Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 15, Issue 1, Spring 2026

The Effect of Teaching Ethical Concepts Based on Kitchener's Model on Moral Awareness and Moral Distress Among Emergency Nurses

Fereshteh Salarpour Mohammad Moradi[1], Mitra Khoobi[2*] Elham Boushehri[3]

1- Master's Student, Student Research Committee, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran./ Instructor, Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.
2- Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
3- Associate Professor, Medical Education Department, Medical School, Hormozdan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.

***Corresponding Author:** Mitra Khoobi, Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
Email: m.khoobi@modares.ac.ir

Received: 2026/11/14 Accepted: 2026/11/19

Abstract

Introduction: Emergency nurses are vulnerable to moral distress due to high workloads and complex clinical situations. Moral awareness facilitates the identification and analysis of ethical issues in care. This study aimed to determine the effect of Kitchener model-based education on moral awareness and moral distress among emergency nurses.

Methods: This quasi-experimental study employed a pre-test, post-test and two-month follow-up design in 2024–2025, involving 81 nurses from the emergency departments of six hospitals in Bandar Abbas, Iran. Proportionate stratified sampling followed by simple random sampling was used. Participants were allocated to intervention (n = 40) and control (n = 41) groups. The intervention comprised seven 45–60-minute educational sessions based on Kitchener's ethical principles, delivered through interactive lectures and clinical scenarios. Data were collected at three time points using a demographic questionnaire, the revised Moral Distress Scale for Nurses (MDS-R), and a moral awareness questionnaire. Data were analysed using repeated-measures mixed analysis of variance in SPSS version 26, with significance set at 0.05.

Results: No significant differences in demographic characteristics were observed between groups ($p > 0.05$). Significant effects of time, group, and time-by-group interaction were found for moral distress and moral awareness ($p < 0.001$). In the intervention group, moral distress decreased significantly at follow-up compared with baseline and post-test; however, the baseline-to-post-test difference was not significant. Moral awareness increased significantly immediately after the intervention and at follow-up compared with baseline, although it declined from post-test to follow-up. No significant association between moral awareness and moral distress was identified at any assessment point ($p > 0.05$).

Conclusion: Kitchener model-based education may enhance moral awareness and reduce moral distress among emergency nurses. Continuing education and booster sessions are recommended to maintain these effects. Future studies should assess the long-term sustainability of these effects across diverse clinical healthcare settings.

Keywords: Emergency Nursing, Nursing Ethics, Nursing Education, Decision-Making, Ethical Dilemmas.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

Extended Abstract

Introduction

Emergency nurses frequently encounter ethically challenging situations arising from conflicts between professional responsibilities, patients' needs, family expectations, and organisational constraints. Such situations may cause moral distress, particularly when nurses recognise the ethically appropriate course of action but cannot implement it. Ethical awareness is essential for identifying and analysing ethical issues in clinical practice. Kitchener's ethical decision-making model provides a structured framework for examining ethical dilemmas and guiding professional judgements. In emergency departments, time pressure, uncertainty, limited resources and competing clinical priorities may complicate ethical reasoning and make concerns less visible. Nurses must often balance respect for patient autonomy, beneficence, non-maleficence and justice while responding to urgent needs. A systematic educational approach may help nurses recognise ethical dimensions, clarify obligations and consider possible consequences before choosing a response. Ethical awareness refers to recognising that a situation raises an ethical concern, whereas moral distress may develop when professional values conflict with institutional restrictions or circumstances that limit appropriate action. These concepts are related to ethical practice but represent distinct outcomes; greater awareness does not necessarily remove the organisational barriers that contribute to distress. Structured education may provide a shared language for discussing dilemmas and support more deliberate professional judgements. Kitchener's framework offers a basis for examining ethical principles and weighing competing responsibilities in complex situations. This study aimed to determine the effect of Kitchener model-based education on ethical awareness and moral distress among emergency nurses.

Methods

This quasi-experimental study employed a pre-test, post-test and two-month follow-up design. It was conducted between February and June 2025 in the emergency departments of six hospitals in Bandar Abbas, Iran. A total of 81 nurses were recruited using proportionate stratified sampling followed by simple random sampling within hospital strata. Participants were allocated to an intervention group (n = 40) or a control group (n = 41). Eligibility criteria included holding at least a bachelor's degree, willingness to participate, no attendance at ethics workshops during the preceding three months, and no self-reported mental illness during the previous year. The intervention consisted of seven educational sessions, each lasting 45–60 minutes, delivered over four months. Sessions incorporated interactive lectures, clinical scenarios, group discussions, reflection and collaborative problem-solving. Educational content covered professional nursing ethics, fundamental bioethical principles, ethical theories, recognition and analysis of ethical conflicts, ethical decision-making, factors influencing ethical judgements, moral indifference and strategies for resolving ethical dilemmas. The sessions were structured around Kitchener's ethical principles and decision-making framework.

Data were collected before the intervention, immediately afterwards and at the two-month follow-up using a demographic questionnaire, the revised Moral Distress Scale (MDS-R) and a 15-item ethical awareness questionnaire. The MDS-R comprised 21 items, with higher scores indicating greater moral distress. Ethical awareness scores ranged from 15 to 45, with higher scores representing greater awareness. Data were analysed using SPSS version 26. Repeated-measures mixed analysis of variance examined changes over time, between-group differences and time-by-group interactions. Pearson's correlation analysis assessed the relationship between ethical awareness and moral distress. Statistical significance was set at $p < 0.05$. The study received ethical approval, and informed consent was obtained from all participants.

Results

The final analysis included 81 nurses. Most participants were women and married, and the majority held bachelor's degrees. The mean ages of the intervention and control groups were 33.58 and 33.41 years, respectively. No statistically significant differences were observed in baseline demographic characteristics between the groups ($p > 0.05$).

Moral distress decreased in the intervention group, with the mean score falling from 45.08 at baseline to 44.08 immediately after the intervention and 34.88 at the two-month follow-up. No significant changes were observed in the control group ($p>0.05$). Analysis

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

demonstrated significant effects of time, group and the time-by-group interaction on moral distress ($p < 0.001$). Pairwise comparisons showed no significant difference between baseline and immediate post-intervention scores ($p=1.000$). However, moral distress was significantly lower at follow-up than at both baseline and post-intervention assessments ($p<0.001$).

Ethical awareness improved following the intervention. The mean score increased from 30.35 at baseline to 39.03 immediately after the intervention, before declining to 36.40 at follow-up. The control group showed no significant changes ($p>0.05$). Significant effects of time, group and the time-by-group interaction were identified ($p< 0.001$). Ethical awareness scores immediately after the intervention and at follow-up were significantly higher than baseline scores ($p< 0.001$). Nevertheless, the follow-up score was significantly lower than the immediate post-intervention score ($p<0.001$).

Pearson's correlation analysis revealed no statistically significant association between ethical awareness and moral distress at any measurement point in either group ($p> 0.05$).

Conclusion

Kitchener model-based education improved ethical awareness and was associated with a delayed reduction in moral distress among emergency nurses. The findings support incorporating structured ethical decision-making frameworks, interactive clinical scenarios and reflective discussions into continuing nursing education. By offering a consistent process for identifying ethical concerns and considering competing principles, this approach may help nurses discuss difficult situations clearly and make their reasoning explicit. Educational activities should connect theoretical principles with realistic emergency cases, including conflicts involving patient preferences, family expectations, professional duties and resource limitations. However, education alone may not resolve moral distress when nurses face barriers outside their control, such as organisational policies, staffing pressures or limited resources. The decline in ethical awareness during follow-up highlights the importance of refresher sessions and ongoing opportunities to discuss ethical dilemmas. Reinforcement may help maintain learning, although this study does not establish the ideal timing or format of additional sessions. The delayed reduction in moral distress requires cautious interpretation and further investigation, because the measured change was not significant immediately after the intervention. Nursing managers and educators may consider combining ethics education with supportive discussion and organisational review of barriers to ethically appropriate care. Further studies involving randomised allocation, larger samples and longer follow-up periods are recommended to assess the long-term effectiveness and generalisability of this educational approach. Research should also examine whether sustained awareness gains translate into changes in clinical decisions, workplace practices and nurses' experiences of moral distress.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی

دوره ۱۵، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵

بررسی تأثیر آموزش مفاهیم اخلاقی مبتنی بر مدل کیچنر بر آگاهی و پریشانی اخلاقی در پرستاران اورژانس

فرشته سالارپور محمدمرادی[۱]، میترا خوبی[۲*]، الهام بوشهری[۳]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران./مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.
۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳- دانشیار، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، موسسه بهداشت هرمزگان، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

*نویسنده مسئول: میترا خوبی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: m.khoobi@modares.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۷/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۷/۲۸

چکیده

مقدمه: پرستاران اورژانس به دلیل فشار کاری و مواجهه با موقعیت‌های پیچیده، در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند. آگاهی اخلاقی می‌تواند به شناسایی و تحلیل مسائل اخلاقی در فرایند مراقبت کمک کند. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر مدل کیچنر بر آگاهی و پریشانی اخلاقی پرستاران اورژانس انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه در سال‌های ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بر روی ۸۱ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس شش بیمارستان بندرعباس انجام شد. نمونه‌گیری به روش طبقه‌ای متناسب با حجم و سپس تصادفی ساده صورت گرفت. شرکت‌کنندگان در گروه مداخله (۴۰ نفر) و کنترل (۴۱ نفر) قرار گرفتند. مداخله شامل هفت جلسه آموزشی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای مبتنی بر مفاهیم اخلاقی مدل کیچنر بود که با استفاده از سخنرانی تعاملی و سناریوهای بالینی اجرا شد. داده‌ها با پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسشنامه پریشانی اخلاقی پرستاران (MDS-R) و پرسشنامه آگاهی اخلاقی در سه مرحله جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. سطح معناداری ۰٫۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها: دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت معناداری نداشتند ($p<0.05$). اثر زمان، گروه و تعامل زمان و گروه بر پریشانی و آگاهی اخلاقی معنادار بود ($p<0.001$). در گروه مداخله، کاهش معنادار پریشانی اخلاقی در پیگیری دوماهه نسبت به پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده شد؛ اما تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود. آگاهی اخلاقی بلافاصله و دو ماه پس از مداخله نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشت، هرچند در پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش یافت. بین آگاهی و پریشانی اخلاقی در هیچ‌یک از زمان‌های اندازه‌گیری رابطه معناداری مشاهده نشد ($p>0.05$).

نتیجه گیری: آموزش مبتنی بر مدل کیچنر می‌تواند به افزایش آگاهی اخلاقی و کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران اورژانس کمک کند. استفاده از آموزش‌های مستمر و جلسات تقویتی برای حفظ آثار مداخله پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه ها: پرستاری اورژانس؛ اخلاق پرستاری؛ آموزش پرستاری؛ تصمیم‌گیری؛ دوراهی‌های اخلاقی.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

مقدمه

دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی مناسب از نیازهای اساسی بیماران است و بخش اورژانس نقش مهمی در ارائه خدمات فوری و نجات‌بخش دارد (۱). بااین‌حال، ازدحام بیماران، حجم بالای کار و کمبود منابع انسانی و فیزیکی می‌توانند کیفیت مراقبت را تحت تأثیر قرار داده و رعایت اصول اخلاقی، از جمله خودمختاری، عدالت، خیرخواهی و عدم آسیب‌رسانی را با چالش مواجه کنند (۲, ۳). در چنین شرایطی، پرستاران اورژانس ممکن است با تعارض‌ها و دوراهی‌های اخلاقی متعددی روبه‌رو شوند که تصمیم‌گیری حرفه‌ای آنان را دشوار می‌سازد (۴). تصمیم‌گیری اخلاقی از جنبه‌های اساسی فعالیت حرفه‌ای پرستاران است؛ زیرا آنان به‌طور مستمر با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که مستلزم شناسایی مسائل اخلاقی و انتخاب اقدام مناسب است (۵, ۶). این فرایند تا حد زیادی به توانایی تشخیص ابعاد اخلاقی موقعیت‌های بالینی وابسته است (۷). آگاهی اخلاقی به توانایی شناسایی مسائل و پیامدهای اخلاقی یک موقعیت و درک اهمیت آن‌ها در تصمیم‌گیری اشاره دارد. ضعف در این آگاهی ممکن است موجب نادیده‌گرفتن ملاحظات اخلاقی و اتخاذ تصمیم‌های نامناسب شود (۸, ۹). آگاهی اخلاقی و حساسیت اخلاقی، با وجود ارتباط، مفاهیمی متمایزند و هر دو در تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اهمیت دارند (۱۰-۱۲). آگاهی از مسئولیت‌ها و تعهدات حرفه‌ای به پرستاران کمک می‌کند نیازهای اخلاقی بیماران و تعارض میان ارزش‌ها و مسئولیت‌ها را تشخیص دهند؛ بااین‌حال، آگاهی به‌تنهایی برای تضمین رفتار اخلاقی کافی نیست (۱۳). همچنین، محدودیت‌های محیطی و سازمانی ممکن است مانع اجرای تصمیم اخلاقی شوند، حتی زمانی که پرستار اقدام درست را تشخیص داده است (۱۴, ۱۵). محیط اورژانس به دلیل ماهیت غیرقابل‌پیش‌بینی، شدت بالای بیماری‌ها، فشار کاری، کمبود منابع و احتمال مواجهه با خشونت، شرایط دشواری برای تصمیم‌گیری اخلاقی ایجاد می‌کند. این عوامل می‌توانند تعارض میان اقدامات مورد انتظار و تشخیص پرستار از اقدام اخلاقاً درست را افزایش دهند و زمینه‌ساز پریشانی اخلاقی شوند (۱۶, ۱۷). پریشانی اخلاقی زمانی رخ می‌دهد که فرد از اقدام اخلاقی مناسب آگاه است، اما به دلیل محدودیت‌ها یا فشارهای بیرونی قادر به اجرای آن نیست (۱۸). این وضعیت ممکن است در تصمیم‌گیری درباره درمان‌های نگهدارنده زندگی، مدیریت درد و علائم یا تخصیص منابع پزشکی بروز کند. محدودیت منابع راهنمای تصمیم‌گیری در مواجهه با دوراهی‌های اخلاقی نیز می‌تواند این فرایند را دشوارتر سازد (۱۹). افزون بر این، شواهد نشان می‌دهند حمایت سازمانی ناکافی با پریشانی اخلاقی پرستاران ارتباط دارد و ضرورت توجه هم‌زمان به عوامل فردی و سازمانی را برجسته می‌کند (۲۰). با توجه به پیچیدگی موقعیت‌های اخلاقی و ضرورت حمایت از پرستاران در فرایند تصمیم‌گیری، استفاده از چارچوب‌های نظام‌مند برای هدایت تصمیم‌گیری اخلاقی اهمیت ویژه‌ای دارد. ازاین‌رو، کدهای اخلاقی به‌طور مکرر استفاده از مدل‌های تصمیم‌گیری اخلاقی را پیشنهاد می‌دهند و این مدل‌ها با فراهم کردن چارچوبی نظام‌مند، به پرستاران کمک می‌کنند تا گزینه‌های مختلف را بر اساس اصول اخلاقی و ارزش‌های حرفه‌ای ارزیابی و تصمیمی مؤثر و قابل دفاع اتخاذ کنند (۲۱). در میان مدل‌ها و چارچوب‌های موجود برای تصمیم‌گیری اخلاقی، مدل کیچنر با تأکید بر اصول بنیادین اخلاقی، چارچوبی مناسب برای تحلیل موقعیت‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی فراهم می‌کند. مدل کیچنر پنج اصل اخلاقی را شناسایی کرده که به عنوان اصول بنیادین دستورالعمل‌های اخلاقی در نظر گرفته می‌شوند. از آنجا که رهنمودهای اخلاقی نمی‌توانند تمامی موقعیت‌هایی که افراد ممکن است با آن‌ها مواجه شوند را پوشش دهند، مرور و آموزش این اصول اخلاقی که اساس این دستورالعمل‌ها هستند، غالباً به روشن شدن مسائل مربوط به هر موقعیت خاص کمک می‌کند. این پنج اصل عبارتند از: خودمختاری، عدالت، خیرخواهی، عدم آسیب رسانی و وفاداری که هر کدام به‌طور مستقل به عنوان حقایق مطلق در نظر گرفته می‌شوند (۲۲, ۲۳). با وجود شواهدی درباره نقش آموزش اخلاقی در ارتقای شایستگی اخلاقی پرستاران و کاهش پریشانی اخلاقی، شواهد درباره اثربخشی آموزش ساختاریافته مبتنی بر مدل کیچنر بر آگاهی اخلاقی و پریشانی اخلاقی، به‌ویژه در پرستاران شاغل در محیط پرتنش اورژانس، محدود است. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی یک برنامه آموزشی مبتنی بر مدل کیچنر بر آگاهی و پریشانی اخلاقی در پرستاران اورژانس انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه با دو گروه مداخله و کنترل

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

است که در سال ۱۴۰۳–۱۴۰۴ از تاریخ ۱۵بهمن ۱۴۰۳ الی۵تیر۱۴۰۴ در بخش‌های اورژانس شش بیمارستان شهر بندرعباس انجام شد.جامعه پژوهش را تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های شهید محمدی، کودکان، امام‌علی، تأمین اجتماعی، شریعتی و امام رضا تشکیل دادند. نمونه‌گیری به روش طبقه‌بندی متناسب با حجم انجام شد؛ به‌طوری‌که هر بیمارستان به‌عنوان یک طبقه در نظر گرفته شد. علت انتخاب روش نمونه‌گیری طبقه‌ای، وجود تفاوت میان بیمارستان‌ها از نظر ساختار مدیریتی (دولتی و خصوصی)، نوع خدمات تخصصی ارائه‌شده، ویژگی‌های آموزشی و حجم مراجعان بود. سهم نمونه هر بیمارستان بر اساس تعداد پرستاران شاغل در بخش اورژانس و با استفاده از فرمول تخصیص متناسب با حجم محاسبه شد. سپس افراد واجد شرایط در هر طبقه به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. در بیمارستان‌هایی که تعداد افراد واجد شرایط با حجم نمونه موردنیاز برابر بود، از روش سرشماری استفاده شد.

اندازه نمونه برای هر گروه به صورت زیر تعیین می شود.

$$n \geq \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

که در آن $d= \mu1 - \mu2$ تفاوت میانگین ها و σ انحراف معیار متغیر است. با تعریف اندازه اثر به صورت $ef=d/\sigma$ می توان رابطهٔ بالا را به صورت زیر نوشت.

$$n \geq \frac{2\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}\right)^2}{ef^2}$$

که در آن α خطای نوع اول و β خطای نوع دوم است.

لذاحداقل اندازه نمونه معادل با ۳۹ نفر در هر گروه مداخله و شاهد محاسبه شد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش در هر گروه ۴۴ نفر به عنوان نمونه گرفته شد. سهم نمونه هربیمارستان درنمونه‌گیری بارابطه‌ی زیر بدست امد :

$$n_i = \frac{N_i}{N} \times n$$

که در آن N اندازه کل جمعیت، Ni اندازه طبقه ها و n اندازه نمونه کل است. لذا حجم نمونه کل بسته به تعداد پرستاران شاغل در بخش اورژانس هر بیمارستان، در بین بیمارستان های استان تقسیم شده و تعداد نمونه هر یک از گروه های مداخله و شاهد برای هر بیمارستان مشخص شد که به صورت تصادفی ساده از بین مجموع پرستاران شاغل گزیده می شوند. پرستاران گزیده شده به دو گروه مداخله و کنترل، از توجه به معیارهای ورود و همچنین تمایل و امکان مشارکت کمک گرفته خواهد شد نه روش تخصیص تصادفی. پرستاران واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج از مطالعه و با توجه به تمایل و امکان مشارکت در مطالعه انتخاب شدند. با توجه به ماهیت نیمه‌تجربی مطالعه و محدودیت‌های اجرایی، تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل به‌صورت تصادفی انجام نشد. شرکت‌کنندگان با توجه به شرایط اجرایی و امکان حضور در برنامه مداخله در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. به‌منظور کاهش تفاوت‌های احتمالی بین دو گروه، معیارهای ورود و خروج یکسانی برای هر دو گروه در نظر گرفته شد و ویژگی‌های پایه شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت.

البته در پایان مداخله و حین انجام تحلیل دو گروه مداخله و شاهد از نظر توزیع جنسیتی و سنی با هم مقایسه شدند تا نتایج آن در تفسیر یافته ها مورد استناد باشند. معیارهای ورودبه مطالعه:عدم شرکت در کارگاه‌های آموزش اخلاق ۳ ماه قبل از ورود به مطالعه، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات کارشناسی، تمایل به شرکت درکارگاه اخلاق، نداشتن بیماری روحی و روانی در یکسال اخیر طبق خوداظهاری ومعیارهای خروج : عدم شرکت دربیش ازدوجلسه ازکارگاه وشرکت در کارگاه‌های اخلاق ضمن خدمت در طول دوران مداخله بود.داده‌ها با استفاده از سه ابزار شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه پریشانی اخلاقی پرستاران (MDS-R) و پرسشنامه آگاهی اخلاقی جمع‌آوری شد.پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک شامل متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه کار، وضعیت استخدامی، شیفت کاری و ساعات کار هفتگی بود.پریشانی اخلاقی با استفاده از نسخه اصلاح‌شده پرسشنامه پریشانی اخلاقی پرستاران (Moral Distress Scale-Revised; MDS-R) طراحی شده توسط

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

همزیک و همکاران (۲۰۱۲) ارزیابی شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (۰ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. امتیاز کل پرسشنامه از حاصل‌ضرب شدت در فراوانی هر گویه و جمع امتیازات به دست می‌آید و دامنه آن بین ۰ تا ۳۳۶ است؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده پریشانی اخلاقی بیشتر است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه پریشانی اخلاقی اصلاح شده (MDS-R) توسط سلیمانی و همکاران بررسی شده است. در این مطالعه، ضرایب آلفای کرونباخ عوامل استخراج‌شده در دامنه ۰/۶۸۵ تا ۰/۸۵۳ گزارش شد و در مجموع، نسخه فارسی این ابزار از روایی و پایایی قابل قبول برخوردار بود (۲۴). آگاهی اخلاقی با استفاده از پرسشنامه آگاهی اخلاقی پرستاران شامل ۱۵ گویه اندازه‌گیری شد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرت («همیشه پیامد اخلاقی دارد»، «ممکن است پیامد اخلاقی داشته باشد» و «هرگز پیامد اخلاقی ندارد») نمره‌گذاری شدند. دامنه نمره کل پرسشنامه بین ۱۵ تا ۴۵ بود و نمرات بالاتر بیانگر آگاهی اخلاقی بیشتر بودند. روایی و پایایی نسخه فارسی این ابزار در مطالعه ی Shohreh kolagari و همکاران ۰/۸۴ بیان شده است (۲۵).

به‌منظور بررسی پایایی ابزارهای پژوهش در نمونه مورد مطالعه، همسانی درونی ابزارها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد. نتایج نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای ابزار آگاهی اخلاقی ۰/۸۶۶ و برای ابزار پریشانی اخلاقی ۰/۷۳۴ است که بیانگر همسانی درونی مطلوب و قابل قبول ابزارها در مطالعه حاضر است. پیش از آغاز مداخله، با استفاده از پرسشنامه بلک و رینولدز نیازهای اولیه پرستاران گروه مداخله شناسایی شد تا محورهای آموزشی متناسب با دغدغه‌ها و چالش‌های واقعی آنان مشخص شود این پرسشنامه دارای ۲۰ گویه و دو بُعد «خود اخلاقی» (۸ گویه) و «تمامیت اخلاقی» (۱۲ گویه) است که پاسخ‌دهندگان به گویه‌ها در طیف ۹ درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» (۱) تا «کاملاً موافقم» (۹) پاسخ می‌دهند؛ گویه‌های بُعد خود اخلاقی به‌صورت مستقیم و گویه‌های بُعد تمامیت اخلاقی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمره کل پرسشنامه از ۲۰ تا ۱۸۰ است .(۲۶) مداخله‌ی آموزشی برای گروه مداخله شامل ۷ جلسه ی آموزشی ، هر جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه، طی ۴ ماه بود.

محتوای اموزشی

جلسات	اهداف	محتوا (براساس مفاهیم مدل کیچنر)	روش تدریس و زمان	ساعت (دقیقه)	ارزشیابی
۱.	از فراگیران انتظار می رود: ۱. آشنایی با تعاریف و مفاهیم اصلی اخلاق حرفه‌ای و اخلاق پرستاری. ۲. درک و بررسی سرفصل‌های اساسی اخلاق حرفه‌ای و اخلاق پرستاری.	بیان اهداف و فعالیت‌های آموزشی و بررسی تعاریف، مفاهیم و سرفصل‌های اصلی اخلاق حرفه‌ای واخلاق پرستاری بر اساس گام ۱ تا ۵ مدل کیچنر.	سخنرانی و سناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخورددرپایان هرجلسه
۲.	از فراگیران انتظار می رود: ۱. آشنایی با اصول اخلاق زیستی: شرکت‌کنندگان در این جلسه با اصول بنیادین اخلاق زیستی (مثل نفع‌رسانی، عدم ضرر، احترام به خودمختاری و عدالت) آشنا می‌شوند و کاربرد آن‌ها را در موقعیت‌های بالینی یاد می‌گیرند. ۲. کاربرد نظریه‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاری.	اصول اخلاق زیستی و کاربرد نظریه‌های اخلاقی در پرستاری (نظریه کیچنر : تعمیم پذیری و موازنه)	سخنرانی و سناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخورددرپایان هرجلسه
۳.	از فراگیران انتظار می رود: ۱. پرستاران شناسایی و تحلیل انواع تعارضات و چالش‌های اخلاقی در محیط بالینی: شرکت‌کنندگان در این جلسه با انواع موقعیت‌های پیچیده و تعارضات اخلاقی که در محیط بالینی ممکن است رخ دهد، آشنا می‌شوند و مهارت‌های لازم برای شناسایی آن‌ها را کسب می‌کنند. ۲. به اشتراک‌گذاری تجارب و یادگیری از تجربیات همکاران: پرستاران در این جلسه فرصت خواهند داشت تا تجارب اخلاقی خود را با دیگران به اشتراک بگذارند و از دیدگاه‌ها و راهکارهای همکاران خود بهره‌مند شوند.	شناسایی انواع تعارضات و چالش‌های اخلاقی در محیط بالینی و به اشتراک گذاری تجارب پرستاران گام ۱ تا ۶	سخنرانی و سناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخورددرپایان هرجلسه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

۴.	از فراگیران انتظار می رود: ۱. ارائـه راه‌حل‌هـای عملـی در مواجهـه بـا تعارضـات اخلاقـی در محیـط بیمارسـتان: پرسـتاران در ایـن جلسـه بـا اسـتفاده از سـناریوها، یـاد می‌گیرنـد کـه چگونـه بـا تعارضـات و چالش‌هـای اخلاقـی بـه صـورت عملـی مواجـه شـوند و راه‌حل‌هـای مناسـبی را ارائـه دهنـد. ۲. تقویـت مهـارت تصمیم‌گیـری اخلاقـی در موقعیت‌هـای واقعـی: بـا تمریـن و تحلیـل سـناریوها، پرسـتاران مهارت‌هـای خـود را در حـل مسـائل اخلاقـی بهبـود می‌بخشـند و قـادر خواهنـد بـود راه‌حل‌هایـی را کـه در چارچـوب اصـول اخلاقـی و حرفـه‌ای هسـتند، شناسـایی کننـد.	بیان راه حل در مواجهه با تعارضات و چالش‌های اخلاقی در محیط بیمارستان بر اساس سناریو های مدل کیچنر و تحلیل پاسخ های دریافتی بر اساس گام ۳ ۷،۸،۹.	سخنرانی وسناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخوراندرپایان هرجلسه
۵	از فراگیران انتظار می رود: آشـنایی بـا معیارهـای تصمیم‌گیـری اخلاقـی: شـرکت‌کنندگان در ایـن جلسـه بـا معیارهـای کلیـدی کـه در تصمیم‌گیری‌هـای اخلاقـی نقـش دارنـد، ماننـد عدالـت، خودمختـاری، نفع‌رسـانی و عـدم ضـرر، آشـنا می‌شـوند و نحـوه اسـتفاده از ایـن معیارهـا را در موقعیت‌هـای بالینـی یـاد می‌گیرنـد. ۲. بررسـی عوامـل مؤثـر بـر تصمیم‌گیـری اخلاقـی: پرسـتاران در ایـن جلسـه یـاد می‌گیرنـد کـه چگونـه عواملـی ماننـد ارزش‌هـا، باورهـا، فشـارهای محیطـی و تجـارب شـخصی می‌تواننـد برتصمیم‌گیری‌هـای اخلاقـی تأثیرگـذار باشـند.	تصمیم گیری اخلاقی و عوامل موثر در تصمیم گیری اخلاقی گام ۱ تا ۵	سخنرانی وسناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخوراندرپایان هرجلسه
۶	از فراگیران انتظار می رود: ۱. آشـنایی بـا مفهـوم بی‌تفاوتـی اخلاقـی: شـرکت‌کنندگان در ایـن جلسـه بـا مفهـوم بی‌تفاوتـی اخلاقـی آشـنا می‌شـوند و می‌آموزنـد کـه چگونـه ایـن وضعیـت می‌توانـد در محیط‌هـای بالینـی ایجـاد شـود. ۲. بررسـی پیامدهـای بی‌تفاوتـی اخلاقـی: پرسـتاران پیامدهـای منفـی بی‌تفاوتـی اخلاقـی را تحلیـل می‌کننـد و تأثیـرات آن بـر کیفیـت مراقبـت از بیمـار، اعتمـاد بیمـاررا مـورد بررسـی قـرار می‌دهنـد.	بی تفاوتی اخلاقی و پیامدهای ان بر اساس گام‌های ۱ و ۲ مدل کیچنر	سخنرانی وسناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخوراندرپایان هرجلسه
۷.	مشـارکت وردوبـدل کـردن پاسـخ هـا، ارائـه ی مثـال هایـی درموقعیـت هـای مشـابه بـه همـراه راهـکار، ارایـه ی راهـکار بـرای سـناریوهای ارائـه شـده، رفلکشـن وBrainstorming و انتخـاب بهتریـن راهـکار	مطرح کردن سه سناریوی اخلاقی و رفکشن بر اساس گام ۱ تا ۹ و جمع بندی	سخنرانی وسناریو	۴۵-۶۰دقیقه	گرفتن بازخوراندرپایان هرجلسه

در ایـن جلسـات، مفاهیـم اخلاقـی مرتبـط بـا حساسـیت وآگاهی اخلاقـی بـه پرسـتاران آمـوزش داده شـد. جلسـات بـه شـیوه‌ی سـخنرانی تعاملـی و سـناریومحور برگـزار شـد.محتوای آموزشـی منطبـق بـا گام‌هـای مـدل کیچنـر تدویـن گردیـد. حـدود نیمـی از زمـان هـر جلسـه بـه تدریـس محتـوا و نیـم دیگـر بـه تعامـل گروهـی و تحلیـل سـناریوها اختصـاص داشـت. همچنیـن پرسـتاران گـروه کنتـرل طـی ایـن مـدت هیچ‌گونـه آموزشـی دریافـت نکردنـد.

پـس از پایـان جلسـات آموزشـی، هـر دو گـروه بلافاصلـه پرسشـنامه‌های پژوهـش را مجـدداً تکمیـل کردنـد. همچنیـن به‌منظـور بررسـی پایـداری اثـر مداخلـه، دو مـاه پـس از پایـان آمـوزش، مرحلـه پیگیـری انجـام شـد و پرسشـنامه‌ها بـرای سـومین بـار توسـط هـر دو گـروه تکمیـل گردیـد. پـس از پایـان مطالعـه، به‌منظـور رعایـت ملاحظـات اخلاقـی، محتـوای آموزشـی در اختیـار گـروه کنتـرل نیـز قـرار گرفـت. داده‌هـا پـس از ورود بـه نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۲۶ تحلیـل شـدند. بـرای توصیـف داده‌هـا از شـاخص‌های آمـار توصیفـی شـامل میانگیـن، انحـراف معیـار، فراوانـی و درصـد اسـتفاده شـد. طبیعـی بـودن توزیـع داده‌هـا بـا آزمـون کولموگروف–اسـمیرنوف بررسـی گردیـد. بـرای مقایسـه ویژگی‌هـای دموگرافیـک دو گـروه از آزمون‌هـای تـی مسـتقل، کای‌دو و من‌ویتنـی اسـتفاده شـد. همچنیـن بـرای بررسـی تغییـرات آگاهـی اخلاقـی و پریشـانی اخلاقـی در سـه مرحلـه اندازه‌گیـری و مقایسـه دو گـروه از تحلیـل واریانـس بـا اندازه‌گیری‌هـای مکـرر و در صـورت عـدم برقـراری مفروضـات، از آزمون‌هـای ناپارامتـری معـادل اسـتفاده شـد. سـطح معنـی‌داری در تمامـی آزمون‌هـا کمتـر از

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

۰/۰۵ در نظر گرفته شد. این پژوهش پس از اخذ تأییدیه از کمیته تحقیقات دانشگاه تربیت مدرس و دریافت مجوزهای لازم از مسئولان بیمارستان‌های مورد مطالعه انجام شد. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان پس از دریافت توضیحات لازم، رضایت‌نامه آگاهانه را امضا کردند. همچنین محرمانگی اطلاعات، ناشناس ماندن داده‌ها و امکان انصراف از مطالعه در هر مرحله برای تمامی شرکت‌کنندگان تضمین شد.

یافته ها

در این مطالعه، ازبین ۱۱۸پرستار واجد شرایط مجموعاً ۸۱ پرستار اورژانس شرکت داشتند که در طول اجرای مداخله، ۴ نفر از گروه مداخله و ۳ نفر از گروه کنترل به دلایلی نظیر جابجایی محل کار و مرخصی زایمان از مطالعه خارج شدند. در نهایت، ۴۰ نفر در گروه مداخله و ۴۱ نفر در گروه کنترل برای تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند.اکثریت شرکت‌کنندگان زن بودند (گروه مداخله: ۵/۷۷٪، گروه کنترل: ۸/۸۷٪) و بیشتر آن‌ها متأهل بودند (گروه مداخله: ۵/۷۲٪، گروه کنترل: ۲/۷۳٪). تقریباً تمامی اعضای گروه مداخله و ۱/۹۵٪ از گروه کنترل دارای مدرک کارشناسی بودند. بیشتر پرستاران دارای استخدام پیمانی (گروه مداخله: ۵/۵۷٪، گروه کنترل: ۲/۵۱٪) و شیفت کاری چرخشی (گروه مداخله: ۵/۸۷٪، گروه کنترل: ۷/۹۲٪) بودند. میانگین سن ۳۳,۵۸ و ۳۳,۴۱ سال، میانگین سابقه کاری ۱۰,۲۸ و ۷,۵۱ سال و میانگین ساعات کاری هفتگی ۵۶,۵۵ و ۵۵,۹۵ ساعت برای گروه مداخله و کنترل به ترتیب بود. (جدول ۱).

نتایج نشان داد که میانگین نمره پریشانی اخلاقی در گروه مداخله از ۴۵/۰۸ در پیش از مداخله به ۴۴/۰۸ در بلافاصله پس ازپایان مداخله و ۳۴/۸۸ در دو ماه پس از مداخله کاهش یافت، در حالی که در گروه شاهد تغییرات معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه بر نمرات پریشانی اخلاقی معنادار بود ($p<0/001$). همچنین مقایسه‌های زوجی نشان داد که تفاوت نمره پریشانی اخلاقی پیش از مداخله و بلافاصله پس از مداخله معنادار نبود ($p=1/000$)، اما نمره در دو ماه پس از مداخله نسبت به پیش از مداخله و نیز نسبت به بلافاصله پس از مداخله به‌طور معناداری کمتر بود ($p<0/001$) (جدول ۳ و۴ شکل۱).

میانگین نمره آگاهی اخلاقی در گروه مداخله از ۳۵/۳۰ در پیش از مداخله به ۳۹/۰۳ در بلافاصله پس از مداخله افزایش یافت و در دو ماه پس از مداخله به ۳۶/۴۰ رسید، در حالی که در گروه شاهد تغییرات معناداری مشاهده نشد ($p>0/05$). نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و تعامل زمان و گروه معنادار بود ($p<0/001$) (جدول۴، شکل۲). همچنین مقایسه‌های زوجی نشان داد که نمره آگاهی اخلاقی در بلافاصله و دو ماه پس از مداخله نسبت به پیش از مداخله به‌طور معناداری بیشتر بود ($p<0/001$). همچنین، نمره آگاهی اخلاقی در دو ماه پس از مداخله نسبت به بلافاصله پس از مداخله کاهش معناداری داشت ($p<0/001$).

بررسی همبستگی پیرسون نیز نشان داد که در هیچ‌یک از زمان‌های اندازه‌گیری، بین پریشانی اخلاقی و آگاهی اخلاقی در گروه‌های مداخله و کنترل رابطه معناداری وجود نداشت ($p>0/05$). در گروه مداخله، اگرچه بلافاصله پس از مداخله همبستگی مثبت ضعیفی بین دو متغیر مشاهده شد، این رابطه از نظر آماری معنادار نبود. همچنین، در پیگیری دوماهه جهت همبستگی به سمت منفی تغییر کرد، اما این رابطه نیز به سطح معناداری آماری نرسید. بنابراین، یافته‌ها نشان می‌دهد که در این مطالعه، تغییرات پریشانی اخلاقی و آگاهی اخلاقی الزاماً با یک رابطه خطی مستقیم و معنادار همراه نبوده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

جدول ۱: مقایسه همسانی دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی در دوگروه کنترل ومداخله در بخش های اورژانس شش بیمارستان بندرعباس

متغیر		گروه مداخله (%)n / Mean ± SD	گروه کنترل (%)n / Mean ± SD	نوع آزمون	مقدار p
جنسیت	زن	۳۱ (۷۷.۵٪)	۳۶ (۸۷.۸٪)	کای دو	۰.۲۲۰
	مرد	۹ (۲۲.۵٪)	۵ (۱۲.۲٪)		
تأهل	مجرد	۱۱ (۲۷.۵٪)	۱۱ (۲۶.۸٪)	کای دو	۰.۹۴۶
	متأهل	۲۹ (۷۲.۵٪)	۳۰ (۷۳.۲٪)		
سطح تحصیلات	کارشناسی	۴۰ (۱۰۰٪)	۳۹ (۹۵.۱٪)	دقیق فیشر	۰.۱۵۷
	کارشناسی ارشد	۰ (۰٪)	۲ (۴.۹٪)		
وضعیت استخدامی	رسمی	۱۷ (۴۲.۵٪)	۲۰ (۴۸.۸٪)	کای دو	۰.۵۷۰
	پیمانی	۲۳ (۵۷.۵٪)	۲۱ (۵۱.۲٪)		
شیفت کاری	درگردش	۳۵ (۸۷.۵٪)	۳۸ (۹۲.۷٪)	دقیق فیشر	۰.۴۳۴
	شب	۵ (۱۲.۵٪)	۳ (۷.۳٪)		
سن	—	۳۳.۵۸ ± ۶.۳۲	۳۳.۴۱ ± ۶.۵۵	من–ویتنی	۰.۹۱۷
سابقه کار	—	۱۰.۲۸ ± ۶.۵۸	۷.۵۱ ± ۴.۸۷	من–ویتنی	۰.۰۵۷
ساعت کار در هفته	—	۵۶.۵۵ ± ۸.۰۸	۵۵.۹۵ ± ۹.۸۱	من–ویتنی	۰.۹۸۹

جدول ۲. میانگین نمرات پریشانی اخلاقی و آگاهی اخلاقی در دو گروه طی سه زمان

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	یک ماه پس از مداخله	دو ماه پس از مداخله
پریشانی اخلاقی	مداخله	۴۵.۰۸ ± ۱.۰۵	۴۴.۰۸ ± ۱.۵۰	۳۴.۸۸ ± ۰.۹۳
پریشانی اخلاقی	شاهد	۴۷.۷۳ ± ۱.۰۴	۴۸.۰۰ ± ۱.۰۹	۴۷.۱۲ ± ۰.۲۲
آگاهی اخلاقی	مداخله	۳۰.۳۵ ± ۰.۴۳	۳۹.۰۳ ± ۰.۴۰	۳۶.۴۰ ± ۰.۴۸
آگاهی اخلاقی	شاهد	۲۹.۳۷ ± ۰.۴۳	۲۹.۳۴ ± ۰.۴۰	۲۹.۱۲ ± ۰.۴۸

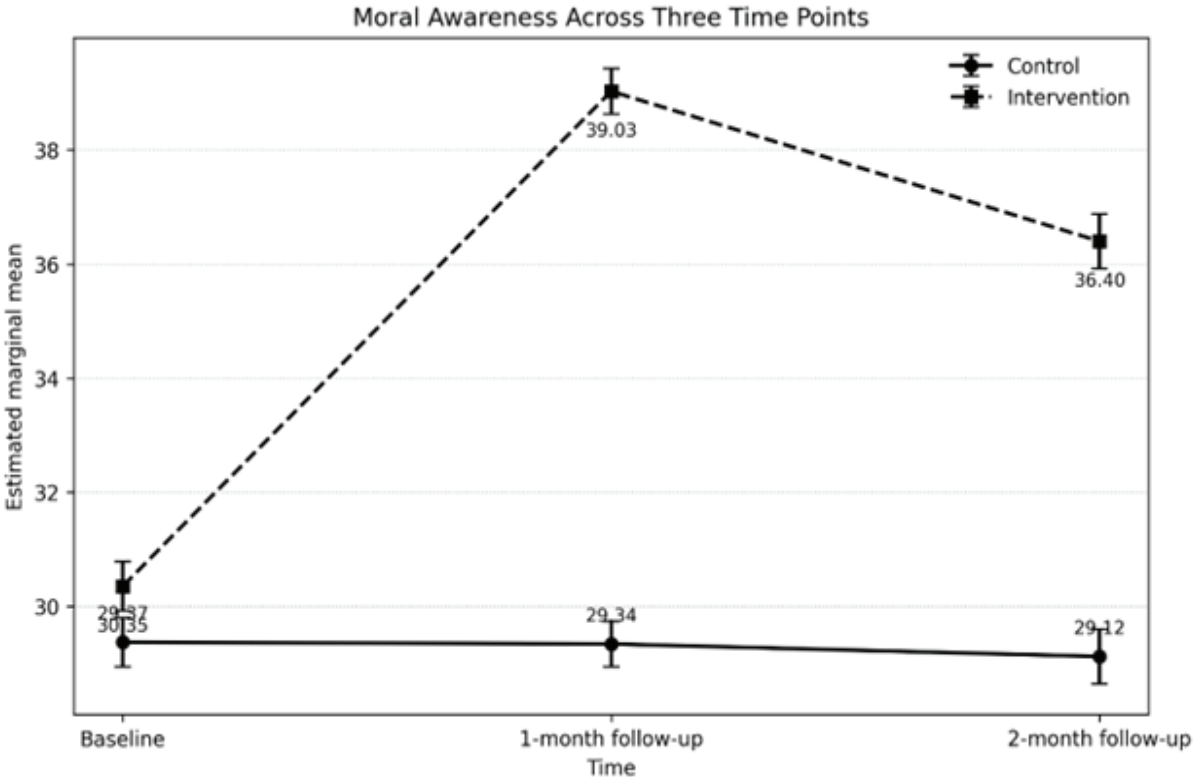
جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری‌های مکرر

متغیر	اثر	F	df	P–value	ηp²
پریشانی اخلاقی	زمان	۳۷.۹۲	۱۷۹	<۰.۰۰۱	۰.۳۲۴
پریشانی اخلاقی	گروه	۲۵.۸۴	۱,۷۹	<۰.۰۰۱	۰.۲۴۶
پریشانی اخلاقی	زمان × گروه	۳۷.۹۲	۱,۷۹	<۰.۰۰۱	۰.۳۲۴
آگاهی اخلاقی	زمان	۹۷.۴۹	۱.۲۸۴, ۱۰۱.۴۱۷	<۰.۰۰۱	۰.۵۵۲
آگاهی اخلاقی	گروه	۱۴۴.۶۷	۱,۷۹	<۰.۰۰۱	۰.۶۴۷
آگاهی اخلاقی	زمان × گروه	۱۰۱.۲۱	۱.۲۸۴, ۱۰۱.۴۱۷	<۰.۰۰۱	۰.۵۶۲

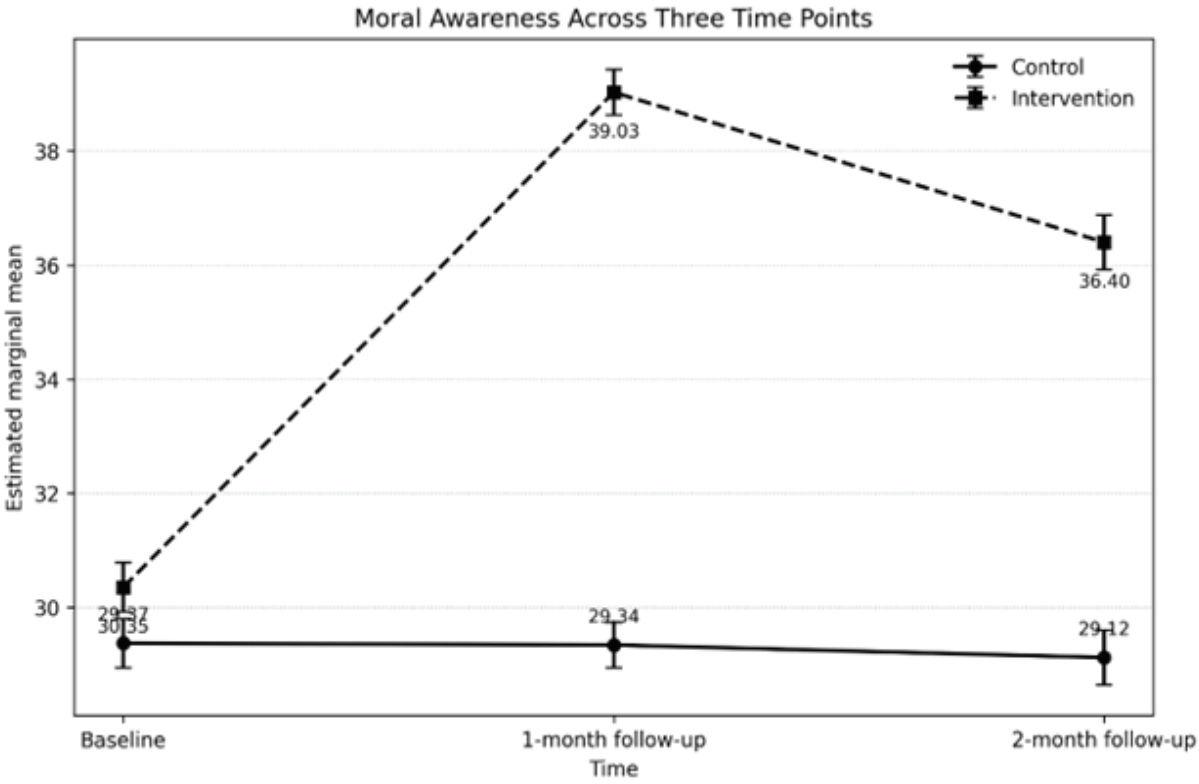
جدول ٤. مقایسه‌های زوجی نمرات در سه زمان با تصحیح

متغیر	مقایسه زمانی	تفاوت میانگین	SE	فاصله اطمینان ۹۵ ٪	P تعدیل شده	Effect size (Partial η²)
پریشانی اخلاقی	پیش‌آزمون در مقایسه با یک ماه بعد	۰.۳۷	۰.۴۰	-۰.۶۱, ۱.۳۵	۱.۰۰۰	۰.۰۱۱
پریشانی اخلاقی	پیش‌آزمون در مقایسه با دو ماه بعد	۵.۰۹	۰.۸۲	۳.۰۸, ۷.۱۰	<۰.۰۰۱	۰.۳۲۸
پریشانی اخلاقی	یک ماه در مقایسه با دو ماه بعد	۴.۷۳	۰.۷۹	۲.۷۹, ۶.۶۷	<۰.۰۰۱	۰.۳۱۲
آگاهی اخلاقی	پیش‌آزمون در مقایسه با یک ماه بعد	-۴.۳۳	۰.۳۴	-۵.۱۵ , -۳.۵۰	<۰.۰۰۱	۰.۶۷۲
آگاهی اخلاقی	پیش‌آزمون در مقایسه با دو ماه بعد	-۲.۹۰	۰.۳۹	۳.۸۷ , ۱.۹۴	<۰.۰۰۱	۰.۴۱۲
آگاهی اخلاقی	یک ماه در مقایسه با دو ماه بعد	۱.۴۲	۰.۱۷	-۱.۰۱ , ۱.۸۴	<۰.۰۰۱	۰.۴۶۹

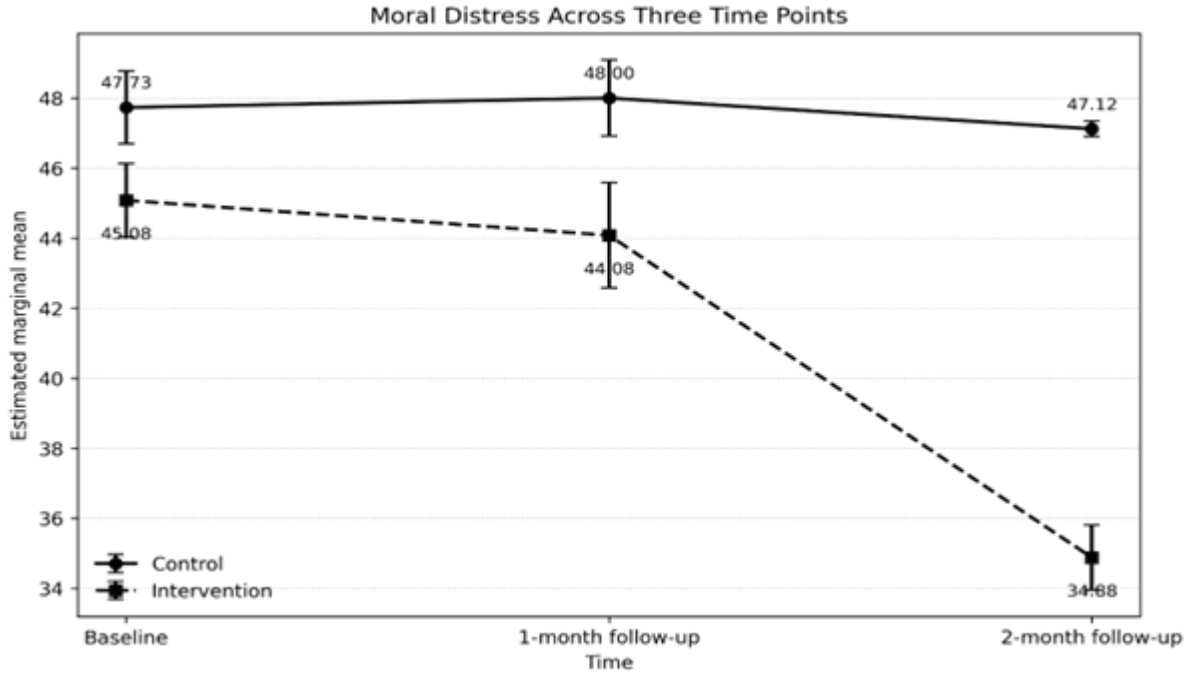
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]



شکل ۱. تغییرات میانگین برآوردشده پریشانی اخلاقی در گروه‌های شاهد و مداخله طی سه زمان



[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]



شکل۲: تغییرات میانگین برآورد شده آگاهی اخلاقی در گروه‌های شاهد و مداخله طی سه زمان

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مفاهیم اخلاقی مبتنی بر مدل کیچنر موجب کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران گروه مداخله شد. همچنین، معناداری تعامل زمان و گروه نشان داد که روند تغییرات پریشانی اخلاقی در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده است. این یافته با توجه به ماهیت محیط اورژانس اهمیت ویژه‌ای دارد؛ زیرا پرستاران این بخش در محیطی پرفشار و غیرقابل پیش‌بینی فعالیت می‌کنند و به‌طور مکرر با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که ممکن است میان اقدامات مورد انتظار و آنچه از نظر اخلاقی صحیح می‌دانند تعارض ایجاد کند. مطالعات انجام‌شده در پرستاران اورژانس نیز نشان داده‌اند که موقعیت‌های مرتبط با مراقبت‌های بی‌فایده، خواسته‌های خانواده و محدودیت‌های موجود در فرایند مراقبت می‌توانند از عوامل ایجادکننده پریشانی اخلاقی باشند (۲۷, ۲۸). یافته حاضر با نتایج مطالعاتی که اثربخشی مداخلات آموزشی را در کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران بررسی کرده‌اند، همسو است Tavakol و همکاران در یک مطالعه مداخله‌ای، برنامه‌ای آموزشی با هدف کاهش پریشانی اخلاقی پرستاران طراحی و اجرا کردند. نتایج آنان نشان داد که نمرات پریشانی اخلاقی پس از مداخله و در پیگیری‌های یک و دو ماهه نسبت به قبل از مداخله تفاوت معناداری داشت. همچنین، شرکت‌کنندگان افزایش دانش و مهارت‌های اخلاقی، بهبود محیط اخلاقی و افزایش توانمندی اخلاقی را گزارش کردند (۲۹). این یافته‌ها با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد و نشان می‌دهد که آموزش نظام‌مند مفاهیم و مهارت‌های اخلاقی می‌تواند به پرستاران در مواجهه مؤثرتر با موقعیت‌های اخلاقی دشوار کمک کند. در مطالعه‌ای که با استفاده از مدل A 4 بر روی پرستاران انجام شد، اثر مداخله بر کاهش پریشانی اخلاقی بلافاصله در نخستین مرحله پیگیری معنادار نبود، اما در پیگیری بعدی کاهش معناداری در پریشانی اخلاقی مشاهده شد. این یافته‌ها می‌تواند بیانگر آن باشد که تأثیر مداخلات مبتنی بر آموزش و توانمندسازی اخلاقی لزوماً بلافاصله پس از پایان مداخله آشکار نمی‌شود و ممکن است برای انتقال مفاهیم و مهارت‌های آموخته شده به موقعیت‌های واقعی بالینی و ایجاد تغییر پایدار در نحوه مواجهه پرستاران با تعارضات اخلاقی، به زمان نیاز باشد. از این منظر، تأخیر در بروز اثر مداخله در مطالعه حاضر می‌تواند ناشی از فرایند تدریجی به‌کارگیری آموخته‌های اخلاقی در محیط بالین باشد. بنابراین، انجام پیگیری‌های چندمرحله‌ای و بلندمدت پس از مداخلات آموزشی اخلاقی می‌تواند برای ارزیابی دقیق‌تر تداوم و زمان بروز اثر مداخله اهمیت داشته باشد (۳۰). اگرچه چارچوب آموزشی مورد استفاده در مطالعات یاد شده با مدل کیچنر متفاوت بود، همسویی نتایج دو مطالعه

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

می‌توانـد نشـان‌دهنده اهمیـت آمـوزش سـاختاریافته اخلاقـی و فراهـم کـردن چارچوبـی بـرای مواجهـه بـا موقعیت‌هـای اخلاقـی در کاهـش پریشـانی اخلاقـی پرسـتاران باشد.شـواهد جدیدتـر نیـز از اثربخشـی مداخـلات آموزشـی در ایـن زمینـه حمایـت می‌کننـد Aljabery و همـکاران در سـال ۲۰۲۵ یـک مداخلـه آموزشـی چندوجهـی را در پرسـتاران مراقبت‌هـای ویـژه اجـرا کردنـد کـه شـامل جلسـات آموزشـی و جلسـات تقویتـی بـود. نتایـج نشـان داد کـه ایـن مداخلـه موجـب کاهـش معنـادار فراوانـی، شـدت و نمـره ترکیبـی پریشـانی اخلاقـی در گـروه مداخلـه شـد، در حالـی کـه در گـروه کنتـرل افزایـش پریشـانی اخلاقـی مشـاهده شـد ،نویسـندگان پیشـنهاد کردنـد کـه افزایـش دانـش و مهارت‌هـای اخلاقـی و فراهـم کـردن ابزارهـا و راهبردهـای مناسـب بـرای شناسـایی و مدیریـت موقعیت‌هـای اخلاقـی می‌توانـد در کاهـش پریشـانی اخلاقـی مؤثـر باشـد (۳۱). ایـن یافتـه بـا نتایـج مطالعـه حاضـر همسـو اسـت و اهمیـت آموزش‌هـای سـاختاریافته و کاربـردی اخلاقـی را در توانمندسـازی پرسـتاران بـرای مواجهـه بـا تعارضـات اخلاقـی نشـان می‌دهد.یکـی از تبیین‌هـای احتمالـی کاهـش پریشـانی اخلاقـی در مطالعـه حاضـر آن اسـت کـه آمـوزش مفاهیـم اخلاقـی مبتنـی بـر مـدل کیچنـر می‌توانـد چارچوبـی بـرای شناسـایی، تحلیـل و ارزیابـی مسـائل اخلاقـی در اختیـار پرسـتاران قـرار دهـد. هنگامـی کـه پرسـتار بتوانـد یـک موقعیت بالینـی را از منظـر اصـول و ارزش‌هـای اخلاقـی مـورد بررسـی قـرار دهـد، احتمـال دارد در مواجهـه بـا تعارضـات اخلاقـی، احسـاس سـردرگمی و ناتوانـی کمتـری داشـته باشـد و بتوانـد گزینه‌هـای موجـود را آگاهانه‌تـر ارزیابـی کنـد. بنابرایـن، آمـوزش اخلاقـی ممکـن اسـت صرفـاً از طریـق افزایـش دانـش نظـری اثـر نگـذارد، بلکـه از طریـق تقویـت فراینـد تفکـر و تصمیم‌گیـری اخلاقـی، توانایـی پرسـتار را بـرای مواجهـه بـا موقعیت‌هـای اخلاقـی دشـوار افزایـش دهـد. ایـن تبییـن بـا یافته‌هـای Tavakol و همـکاران نیـز همخـوان اسـت؛ زیـرا آنـان عـلاوه بـر کاهـش پریشـانی اخلاقـی، افزایـش دانـش و مهارت‌هـای اخلاقـی و توانمندسـازی اخلاقـی پرسـتاران را نیـز گـزارش کردنـد (۲۹). نکتـه قابـل توجـه در مطالعـه حاضـر، الگـوی زمانـی تغییـر پریشـانی اخلاقـی اسـت. اگرچـه کاهـش پریشـانی اخلاقـی در بلافاصلـه پـس از مداخلـه نسـبت بـه پیـش از مداخلـه معنـادار نبـود، ایـن کاهـش در پیگیـری دوماهـه معنـادار شـد. ایـن یافتـه می‌توانـد نشـان دهـد کـه آثـار آمـوزش اخلاقـی لزومـاً بلافاصلـه پـس از پایـان جلسـات آموزشـی بـه بیشـترین میـزان خـود نمی‌رسـد و ممکـن اسـت به‌کارگیـری تدریجـی مفاهیـم و مهارت‌هـای آموخته‌شـده در موقعیت‌هـای واقعـی بالینـی بـه زمـان نیـاز داشـته باشـد. در واقـع، پرسـتاران ممکـن اسـت پـس از آمـوزش، در مواجهـه بـا موقعیت‌هـای واقعـی فرصـت پیـدا کننـد تـا مفاهیـم اخلاقـی آموخته‌شـده را بـه کار گیرنـد و بـه تدریـج شـیوه مواجهـه خـود بـا تعارضـات اخلاقـی را تغییـر دهنـد. از ایـن منظـر، پیگیـری پـس از مداخلـه و فراهـم کـردن فرصـت بـرای تثبیـت آموخته‌هـای اخلاقـی می‌توانـد در تـداوم اثـر آمـوزش اهمیـت داشـته باشـد. یافته‌هـای Tavakol و همـکاران نیـز کـه تغییـرات پریشـانی اخلاقـی را تـا دو مـاه پـس از مداخلـه بررسـی کردنـد، از اهمیـت توجـه بـه تـداوم اثـر آمـوزش در دوره پـس از مداخلـه حمایـت می‌کنـد (۲۹). در مجمـوع، همسـویی یافتـه مطالعـه حاضـر بـا مطالعـات پیشـین نشـان می‌دهـد کـه مداخـلات آموزشـی و توانمندسـازی اخلاقـی می‌تواننـد از جملـه رویکردهـای امیدوارکننـده بـرای کاهـش پریشـانی اخلاقـی پرسـتاران باشـند. بـا ایـن حـال، مـرور نظام‌منـد مداخـلات کاهـش پریشـانی اخلاقـی نشـان داده اسـت کـه اگرچـه برخـی مداخـلات آموزشـی، کارگاه‌هـای اخلاقـی و برنامه‌هـای توانمندسـازی نتایـج مثبتـی داشـته‌اند، شـواهد موجـود همچنـان محـدود و از نظـر نـوع مداخلـه و روش اجـرا ناهمگـون اسـت (۳۲). در مقابـل، یافته‌هـای مطالعـه حاضـر بـا نتایـج برخـی مطالعـات کـه اثربخشـی آمـوزش اخلاقـی را بـر پریشـانی اخلاقـی تأییـد نکرده‌انـد، متفـاوت اسـت. بـرای مثـال، در مطالعـه‌ای بـا هـدف بررسـی تأثیـر آمـوزش مبتنـی بـر رهبـری اخلاقـی بـر پرسـتاران، اگرچـه مداخلـه بـا هـدف ارتقـای مؤلفه‌هـای اخلاقـی انجـام شـد، تفـاوت معنـاداری در نمـرات پریشـانی اخلاقـی بیـن گـروه مداخلـه و کنتـرل پـس از مداخلـه مشـاهده نشـد. ایـن تفـاوت ممکـن اسـت نشـان‌دهنده آن باشـد کـه آمـوزش اخلاقـی به‌تنهایـی در همـه شـرایط بـرای کاهـش پریشـانی اخلاقـی کافـی نیسـت و عوامـل سـازمانی و محیطـی نیـز در شـکل‌گیری و تـداوم پریشـانی اخلاقـی نقـش مهمـی دارنـد (۱۵). بنابرایـن، اسـتفاده از چارچوب‌هـای نظـری مشـخص، ماننـد مـدل کیچنـر، و بررسـی اثـر آن‌هـا در محیط‌هـای بالینـی مختلـف می‌توانـد بـه توسـعه مداخـلات آموزشـی مؤثرتـر در زمینـه پریشـانی اخلاقـی کمـک کنـد.

همچنیـن یافته‌هـای مطالعـه حاضـر نشـان داد کـه آمـوزش مفاهیـم اخلاقـی مبتنـی بـر مـدل کیچنر موجـب افزایـش آگاهی اخلاقـی پرسـتاران گـروه مداخلـه شـد. همچنیـن، معنـاداری اثـر

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

زمان و تعامل زمان و گروه نشان داد که تغییرات آگاهی اخلاقی در طول زمان در دو گروه یکسان نبوده است. این یافته نشان می‌دهد که آموزش نظام‌مند مفاهیم اخلاقی می‌تواند توجه پرستاران را به ابعاد اخلاقی مراقبت افزایش داده و آنان را در شناسایی موقعیت‌هایی که دارای پیامدها و ملاحظات اخلاقی هستند، توانمندتر کند. این یافته با مطالعات انجام‌شده درباره مفهوم آگاهی اخلاقی در پرستاری همخوانی دارد Rahmani و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۴۰ دانشجوی پرستاری ایرانی، آگاهی اخلاقی را به‌طور مستقل از حساسیت اخلاقی بررسی کردند و نشان دادند که آگاهی اخلاقی و حساسیت اخلاقی دو سازه مرتبط اما متمایز هستند. آنان آگاهی اخلاقی را با استفاده از ابزار سنجش آگاهی از کد اخلاقی پرستاری ایران ارزیابی کردند و بین آگاهی اخلاقی و حساسیت اخلاقی رابطه مثبت معناداری یافتند (۳۳). اهمیت این یافته برای مطالعه حاضر در آن است که افزایش آگاهی اخلاقی می‌تواند به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اولیه توانمندی اخلاقی پرستار در نظر گرفته شود، بدون آنکه با حساسیت اخلاقی یکسان تلقی شود. از نظر مفهومی نیز، آگاهی اخلاقی به توانایی فرد برای تشخیص و درک پیامدهای اخلاقی اعمال و تصمیم‌های حرفه‌ای اشاره دارد. Milliken تأکید می‌کند که آگاهی اخلاقی در پرستاری به معنای تشخیص پیامدهای اخلاقی اقدامات پرستاری است و این آگاهی، مرحله‌ای اساسی در فرایند اقدام اخلاقی محسوب می‌شود (۳۴). بر این اساس، افزایش آگاهی اخلاقی پس از آموزش در مطالعه حاضر می‌تواند نشان‌دهنده آن باشد که آموزش مفاهیم اخلاقی، توجه پرستاران را از صرف جنبه‌های بالینی و فنی مراقبت به ابعاد اخلاقی تصمیم‌ها و اقدامات حرفه‌ای نیز معطوف کرده است.

یکی از دلایل احتمالی افزایش آگاهی اخلاقی در مطالعه حاضر، استفاده از یک چارچوب ساختاریافته برای آموزش مفاهیم اخلاقی است. مدل کیچنر با معرفی اصول اساسی اخلاقی و فراهم کردن چارچوبی برای بررسی موقعیت‌های حرفه‌ای، می‌تواند به پرستاران کمک کند تا هنگام مواجهه با موقعیت‌های بالینی، وجود مسائل اخلاقی را بهتر تشخیص دهند و تصمیم‌های خود را از منظر اصول اخلاقی مورد توجه قرار دهند. از این منظر، آموزش اخلاقی تنها انتقال مجموعه‌ای از اطلاعات نظری نیست، بلکه می‌تواند موجب ایجاد یک الگوی ذهنی برای توجه به جنبه‌های اخلاقی موقعیت‌های بالینی شود.

شواهد حاصل از مطالعات آموزش اخلاق نیز اهمیت استفاده از روش‌های آموزشی فعال و مبتنی بر موقعیت‌های واقعی یا شبیه‌سازی‌شده را نشان می‌دهد. در یک مطالعه آموزشی بر روی دانشجویان پرستاری، استفاده از روش «یادگیری از طریق بحث» در کلاس اخلاق پرستاری با افزایش برخی مؤلفه‌های مرتبط با آگاهی اخلاقی همراه بود و نویسندگان گزارش کردند که این روش می‌تواند به پرورش آگاهی اخلاقی در دانشجویان کمک کند (۳۵). همچنین، یک مرور دامنه‌ای درباره توسعه شایستگی اخلاقی در آموزش پرستاری نشان داد که یکی از ابعاد مهم آموزش اخلاق، افزایش آگاهی اخلاقی در کنار توانایی چارچوب‌بندی و نام‌گذاری مسائل اخلاقی و تقویت استدلال اخلاقی است (۲۵). این شواهد با یافته مطالعه حاضر همخوانی دارد و نشان می‌دهد که آموزش اخلاق هنگامی که فرصت تحلیل و مواجهه فعال با مسائل اخلاقی را فراهم کند، می‌تواند به ارتقای آگاهی اخلاقی کمک کند.

در مطالعه حاضر، اگرچه آگاهی اخلاقی در یک ماه پس از مداخله بیشترین میزان را نشان داد، در دو ماه پس از مداخله نسبت به یک ماه کاهش یافت؛ با این حال، سطح آگاهی اخلاقی در دو ماه همچنان نسبت به پیش از مداخله بالاتر بود. این الگو می‌تواند بیانگر آن باشد که آموزش اثر اولیه قابل توجهی بر توجه پرستاران به مسائل اخلاقی داشته است، اما بخشی از این اثر در فاصله زمانی پس از آموزش کاهش یافته است. یکی از تبیین‌های احتمالی این کاهش نسبی می‌تواند کاهش تماس مستقیم با محتوای آموزشی و نبود فرصت‌های منظم برای مرور و تمرین مفاهیم اخلاقی باشد. از این رو، به نظر می‌رسد استفاده از جلسات تقویتی، مرور موارد اخلاقی و فراهم کردن فرصت‌های مستمر برای بحث درباره موقعیت‌های اخلاقی در محیط بالینی می‌تواند به تثبیت آگاهی اخلاقی کمک کند. این موضوع با شواهد آموزشی موجود نیز همخوان است که بر استمرار و ادغام آموزش اخلاق با تجربه‌های بالینی تأکید دارند .(۲۵) در مجموع، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مفاهیم اخلاقی مبتنی بر مدل کیچنر می‌تواند آگاهی اخلاقی پرستاران را افزایش دهد. این یافته از این دیدگاه حمایت می‌کند که آموزش ساختاریافته اخلاقی می‌تواند پرستاران را نسبت به پیامدهای اخلاقی اقدامات حرفه‌ای آگاه‌تر کرده و زمینه را برای توجه بیشتر به مسائل اخلاقی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

در فراینـد مراقبـت فراهـم سـازد. بـا توجـه بـه کاهـش نسـبی آگاهـی اخلاقـی در پیگیـری دوماهـه، پیشـنهاد می‌شـود در برنامه‌هـای آموزشـی آینـده عـلاوه بـر آمـوزش اولیـه، از جلسـات تقویتـی و فرصت‌هـای مسـتمر بـرای تحلیـل موقعیت‌هـای اخلاقـی در محیـط بالینـی نیـز اسـتفاده شـود .محدودیت‌هـای پژوهـش شـامل حجـم بـالای بیمـاران و شـیفت‌های فشـرده پرسـتاران بـود کـه گاهـی تمرکـز و مشـارکت کامـل آن‌هـا در جلسـات آموزشـی را محـدود می‌کـرد و همچنیـن فشـار کاری و پاسـخگویی سـریع بـه بیمـاران اورژانـس، اجـرای کامل سـناریوها و تعامـلات گروهـی را تحـت تأثیـر قـرار داد.

نتیجه گیری

در مجمـوع، یافته‌هـای مطالعـه حاضـر نشـان داد کـه آمـوزش مفاهیـم اخلاقـی مبتنـی بـر مـدل کیچنـر می‌توانـد بـا کاهـش پریشـانی اخلاقـی و افزایـش آگاهـی اخلاقـی پرسـتاران اورژانـس همـراه باشـد. بـه نظـر می‌رسـد ارائـه یـک چارچـوب منسـجم بـرای شـناخت و تحلیـل مسـائل اخلاقی، عـلاوه بـر افزایش توجه پرسـتاران بـه ابعـاد اخلاقـی مراقبـت، می‌توانـد توانایـی آنـان را بـرای مواجهـه آگاهانه‌تـر بـا موقعیت‌هـای اخلاقـی دشـوار و مدیریـت تعارضـات اخلاقـی افزایـش دهـد. بـا توجـه بـه اینکـه اثـر مداخلـه بـر پریشـانی اخلاقـی در پیگیـری دوماهـه آشـکارتر شـد، در حالـی کـه آگاهـی اخلاقـی در ایـن زمـان نسـبت بـه بلافاصلـه پـس از مداخلـه کاهـش نسـبی داشـت، تـداوم آموزش، اسـتفاده از جلسـات تقویتـی و فراهـم کـردن فرصت‌هـای مسـتمر بـرای بحـث و تحلیـل موقعیت‌هـای اخلاقـی در محیـط بالینـی می‌توانـد در تثبیـت و تـداوم آثـار مداخلـه مؤثـر باشـد. از ایـن رو، آمـوزش اخلاقـی مبتنـی بـر مدل‌هـای نظـری و سـاختاریافته‌ای همچـون مـدل کیچنـر می‌توانـد به‌عنـوان رویکـردی قابـل توجـه در برنامه‌هـای آمـوزش حرفـه‌ای پرسـتاران و در راسـتای ارتقـای توانمنـدی اخلاقـی آنـان مـورد توجـه قـرار گیـرد.

سپاسگزاری

بدین‌وسـیله از کمیتـه ی دانشـجویی دانشـکده ی علـوم پزشـکی تربیـت مـدرس و معاونـت درمـان دانشـگاه علـوم پزشـکی بندرعبـاس و تمامـی همـکاران محتـرم در شـش بیمارسـتان همکاری‌کننـده کـه اجـرای ایـن پژوهـش را ممکـن سـاختند، صمیمانـه قدردانـی می‌شـود.

تضاد منافع

هیـچ تضـاد منافـع مالـی یـا شـخصی در انجـام ایـن پژوهـش وجـود نـدارد.

References

1. Ahsan KB, Alam M, Morel DG, Karim M. Emergency department resource optimisation for improved performance: a review. Journal of Industrial Engineering International. 2019;15 (Suppl 1): 253-66. https://doi.org/10.1007/s40092-019-00335-x
2. Power H, Skene I, Murray E. The positives, the challenges and the impact; an exploration of early career nurses experiences in the Emergency Department. International emergency nursing. 2022; 64:101196. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2022.101196
3. Moskop JC, Geiderman JM, Marshall KD, McGreevy J, Derse AR, Bookman K, et al. Another look at the persistent moral problem of emergency department crowding. Annals of emergency medicine. 2019;74(3):357-64. https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.029
4. Arinda R, Prawesti A, Widianti E. Nurses' moral distress in the emergency department. Journal of Nursing Care. 2019;2(3):223-30. https://doi.org/10.24198/jnc.v2i3.21374
5. Opsahl A, Nelson T, Madeira J, Wonder AH. Evidence-based, ethical decision-making: using simulation to teach the application of evidence and ethics in practice. Worldviews on Evidence-Based Nursing. 2020;17(6):412-7. https://doi.org/10.1111/wvn.12465
6. Bunton E. Applying Nursing Ethics to Ethical Dilemmas Seen in the Clinical Setting. 2017.
7. Jalali K, Tabari-Khomeiran R, Asgari F, Sedghi-Sabet M, Kazemnejad E. Moral distress and related factors among emergency department nurses. Eurasian Journal of Emergency Medicine. 2019;18(1):23. https://doi.org/10.4274/eajem.galenos.2018.78941
8. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. Nursing ethics. 2020;27(1):258-72. https://doi.org/10.1177/0969733019832941
9. Kim J, Loewenstein J. Analogical encoding fosters ethical decision making because improved knowledge of ethical principles increases moral awareness. Journal of business ethics. 2021;172(2):307-24.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

https://doi.org/10.1007/s10551-020-04457-w https://doi.org/10.1007/s10551-015-2671-8

10. Alnajjar P, Hend Abdu, Abou Hashish P, Ebtsam Aly. Academic ethical awareness and moral sensitivity of undergraduate nursing students: assessment and influencing factors. SAGE open nursing. 2021;7:23779608211026715. https://doi.org/10.1177/23779608211026715
11. Latan H, Chiappetta Jabbour CJ, Lopes de Sousa Jabbour AB. Ethical awareness, ethical judgment and whistleblowing: A moderated mediation analysis. Journal of Business Ethics. 2019;155:289-304. https://doi.org/10.1007/s10551-017-3534-2
12. Alnajjar Ph DH, Abou Hashish Ph DE. Academic Ethical Awareness and Moral Sensitivity of Undergraduate Nursing Students: Assessment and Influencing Factors. SAGE Open Nurs. 2021;7:23779608211026715. https://doi.org/10.1177/23779608211026715
13. Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. Nurs Ethics. 2017;24(5):517-24. https://doi.org/10.1177/0969733015615172
14. Arash A, Mahmoodi-Shan G, Mehravar F, Sabzi Z, Mancheri H. Clinical decision making and moral distress among intensive care units nurses in Iran. BMC Psychol. 2024;12(1):692. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02197-4
15. Mansouri F, Rabiei L, Masoudi R, Etemadifar S, Kheiri S. Effects of education based on ethical leadership on moral distress, perceived organisational justice and clinical competence among nurses. BMJ Lead. 2026;10(2):158-64. https://doi.org/10.1136/leader-2024-001081
16. Silverman H, Wilson T, Tisherman S, Kheirbek R, Mukherjee T, Tabatabai A, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. BMC Med Ethics. 2022;23(1):45. https://doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y
17. Hou Y, Timmins F, Zhou Q, Wang J. A cross-sectional exploration of emergency department nurses' moral distress, ethical climate and nursing practice environment. International Emergency Nursing. 2021;55:100972. https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.100972
18. Morley G. What is "moral distress" in nursing? How, can and should we respond to it? J Clin Nurs. 2018;27(19-20):3443-5. https://doi.org/10.1111/jocn.14332
19. Rainer J, Schneider JK, Lorenz RA. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. Journal of clinical nursing. 2018;27(19-20):3446-61. https://doi.org/10.1111/jocn.14542
20. Robaee N, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Baghestani A, Barkhordari-Sharifabad M. Perceived organizational support and moral distress among nurses. BMC nursing. 2018;17:1-7. https://doi.org/10.1186/s12912-017-0270-y
21. Johnson MK, Weeks SN, Peacock GG, Domenech Rodriguez MM. Ethical decision-making models: A taxonomy of models and review of issues. Ethics & Behavior. 2022;32(3):195-209. https://doi.org/10.1080/10508422.2021.1913593
22. Urofsky RI, Engels DW, Engebretson K. Kitchener's Principle Ethics: Implications for Counseling Practice and Research. Counseling and Values. 2009;53(1):67-78. https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2009.tb00114.x
23. Forester-Miller H, Davis TE. A practitioner's guide to ethical decision making: American Counseling Association Alexandria, VA; 1995.
24. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Panarello B. Psychometric evaluation of the moral distress scale-revised among Iranian nurses. Nursing ethics. 2019;26(4):1226-42. https://doi.org/10.1177/0969733016650993 https://doi.org/10.1177/0969733016651129
25. Spekkink A, Jacobs G. The development of moral sensitivity of nursing students: A scoping review. Nursing ethics. 2021;28(5):791-808. https://doi.org/10.1177/0969733020972450
26. Abbasi Asl R. HS, Khabbazi Kenari M., BAEZZAT F. Psychometric properties of Persian version of Black & Reynolds' s Moral Identity Questionnaire (MIQ). JOURNAL OF APPLIED PSYCHOLOGY[Internet]. Journal of Applied Psychology. 2020;13(4):651-67.
27. Zavotsky KE, Chan GK. Exploring the Relationship Among Moral Distress, Coping, and the Practice Environment in Emergency Department Nurses. Adv Emerg Nurs J. 2016;38(2):133-46. https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000100
28. Wolf LA, Delao AM, Perhats C. Nothing changes, nobody cares: understanding the experience of emergency nurses physically or verbally assaulted while providing

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]

care. J Emerg Nurs. 2014;40(4):305-10. https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.11.006
29. Tavakol N, Molazem Z, Rakhshan M, Asemani O. An educational program of reducing moral distress (PRMD) in nurses; designing and evaluating. BMC Med Educ. 2023;23(1):501. https://doi.org/10.1186/s12909-023-04445-4
30. 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.
31. Aljabery M, Coetzee-Prinsloo I, van der Wath A, Al-Awabdeh E, Masenge A. The Outcomes of A Multifaceted Educational Intervention to Reduce Moral Distress Among Critical Care Nurses. J Clin Nurs. 2025;34(11):4607-20. https://doi.org/10.1111/jocn.17704
32. Emami Zeydi A, Ghazanfari MJ, Suhonen R, Adib-Hajbaghery M, Karkhah S. Effective interventions for reducing moral distress in critical care nurses. Nurs Ethics. 2022;29(4):1047-65. https://doi.org/10.1177/09697330211062982
33. Rahmani P, Behshid M, Seif-Farshad M, Mousavi S, Molaei Tavani F. Moral awareness and its relationship with moral sensitivity among Iranian nursing students: A basis for nursing ethics education. Nurs Open. 2023;10(2):773-80. https://doi.org/10.1002/nop2.1344
34. Milliken A. Ethical awareness: What it is and why it matters. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. 2018;23(1):517-24. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol23No01Man01
35. Takahashi S, Abe F, Okayasu M, Kawase Y, Hirai Y. Changes in Nursing Students' Moral Sensitivity in a Nursing Ethics Class Using the Learning Through Discussion Method for Practice Experiences. Journal of Japan Society of Nursing Research. 2024;47(2):2_233-2_40.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-11-22]