Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Original Article

Volume 9, Issue 3, Autumn 2020

Corona Nurses' Lived Experience of Moral Distress while Performing Organizational Duties

Abdolbaset Moradzadeh [1], Ehsan Namdar Joyami [2*]

1- Assistant Professor and Faculty Member of Management Department, Velayat University, Iran.
2- PhD student in Public Administration, Faculty of Management and Accounting, Sistan and Baluchestan University, Iran **(Corresponding Author)**
Email: davood.joyame@gmail.com

Abstract

Introduction: Among people working in the health sector, nurses have the largest number and due to the direct relationship between the nurse and the patient, this profession is of particular importance. The aim of this study was to understand the lived experience of corona nurses from moral distress among nurses working in hospitals affiliated to Zahedan University of Medical Sciences in the corona ward in Zahedan in 1399.

Methods: The present study is applied in terms of purpose and in terms of method of data collection in a qualitative way with semi-structured interviews and in terms of examining the lived experience of individuals (phenomenology). Therefore, in-depth and semi-structured interviews were conducted with 22 corona nurses for 30 to 70 minutes. Qualitative data were then obtained from in-depth and semi-structured interviews with participants. The data of this qualitative study were analyzed by content analysis method.

Results: In this research, for the theme of moral distress, three concepts have been obtained: 1) errors, 2) non-observance of moral principles, and 3) improper allocation of responsibilities and competencies.

Conclusions: Finally, the concepts obtained are three negative individual consequences with codes of distress and failure - anonymity - lack of motivation - frustration - decreased self-esteem - negative social consequences with codes of reduced well-being and emotional problems - the emergence of social and psychological damage - error Auras and stereotypes - negative organizational consequences with system inefficiency codes - less commitment - frustration and leaving the organization - reduced productivity - reduced quality and quantity of services.

Keywords: Moral distress, University of Medical Sciences, Nurses, Phenomenology, Zahedan.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۹، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۹

تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس اخلاقی در حین انجام وظیفه سازمانی

عبدالباسط مرادزاده[۱]، احسان نامدار جویمی[۲]*

۱- استادیار و عضو هیئت علمی گروه مدیریت، دانشگاه ولایت، ایران.
۲- دانشجوی دکترای مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه سیستان و بلوچستان، ایران **(نویسنده مسئول)**
ایمیل: davood.joyame@gmail.com

چکیده

مقدمه: در میان افراد شاغل در بخش سلامت، پرستاران بیش ترین تعداد را به خود اختصاص داده اند و به دلیل ارتباط مستقیم پرستار با بیمار، این حرفه از اهمیت خاصی بر خوردار است. هدف از این پژوهش، فهم تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس (در هم تنیدگی) اخلاقی در بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در بخش بیماران کرونایی سال ۱۳۹۹ در شهر زاهدان است.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از جهت شیوه گردآوری داده‌ها به‌صورت کیفی با مصاحبه نیمه ساختاریافته و به شیوه بررسی تجربه زیسته افراد (پدیدارشناسی) است. از این‌رو با ۲۲ نفر پرستار بخش کرونا مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته به مدت ۳۰ تا ۷۰ دقیقه انجام شد. سپس داده‌های کیفی از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با مشارکت‌کنندگان به دست آمد. داده‌های این مطالعه کیفی به روش تحلیل مضمون مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته ها: در این پژوهش برای مضمون دیسترس اخلاقی سه مفهوم ۱) خطاها، ۲) عدم رعایت اصول اخلاقی و ۳) تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها به دست آمده است.

نتیجه گیری: در نهایت مفاهیم به دست آمده سه پیامد منفی فردی با کدهای دیسترس و شکست بی هویتی، بی انگیزگی، سرخوردگی،کاهش اعتماد به نفس، پیامد منفی اجتماعی با کدهای کاهش رفاه و بروز مشکلات عاطفی، ظهور آسیب‌های اجتماعی و روحی، بروز خطای هاله‌ای و کلیشه‌ای، پیامد منفی‌سازمانی با کدهای ناکارآمدی سیستم، تعهد کمتر، دلسرد شدن و ترک سازمان، کاهش بهره‌وری، کاهش کیفیت و کمیت خدمات را به دنبال دارند.

کلیدواژه ها: دیسترس اخلاقی، دانشگاه علوم پزشکی، پرستاران، پدیدارشناسی، زاهدان.

مقدمه

هدف اصلی و غایی حرفه پرستاری، تأمین بهبودی و سلامت افراد تحت مراقبت است. موضوع نارضایتی، شکایت و دادخواهی بیماران از کادر درمان و پرستاران از محیط کاری و بیماران از جمله موضوعات مهم است و به دلیل ارتباط مستقیم پرستار با بیمار، این حرفه از اهمیت خاصی بر خوردار است. آیین نامه تأسیس مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری مصوب ۲۶ مرداد ماه ۱۳۷۸وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بند الف ماده ۱، پرستاری را این چنین تعریف می‌کند: پرستاری عبارت است از کمک به فرد سالم یا بیمار.

در میان متغیرهای موقعیتی و فردی متعددی که می‌تواند در پیش‌بینی تمایل به ترک شغل کارکنان نقش مهمی داشته باشند، سازه‌های دیسترس اخلاقی و فرسودگی شغلی می‌باشد. از آنجایی که پرستاری، حرفه‌ای است که همواره بنا بر ماهیت خود با مسائل اخلاقی شایعی روبه رو بوده است، یکی از این موضوعات اخلاقی، دیسترس اخلاقی است که امروزه بیش از پیش مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۱).

مفهوم دیسترس اخلاقی اولین بار توسط جامپتون ارائه شده است و سپس توسط پژوهشگران زیادی مورد بررسی قرار گرفته و گسترش یافته است. دیسترس اخلاقی، درد و ناراحتی عاطفی و ذهنی است که فرد ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت قضاوت اخلاقی به دلیل محدودیت‌های واقعی یا ذهنی پیشرو از نظر اخلاقی مرتکب خطا می‌شود (۲).

رو به رو شدن با دیسترس اخلاقی در میان پرستان می‌تواند

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

پیامدهایی را به دنبال داشته باشد. از پیامدهای منفی آن می‌توان به آثار رفتاری و روان- شناختی، احساس غمگینی، شرمندگی و محرومیت (و فرسودگی، استرس و ترک شغل اشاره کرد) (۳).

تداوم این شرایط باعث اتمام ذخایر مقاومتی آن‌ها شده و نارضایتی از محیط کار پدیدار می‌شود، پرستارانی که علی‌رغم شرایط نامناسب و بدون حمایت به کار خود ادامه می‌دهند، استرس و فرسودگی بالایی را در کنار نارضایتی تجربه می‌کنند (۴). در عصر امروز که کشور با بیماری کرونا درگیر شده است و حجم مراجعه به بیمارستان‌ها زیاد و بیش از حد شده است این عامل موجب فشار زیاد کاری بر روی پرستارها و دکترهای بیمارستان‌های و بخش‌های مربوطه شده است. فشار کاری از نظر روحی و جسمی از طرف بیماران و همین‌طور سایر همکاران و سازمان به پرستاران وارد می‌شود.

کورلی و همکاران در پژوهشی که انجام دادند ضمن تأکید بر اهمیت دیسترس اخلاقی، جو اخلاقی محیط کار را در بروز آن مؤثر دانسته و بیان میکنند پرستاران تحت شرایط دیسترس اخلاقی، شغل و حرفه خود را ترک می کنند (۵). پژوهش الپرن و همکاران نشان میدهد که دیسترس اخلاقی یکی از مشکلات محیطهای ویژه بوده و پرستاران در مواجهه با آن عدم رضایت شغلی دارند و این شرایط نیز عاملی برای ترک شغل است (۶).

تنش اخلاقی یک مسأله اساسی در حرفه پرستاری است که پرستاران را تحت تأثیر قرار میدهد. تنش اخلاقی در شرایطی که پرستاران نمیتوانند فعالیتهای روزمره خود را در برآورده کردن نیازهای بیماران و خانواده هایشان به دلایلی همچون نبود تعداد کافی کارکنان و فقدان قوانین و فرایندهای سازمانیِ حمایتکننده به شیوهای اخلاقی انجام دهند، رخ می دهد (۷) تنش اخلاقی را میتوان وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که زمانی تجربه میشود انسان از انجام عملی که میداند درست است، بازداشته شده و یا مجبور به انجام کاری شود که میداند نادرست است (۸). و همکاران معتقد هستند منبع تنش اخلاقی Hamric برای پرستاران در محیط های بهداشتی، وجود تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یکسو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز و غیرمجاز از سوی دیگر است (۹).

یکی از عوامل مستعد کننده ایجاد تنش اخلاقی، تکرار و مواجهه با عوامل تنش زا است که بر شدت تنش درک شده توسط فرد تأثیر دارد (۱۰). از سوی دیگر، عوامل منجر به تنش اخلاقی با توجه به وضعیت کار متفاوت و همکاران نشان میدهد در Elpern هستند. نتایج مطالعه بخش مراقبتهای ویژه به علت نیازگسترده به تصمیم گیری های اخلاقی درمراقبت و درمان بیمارانِ دارای وضعیت و شرایط بحرانی، بروزتنش اخلاقی افزایش مییابد و همکاران نیز در مطلعهای اتش زده وشوریده ۲۰۱۲ انجام دادند (۱۱) سطح تنش اخلاقی در پرستاران بخش مراقبتهای ویژه را بالا گزارش کردند (۱۲). پژوهش ها نشان دادهاند تنش اخلاقی هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد (۱۳). از پیامدهای منفی تنش اخلاقی در حرفه پرستاری میتوان به کاهش تعلق کاری، افت اعتماد به نفس، ناامیدی، عصبانیت و ناراحتی ناشی از این احساس که نمیتوانند نیازهای بیماران را برآورده کنند یا احساس ناتوانی درانجام وظایف و تعهدات نسبت به بیماران، اشاره . به این ترتیب مشخص می شود تنش اخلاقی، کرد (۱۳). می تواند احساس پرستاران نسبت به توانایی خود در انجام وظایف و مقابله موثر با موقعیتهای مختلف را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات انجام شده بیان کرده اند به علت تنش اخلاقی، ۸۱ ٪ پرستاران بخشهای ویژه، خودشان را بیقدرت و غیرمؤثر توصیف کردهاند، همینطور پرستاران بخشهای مراقبت ویژه درتصمیمگیری برای بیمارانشان به دلیل وجود تعارضات اخلاقی، احساس عجز کرده اند (۱۱).

پرستاران به واسطه ی ماهیت شغلی شان بیش از سایر حرفه ها در معرض مسائل اخلاقی قرار داشته و در این میان دیسترس اخلاقی یکی از شا یعترین این مسائل به شمار می آید. دیسترس اخلاقی حالتی است که فرد در شرایطی متضاد با اعتقادات اخلاقی خود قرار گرفته و ضمن انجام قضاوت اخلاقی درست، به دلیل وجود موانع واقعی و ذهنی توانایی (۱۴)، انجام عمل اخلاقی متناسب با آن را ندارد (۱۵) علل ایجاد کننده ی دیسترس اخلاقی متفاوت بوده و می توان آن را به صورت علل سازمانی، روابط بین تیمی و علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی طبقه بندی کرد. از علل سازمانی میتوان به تخصصی شدن حرفه ی پرستاری، کمبود منابع و تجهیزات، پیشرفت فناوری، فقدان حمایت سازمانی و محدودیت بودجه اشاره کرد. توزیع ناعادلانه ی قدرت بین همکاران، فرمانبرداری بی چون و چرا از پزشکان، ناتوانی در اصلاح شیوه های مراقبت و عدم استقلال حرفه ای را می توان جزو علل روابط بین تیمی به حساب آورد. از علل مربوط به بیماران و روندهای درمانی می توان به درما نهای تهاجمی، بیماران مشرف به مرگ، آزمایش های غیر ضروری و (۱۶)، درمان های ناکافی اشاره کرد

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

(۱۷).

بررسی مطالعات مختلف نشان میدهد که دیسترس اخلاقی و استرس حرفه ای مسائلی شایع در میان پرستاران به حساب می آیند. شدت و تکرار دیسترس اخلاقی در پرستاران در مطالعه ای در سطح متوسط گزارش شد (۱۸) هم چنین، پژوهش های صورت گرفته حاکی از آن است که دیسترس اخلاقی یک مشکل شایع تجربه شده در بخش هایی است که با مراقبت پایان زندگی مواجه هستند (۱۹) مطالعه ای که در ایران نیز با هدف بررسی دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت های ویژه صورت گرفته، میزان آن را در سطح بالا گزارش کرده و تأثیرآن را نیز بر عملکرد پرستاران منفی دانسته است (۲۰) مطالعات مربوط به استرس نیز حاکی از آن است که پرستاران با سطح بالایی از استرس روبه رو بوده و فشارکاری و تدارکات ناکافی جزو شایع ترین عوامل استرسزا در محیط کاری به حساب می آیند (۲۱) همچنین، مطالعات رابطه ی بین دیسترس اخلاقی و استرس حرفه ای را مثبت ارزیابی کرده و نقش آن ها را در ایجاد رضایت شغلی با (۲۲) مطالعات نشان می دهند که ، اهمیت دانسته اند (۲۳) محیط های کاری سالم و برخوردار از بهداشت روانی به شکل مستقیمی با وجود محیط های بدون استرس، اضطراب و افسردگی در پرستاران رابطه داشته و موجب افزایش رضایت مندی و علاقه به کار و افزایش بازده کاری آن ها می شود (۲۴). پرستاران بیشترین وقت خود را در بالین بیمار می گذرانند و تماس نزدیکی با تجارب مختلف بیماران کرونایی دارند، بنابراین به طور مداوم با تصمیمگیری های اخلاقی مواجه می شوند. پرستاران نسبت به سایر گروه های ارائه کننده ی مراقبت سلامت، در محیط کاری خود استعداد و زمینه ی بیشتری برای رویارویی با موضوعات اخلاقی دارند.

پرستار شدن تنها کسب دانش و یادگیری مهارت های خاص و یا انجام فعالیت های عملی روزمره نیست؛ بلکه شامل کسب ارزش های حرفه ای و اخلاقی خاصی است که سبب تغییرات اساسی در نگرش اخلاقی و جایگاه اخلاقی پرستاران می شود. بنابراین، پرستاران بایستی همواره در سطحی از تکامل اخلاقی قرار داشته باشند که حقوق اساسی بیماران را بدون به خطر انداختن وجدان اخلاقی خود محترم شمارند. باید توجه داشت اگرچه برخورداری از سطح مناسب تکامل اخلاقی برای همه افراد جامعه مهم است، ولی این موضوع برای کارکنان بهداشتی و از جمله پرستاران اهمیت خاصی دارد؛ زیرا این کارکنان در مراقبت های درمانی خود همواره با مسائلی روبرو هستند که در زندگی روزمرۀ خود آنها را تجربه نکرده اند.

پرستاری از مشاغل مهم و حیاتی در سیستم بهداشت و درمان یک کشور محسوب می گردد (۱۶) و به طور تقریبی در تمام کشورها، عمده ترین بخش سیستم بهداشتی و در برخی مراکز تا ۸۰ درصد را پرستاران تشکیل می دهند (۱۷). از طرفی پرستاران به عنوان اعضای اصلی تیم مراقبتی – درمانی در خط مقدم ارائه خدمات درمانی بوده و عملکرد آنان تا حد زیادی تعیین کننده کیفیت مراقبت های بهداشتی – درمانی است (۲۵). در این میان تنیدگی اخلاقی یک مشکل رایج و یک مسئله جدی در پرستاری است که در احساس از دست دادن یکپارچگی و نارضایتی پرستاران در محیط کارشان نقش به سزایی دارد (۲۶) منظور از تنیدگی اخلاقی موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می داند ولی موانع سازمانی، انجام درست کار را بر او غیرممکن می سازند. تنیدگی اخلاقی می تواند بر ابعاد جسمی، روانی، معنوی و ارتباطات اجتماعی افراد تأثیر گذاشته (۲۷) و سبب پیامدهای جسمی و روانی متعدد گردد (۲۸) تنیدگی اخلاقی هنگامی بوجود میآید که افراد ضمن آگاهی داشتن از عملکرد درست اخلاقی، به دلایلی نمی توانند به هدف اخلاقی مورد نظر دست یابند.

شرایط بوجود آمده تاثیرات و علایم متفاوتی را در فرد سبب میشود. افراد در این شرایط دچار اختلالات جسمی و روانی ناامیدی، کابوس، سردرد و اضطراب) شده و گناه و فرسودگی ناشی از ناتوانی۱۰ اصلاح امور در آنها بوجود میآید تنیدگی اخلاقی با ایجاد اثرات منفی بر سلامت روان به صورت اضطراب و ناکامی در زندگی شغلی پرستاران همراه است و در صورت عدم سازگاری، اثرات منفی دیسترس اخلاقی به صورت احساس بی ارزشی، عصبانیت، افسردگی، شرم و ناراحتی در زندگی حرفه ای آنان نمایان خواهد شد. نتایج بدست آمده از برخی پژوهشها حاکی از آن است که خواسته یا ناخواسته زندگی خانوادگی پرستاران نیز تحت تأثیر اثرات منفی تنیدگی اخلاقی قرار میگیرد (۲۹) بنابراین با عنایت به اهمیت موضوع تنیدگی اخلاقی و روند رو به رشد آن در حرفه پرستاری در بخش کرونا و اینکه وجود تنیدگی اخلاقی در پرستار میتواند سبب تعارض پرستار در مراقبت از بیمار و در نتیجه ارائه مراقبت بی کیفیت شود که این شرایط نیز باعث نقص در روند بهبودی و افزایش مدت بستری بیماران کرونایی و نارضایتی آنان از کیفیت پایین خدمات ارائه شده می گردد (۳۰).

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

هدف از این پژوهش، فهم تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس(در هم تنیدگی) اخلاقی در بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در بخش بیماران کرونایی است.

روش کار

پژوهش حاضر ازنظر هدف کاربردی و از جهت شیوه گردآوری داده‌ها به صورت کیفی با مصاحبه نیمه ساختاریافته و به شیوه بررسی تجربه زیسته افراد است. هدف از این پژوهش، فهم تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس (در هم تنیدگی) اخلاقی در بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در بخش بیماران کرونایی سال ۱۳۹۹ در شهر زاهدان است. از مصاحبه‌شوندگان درخواست شد که تجارب و یا مشاهدات خود را در این باب مطرح نمایند (به صورت حضوری و چهره به چهره با رعایت کامل پروتکل های بهداشتی و مراقبتی). اغلب سؤالات شاخص و کلی مطرح‌شده است تا مصاحبه شوندگان توضیحات جزئی و کلی‌ای را پیرامون پدیده بیان نمایند. با توجه به ماهیت پژوهش حاضر؛ پنج پرسش از مشارکت‌کنندگان پرسیده شد: در مورد پدیده مورد نظر چه تجربه‌ای دارید؟ چه زمینه یا وضعیتی به‌نوعی بر تجربه شما از پدیده موردنظر تأثیرگذار است؟ جوهره و ماهیت پدیده مورد نظر چیست؟ چه احساسی راجع به آن پدیده دارید ؟ تفکر شما در ارتباط با آن پدیده چیست؟ مصاحبه‌ها در بازه زمانی بین ۳۰ تا ۷۰ دقیقه به‌صورت متغیر انجام شد. بعد از پایان هر مصاحبه از مصاحبه شوندگان درخواست شد پیشنهادهای خود را برای بهتر صورت دادن پژوهش و همچنین معرفی افرادی که می‌توانستند محقق را در انجام بهتر این امر یاری کنند ارائه دهند. فرایند انجام مصاحبه‌ها تا جایی ادامه داشت که یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها تقریباً تکراری شد و اشباع نظری با ۲۲ مصاحبه (۲۲ نفر و هر نفر یک مصاحبه) عمیق و نیمه ساختاریافته که افراد آن به شیوه نمونه‌گیری گلوله برفی انتخاب‌شده بودند، حاصل شد. تمام مصاحبه‌ها توسط یک محقق ثابت انجام شد تا از تأثیر نحوه مصاحبه در ارائه اطلاعات توسط مصاحبه‌شونده کاسته شود. داده‌های این مطالعه کیفی به روش تحلیل مضمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین‌صورت که پس از گردآوری مصاحبه‌ها به صورت نوشتاری متن چندین و چندبار به صورت دقیق مطالعه شد جملات کلیدی، کدگذاری شدند. سپس کدها در دسته‌بندی‌های کلی‌تر به‌عنوان مفاهیم قرار گرفتند و مفاهیم به دست آمده توصیف پدیده و مضمون پژوهش را در برمی‌گیرد. به طور همزمان از مشارکت‌کنندگان نیز در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد (به این صورت که تحلیل ها و دسته بندی ها به انها بازگردانده میشد و افراد در تحلیل و دسته بندی های تم های اصلی و فرعی و اصلاحات و تغییرات انها مشارکت داده شده اند). برای سنجش پایایی مصاحبه‌های انجام‌شده از روش پایایی بین دو کدگذار استفاده شد. در این روش از دو تن از اعضای هیئت‌علمی گروه مدیریت دانشگاه سیستان و بلوچستان و مسلط به کدگذاری در پژوهش‌های کیفی درخواست شد تا چند نمونه از مصاحبه‌ها را به صورت تصادفی انتخاب و به‌طور مستقل کدگذاری کنند. در این پژوهش از ضریب کاپای کوهن که منعکس‌کننده توافق بین دو کدگذار است استفاده شد و مقدار آن برابر با ۰,۷۸ به دست آمد. هر چه ضریب به‌دست‌آمده به یک نزدیک‌تر باشد توافق بیشتر خواهد بود و ضریب به دست آمده نشان‌دهنده توافق زیاد بین دو کدگذار است. همین طور الگوی به دست آمده تجربه زیسته پرستاران درنهایت در اختیار خود پرستاران قرار گرفت تا در صورت لزوم آن را تصحیح و اصلاح نمایند که حاکی از تائید روایی و پایایی پژوهش است.

برای بررسی اعتبار پذیری یافته‌ها، (علاوه بر فرایند اپوخه یا پرانتز گذاری(تعلیق تمامی پیش‌فرض‌های ذهنی پژوهشگر)، به تعدادی از مشارکت‌کنندگان، تم‌های اصلی و فرعی داده شد تا مشخص شود تفسیر داده‌ها، مشابه نظر ایشان است. در سه مورد که مغایرتی وجود داشت، دوباره از فرد پرسش‌هایی شد و نتایج نهایی به افراد ارائه و تأیید شد. همچنین اختصاص زمان بسیار طولانی پژوهشگر برای درگیری در جزئیات موضوع و مصاحبه‌ها و تحلیل موارد متناقض، ازجمله اقدامات دیگر برای افزایش اعتبار پذیری بود.

برای بررسی قابلیت اطمینان، متن مصاحبه‌ها به‌صورت خام در اختیار دو ناظر بیرونی که متخصص در حوزه پژوهش‌های کیفی بود و تجربه انجام مطالعه پدیدارشناسی را داشت، قرار گرفت تا میزان مشابهت تم های استخراج‌شده بررسی شود. آن‌ها با توجه به برداشت خود کدگذاری‌هایی انجام دادند. (هماهنگی در کدگذاری بین پژوهشگر و ناظر (بدون در نظر گرفتن تفاوت‌های ظاهری در کدگذاری بالغبر ۷۸ درصد بود. در مواردی که اختلاف نظر وجود داشت تلاش شد از طریق بازنگری داده‌ها و تحلیل موارد

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

مغایر، نظرها به هم نزدیک شود.

در این پژوهش افراد مصاحبه شونده، به عنوان مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته‌شده‌اند. بنابراین هدف از انجام پژوهش، رویه‌های اجرایی آن، فواید کاربردی تحقیق و همچنین از همه مه متر ماهیت داوطلبانه بودن شرکت آنان در فرایند تحقیق برای آن‌ها روشن و شفاف شد و توضیح داده‌شده که هر یک از مشارکت‌کنندگان در هر یک از مراحل پژوهش حق انصراف از مشارکت را دارند. در نتیجه یک فرم رضایت‌نامه شرکت در فرایند پژوهش تنظیم و در آغاز هر مصاحبه از آنان اخذ شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات مستخرج از آنان محرمانه تلقی خواهد شد و نتایج پژوهش بدون اشاره به نام آن‌ها منتشر می‌شود.

یافته‌ها

در فرایند پژوهش کدهای زیادی به دست آمد که با تلفیق و تقلیل آن‌ها با استفاده از فرایند رفت و برگشتی تحلیل داده‌ها، مجموعه کل کدهای اولیه به کدهای کمتری تقلیل یافتند به این‌گونه که به منظور جلوگیری از تکرار، تمام کدهای اولیه تکراری یا مشابه که ازلحاظ مفهومی بسیار به هم نزدیک بودند در یک مجموعه واحد قرار گرفتند و مفاهیمی را به وجود آوردند که مضامین فرعی برای مضمون اصلی یعنی دیسترس اخلاقی را تشکیل دادند. نتایج حاصل از این مرحله در جدول زیر آمده است.

مضمون اصلی (مقوله اصلی)	مضامین فرعی (مقولات فرعی)	کدهای مفهومی (کدهای اولیه)
دیسترس اخلاقی	خطاها	ترخیص زودهنگام بیمار عدم اجرای درمان بدون پوشش بیمه عدم تجویز مراقبتی بدون درمان پوشش بیمه تجویز بیش‌ازحد داروهای ضد درد خطای دارویی انجام اقدامات قلبی و ریوی ناصحیح درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمانگر مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود وقت انجام آزمایش‌ها و مراقبت‌های غیرضروری مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود داروها مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل تجهیزات باکیفیت پایین
	عدم رعایت اصول اخلاقی	عدم همکاری با خانواده بیمار در پیگیری به دلایل اشتباهات درمانی و مراقبتی مشارکت و درمان بدون رضایت آگاهانه نادیده‌گیری موارد سو استفاده از بیمار اخذ رضایت‌نامه در جهت درمان عدم بیان حقایق در پاسخ بیمار یا خانواده‌اش عدم رضایت حریم خصوصی بیمار درمان و مراقبت بهتر برای افراد دارای تمکن مالی بیشتر و موقعیت بهتر توقف درمان بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌های درمان انجام خواسته‌های خانواده بیمار برای درمان و مراقبت‌های بی‌فایده درمان و مراقبت از بیمار غیر هم‌جنس
	تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها	کار کردن با ردههای مختلف پرستاران بدون صلاحیت کار کردن با ردههای مختلف پزشکان بدون صلاحیت کار کردن با ردههای مختلف با دانشجویان پزشکی بدون صلاحیت انجام اقدامات بدون شایستگی حرفه‌ای تجویز شفاهی تصمیم‌گیری لحظه‌ای بدون ملاحظات کشمکش‌های حرفه‌ای

در جدول بالا نشان داده شده است که مضمون دیسترس اخلاقی دارای سه مفهوم خطاها، عدم رعایت اصول اخلاقی و تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها است که هرکدام دارای مؤلفه‌های مختلفی هستند. به عبارتی دیگر دیسترس اخلاقی ناشی از مفاهیم بالاست که در پرستاران بخش کرونایی ایجاد می‌شود.

نمونه‌ای از مصاحبه‌ها برای هر کد مفهومی در جدول زیر آورده شده است:

نمونه‌ای از مصاحبه‌ها برای هر کد مفهومی

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

ترخیص زودهنگام بیمار

گاهی اوقات برای پذیرش بیماران جدید، یک بیمار قبل از بهبودی صد در صد ترخیص میشه تا بیمارهای جدید جای گزین بشه. چون با محدودیت تخت و پرسنل روبرو هستیم و مراجعه‌کننده برای بستری زیاد هست وصف درخواست بستری طولانی است. هرچند لازم نیست و میتونه درمان در منزل هم بعد از برطرف شدن خطر در منزل هم انجام بشه ولی برخی بیماران از آن‌هم زودتر مرخص میشن.

عدم اجرای درمان بدون پوشش بیمه

برخی درمان‌ها لازم هست که تحت پوشش بیمه نیست و پزشک‌ها سعی می‌کنم اونها رو تجویز نکنن و به جاش از جایگزین‌های دیگه ای استفاده کنند. برخی مواقع هم از بستری شدن برخی افراد جلوگیری میشه چون نیازی به درمان ندارن ولی تمایل دارن به هر نحوی بستری بشن که با توجه به افراد زیاد نیازمند برای درمان این کار میسر نیست.

عدم تجویز مراقبتی بدون درمان پوشش بیمه

برخی بیماران به مراقبت‌های ویژه‌ای زیر نظر متخصصان ویژه‌ای نیاز دارن که چون هزینه‌های زیادی داره و زیرپوشش بیمه نیست و یا برای امور دیگه داره استفاده میشه مقرون‌به‌صرفه نیست ازنظر مادی و حتی انسانی که بخواهیم یک بیمار دیگه ای رو با بیماری دیگه از اون حروم کنیم و یک بیمار دیگه که لازم نداره و یا هزینه‌های زیادی برای به بار میاره استفاده کنیم. توی بخش محدود تجهیزات شدیدی داریم و میشه گفت تجهیزات برای همه به‌اندازه کافی نیست و ما اهم و مهم می‌کنیم و کار خداست که داره پیش میرهو دست خدا رو واقعاً می‌بینیم که کارها رو پیش میبره.

تجویز بیش‌ازحد داروهای ضد درد

بیماران خیلی درد دارن و تنگی نفس شدیدی دارن که ناراحت‌کننده هست هم برای بیمارو هم برای کادر درمان ازاین‌رو برخی مواقع داروهای زیادی برای کاهش درد و یا از داروهایی با دوز بالا که خطرناک هستن به خاطر خود بیمار استفاده می‌شود.

خطای دارویی

برخی اوقات پزشک‌ها داروهایی رو تجویز میکنن و به دلیل زیاد بودن بیمارها با درجات مختلف از بیماری ممکنه داروی یک بیمار به یک بیمار دیگه داده بشه البته خیلی کم این اتفاقات پیش میاد ولی با توجه به دانشجویان پرستار که تازه به‌کارگماشته شدن گاهی اوقات پیش میاد و گاهی اوقات هم قبل از اعمال از اون جلوگیری میشه. البته چون همه بیماران کرونا دارن و داروها برای کاهش درد و تسکین و این موارد استفاده میشه فرق زیادی نداره داروی کسی به کسی داده بشه توی یک بخش ولی اشتباهی است که نمیشه در نظر گرفته نشه و باید خیلی بهش دقت کرد.

انجام اقدامات قلبی و ریوی ناصحیح

برخی بیماران کرونایی در شرایط حاد بیماری قرار دارن و گاهی اوقات نیاز به ماساژها و استفاده از تجهیزات خاصی دارن که چون برخی پرستاران تجربه ناکافی دارن نمیدونن باید چیکار کنن به‌خصوص اون پرستارها و بخش‌های از کادر درمان که تازه‌وارد و یا دانشجو هستند و به دلیل کمبود نیرو به کار گرفته شدن البته اقدامات اونا مفید هست ولی نتیجه مناسب رو به دلیل عدم اجرای صحیح ندارد.

درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمانگر

کادر درمان و پرستارها نسبت به بیمارها خیلی کم هستند و این عامل باعث خستگی شدید پرستارا میشه و همین عامل باعث میشه خیلی از مراقبت‌ها با مشکل روبرو بشه و یا خطاهای زیادی رخ بده که هم برای پرستار خطر داره و هم برای بیمار.

مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود وقت

چون تعداد پرستارها کمه ، پرستار هم وقت نمیکنه به همه بیمارها رسیدگی کنه و وقت زیادی رو برای هر بیمار بذاره فقط میتونه سریع کارهای یک بیمار رو انجام بده و بره سراغ مریض کرونایی بعدی و نمیشه باهاشون معاشرت داشت و دید گه گیزهایی لازم دارن تا بهشون خدمات بهتری ارایه بشه. بالاخره محدودیت همه جا هست ولی باید مدیریت بشه.

انجام ازمایش ها و مراقبت های غیر ضروری

بعضی وقتا برخیبیماران کرونایی ادمو به شک میندازن و حدس به چیزهای دیگه ای میبریم که نیاز به ازمایش داره و یا حتی برخی اوقات بیمار علایم و نشانه هایی رو میگه که ما اون رو توی بیمار نمیبینیم ولی خودش اصرار داره که اینجور هست و یا حتی بالعکس که نیازمند ازمایشها و بررسی دقیق تری داره و برای همین دلیلازمایش ها و مراقبت های ویژه و غیر ضروری میشه ک همیشه گفت نود درصد اونا حدس و گمان هست ولی نمیشه انجام نداد و برای اخلاق و شرافت انسانی همشون مو ه مو انجام میشه.

مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل کمبود داروها

داروهای بیماری کرونا لحظه به لحظه عوض میشه و مثلا میگن اول این دارو رو مصرف کنند و بعد میگن فلان دارو و بعد میگن اون یکی که برخی اوقات همه این داورها حتی برای کادر درمان هم حاضر نیست و به اندازه کافی در دسترس نداریم چه برسه مردم عادی. برای همین گاهی داروهای قبلی رو استفاده میکنیم و یا از داورهایمشابه اون و یا با دوزهای مختلف استفاده میکنیم.

مراقبت و درمان غیر استاندارد به دلیل تجهیزات با کیفیت پایین

تخت ها و تجهیزات وحتی دستگاهای مرطوب کننده و گرمایشی و سرمایشی درست کار نمیکنن په برسه به دستگاه های پزشکی و درمانی که خیلی حساس هستند و هزاران بخش دارن. دیتگاه های لازم درمان به اندازه کافی نیست شما تصور کنید که حالا با محدودیت دستگاه ها یکی کار نکنه درست و یا خراب بشه.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

عدم همکاری با خانواده بیمار در پیگیری به دلایل اشتباهات درمانی و مراقبتی

برخی اوقات خانواده مریض ها و خودشون اعتراض ها و شکایاتی دارن که وارد و یا ناوارد هست. به دلیل خستگی کادر درمان و اشتباهاتی صورت میگیره و خطا پیش میاد که درسته که وارد هست ولی چاره ای نیست و با محدودیت کادر و تجهیزات و ... روبرو هستیم و مجبوریم همین جور پیش بریم با همه اعتراضات ولی انتظار داریم بیمارها و خانواده هاشونم ما رو درک کنن که ما داریم حداکثر تلاشمون رو میکنیم. هر چند برخی از اعتراضات هم سلیقه ای و به دلیل تفاوت های فرهنگی هست که وارد نیست.

مشارکت و درمان بدون رضایت اگاهانه

برخی اوقات بیمار نمیدونه که چه درمانی براش در نظر گرفته شده چون چیز خاصی نیست و باید مرحله به مرحله باهاش روبرو بشه چون ترس از روبرو شدنش از خودش بدتر هست. ولی خوب ناراحت کننده اس و از طرفی ندونستنش هم باعث استرس و اضطرابش میشه.

نادیده گیری موارد سو استفاده از بیمار

یک سری احکام و حقوق درمانی و و برای بیمار هست که باید رعایت بشه که به دلیل محدودیت های زمانی و کادر درمانی و تجهیزاتی واقعا نمیشه برایهمه در نظر گرفت وبه همه رسدیگی کرد اونجور که شایسته و بایسته است و لذا یک جور بد رفتاری و کج رفتاری پی میاد و حتی برخی داروها برای کاهش درد و مراقبتهای ویزه به صورت ازمایشی و تجربی روی بیماران تست میشه. میدونیم که خطری ندارن ولی میزان موثر بودنش رو تست میکنیم تا روی بیمارهای دیگه هم استفاده کنیم.

اخذ رضایت نامه در جهت درمان

همیشه درمان موفقت امیز نیست و با همه تلاش هایی که میشه تلفاتی داریم. ما حداکثر تلاشمون رو میکنیم و از مریض چیزی دریغ نمیکنیم ولی خوب محدودیت داریم میگم که برای همین رضایت نامه از بیمار و خانوادش میگریم که بعدا منشکل حقوقی بابت اهمال و .. پیش نیاد. بالاخره با یک دست نمیشه ده تا هندونه برداشت همین جور یک پرستار هم نمیتونه یک تنه برای یک بخش پرستاری کنه هر چقدر هم پرستار داشته باشیم باز هم برایه رپرستار کلی بیمار هست که باید سر بزنه و مراقبت کنه و دارو بده و تحت نظر داشته باشه که واقعا ممکن نیست. ولی ما از چیزی کم نمیذاریم و مثل خانواده خودمون هستن.

عدم بیان حقایق در پاسخ بیمار یا خانواده اش

برخی چزها توی درمان هست که خانواده مریض و حتی خود مریض رو بدتر میکنه و درمانش رو سخت تر میکنه و ندونه بهتر هست و همینی هم که نمیگیم یک جوربرا خودمون عذاب وجدان میاره.

عدم رضایت حریم خصوصی بیمار

هر بیماری حریم خصوصی داره که درمان رو تا حدودی سخت تر میکنه و برخی بیمارها برای خودشون یک حریم های دیگه ای هم در نظر گرفتن و عقاید و نظرات مختلفی دارن که پرستار باید تا اونجایی که میشه اونها رو رعایت کنه ولی خوب برخی اوقات چاره ای نیست و نمیشه باب میل اونها رفتار کرد چون براشون ضرر داره و خطرناک هست.

درمان و مراقبت بهتر برای افراد دارای تمکن مالی بیشتر و موقعیت بهتر

برخی افراد میان یک سری تجهیزات درمانی تهیه میکنن برای کادر درمان از جمله ماسک وپوشش و حتی دستگاه های پزشکی و مجهز از جمله تنفس و ... و میگن مراقب بیمار ما بیشتر باشد ما فرقی نداره برامون و همه رو مثل فامیل خودمون مراقبت و پرستاری میکنیم ولی خوب برخی از کارد هستن بالاخره فرق بذارن این یزها همه جا هستن و لطف اونا رو که اسمشون رو هدیه هم میذارن قبول میکنن. چون مجبوریم بالاخره دستگاه تنفس و ماسک و دستکش و پوشش میتونه خیلی کمک کنه به عنوان کمک رسانی مردمی و نه چیزی بیشتر ازشون قبول میکنیم.

توقف درمان بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه های درمان

اکثر هزینه های درمانی رایگان هست به جیز برخی موارد که خوب شاید حتما نباید باشه ولی اگر باشه بهتر هست برای همین بهتر هست باشه. ولی من خیلی ها رو دیدم که چون توانایی پرداخت هزینه های درمان رو نداشتن توی بخش های دیگه و بیمارستاهای خصوصی به خصوص منتقل شدن به بیمارستانهای دولتی و یا پایان درمان براشون زده شده. انجامش که هیچی شنیدنش هم درد اور هست و ناراحت کننده هست.

انجام خواسته های خانواده بیمار برای درمان و مراقبت های بی فایده

برخی اوقات بیمارو خانواده بیمار اصرار بر نوعی از درمان هستند که هزینه های زیادی داره و موثر هم نیست و فایده ای نداره و حتی یک درمان ساده تر به مراتب بیشتر به بیمار کمک میکنه و مریضی و درد اون و تنگی نفس اون رو کاهش میده ولی خوب بر خلاف نظر دکتر و پرستار نظر میدن و فرایند اجرای درمان رو با مشکل رو برو میکنن که همین بحث کردن و درگیر کردن فکری پرستار زمان زیادی رو از کادر درمان میگیره در حالی که ما خودمون مشکل زمانی داریم.

درمان و مراقبت از بیمار غیر هم جنس

به دلیل نبود پرسنل کافی برای همه بخش گاهش اوقات رسیدگی از یک بیمار اقا به یک خانوم و یا یک خانوم به یک اقا میرسه که خود مریض اذیت هست وگرنه سعی میشه درمانها تا جایی که اصول اخلاقی اقتضا میکنه خانم به خانم و اقا به اقا مراقبت و درمانش داده بشه و همین جور هم هست و میشه به خصوص تو زاهدان که عقاید دینی و رسوم سنتی زیاد هست.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

کار کردن با رده های مختلف پرستاران بدون صلاحیت

همه پرستاراها با تجربه یکسان نیستن و سنهای مختلفی دارن که کار باهاشون سخت هست

کار کردن با رده های مختلف پزشکان بدون صلاحیت

پزشکان از جاهای مختلفی مدرک گرفتن و نظرات مختلفی دارن و ت وشبقت های مختلف و با اخلاقیات مختلف هستن که برخی سخت گیر و برخی خوش برخورد و منعطف هستن و بهتر میشه باهاشون کار کرد و برخیشون خیلی اذیت میکنن و برخی نه بهتر میشه باهاشون کنار اومد.

کار کردن با رده های مختلف با دانشجویان پزشکی بدون صلاحیت

برخی از دانشجوهای پرستاری و پزشکی دارن دوره میبینن و خوب خطا زیاد دارن که این خظاها نیاز به اصلاح داره و برخی مواقع که زمان کم هست و باید کارها سریع انجام بشه میگفت توی دست و پا هستن ولی خوب باهاشون کنار میاییم ما خودمون هم یک روز اینجوری بودیم و گذشت تا به اینجا رسیدیم.

انجام اقدامات بدون شایستگی حرفه ای

برخی مریض ها نیاز به پزشک متخصص دارن و تو نبود اونا مجبوریم تجویز پزشک عمومی و یا .. رو اجرا کنیم همیشه متخصصا در دسترس نیستن و خیلی خیلی مشغله دارن. پرستارها ها هم باتوجه به تجربه حضورشون تو بخش کرونا همین جورن اونایی که بیشتر بودن چیزهای بیشتری رو دیدن و میدونن برای برخورد با کدوم بیمار گه کاری بکنن ولی اونایی که تازه وارد هستن هر چند تجربه پرستاری داشته باشند تجربه رویارویی با بیمار کرونایی رو ندارن و برای همین ممیکنه یک سری کارهای بدون تخصص انجام بشه هر چند ضرری هم نداشته باشه ولی بالاخره انجام میشه که کار باقیه رو زیاد میکنه و باعث میشه کارها دوباره و دوباره انجام بشه.

تجویز شفاهی

برخی وقتا پرستار ارشد یک چیزی میگه و دکتر یک چیزی میگه شفاهی و بعد میگه من نگفتم و گفتم اینو انجام بده. اکثر اقدامات باید روی برگه نوشته بشه و نسخه بشه و بدن تا بعدا مشکلی پیش نیاد و بعضی ها زیر بار مسئولیت در نرن.

تصمیم گیری لحظه ای بدون ملاحضات

بخش بیمارهای کرونایی با حدودیت زیادی روبرو هست از همه چیز برای همین نیازمند تصمیمات در همون لحظه هست و باید سریع تصمیم گیری بشه و جایی برای اشتباه نیست ولی همین تسریع تصمیم گیری خودش خطاهایی رو به دنبال داره.

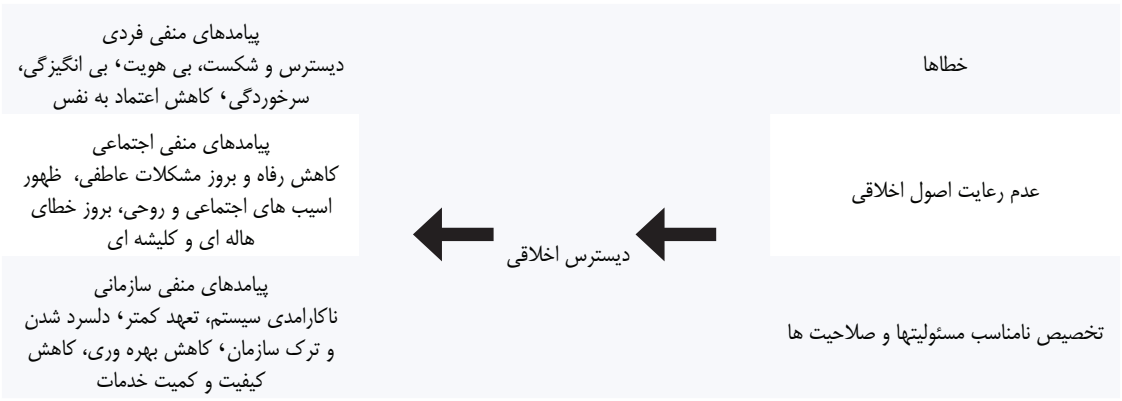
کشمکش های حرفه ای

پزشک های شیفت و پرستارهای مختلف تو شیفت های مختلف نظرات و نحوه گفتار وبرخودر رفتاری متفاوتی دارن و برخی هم تجویزها و عملکردهای سایر رو قبول ندران ودایم بهشون ایراد میگیرن چرا اینجور شد و چرا اینجور کرد و اصلاح بشه که این جور افراد هر چند تصمیم بهتری هم بگیرن ولی کار رو سخت میکنن و طاقت فرسا میکنن.

پیامدها

تجربه زیسته پرستاران بخش کرونا از دیسترس اخلاقی باعث بوجود آمدن پیامدهای منفی فردی، اجتماعی و سازمانی می شود. این پیامدها در جدول زیر آورده شده است.

الگوی پیامدی



چنانچه دیسترس اخلاقی در پرستاران کاهش پیدا نکند و تشدید شود درنهایت موجب پیامدهای منفی فردی- منفی اجتماعی و منفی‌سازمانی خواهد شد. پیامدهای منفی فردی موجب بروز دیسترس و شکست، بی‌هویتی، بی‌انگیزگی، سرخوردگی، کاهش اعتماد به نفس در پرستاران می‌شود. پیامدهای منفی اجتماعی موجب بروز کاهش رفاه و بروز مشکلات عاطفی، ظهور آسیب‌های اجتماعی و روحی، بروز خطای هاله‌ای و کلیشه‌ای در پرستاران می‌شود و در نهایت پیامدهای منفی‌سازمانی موجب ناکارآمدی سیستم، تعهد کمتر، دلسرد شدن و ترک سازمان، کاهش بهره‌وری،کاهش کیفیت و کمیت خدمات در پرستاران خواهد شد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش پایش و واکاوی تجربه زیسته پرستاران از دیسترس اخلاقی در بین پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

بخش بیماران کرونایی سال ۱۳۹۹ در شهر زاهدان است. ازاین‌رو برای فهم این تجربه از روش‌شناسی پدیدارشناسی بر مبنای رهیافت هوسرل استفاده‌شده است. از این رو با ۲۲ نفر پرستار بخش کرونا مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته به مدت ۳۰ تا ۷۰ دقیقه انجام شد. سپس داده‌های کیفی از مصاحبه‌های عمیق و نیمه ساختاریافته با مشارکت‌کنندگان به دست آمد. متن‌ها بازخوانی شدند و کدهای مرتبط با سؤالات استخراج‌شده و کد اولیه مربوط به آن به دست آمد. پس از انجام مصاحبه و مرتب‌سازی آن‌ها در مرحله بعد کدگذاری باز صورت گرفت که طی این فرآیند جملات کلیدی و مرتبط با پدیده موردنظر که از خلال مصاحبه‌ها بیرون کشیده شدند، کدگذاری و کد اولیه به‌دست‌آمده است. سپس کدهای مشترک در کنار هم قرار داده شد و مفاهیم را ایجاد کردند و درنهایت مفاهیم به دست آمده توصیف مضمون اصلی پژوهش یعنی دیسترس اخلاقی هستند.

در این پژوهش برای مضمون دیسترس اخلاقی سه مفهوم ۱) خطاها با کدهای ترخیص زودهنگام بیمار، عدم اجرای درمان بدون پوشش بیمه، عدم تجویز مراقبتی بدون درمان پوشش بیمه، تجویز بیش‌ازحد داروهای ضد درد، خطای دارویی، انجام اقدامات قلبی و ریوی ناصحیح، درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمانگر، مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود وقت، انجام آزمایش‌ها و مراقبت‌های غیرضروری، مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود داروها، مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل تجهیزات باکیفیت پایین و ۲) عدم رعایت اصول اخلاقی با کدهای عدم همکاری با خانواده بیمار در پیگیری به دلایل اشتباهات درمانی و مراقبتی، مشارکت و درمان بدون رضایت آگاهانه، نادیده‌گیری موارد سو استفاده از بیمار، اخذ رضایت‌نامه در جهت درمان، عدم بیان حقایق در پاسخ بیمار یا خانواده‌اش، عدم رضایت حریم خصوصی بیمار، درمان و مراقبت بهتر برای افراد دارای تمکن مالی بیشتر و موقعیت بهتر، توقف درمان بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌های درمان، انجام خواسته‌های خانواده بیمار برای درمان و مراقبت‌های بی‌فایده، درمان و مراقبت از بیمار غیر هم‌جنس و ۳) تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها با کدهای کار کردن باردهای مختلف پرستاران بدون صلاحیت کار کردن با رده‌های مختلف پزشکان بدون صلاحیت، کار کردن با رده‌های مختلف با دانشجویان پزشکی بدون صلاحیت، انجام اقدامات بدون شایستگی حرفه‌ای، تجویز شفاهی، تصمیم‌گیری لحظه‌ای بدون ملاحظات، کشمکش‌های حرفه‌ای به دست آمده است. در نهایت مفاهیم به دست آمده سه پیامد منفی فردی با کدهای دیسترس و شکست، بی هویتی، بی انگیزگی، سرخوردگی، کاهش اعتماد به نفس، پیامد منفی اجتماعی با کدهای کاهش رفاه و بروز مشکلات عاطفی، ظهور آسیب‌های اجتماعی و روحی، بروز خطای هاله‌ای و کلیشه‌ای، پیامد منفی‌سازمانی با کدهای ناکارآمدی سیستم، تعهد کمتر، دلسرد شدن و ترک سازمان، کاهش بهره‌وری،کاهش کیفیت و کمیت خدمات را به دنبال دارند. باید این‌گونه اظهار کرد که دیسترس اخلاقی در پرستاران در بخش کرونا ناشی از سه مفهوم خطاها ، عدم رعایت اصول اخلاقی و تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها است. یعنی گاهی اوقات خطاهای خواسته و ناخواسته‌ای پیش میاید که موجب آشفتگی پرستاران خواهد شد. همین‌طور عدم رعایت اصول اخلاقی و انسانی نیز موجب می‌شود تا پرستاران دچار تنش عاطفی و اخلاقی و آشفتگی(دیسترس) اخلاقی شوند. از طرفی تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها و به کار گماردن افراد بدون صلاحیت و بدون تجربه و یا با تضاد منافع و منابع با بخش مربوطه در مسئولیت‌های مختلف موجب ایجاد و تشدید خطاها و عدم رعایت اصول اخلاقی و انسانی در بخش کرونا می‌شود.

مفهوم خطا:

ترخیص زودهنگام بیمار: هر بیماری متناسب با درجه بیماری که دارد باید در زمان مشخصی ترخیص شو دو نباید به‌گونه‌ای عمل شود که بیماری به دلیل مشکلات اقتصادی و یا موارد دیگر پیش از موعد و قبل از بهبودی کامل ترخیص شود زیرا هم کادر درمان مجدداً ممکن است در آینده درگیر شوند و هم روحیه اجتماعی خانواده بیمار و جامعه و پرستاران که عضوی از جامعه هستند از این وضعیت آشفته خواهد شد.

عدم اجرای درمان بدون پوشش بیمه: گاهی اوقات بیمارستان‌ها و پزشکان برای گرفتن هزینه‌های بیشتر از بیمار و پوشش هزینه‌های بیمارستانی با هماهنگی‌های قبلی با بخش‌های خاص و آزمایشگاه‌ها و داروخانه‌ها دست به اقدامات و تجویزات خاص دست به تجویز دارو و آزمایش‌ها و مراقبت‌های خاصی می‌زنند که بیمه شامل

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

آن‌ها نمی‌شود و هزینه‌های سنگینی را به بیمار متحمل می‌کنم که اصول غیراخلاقی است و این رویه روحیه هر انسان آزاده‌ای را دچار خدشه می‌کنم و باید از این موارد جلوگیری کرد و یا آن‌ها برخورد کرد.

عدم تجویز مراقبتی بدون درمان پوشش بیمه: گاهی اوقات بیماران برای مراقبت‌های ویژه نیازمند پوشش بیمه‌ای هستند و برخی مراقبت‌ها در مراکز دولتی تحت پوشش بیمه‌ای نیست که هزینه در بردارد و پزشک‌ها این موارد را یا تجویز نمی‌کنند و با دلیل کسب منافع سازمانی بیش‌ازحد تجویز می‌کنند که نیازمند بازنگری و اصلاح موارد هست زیرا پرستاران در بخش‌های مربوطه با دانستن پشت پرده این تجویزها دچار خدشه عاطفی و دسترس روحی و اخلاقی می‌شوند زیرا می‌دانند برخی تجویزها بدون دلیل و بیش از اندازه اعمال می‌شود و برخی نیز اعمال نمی‌شود.

تجویز بیش از حد داروهای ضد درد: گاهی اوقات پرستاران برای کاهش درد بیمار از ریه درد و بدن‌درد و فشار تنفسی بر روی ریه‌ها مجبور به تجویز داورهای خاصی با دوز بالا و یا تعداد دفعات بالاتر به خواست پزشک و یا به خواست بیمار می‌شوند که با دانستن و علم به مضرات آن و ناتوانی در کنترل شرایط دچار دوگانگی و سردرگمی می‌شوند که آیا داروهای صد درد را اعمال کنند و یا خیر که به نوبه خود روحیه آن‌ها را درگیر می‌کند و موجب تنش روحی و جسمی می‌شود.

خطای دارویی: این مورد به ندرت پیش میاید و اکثراً در زمان تغییر شیفت های پرستاری پیش میاید. تغییر شیفت ها باید با دقت و تحویل منظم و دقیق صورت بگیرد . البته این موارد در بیمارستان‌هایی با تجهیزات کم روی می‌دهد و در بیمارستان‌های جدید با تخت‌های به روز شده و مجهز بسیار بسیار کاهش یافته است اما در صورت استفاده از دارو به‌صورت خطا و داشتن اثر بد بر روی بیمار موجب ناراحتی وجدان پرستاری که موجب این عامل شده است می‌شود.

انجام اقدامات قلبی و ریوی ناصحیح: در بخش بیماران کرونایی به دلیل اینکه اکثراً ریه‌های آن‌ها درگیر می‌شود و نیازمند مراقبت‌های ویژه هستند برخی دانشجویان پرستاری و پرستارانی که تازه وارد این بخش شده به دلیل اورهال نیروهای قبلی و کمبود نیرو به دلیل داشتن تجربه کم مرتکب خطاهای مختلف در بخش دارو و اقدامات احیا و ... می‌شوند که باید سرپرستارها با دقت و حضور بیشتر نظارت بالاتری بر اعمال این افراد داشته باشند تا خطاها را به حداکثر مورد کاهش دهند زیرا این موارد به‌صورت ناخواسته انجام می‌شود و باعث فشار روحی و روانی بر روی پرستاران در صورت بروز مشکلات می‌شود.

درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود درمانگر: همان‌طور که قبلاً صحبت شد به دلیل کمبود کادر درمان برخی تجویزهای پزشکی به موقع و در مکان مناسب در اختیار بیماران کرونایی قرار نمی گیرد که همین عامل موجب ناراحتی پرستاران در صورت بروز مشکلات برای بیماران می‌شود. البته لازم به توضیح است که پرستاران به دلیل برخورد به مراتب با این موارد تا حدودی برخی موارد جزئی با اعمال موارد اصلاحی برایشان عادی شده است ولی برای برخی از پرستاران دیگر تازه وارد و باروحیه حساس‌تر این موارد جزئی را برنمی‌تابند چه برسد به موارد کلی با ایجاد مشکلات حادتر که باید رویه تجویز و اعمال و مراقبتی به‌گونه‌ای اعمال شود که موارد مربوطه به حداقل ممکن کاهش یابد.

مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود وقت: کمبود کادر درمان و نبود پرستار به تعداد کافی موجب می‌شود در بخش مراقبت از بیماران کرولایی همیشه کمبود وقت وجود داشته باشد و کارها با عجله و سرعت بیشتری انجام شود و این اقدامات دلیل ظهور خطاها و مشکلات انسانی زیادی می‌شود که باید پرستاران زیادی را به کار گماشت و به دلیل حجم زیاد کاری ساعت کاری شیفت‌ها در زمان‌های کم‌تر تعویض شوند.

انجام آزمایش‌ها و مراقبت‌های غیرضروری: به دلایلی که قبلاً توضیح داده شد پزشک‌ها مبادرت به تجویز اموری بی‌دلیل و غیرضروری برای بیماران می‌کنند که باید توسط پرستاران انجام شود و چون پرستاران از ماهیت این تجویزها اطلاع دارند با دیسترس اخلاقی و روحی روبرو می‌شوند و از کار و خودشان احساس شرمساری و ناراحتی می‌کنند. کارباید به گونه‌ای فراهم و چیده شود که پرستار از کار خود و احیای بیمار افتخار کند و نه اینکه از آن احساس شرمساری کند.

مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل کمبود داروها: گاهی اوقات به دلیل کمبود دارو و نبود داروی مناسب لازم است داروی جای گزین برای بیماران اعمال شود و یا تجویزات مراقبتی خاص برای بهبود و کاهش درد آن‌ها اعمال شود که نبود دارو و تجهیزات و درد کشیدن بیمار درصورتی‌که کادر درمان هیچ کاری از دستش ساخته نیست موجب

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

دیسترس اخلاقی و معنوی و روحی می‌شود.
مراقبت و درمان غیراستاندارد به دلیل تجهیزات باکیفیت پایین: گاهی اوقات با جای گزین کردن داروهای و تجهیزات جای گزین برای درمان بیمار اصولی غیراستاندارد وارد عمل می‌شود که گاهی اوقات درصد بهبودی بیمار را کاهش و احتمال بهبود را نامشخص می‌کند و این در حالی است که اگر تجهیزات لازم موجود بود و به‌اندازه کافی در دسترس بود احتمال درمان افزایش می‌یابد. ز این‌رو لازم است از مدیریت بیمارستان و دولت و وزارت بهداشت تا بیمارستان‌های دولتی را تجهیز نمایند و در صورت ایجاد بحران مانند کرونا دستگاه‌های احیا و تنفسی و ... به بیمارستان‌ها تزریق شوند و یا امکاناتی فراهم شود تا به‌صورت موقت این دستگاه‌ها به صورت حداکثری در دسترس کادر درمان قرار گیرد تا کادر درمان با عذاب وجودان به دلیل نبود دارو و تجهیزات روبرو نباشد.
مفهوم عدم رعایت اصول اخلاقی:
عدم همکاری با خانواده بیمار در پیگیری به دلایل اشتباهات درمانی و مراقبتی: به دلیل محدودیت‌های فراوان احتمال افزایش خطا و مشکلات بیشتر برای کادر درمان و بیمار بیشتر خواهد شد که چنانچه این موارد جزئی از کار محسوب می‌شود و بخواهد به این موارد مو به مو رسیدگی شود زمان زیادی از کادر درمان و پرستاران گرفته می‌شود و همین‌طور روحیه آن‌ها خراب‌تر خواهد شد. باید بین خطاهای خواسته و ناخواسته تفاوت گذاشت و حجم کاری آن‌ها را در نظر گرفت و در صورت بروز مشکل و خسارت‌های وارده سازمان از پرستاران حمایت کند و خسارت‌های وارده تا حدودی پوشش دهد.
مشارکت و درمان بدون رضایت آگاهانه: گاهی اوقات نیاز است تا بیمار از پروسه درمان خود به‌صورت دقیق آگاه نباشد از طرفی هم داشتن رضایت به دلیل بروز مشکلات احتمالی ضروری است. البته برای بیمار کلیات توضیحات داده می‌شود اما زیر به ریز توضیح داده نمی‌شود زیرا موجب استرس و ترس خود بیمار می‌شود. لذا این موارد خود موجب دیسترس های روحی و روانی و در نهایت اخلاقی در پرستاران می‌شود زیرا پرستاران ارتباط مستقیم با بیمار دارند و بیمار دائماً از پرستار درباره موارد مختلف سؤال می‌کند که باید بهروش‌های مختلف نسخه پزشک اعمال شود که عدم آگاهی کامل بیمار از روند درمان است زیرا استرس و ترس از روند درمان باعث کاهش ایمنی بدن بیماران کرونایی شده و برخی از موارد هم برای برخی بیماران روی می‌دهد و برخی روی نمی‌دهد و نمی‌توان دقیق هم برای آن‌ها توضیح داد.
نادیده‌گیری موارد سو استفاده از بیمار: در بیماری کرونا درگیر آزمایش و خطا هستیم و داروهای مختلف که در وضعیت‌های مشابه روی بیماران دیگر جواب داده روی برخی از بیماران دیگر با دستور پزشک تست می‌شود که البته با نبود داوری خاص برای رویارویی با این بیماری این موارد طبیعی است و لذا نمی‌توان آن‌ها را سو استفاده دانست ولی درصورتی‌که به صورتی افراطی این تجویزها اعمال شود با بیماران همچون موش آزمایشگاهی برخورد شود این عامل به روحیات پرستاران بخش کرونا سازگاری ندارد و موجب دیسترس در آن‌ها می‌شود که به دور از اخلاقیات است.
اخذ رضایت‌نامه در جهت درمان: باید از بیمار و خانواده وی در جهت درمان بیماری رضایت کسب کرد این رضایت به معنای آزادی بدون محدودیت اعمال انواع تجویزها بر روی بیمار نیست ولی به معنای آزادی عمل در درمان بیماران است و موجب کاهش تنش و استرس کادر درمان در درمان بیمار می‌شود زیرا ترس از خراب کاری نکردن خود موجب خراب‌کاری می‌شود.
عدم بیان حقایق در پاسخ بیمار یا خانواده‌اش: گاهش اوقات ندانستن برخی موارد برای خود بیمار و خانواده‌اش لازم است که باید رعایت شود و این موارد باعث کاهش استرس پرستاران و کاهش درگیری لفظی و مشکلات دیگر برای پرستاران نیز می‌شود.
عدم رعایت حریم خصوصی بیمار: به دلیل کمبود فضای کافی و کادر درمان و پرستار کافی گاهی اوقات مشکلاتی از باب عدم رعایت حریم خصوصی به وجود میاید زیرا افراد در سالن‌های بزرگ به صورت سرتاسری قرار دارند، زیرا تمامی اتاق‌ها پرشده و مجبور به بستری بیماران بعدی درجاها و مکان‌های مختلفی هستیم هرچند این موارد برای پرستاران نیز مسئولیت دارد و همین عامل‌ها فشارهای روی و روانی به پرستاران علاوه بر خستگی به آن‌ها تحمیل می‌کند.
درمان و مراقبت بهتر برای افراد دارای تمکن مالی بیشتر و موقعیت بهتر: تفاوت بین غنی و فقیر اکثراً در همه‌جا قابل مشاهده است هرچند افراد ثروتمند به بیمارستان‌های خصوصی مراجعه می‌کنند زیرا تعداد مراجعه کننده کم‌تر

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

است اما با این وجود بیمارستان‌های دولتی نیز از این امر مستثنی نیستند و با توجه به تمکن مالی برخی بر برخی و یا ارتباطات نزدیک با پرسنل و کادر درمان درخواست‌های خدمات بهتر و بیشتر و یا استقرار در مکان بهتری نسبت به دیگران را دارند که خواه یا ناخواه اتفاق می افتند و پرستاران با دیدن این تبعیض‌ها درگیر استرس منفی و دیسترس اخلاقی می‌شوند که باید این موارد را کاهش داد هرچند که شاید نتوان این موارد را به صفر رساند اما می‌توان در حد توان کاهش داد.

توقف درمان بیمار فاقد توانایی پرداخت هزینه‌های درمان: در بیمارستان‌های دولتی این موارد به‌ندرت پیش میاید و در بیمارستان‌های خصوصی شاهد این موارد هستیم اما برخی تجویزات بی‌مورد از اعم از مراقبت‌ها و داورهای غیرضروری هزینه‌هایی را به بیماران تحمیل می‌کند که موجب افزایش هزینه‌های آن‌ها می‌شود و با توجه به موقعیت فقیر نشن شهر زاهدان همه افراد قدرت پرداخت آن‌ها را حتی با اندازه کم هم ندارند و مشاهده این موارد برای پرستاران بخش کرونایی ناخوشایند و غیرقابل پذیرش و دردآور داست که موجب دیسترس اخلاقی می‌شود و باید این موارد رصد شود و کاهش داده شود.

انجام خواسته‌های خانواده بیمار برای درمان و مراقبت‌های بی‌فایده: گاهی خود بیمار و خانواده بیمار درخواست‌هایی بابت مراقبت‌های خاص و داروهای خاصی از پرستاران دارند که این کشمکش‌های زیاد موجب کاهش نیرو در پرستاران می‌شود و موجب خستگی آن‌ها می‌شود ولذا باید بین تجویزهای پزشک‌ها و درخواست‌های بیماران تعادل برقرار کرد تا پرستاران درمانی دچار دیسترس اخلاقی و خستگی جسمی و روحی نشوند.

درمان و مراقبت از بیمار غیر هم‌جنس: در شهر زاهدان به دلایل مختلف مواردی ازاین‌دست پیش نمی‌آید و برای بیماران مرد پرستار مرد و برای بیماران زن پرستاران زن در نظر گرفته می‌شود که موجب ارتباط بهتر و نزدیک‌تری هم بین بیمار و پرستار می‌شود که در درمان بیمار مؤثر است.

مفهوم تخصیص نامناسب مسئولیت‌ها و صلاحیت‌ها:

کار کردن بارده‌های مختلف پرستاران بدون صلاحیت: کار کردن بارده‌های مختلف پزشکان بدون صلاحیت: کار کردن بارده‌های مختلف با دانشجویان پزشکی بدون صلاحیت: کشمکش‌های حرفه‌ای: انجام اقدامات بدون شایستگی حرفه‌ای: به دلایل مختلف از جمله نبود کادر درمان کافی ازجمله پزشک و پرستار در شیفت‌های مختلف و تعداد بیماران زیاد و پیک‌های کاری زیاد بیمارستان‌ها مجبور به استخدام موقت و یا کمک از پرستاران بیمارستان‌ها و واحدهای دیگر و یا دانشجویان پرستاری می‌کنند که چون تجربه و توانایی کافی برای برخی امور ندارند خطاهای بالاتری دارند و موجب خستگی جسمی و روحی پرستاران دیگر در برخی موارد می‌شوند. و یا نسخه‌های تجویز می‌شوند که از دکتری با دکتر دیگر همخوانی ندارد و کشمکش‌هایی بین کادر درمان پیش میاید که پرستار متحمل این فشارهای کاری می‌شود.

تجویز شفاهی: تصمیم‌گیری لحظه‌ای بدون ملاحظات: به دلیل کمبود زمان و سرعت در برخی امور پزشک به صورت شفاهی برخی امور را تجویز می‌کند که موجب مشکلات بعدی و سلبی مسئولیت در صورتی که بروز مشکل می‌شود که تمامی موارد و دستوران پزشک به پرستاران باید به صورت مکتوب و درج شده باشد تا در صورت مشکلات بعدی مراتب قابل‌پیگیری باشد و بار حقوقی و مدنی را شامل پرستاران نکند.

پیشنهاد داده می‌شود موارد بالا برای کاهش دیسترس اخلاقی بر روی پرستاران در دستور کار قرار گیرد و توسط مدیران بیمارستان به کار گرفته شود.

برای تحقیقات آتی موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. برای کسب اعتبار بیشتر، نتایج تحقیق به‌صورت کمی نیز تحلیل و بررسی شود.

۲. در مورد سایر تجربیات زیسته و نزدیک به این مفهوم پژوهش انجام شوند.

۳. موضوع تحقیق در سایر جوامع آماری بررسی شود.

از جمله محدودیت‌های تحقیق می‌توان به موارد زیر اشاره کر د.

۱. فقدان مطالعات مشابه در زمینهٔ دیسترس اخلاقی به صورت پژوهش کیفی.

۲. سختی در دستیابی به شرکت‌کنندگانی که قادر به تشریح دقیق احساسات و افکار خود باشند.

۳. ضعف واژه‌های فارسی در بیان برخی احساسات و تجربیات

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

Refrences

1. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lützén K. Caring about-caring for: moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. J Nurs Ethics 2004; 11(1): 63-76.
2. Nathaniel AK. Moral reckoning in nursing. West J Nurs Res 2006; 28(4): 439-48.
3. Tourangeau AE, Cummings G, Cranley LA, Ferron EM, Harvey S. Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. J Adv Nurs 2010; 66(1): 22-32.
4. Redman BK, Hill MN. Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. West J Nurs Res 1997; 19(2): 243-60.
5. Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics 2005; 12(4): p. 381-90.
6. Elpern EH, Covert B, Kleinpell, R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14 (6): 523-30.
7. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nurs Ethics 2002; 9(6): 636-50.
8. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses› distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5(2): 58-69.
9. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measuremoral distress in healthcare professionals. AJOB Prim Res 2012; 3(2): 1-9.
10. Houston S, Casanova MA, Leveille M, Schmidt KL, Barnes SA, Trungale KR, et al. The intensity and frequency of moral distress among different healthcare disciplines. J Clin Ethics 2013; 24(2): 98-112.
11. Elpern E, Covert B, Klienpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. Am J Crit Care 2005; 14(6): 523-30.
12. Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F.Iranian intensive care unit nurses› moral distress: a content analysis. Nurs Ethics 2012; 19(4): 464-78.
13. Huffman DM, Rittenmeyer L. How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. Crit Care Nurs Clin North Am 2012; 24(1): 91-100.
14. Thompson LE, Melia KM, Boyd KM. Nursing Ethics. 4th ed. Edinburg: Churchill Livingstone; 2000. P:28.
15. Rodney P, Varcoe C, Storch JL, Mcpherson G, Mahoney K, Brown H, et al. Navigating Towards a Moral Horizone: A Multisite Qualitative Study of Ethical Practice in Nursing. Can J Nurs Res 2009; 41(1):292.
16. Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nurs Ethics 2005; 12(4): 381-90.
17. Lazzarin M, Biondi A, Di Mauro S. Moral distress in nurses in oncology and haematology units. Nurs Ethics 2012; 19(2): 183-95.
18. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi. Nurses' distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5(2): 58-69.
19. Happell B, Pinikahana J, Martin T. Stress and burnout in forensic psychiatric nursing. Stress Health 2003; 19: 63-8.
20. Cummings C. The effect of moral distress and professional stress on nursing retention in the acute care setting [dissertation]. North Florida (USA). University of North Florida; 2009.
21. Healy CM, McKay MF. Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in a sample of Australian nurses. J Adv Nurs 2000; 31(3): 681-8.
22. Angermeyer MC, Bull N, Bernert S, Dietrich S, Kopf A. Burnout of caregivers: a comparison between partners of psychiatric patients and nurses. Arch Psychiat Nurs 2006; 20(4): 158-65
23. Uddin M, Islam M, Ullah M. A study on the quality of nurses of government hospitals in Bangladesh. Proc Pakistan Acad Science. 2006;43(2):121-29.
24. Sanjar M, Shirazi F, Heidarii S, Mirzabeigi G, Salemi S. Assessing nurses' attitudes toward clinical environment. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012;1(2):9-19
25. Nikpeyma N, Abed-Saeedi J, Azargashb E, Alavi Majd H. A review of nurses› performance appraisal in Iran. Journal of Health Promotion Management. 2014;3(1):74-83.
26. Mirzazadeh G NK, Fallahi M, Vaziri MH, Kiany T. Evaluating the effect of stressful incident debriefing on moral distress of. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2015;2(5).
27. Atashzade Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]

F. Responses of ICU nurses to moral distress: a qualitative study. Journal of Critical Care Nursing. 2012;4(4):159-68.

28. Dalmolin GdL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RSd. Implications of moral distress on nurses and its similarities with burnout. Texto & Contexto-Enfermagem. 2012; 21 (1):200-8.
29. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurse's distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. Medical Ethics and History of Medicine. 2012; 5 (2):58-69
30. Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing Ethics.2002;9(6):636-50.
31. Adib, Yusuf; And the men of Arbat, Fatemeh (2014). The Phenomenology of Entrepreneurs› Experiences and Perceptions of the Entrepreneurship Phenomenon: A Qualitative Study. Journal of Entrepreneurship Development, 465-447: (3) 7.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-10-30]