رگرسیونی شدند که فقط متغیر قوانین و مقررات وارد مدل شد که مدل از برازش مناسبی نیز برخوردار بود (P = ۰/۲۱).

همانگونه که در (جدول۶) ملاحظه می‌شود، متغیر قوانین و مقررات ۱۹ درصد از تغییرات متغیر (آسیب اخلاقی) را تبیین و پیش‌بینی کند (r-squre = ۰/۱۹).

جدول ٦. اثر همزمان زیر مقیاس‌های جو اخلاقی (مراقبت و توجه، قوانین و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارایی مدار، استقلال) بر متغیر آسیب اخلاقی به وسیله رگرسیون خطی

مدل	متغیر	Unstandardized Coefficients		standardized Coefficients	T	Sig
		(β)	Std.Error	Beta		
1	(Constant)	۴۲/۰۰	۰/۰۰۰		۴۶/۰۰	۰/۰۰۰
	قوانین و مقررات	۰/۰۰	۰/۰۷۷	۰/۰۰۰	-۲/۰۰	۰/۰۲۴

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بر اساس نمره کسب شده درک پرستاران از جو اخلاقی حاکم بر بخش‌های مراقبت ویژه مطلوب است. با توجه به اهمیت و تأثیر جو اخلاقی در عملکرد و کیفیت خدمات درمانی ارائه شده و همچنین سلامت روحی کارکنان پرستاری، ارتقاء آن امری مهم است. نتایج مطالعات حسنی و همکاران در پرستاران دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با ابزار جو اخلاقی ویکتور و کولن [۲۸] و همچنین مطالعه فضل‌جو و همکاران در پرستاران شهرستان اردکان و میبد با ابزار جو اخلاقی (HECS) با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است و جو اخلاقی را مطلوب گزارش کردند [۲۹]. طبق مطالعه نخعی و همکاران نیز جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های کرمان از نظر پرستاران مطلوب است که همسو با پژوهش حاضر است [۳۰]. همچنین نتایج مطالعه Numminen و همکاران [۳۱] و پژوهش Pauly و همکاران [۳۲] همسو با یافته‌های مطالعه حاضر است و جو اخلاقی از دیدگاه پرستاران و پزشکان در این مطالعات مطلوب بیان شده است. بدست آمدن نتایج یکسان در رابطه با جو اخلاقی می‌تواند نشان‌دهنده الگوی مدیریتی مشابهه و وجود قوانین خاص داخل سازمانی در سیستم‌های درمانی باشد.

همچنین مطالعه بریمانی و همکاران [۳۳] میانگین نمره جو اخلاقی ۳/۷۸ و همچنین مطالعه شفیعی و همکاران [۳۴] نمره کلی جو اخلاقی در نمونه‌های شرکت‌کننده در مطالعه، ۳/۷۹ گزارش شد که نتایج آنها همسو با پژوهش حاضر است. مطالعات مذکور از پرسشنامه جوّ اخلاقی بیمارستانی Olson استفاده کردند که میانگین نمره جو اخلاقی را از ۵ محاسبه کرده است. تفاوت‌هایی که در مقدار عددی میانگین جو اخلاقی در مقالات مختلف وجود دارد، دور از انتظار نیست و می‌تواند به وجود تفاوت‌های سازمانی و شرایط محیطی و کاری نسبت داده شود؛ همچنین، تفاوت در بخش‌های مطالعه شده، حجم نمونه مورد بررسی و نیز، پرسشنامه مورد استفاده می‌تواند در این موضوع دخیل باشد. از طرفی این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از اتخاذ سیاست‌های مدیریتی توسط مدیران پرستاری باشد. افراد با خصوصیت‌های مختلف سبک‌های مدیریتی متفاوتی دارند که می‌تواند بر جو اخلاقی تأثیرگذار باشد.

همچنین نتایج مطالعه حاضر در رابطه با آسیب اخلاقی حاکی شدت این نوع آسیب در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه دارد. نتایج پژوهش برهانی و همکاران بر روی پرستاران شهر بیرجند [۳۵] و همچنین نتایج مطالعه کیقبادی و همکاران در پرستاران شاغل در سبزوار [۳۶] با نتایج پژوهش حاضر همسو است و حاکی از آسیب و دیسترس اخلاقی متوسط تا شدید در پرستاران است. از سویی دیگر مطالعه عسگری و همکاران نیز نشان داد که پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه دیسترس اخلاقی شدیدی را تجربه می‌کنند که با یافته مطالعه حاضر همسو است [۳۷].

نتایج مطالعه Latimer و همکاران نشان داد که سطح آسیب اخلاقی پرستاران در سطح شدیدی است. همچنین طبق این مطالعه حمایت سازمانی، سن، جنسیت، کار در بخش مراقبت‌های ویژه و جو اخلاقی پیش‌بینی‌کننده آسیب اخلاقی پرستاران هستند و در تعیین شدت آن اثرگذار هستند. در این پژوهش از پرسشنامه آسیب اخلاقی برای متخصصان بهداشت و درمان (MMD-HP) استفاده شد [۳۸]. شباهت‌هایی که در مقالات مختلف از نظر شدت آسیب اخلاقی در پرستاران وجود دارد، می‌تواند به دلیل الگوهای مشابه سازمانی و شرایط محیطی و کاری سخت پرستاران نسبت داده شود.

طبق نتایج مطالعه رابطه معناداری بین جو اخلاقی سازمان و آسیب اخلاقی وجود ندارد اما آسیب اخلاقی با زیر مقیاس قوانین

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

و مقررات جو اخلاقی سازمان ارتباط معنادار و معکوسی داشت و با سایر زیر مقیاس‌های جو اخلاقی ارتباط معنادار آماری نداشت. در این راستا نتایج مطالعه جولایی و همکاران نشان داد بین دیسترس اخلاقی درک شده با جو اخلاقی ارتباطی وجود ندارد که همسو با نتایج مطالعه است، اما بین دو حیطه مدیران و بیماران با فراوانی تنش اخلاقی رابطه معنادار و معکوسی گزارش کردند. هر چه میزان حمایت مدیران در رویارویی با مشکلات پرستاران بیشتر باشد، تنش اخلاقی درک شده آنان کمتر خواهد بود [۳۹].

اما نتایج مطالعه Latimer و همکاران نشان داد همبستگی منفی معنی‌داری بین آسیب اخلاقی و جو اخلاقی وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر غیر همسو است [۳۸].

مطالعه بیات و همکاران نشان داد نمره فراوانی آسیب اخلاقی با نمره کل جو اخلاقی و نیز ابعاد آن شامل همکاران، بیماران، بیمارستان‌ها و پزشکان همبستگی معکوس یک طرفه داشت. نمره شدت آسیب اخلاقی پرستاران نیز با نمره کل جو اخلاقی و نمرات بعد بیمارستان و پزشک همبستگی معکوس یک‌طرفه داشت.

این نتایج بر اهمیت ایجاد جو اخلاقی مثبت برای کاهش ناراحتی اخلاقی و همچنین نیاز به مداخلات حرفه‌ای برای افزایش حمایت در مسائل اخلاقی تأکید کرد [۷]. مطالعه اسلام‌پناه و همچنین مطالعه فضل‌جو و همکاران نشان داد بین شدت دیسترس اخلاقی و جو اخلاقی موجود در بیمارستان‌ها رابطه‌ای معکوس وجود دارد که با نتایج پژوهش حاضر غیر همسو است [۲۹, ۴۰]. همچنین نتایج مطالعه Fogel نیز نشان داد تمام ابعاد جو اخلاقی با دیسترس اخلاقی درک شده رابطه معنادار و منفی دارد. او انجام مطالعات بیشتر را در حیطه بررسی عوامل مؤثر بر اخلاقی کردن جو کاری به سایر پژوهشگران توصیه کرد [۴۱].

مسئولان بهداشت و درمان به دنبال دستورالعمل‌هایی برای ترویج جو اخلاقی سازمانی هستند. با این حال، دستورالعمل‌های مرتبط با آسیب اخلاقی محدود است. از آنجا که آسیب اخلاقی و ایجاد جو اخلاقی مثبت هر دو بر توانایی یک سازمان برای حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و افزایش سطح رضایت شغلی آنان مؤثر است، به این 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 توسعه ظرفیت اخلاق و برای کمک به مقابله با پریشانی اخلاق در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی توصیه شده است [۳۶]. 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 مواجه معضلات اخلاقی می‌شود و نپرداختن به جنبه‌های اخلاقی مراقبت سبب بی‌توجهی و مغفول ماندن اخلاق در مراقبت می‌شود که به صورت امری رایج درآمده و در ارائه‌ی مراقبت به بیماران و ارتقای سلامت جامعه و ارتقای حرفه پرستاری دچار مشکل می‌شود [۴۲].

جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌ها، برای بهبود محیط کار و افزایش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی، حائز اهمیت بسیار است و مناسب بودن جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان، نه تنها می‌تواند منجر به بهبود روابط پرستاران با یکدیگر و با مدیرانشان شود، بلکه از بروز دیسترس اخلاقی که ممکن است پرستاران تجربه کنند، می‌کاهد؛ بنابراین، شناسایی عوامل مرتبط و انجام اقدامات لازم برای بهبود آن، اهمیت دارد.

این مطالعه از این لحاظ که در بستر فرهنگی متفاوت و همچنین در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد، می‌تواند ارزشمند بوده و به نوبه خود اطلاعات اولیه مفیدی را در اختیار مسئولین و محققین قرار دهد. البته از محدودیت‌های این مطالعه کوچک بودن حجم نمونه، محدود بودن به بیمارستان‌های آموزشی و نیز استفاده از روش خودگزارش‌دهی در جمع‌آوری داده بود که به نظر می‌رسد شاید علت عدم ارتباط آماری مشاهده شده نیز، همین محدودیت‌ها باشد. لذا پیشنهاد می‌شود این مطالعه در سطح وسیع‌تر و با حجم نمونه بیشتر تکرار شود. همچنین، بهتر است به جای استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای بررسی آسیب اخلاقی، از روش‌ها و ابزارهای مشاهده‌ای برای اندازه‌گیری عینی آسیب اخلاقی پرستاران استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین آسیب اخلاقی پرستاران و جو اخلاقی بخش‌های مراقبت ویژه ارتباط معنی‌دار وجود ندارد. بنابراین آسیب اخلاقی در پرستاران شامل مؤلفه‌ها و مفاهیم پیچیده‌ای است که می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی قرار بگیرد که نیازمند به انجام مطالعاتی آتی در آینده است.

همچنین یافته‌ها نشان داد که افزایش قوانین و مقررات سازمانی در بخش‌های مراقبت ویژه سبب کاهش آسیب اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه می‌شود بنابراین مدیران و متولیان سیستم‌های درمانی با توجه به این موضوع و اتخاذ تدابیر عملی می‌توانند سبب کاهش آسیب اخلاقی و همچنین سبب افزایش سلامت و رضایت شغلی در پرستاران شوند. همچنین مدیران پرستاری با افزایش دانش خود در زمینه آسیب اخلاقی و عوامل مؤثر بر آن، در جهت کاهش عوارض و تبعات نامطلوب آن بر سلامت جامعه پرستاران گام بردارند.

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

تقدیر و تشکر

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی است که در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. این پژوهش با شماره ثبت IR.TUMS.FNM.REC.1401.052 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است. تیم پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی تهران بابت حمایت مالی طرح و از کلیه شرکت‌کنندگان در این مطالعه و همکارانی که به هر نحو ما را در این پژوهش کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تضاد منافع

نویسندگان در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته‌اند.

منابع

1. Monte PF, Lima FET, Neves FMdO, Studart RMB, Dantas RT. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. Acta Paulista de Enfermagem. 2013;26(5):421-7 doi.10.1590/S0103-21002013000500004
2. El-Demerdash SM, Obied HK. Intensive Care Unit Nurses' Uncertainty and Patient Safety Culture. International Journal of Studies in Nursing. 2017;3(1):110. doi. 10.20849/ijsn.v3i1.345
3. Ingvarsson E, Verho J, Rosengren K. Managing uncertainty in nursing-Newly graduated nurses' experiences of introduction to the nursing profession. International Archives of Nursing and Health Care. 2019;5(1):119. doi.10.23937/2469-5823/1510119
4. 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. doi.10.1177/0969733020966776
5. Zhang N, Li J, Bu X, Gong Z-X. The relationship between ethical climate and nursing service behavior in public and private hospitals: a cross-sectional study in China. BMC nursing. 2021;20(1):1-10. doi.10.1186/s12912-021-00655-7
6. Nikkhah Farkhani Z, Rahimnia F, Kazemi M, Shirazi A. Modeling the ethical behavior of nurses using the theory of virtue ethics. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2015;7(6):29-48.
7. Bayat M, Shahriari M, Keshvari M. The relationship between moral distress in nurses and ethical climate in selected hospitals of the Iranian social security organization. Journal of medical ethics and history of medicine. 2019;12. doi.10.18502/jmehm.v12i8.1339
8. Koskenvuori J, Numminen O, Suhonen R. Ethical climate in nursing environment: a scoping review. Nursing ethics. 2019;26(2):327-45. doi.10.1177/0969733017712081
9. Cerit B, Özveren H. Effect of hospital ethical climate on the nurses' moral sensitivity. The European Research Journal. 2019;5(2):282-90. doi.10.18621/eurj.423324
10. 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):1-9.
11. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. Journal of Nursing Scholarship. 2005;37(2):173-7. doi.10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x
12. Borhani F, Hoseini S, Abaszadeh A, Abbasi M, Fazljoo E. Nurses'perceptions of ethical climate governing the teaching hospital affiliated with the university of medical sciences shahid sadughi yazd. 2014.
13. Zhang N, Li J, Bu X, Gong Z-X. The relationship between ethical climate and nursing service behavior in public and private hospitals: a cross-sectional study in China. BMC nursing. 2021;20:1-10.
14. Dinc MS, Huric A. The impact of ethical climate types on nurses' behaviors in Bosnia and Herzegovina. Nursing ethics. 2017;24(8):922-35. doi. 10.1177/0969733016638143
15. Arnaud A, Schminke M. The ethical climate and context of organizations: A comprehensive model. Organization Science. 2012;23(6):1767-80. doi.10.1287/orsc.1110.0698
16. Shay J. Casualties. Daedalus. 2011:179-88.
17. Vaziri MH, Merghati-Khoei E, Tabatabaei S. Moral distress among Iranian nurses. Iranian journal of psychiatry. 2015;10(1):32.
18. Jameton A. Nursing practice: The ethical issues. 1984.
19. de Veer AJ, Francke AL, Struijs A, Willems DL. Determinants of moral distress in daily nursing practice: A cross sectional correlational questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2013;50(1):100-8. doi. 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.017
20. Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, Montgomery K. Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. Advances in Neonatal Care. 2010;10(3):145-56. doi.10.1097/ANC.0b013e3181dd6c48
21. Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics. 2005;12(4):381-90. doi.10.1191/0969733005ne809oa
22. Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress: a content analysis. Nursing Ethics. 2012;19(4):464-78. doi.10.1177/0969733012437988
23. Silén M, Svantesson M, Kjellström S, Sidenvall B, Christensson L. Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context:

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]

perceptions and instrument usability. Journal of Clinical Nursing. 2011;20(23-24):3483-93. doi.10.1111/j.1365-2702.2011.03753.x
24. Eizenberg MM, Desivilya HS, Hirschfeld MJ. Moral distress questionnaire for clinical nurses: instrument development. Journal of Advanced Nursing. 2009;65(4):885-92. doi.10.1111/j.1365-2648.2008.04945.x
25. Shafiei Z, Norian K, Rafiee Vardanjani L. Association between Nurses' Perception of the Ethical Climate Governing in Clinical Environment and Individual Characteristics in Teaching Hospitals of Shahrekord University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13(1):578-88.
26. Ghadiri M. The Relationship of Ethical Climate with Job Satisfaction, Organizational Commitment & Turnover Intention in Employees of a Govermental Company. 2013.
27. Mantri S, Lawson JM, Wang Z, Koenig HG. Identifying moral injury in healthcare professionals: The moral injury symptom scale-HP. Journal of religion and health. 2020;59:2323-40.
28. Hassani M, Sedaqat R, Kazemzadehbeytali M. Correlation between the Ethical climate, Job stress and Job Satisfaction in Nurses. Med Ethics J. 2017;11(40):63-71.
29. Fazljoo SE, Nasiriani K, Zamani N, Azimpor S. Nurses' Perceptions of Ethical Climate, Ethical Reasoning, and Moral Courage in the Hospital. Iran Journal of Nursing. 2021;34(133):28-39. doi. 10.32598/ijn.34.5.3
30. Nakhae N, Mobasher M, Garusi S. Assessment of ethical climate (organizational culture) hospitals in Kerman. Iran J Med Ethics Hist Med. 2007;1(1):45-52.
31. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence–newly graduated nurses' perceptions. Nursing ethics. 2015;22(8):845-59. doi.10.1177/0969733014557137
32. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nursing Ethics. 2009;16(5):561-73. doi. 10.1177/0969733009106649
33. Barimani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Tadrisi SD. Relationship between ethical climate and intent to quit of critical care nurses. Medical ethics 2019; 13(9).
34. Shafiei Z, Norian K, Rafiee Vardanjani L. Association between Nurses' Perception of the Ethical Climate Governing in Clinical Environment and Individual Characteristics in Teaching Hospitals of Shahrekord University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13:578-88.
35. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and its relationship with professional stress in nurses. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;6(6):10-9.
36. Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;7(3):36-47.
37. Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. Nursing Ethics. 2019;26(2):346-56. doi. 10.1177/0969733017712083
38. Latimer AL, Otis MD, Mudd-Martin G, Moser DK. Moral distress during COVID-19: The importance of perceived organizational support for hospital nurses. Journal of Health Psychology. 2023;28(3):279-92. doi.10.1177/13591053221111850
39. Joolaee S, Jalili H, Rafiee F, Haggani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;4(4):56-66.
40. Eslami-Panah M, Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A, Khazaei A, Dehghani M. Relationship of moral climate and moral distress with job involvement among nurses working in hospitals affiliated with Hamadan university of medical sciences in 2020. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2022;30(4):259-69. doi. 10.32592/ajnmc.30.4.259
41. Fogel KM. The relationships of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurses: Loyola University Chicago; 2007.
42. Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur university of medical sciences in 2015. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;14(6):443-54. 20.1001.1.17353165.1394.14.6.6.4

[Downloaded from jccnursing.com on 2026-11-07]

[DOI: 10.30491/JCC.16.2.9]