

Volume 13, Issue 4, Winter 2025

The Relationship Between Perception of Futile Care and Moral Distress Among Intensive Care Unit Nurses

Maedeh Sadeghigolafshani¹, Hamid Hojjati^{2*}, Alireza Salar³, Iman Moghaddasifar⁴,
Fatemeh Heydari⁵

1- Nasibeh School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2- Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

3- Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

4- PhD Student of Nursing, Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Science, Sari, Iran.

5- Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

*Corresponding Author: Hamid Hojjati, Faculty of Nursing and Midwifery, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Email: drhhojjati@goums.ac.ir.

Received: 2 Jan 2026

Accepted: 12 March 2026

Abstract

Introduction: Intensive Care Units (ICUs) are among the most critical hospital settings due to the severe conditions of patients and the complexity of clinical decision-making. Nurses working in these units frequently encounter ethical challenges, including futile care interventions that neither improve patient outcomes nor enhance quality of life. Such situations may lead to moral distress, a condition in which individuals recognize the ethically appropriate action but are unable to act upon it. Persistent exposure to these conditions can result in stress and burnout. This study aimed to examine the relationship between the perception of futile care and moral distress among ICU nurses.

Methods: This descriptive–correlational study was conducted in 2025 on 97 nurses working in the ICU of Razi Hospital in, Iran. Participants were selected based on inclusion criteria including holding a nursing degree and having at least six months of ICU work experience. Data collection tools included a demographic questionnaire, a futile care questionnaire (17 items), and a moral distress questionnaire (18 items). Data were collected through self-report and analyzed using non-parametric tests including Mann–Whitney, Kruskal–Wallis, and Spearman correlation coefficient in SPSS software. The significance level was set at 0.05.

Results: The mean score of perceived futile care was 45.5 ± 14.57 , and the mean score of moral distress was 44.75 ± 7.85 , both above the moderate level. A significant positive correlation was found between the perception of futile care and moral distress ($r=0.39$, $P<0.01$).

Perception of futile care showed a significant relationship with age ($P=0.006$) and marital status ($P=0.01$), with higher scores observed among nurses over 40 years of age and single individuals. However, no significant association was found with gender or work experience. Similarly, moral distress was significantly associated with age and marital status, being higher among older and single nurses, while no significant relationship was observed with gender or work experience.

Conclusion: The findings indicate that ICU nurses experience high levels of both perceived futile care and moral distress. The positive relationship between these variables suggests that increased awareness of futile care is associated with greater ethical pressure. These results highlight the importance of addressing ethical dimensions of care and providing support for nurses. Strengthening ethics education, improving organizational support, and facilitating nurses' participation in clinical decision-making may help reduce moral distress and improve the quality of care.

Keywords: Futile care, Moral distress, ICU nurses, Intensive Care Unit.

Extended Abstract

Introduction

Intensive Care Units (ICUs), as one of the most sensitive and complex hospital settings, play a vital role in caring for critically ill patients who are at risk of death. Characteristics such as the severity of patients' conditions, the use of advanced technologies, rapid decision-making, and frequent exposure to end-of-life situations make these units ethically challenging environments. Under such circumstances, nurses, as the primary providers of care, face ethical conflicts more than other members of the healthcare team. One of the most significant of these challenges is the provision of "futile care"; interventions that not only fail to improve the patient's condition but may also prolong suffering, increase dependence on medical technologies, and impose emotional and ethical burdens on healthcare providers. Repeated exposure to such situations can lead to "moral distress" in nurses a condition in which individuals recognize the ethically appropriate action but are unable to perform it due to organizational constraints or clinical decisions. Moral distress can result in negative consequences such as burnout, decreased job satisfaction, and intention to leave the profession. Given the importance of this issue and the limited number of studies examining the relationship between the perception of futile care and moral distress among ICU nurses in Iran, this study aimed to determine the relationship between these two variables in ICU nurses.

Methods

This descriptive–correlational study was conducted in 2025 among nurses working in the ICUs of Razi Hospital in Qaemshahr, affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. The study sample consisted of 97 nurses selected through convenience sampling. Inclusion criteria included holding a bachelor's or master's degree in nursing and having at least six months of ICU work experience. Data collection tools included three parts: a demographic questionnaire (age, gender, marital status, and work experience), the Futile Care Scale, and the Moral Distress Scale (MDS). The Futile Care Scale consisted of 17 items scored on a five-point Likert scale (0–5), with a total score range of 0 to 85, categorized into low, moderate, and high levels. The Moral Distress Scale included 18 items scored on a five-point Likert scale (0–4), with a total score range of 0 to

72. The face and content validity of the instruments were confirmed by 10 faculty members, and their reliability had been established in previous studies with acceptable coefficients. Data were collected through self-report using both paper-based and online questionnaires. After entering the data into SPSS version 21, and given the non-normal distribution of the data (based on the Shapiro–Wilk test), non-parametric statistical tests including Mann–Whitney, Kruskal–Wallis, and Spearman correlation coefficient were used for analysis. The significance level was set at 0.05.

Results

The mean score of perceived futile care was 45.5 ± 14.57 , and the mean score of moral distress was 44.75 ± 7.85 , both of which were above the average level. The results of Spearman's correlation coefficient indicated a significant positive relationship between the perception of futile care and moral distress ($r = 0.39$, $P < 0.01$), meaning that higher perception of futile care was associated with higher levels of moral distress among nurses. Additionally, analysis of demographic variables showed that age had a significant relationship with both variables, such that nurses over 40 years old had higher levels of perceived futile care and moral distress. Marital status was also significantly associated with both variables, with single nurses reporting higher scores compared to married nurses. In contrast, gender and work experience showed no significant relationship with either perceived futile care or moral distress.

Conclusions

The findings of this study indicate that ICU nurses, due to frequent exposure to complex clinical situations and end-of-life decision-making, have a high level of perception of futile care, which is directly associated with increased moral distress. These findings are consistent with previous studies and highlight futile care as one of the major contributors to moral distress in critical care settings. Increased age and experience may enhance ethical sensitivity and awareness, but may also intensify moral distress. The higher level of moral distress observed among single nurses may be related to differences in social support systems or coping strategies. Given the negative consequences of moral distress on nurses' mental health and the quality of patient care, it is essential to design and implement effective interventions. Such interventions

may include ethics education, strengthening supportive work environments, improving communication within the healthcare team, and revising organizational policies related to end-of-life care. Ultimately, addressing this issue can reduce psychological burden, improve job satisfaction, and enhance the quality of care provided in ICUs.

Keywords

Futile care, Moral distress, ICU nurse, Intensive care unit.

Conflicts of interest

There is no conflict of interest.

دوره ۱۳، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۳

ارتباط بین درک مراقبت بیهوده و پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه

مأنده صادقی گل افشانی^۱، حمید حجتی^{۲*}، علیرضا سالار^۳، ایمان مقدسی فر^۴، فاطمه حیدری^۵

۱- بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۲- دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۳- مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

۴- دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

۵- مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران.

* نویسنده مسئول: حمیدحجتی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.
ایمیل: drhhojati@goums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۵

چکیده

مقدمه: بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU) به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و پیچیده‌ترین واحدهای بیمارستانی، نقش حیاتی در مراقبت از بیماران بدحال و در معرض خطر مرگ ایفا می‌کنند. ویژگی‌هایی مانند شدت بیماری بیماران، استفاده از فناوری‌های پیشرفته، تصمیم‌گیری‌های سریع و مواجهه مکرر با موقعیت‌های پایان زندگی، این بخش‌ها را به محیطی چالش‌برانگیز از نظر اخلاقی تبدیل کرده است. در چنین شرایطی، پرستاران به‌عنوان اصلی‌ترین ارائه‌دهندگان مراقبت، بیش از سایر اعضای تیم درمان با تعارضات اخلاقی روبه‌رو می‌شوند. یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها، ارائه «مراقبت‌های بیهوده» است؛ مراقبت‌هایی که نه تنها منجر به بهبود وضعیت بیمار نمی‌شوند، بلکه ممکن است موجب طولانی شدن رنج، افزایش وابستگی به تجهیزات پزشکی و تحمیل بار عاطفی و اخلاقی بر کادر درمان شوند. مواجهه مکرر با چنین شرایطی می‌تواند منجر به بروز «پریشانی اخلاقی» در پرستاران شود؛ وضعیتی که در آن فرد از اقدام اخلاقی صحیح آگاه است، اما به دلایل مختلف از جمله محدودیت‌های سازمانی یا تصمیمات بالینی قادر به انجام آن نیست. پریشانی اخلاقی می‌تواند پیامدهای منفی متعددی از جمله فرسودگی شغلی، کاهش رضایت شغلی و تمایل به ترک حرفه را به همراه داشته باشد. با توجه به اهمیت این موضوع و محدود بودن مطالعات در زمینه ارتباط بین درک مراقبت‌های بیهوده و پریشانی اخلاقی در پرستاران ICU در ایران، این مطالعه با هدف تعیین رابطه بین این دو متغیر در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بوده و در سال ۱۴۰۴ بر روی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان رازی قائمشهر، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۹۷ پرستار بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری و حداقل ۶ ماه سابقه کار در ICU بود. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل سه بخش بود: پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل و سابقه کاری)، پرسشنامه مراقبت‌های بیهوده (Futile Care Scale) و پرسشنامه پریشانی اخلاقی (Moral Distress Scale). پرسشنامه مراقبت‌های بیهوده شامل ۱۷ گویه بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰ تا ۵) و با دامنه نمره ۰ تا ۸۵ بود که سطوح کم، متوسط و زیاد را مشخص می‌کرد. پرسشنامه پریشانی اخلاقی نیز شامل ۱۸ گویه با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰ تا ۴) و دامنه نمره ۰ تا ۷۲ بود. روایی صوری و محتوایی ابزارها توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی تأیید شد و پایایی آن‌ها نیز در مطالعات پیشین با ضرایب قابل قبول گزارش شده بود. داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی و از طریق پرسشنامه‌های کاغذی و آنلاین جمع‌آوری شدند. پس از ورود داده‌ها به نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، با توجه به نرمال نبودن توزیع داده‌ها (بر اساس آزمون شاپیرو-ویلک)، از آزمون‌های آماری ناپارامتریک شامل من ویتنی، کروسکال و الیس و ضریب همبستگی اسپیرمن برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره درک از مراقبت‌های بیهوده $14/57 \pm 4/5$ و میانگین نمره پریشانی اخلاقی $7/75 \pm 4/85$ به دست آمد که هر دو بالاتر از حد متوسط ارزیابی شدند. نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین درک از مراقبت‌های بیهوده و پریشانی اخلاقی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد ($t=0.39, P<.01$)؛ به این معنا که با افزایش درک پرستاران از مراقبت‌های بیهوده، میزان پریشانی اخلاقی آنان نیز افزایش می‌یابد. همچنین تحلیل متغیرهای جمعیت‌شناختی نشان داد که سن با هر دو متغیر ارتباط معنی‌دار دارد، به طوری که پرستاران بالای ۴۰ سال درک بیشتری از مراقبت‌های بیهوده و سطح بالاتری از پریشانی اخلاقی داشتند. وضعیت تأهل نیز با هر دو متغیر مرتبط بود و پرستاران مجرد نسبت به متأهلان نمرات بالاتری در هر دو متغیر کسب کردند. در مقابل، جنسیت و سابقه کاری ارتباط معنی‌داری با درک مراقبت‌های بیهوده و پریشانی اخلاقی نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که پرستاران ICU به دلیل مواجهه مکرر با موقعیت‌های پیچیده بالینی و تصمیم‌گیری‌های مرتبط با پایان زندگی، درک بالایی از مراقبت‌های بیهوده دارند و این امر به‌طور مستقیم با افزایش پریشانی اخلاقی آنان مرتبط است. این یافته‌ها با نتایج مطالعات پیشین همسو بوده و نشان می‌دهد که مراقبت‌های بیهوده یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد پریشانی اخلاقی در محیط‌های مراقبت ویژه است. افزایش سن و تجربه می‌تواند به افزایش حساسیت اخلاقی و درک بهتر این موقعیت‌ها منجر شود، اما در عین حال ممکن است شدت پریشانی اخلاقی را نیز افزایش دهد. همچنین بالاتر بودن پریشانی اخلاقی در افراد مجرد ممکن است به دلیل تفاوت در منابع حمایت اجتماعی یا شیوه‌های مقابله با استرس باشد. با توجه به پیامدهای منفی پریشانی اخلاقی بر سلامت روانی پرستاران و کیفیت مراقبت از بیماران، لازم است مداخلات مؤثری در این زمینه طراحی و اجرا شود. این مداخلات می‌تواند شامل آموزش مهارت‌های تصمیم‌گیری اخلاقی، ایجاد فضای حمایتی در محیط کار، تقویت ارتباطات بین تیم درمان و بهبود سیاست‌های سازمانی در زمینه مراقبت‌های پایان زندگی باشد. در نهایت، توجه به این موضوع می‌تواند به کاهش بار روانی پرستاران، افزایش رضایت شغلی و ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده در بخش‌های مراقبت ویژه منجر شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت بیهوده، پریشانی اخلاقی، پرستار ICU، بخش مراقبت ویژه،

مقدمه

بخش‌های مراقبت‌های ویژه ICU بیمارستان‌ها، به دلیل شرایط خاص و نیازهای ویژه بیماران، به‌عنوان بخش‌هایی با حساسیت بالا شناخته می‌شوند (۱). اغلب بیمارانی که زندگی آنها در معرض تهدید است. در این بخش بستری می‌شوند (۲) لذا این بخش مراقبتی به عنوان یک واحد تخصصی برای ارائه مراقبت از بیماران بدحال طراحی شده است (۳). هر ساله حدود ۵.۷ میلیون نفر در ایالات متحده به بخش مراقبت‌های ویژه بستری می‌شوند (۴).

بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) به دلیل پیچیدگی‌های بالینی، بار کاری بالا و مواجهه مکرر با تصمیمات دشوار در انتهای زندگی بیماران، پرستاران را در معرض تجربیات اخلاقی چالش‌برانگیزی قرار می‌دهد (۵). مراقبت بیهوده یکی از چالش‌های اخلاقی است. این نوع مراقبت شامل مداخلاتی است که نه به بهبود کیفیت زندگی بیمار کمک می‌کنند. نه بیمار را از وابستگی به مراقبت‌های پیچیده پزشکی رها می‌سازد (۶).

در آمریکا حداقل یک نفر از ۵ نفر بیمار بستری در بخش مراقبت ویژه فوت می‌نماید. بش از ۵۰٪ از این بیماران مراقبت بیهوده دریافت می‌نمایند (۷). مراقبت بیهوده می‌تواند موجب افزایش پریشانی اخلاقی در پرستاران شوند؛ وضعیتی که در آن فرد می‌داند اقدام اخلاقی صحیح چیست، اما محدودیت‌های سازمانی یا تصمیمات بالینی مانع انجام آن می‌گردد (۸، ۹). برخی مطالعات نشان می‌دهد افزایش درک پرستاران از مراقبت بیهوده موجب کاهش حساسیت‌های اخلاقی در پرستاران می‌گردد (۱۰). این یافته‌ها نشان می‌دهند که پرستاران ICU در مواجهه با مراقبت‌هایی که آن را بی‌ثمر یا غیرقابل توجیه می‌دانند، هم از لحاظ حساسیت اخلاقی و هم از نظر تجربه روانی تحت فشار قرار می‌گیرند. این فشار می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش استرس، کاهش رضایت شغلی، فرسودگی شغلی و حتی تمایل به ترک شغل را به همراه داشته باشد (۱۱). بانوجه به ماهیت کاری پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در این بخش‌ها بیشتر می‌باشد (۱۲). همچنین تغییر در نقش‌های پرستاری و استفاده از تئوری‌های پرستاری در بالین نقش مهمی در مدیریت مسائل بالینی و اخلاقی دارد (۱۳).

(۱۴) با توجه به اینکه در ایران ارائه مراقبت‌های بیهوده، پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه را با چالش‌های پیچیده‌ای مواجه کرده است، با این حال علی‌رغم شیوع و پیچیدگی مسائل مرتبط با مراقبت بیهوده در میان پرستاران مراقبت ویژه، این مفهوم تاکنون در جامعه ایرانی تا حد زیادی ناشناخته باقی مانده است. همچنین پژوهش‌های اندکی در این زمینه در ایران انجام شده است. این مطالعه با هدف ارتباط درک از مراقبت بیهوده با پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شد.

روش کار

این مطالعه توصیفی-همبستگی در سال ۱۴۰۴ بر روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) بیمارستان رازی قائمشهر، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران، انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل کلیه پرستارانی بود که دارای مدرک کارشناسی یا کارشناسی ارشد پرستاری بوده و در سال گذشته حداقل ۶ ماه سابقه فعالیت در بخش مراقبت‌های ویژه داشتند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران برای جوامع محدود محاسبه گردید. با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد، خطای مجاز ۰/۰۵ و نسبت صفت مورد بررسی ۰/۰۵، حجم نمونه اولیه برآورد شد و پس از اعمال اصلاح جامعه محدود، تعداد ۹۷ نفر به‌عنوان حجم نمونه نهایی تعیین شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه مراقبت‌های بیهوده بود که توسط محمدی و همکاران (۱۳۹۱) در ایران طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال بوده و بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای از «هرگز» (۰) تا «همیشه» (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۰ تا ۸۵ متغیر است که بر این اساس، میزان مراقبت‌های بیهوده به سه سطح کم (۰-۲۸)، متوسط (۲۹-۵۶) و زیاد (۵۷-۸۵) طبقه‌بندی می‌شود. نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتری از مراقبت‌های بیهوده می‌باشد. (۱۰). پایایی این پرسشنامه توسط اتاقی و همکاران (۱۳۹۸) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و در مطالعه حجتی و همکاران (۲۰۲۵) با ضریب همبستگی ۰/۸۲ تأیید شد (۵، ۱۰). ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه

یافته ها

میانگین سن واحدهای پژوهش ۷/۹۶ + ۳۲/۹۲ سال بودند. ۷۳/۴٪ (۶۹ نفر) زن، ۲۶/۶٪ (۲۵ نفر) مرد و از نظر تاهل ۵۷/۷٪ (۷۱ نفر) متاهل و ۲۴/۳٪ (۲۳ نفر) مجرد بودند. از نظر سابقه کار بیشترین ۴۸/۸٪ (۴۴ نفر) زیر ۵ سال، ۴۱/۵٪ (۳۹ نفر) بین ۵ تا ۱۰ سال سابقه و ۱۱/۵٪ (۱۱ نفر) بالای ۱۰ سال سابقه کار داشتند.

میانگین نمره درک از مراقبت بیهوده ۱۴/۵۷ + ۴۵/۵ بالاتر از میانگین و میانگین نمره پریشانی اخلاقی ۷/۸۵ + ۴۴/۷۵ نیز بالاتر از میانگین به دست آمد. ضریب همبستگی اسپیرمن ارتباط معنی داری را بین دو متغییر نشان داد ($P < 0/01$)، $t = 0/39$) با افزایش درک از مراقبت بیهوده میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه بیشتر می شد.

در ارتباط با درک از مراقبت بیهوده با مشخصات جمعیت شناختی از مون کروسکال والیس با سن ($P = 0/006$) اختلاف معنی داری نشان داد. میزان درک از مراقبت بیهوده در افراد بالای ۴۰ سال بیشتر بود. ولی آزمون کروسکال والیس با سابقه کار ($P = 0/14$) اختلاف معنی داری نشان نداد. آزمون یو من ویتنی با جنس ($P = 0/75$) اختلاف معنی داری نشان نداد. ولی آزمون یو من ویتنی با تاهل اختلاف معنی داری نشان داد ($P = 0/01$) میزان درک از مراقبت بیهوده در افراد مجرد بیشتر بود.

آزمون یو من ویتنی بین پریشانی اخلاقی با جنس ($P = 0/13$) اختلاف معنی داری نشان نداد. ولی آزمون یو من ویتنی با تاهل ($P = 0/01$) اختلاف معنی داری نشان داد. میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران مجرد بیشتر بود. آزمون کروسکال والیس بین پریشانی اخلاقی با سابقه کار ($P = 0/07$) اختلاف معنی داری نشان نداد. آزمون کروسکال والیس بین پریشانی اخلاقی با سن اختلاف معنی داری نشان داد ($P = 0/01$) پریشانی اخلاقی در پرستاران بالای ۴۰ سال بیشتر بود.

مشخصات جمعیت شناختی پرستاران (سن، جنس، وضعیت تأهل و سابقه کاری) بود. همچنین پرسشنامه اولیه پریشانی اخلاقی توسط کورلی و همکاران (۲۰۰۱) در قالب ۳۸ گویه طراحی و تدوین شده است (۱۵). سپس نسخه بازنگری شده پرسشنامه پریشانی اخلاقی توسط همریک و همکاران (۲۰۱۲) برای پرستاران طراحی و مورد بررسی قرار گرفت که شامل ۲۱ گویه بود. این ابزار در ایران به زبان فارسی ترجمه و فرآیند اعتباریابی آن انجام شد که در نهایت ۳ گویه حذف و پرسشنامه به ۱۸ گویه کاهش یافت (۱۶) نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج گزینه ای انجام می شود که شامل گزینه های هیچ (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) است. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۰ تا ۷۲ متغیر بوده و نمره بالاتر نشان دهنده سطح بالاتری از آ اخلاقی در پرستاران می باشد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه حیدرشرف و همکاران (۱۳۹۸) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ تأیید شده است (۱۶).

همچنین روایی صوری و محتوایی هر دو پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی گلستان و زاهدان در این پژوهش تأیید شد. در اجرای این پژوهش، داده ها به روش خود گزارش دهی و با استفاده از پرسشنامه های کاغذی و اینترنتی جمع آوری گردید. در طول فرآیند جمع آوری داده ها، در خصوص بی خطر بودن پژوهش و حفظ گمنامی، به تمامی واحدهای پژوهش اطمینان داده شد. پس از جمع آوری، داده ها وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ شدند. با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مشخص شد که داده ها از توزیع نرمال پیروی نمی کنند؛ بنابراین تحلیل داده ها با بهره گیری از آمار توصیفی (جدول، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی غیرپارامتریک شامل آزمون های مان ویتنی، کروسکال-والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن انجام شد. سطح معنی داری در تمامی آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱: ارتباط درک مراقبت از بیهوده با مشخصات جمعیت شناختی در واحدهای پژوهش

P_Value	مراقبت بیهوده		جمعیت شناختی
	میانگین انحراف معیار		
P=۰/۰۰۶	۴۲/۱۸ + ۱۰/۹۲	۴۸	زیر ۳۰ سال
	۴۴/۵۲ + ۱۲/۳	۲۴	۳۰-۴۰ سال
	۵۳/۸۱ + ۲۰/۲۱	۲۲	بالا ۴۰
P=۰/۱۴	۴۴/۴۵ + ۱۰/۶۲	۴۴	زیر ۵ سال
	۴۷/۵۳ + ۱۵/۴۵	۳۹	۵-۱۰ سال
	۵۰/۳۶ + ۲۱/۰۲	۱۱	بالا ۱۰
P=۰/۷۵	۴۵/۲۱ + ۱۴/۱۵	۶۹	زن
	۴۶/۲۸ + ۱۵/۸۳	۲۵	مرد
P=۰/۰۱	۴۲/۵۹ + ۱۱/۳۵	۷۱	متاهل
	۵۴/۴۷ + ۱۹/۲۷	۲۳	مجرد

جدول ۲: ارتباط پریشانی اخلاقی با مشخصات جمعیت شناختی در واحدهای پژوهش

P_Value	پریشانی اخلاقی		جمعیت شناختی
	میانگین انحراف معیار		
P = ۰/۰۱	۴۲/۷۵ + ۷/۷۸	۴۸	زیر ۳۰ سال
	۴۳/۷۱ + ۸/۲۹	۲۴	۳۰-۴۰ سال
	۵۰/۳۸ + ۶/۲۸	۲۲	بالا ۴۰
P = ۰/۰۷	۴۲/۹۷ + ۷/۳۸	۴۴	زیر ۵ سال
	۴۵/۷۶ + ۸/۵۵	۳۹	۵-۱۰ سال
	۴۸/۲۵ + ۵/۱۱	۱۱	بالا ۱۰
P = ۰/۱۳	۴۵/۴۹ + ۷/۴۲	۶۹	زن
	۴۲/۷۲ + ۸/۳۱	۲۵	مرد
P = ۰/۰۱	۴۳/۱۹ + ۷/۴۷	۷۱	متاهل
	۴۹/۵۶ + ۷/۱۵	۲۳	مجرد

بحث

مراقبت‌های بیهوده، می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران ICU، به دلیل مراقبت از بیماران در مراحل پایانی زندگی، همواره با چالش‌های متنوع و پیچیده‌تری در ارائه مراقبت مواجه هستند و از این رو درک عمیق‌تری از این نوع مراقبت‌ها دارند (۷).

نتایج این پژوهش میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش ویژه بالا نشان داد. مطالعه صالح زاده و همکاران (۱۴۰۳) نیز میزان تضادهای اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه متوسط نشان داد (۱۷). شمسه‌لی نیا و همکاران (۱۴۰۰) نیز میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران بالا نشان داد (۱۸). آسایش و همکاران (۲۰۱۸) نیز میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش ICU بالا نشان داد (۱۹). دلیل

یافته‌های این پژوهش میزان درک از مراقبت بیهوده و پریشانی اخلاقی بالاتر از میانگین نشان داد. با توجه به نتایج این پژوهش رستمی و همکاران (۱۳۹۶) در مطالعه خود نشان دادند ۶۵/۷٪ پرستاران درک متوسطی از ارائه مراقبت‌های بیهوده دارند (۷). حجتی و همکاران (۲۰۲۵) میزان درک از مراقبت بیهوده پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان بالاتر از میانگین نشان دادند (۵) اتاقی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه خود میزان درک از مراقبت‌های بیهوده در پرستاران بخش مراقبت ویژه بالا نشان دادند (۱۰).

با توجه به نتایج این مطالعه و مطالعات مشابه، و با در نظر گرفتن بالا بودن درک پرستاران مراقبت‌های ویژه از

آموزشی برای کاهش پریشانی اخلاقی در نظر گرفته شوند (۲۱).

در این مطالعه نشان داده شد که بین مراقبت‌های بیهوده با جنس و سابقه کاری پرستاران اختلاف معنی‌داری وجود ندارد، اما با افزایش سن و در افراد مجرد، میزان درک از مراقبت‌های بیهوده بالاتر است.

حجتی و همکاران (۲۰۲۵) در مطالعه خود بین درک از مراقبت بیهوده پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان با مشخصات جمعیت شناختی اختلاف معنی‌داری نشان نداد (۵). عوامل فردی مانند سن، تجربه کاری و الگوهای زندگی می‌توانند در بروز و درک موقعیت‌های اخلاقی مؤثر باشند، هرچند نتایج در مورد وضعیت تأهل در پژوهش‌های مختلف متفاوت گزارش شده‌اند (۲۴).

بیگجانی و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود نشان دادند تجربه و سن پرستاران، حساسیت و درک آن‌ها نسبت به مراقبت‌های بیهوده و موقعیت‌های اخلاقی را افزایش می‌دهد. با افزایش تجربه کاری، پرستاران با شرایط پیچیده بالینی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آشنا می‌شوند و توانایی بیشتری در تشخیص مراقبت‌های بیهوده پیدا می‌کنند. مطالعات مختلف نیز تأیید کرده‌اند که تجربه حرفه‌ای با ارتقای درک مسائل اخلاقی مرتبط است (۲۱).

نتایج پژوهش نشان داد که بین پریشانی اخلاقی و مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران بخش مراقبت ویژه، پرستارانی با سن بالای ۴۰ سال و افراد مجرد دارای پریشانی اخلاقی بالاتری بودند. با این حال، بین سطح پریشانی اخلاقی و وضعیت تأهل یا سابقه کاری اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد.

در ادبیات علمی اخیر شواهدی وجود دارد که افزایش سن با افزایش حساسیت اخلاقی در پرستاران ارتباط دارد. به‌عنوان مثال، در یک مطالعه بر روی پرستاران بخش‌های پزشکی در ایران مشاهده شد که حساسیت اخلاقی در پرستاران بالای ۴۰ سال به‌طور معنی‌داری بیشتر از پرستاران جوان‌تر بود (۱۱،۲۵) که نشان می‌دهد با افزایش سن، آگاهی و حساسیت به مسائل اخلاقی پرستاری افزایش می‌یابد.

همچنین در پژوهشی دیگر بر روی پرستاران مراقبت‌های ویژه گزارش شد که افزایش سن و تجربه کاری با نگرش مثبت‌تر و حساسیت بیشتر نسبت به مسائل

بالا بودن پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه موقعیت‌های و شرایط بالینی و چالش برانگیز پرستاران در این بخش‌ها می‌باشد (۵،۲۰). در این بین می‌توان گفت درک بالای پرستاران از تنش و تضادهای اخلاقی نقش موثری در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پرستاری دارد (۱۷). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد ارتباط معنی‌داری بین درک مراقبت بیهوده و پریشانی اخلاقی وجود دارد؛ به گونه‌ای که با افزایش درک از مراقبت بیهوده، میزان پریشانی اخلاقی پرستاران افزایش می‌یابد.

این یافته با نتایج مطالعات قبلی همسو است که نشان می‌دهند ادراک مراقبت‌های بیهوده یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه است (۵،۱۰، ۱۹).

مطالعه‌ای که در واحدهای مراقبت نوزادان انجام شد، نشان داد بین ادراک مراقبت بیهوده و پریشانی اخلاقی رابطه مستقیم و معنی‌دار وجود دارد؛ یعنی هر چه ادراک از مراقبت‌های بیهوده بیشتر باشد، پریشانی اخلاقی نیز بیشتر گزارش شد. این یافته بر اهمیت درک مراقبت بیهوده به‌عنوان یک عامل ایجادکننده پریشانی اخلاقی تأکید می‌کند (۲۱).

در یک مرور نظام‌مند درباره پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، مراقبت بیهوده و مسائل مرتبط با پایان‌زندگی به‌عنوان یکی از عوامل اصلی بروز پریشانی اخلاقی شناسایی شدند. این بررسی نشان داد که در ICU ها، موقعیت‌های مراقبت بیهوده و پایان‌زندگی همچنان از مهم‌ترین محرک‌های پریشانی اخلاقی هستند (۲۲).

شواهد بین‌المللی نیز نشان می‌دهند که در شرایط مراقبت‌های ویژه، مراقبت‌های بیهوده یکی از عوامل مهم در تجربه پریشانی اخلاقی است و این مسئله می‌تواند به احساس گناه، درد روانی و کاهش رضایت شغلی در پرستاران منجر شود (۱۱،۲۳).

در مجموع مطالعات نشان می‌دهند که ادراک مراقبت بیهوده یکی از عوامل مؤثر در ایجاد پریشانی اخلاقی در ICU است و توجه به آن می‌تواند درک بیشتری از بار روانی و اخلاقی کار پرستاران در این بخش فراهم نماید. افزون بر این، شواهد نظام‌مند تأکید دارند که مراقبت‌های بیهوده و دیگر چالش‌های مرتبط با تصمیم‌گیری بالینی از جمله عوامل کلیدی‌ای هستند که باید در راهبردهای حمایتی و

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درک پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه از مراقبت‌های بیهوده و میزان پریشانی اخلاقی آنان بالاتر از میانگین بود و بین این دو متغیر رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ به طوری که با افزایش درک از مراقبت‌های بیهوده، پریشانی اخلاقی نیز افزایش می‌یابد. همچنین افزایش سن و وضعیت مجرد با درک بالاتر از مراقبت‌های بیهوده و میزان بالاتر پریشانی اخلاقی مرتبط بود، در حالی که جنس و سابقه کاری تأثیر معنی‌داری نداشتند. این نتایج تأکید می‌کند که تجربه و مواجهه مکرر پرستاران ICU با موقعیت‌های بالینی پیچیده و تصمیمات اخلاقی دشوار، حساسیت و درک آنان نسبت به مراقبت‌های بیهوده و مسائل اخلاقی را افزایش می‌دهد. بنابراین، طراحی برنامه‌های آموزشی، تقویت حمایت‌های حرفه‌ای و بهبود فرهنگ سازمانی می‌تواند به کاهش پریشانی اخلاقی و ارتقای کیفیت مراقبت در بخش‌های مراقبت ویژه کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش با تأیید مرکز تحقیقات پرستاری جامع و با کد اخلاق IR.ZAUMS.REC.1404.323 مصوب گردید. در تمامی مراحل مطالعه، به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنان محرمانه و بی‌نام باقی خواهد ماند و تمامی پرستاران با رضایت کتبی آگاهانه در مطالعه مشارکت کردند.

سپاسگزارى

پژوهشگر از پرستارانی که در این مطالعه مشارکت نمودند و همچنین از مرکز تحقیقات پرستاری جامع و دانشکده پرستاری زاهدان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نماید.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچگونه تعارض منافع مالی، شخصی یا حرفه‌ای در ارتباط با این مطالعه وجود ندارد.

اخلاقی در مراقبت از بیماران ارتباط دارد، که می‌تواند به دلیل مواجهه‌های بیشتر با موقعیت‌های بالینی پیچیده و تجربیات زیسته در طول زمان باشد (۲۶).

این یافته‌ها نشان می‌دهند که با افزایش سن و تجربه، پرستاران توانایی بیشتری در شناسایی، پردازش و پاسخ به چالش‌های اخلاقی پیدا می‌کنند، چرا که در طول سال‌ها با موقعیت‌های دشوار بالینی و تصمیم‌گیری‌های پیچیده روبه‌رو شده‌اند که نیازمند حساسیت اخلاقی بالا هستند. در مجموع مطالعات اخیر نشان داده‌اند که پرستاران ICU بیش از سایر گروه‌های درمانی در معرض موقعیت‌های اخلاقی پیچیده از جمله ارائه مراقبت‌های بیهوده و پایان‌زندگی قرار دارند و این موقعیت‌ها یکی از اصلی‌ترین عوامل ایجاد پریشانی اخلاقی در این جمعیت است (۱۰، ۱۱) در یک مطالعه نظام‌مند منتشرشده در سال ۲۰۲۴، مراقبت بیهوده و مسائل مربوط به پایان‌زندگی به‌عنوان دلایل اصلی پریشانی اخلاقی در پرستاران ICU شناسایی شدند، به طوری که تماس مکرر با این موقعیت‌ها باعث افزایش تجربه پریشانی اخلاقی می‌شود و عوامل سازمانی و تصمیم‌گیری‌های درمانی نیز در شکل‌گیری آن نقش دارند (۲۲).

بر اساس این شواهد، می‌توان نتیجه گرفت که ارتباطی قوی و پایدار بین درک مراقبت بیهوده و پریشانی اخلاقی در محیط‌های ICU وجود دارد. این رابطه ممکن است به دلیل مواجهه مکرر با تعارضات ارزش‌های حرفه‌ای و تصمیمات دشوار بالینی باشد که پرستاران را در نقطه تلاقی اخلاق پرستاری و انتظارات درمانی قرار می‌دهد؛ بنابراین، آموزش مهارت‌های اخلاقی، بهبود فرهنگ سازمانی، و تقویت حمایت‌های حرفه‌ای می‌تواند در بهبود تجربه اخلاقی پرستاران و کاهش پریشانی اخلاقی مؤثر باشد. از محدودیت‌های این پژوهش شامل طبیعت مقطعی و همبستگی آن است که امکان استنتاج علیت را نمی‌دهد، نمونه محدود به پرستاران یک بیمارستان بوده و ممکن است قابلیت تعمیم محدودی داشته باشد، و همچنین استفاده از پرسشنامه خودگزارشی که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد.

References

- Christensen M, Liang M. Critical care: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*. 2023;10(3):403-13.
- Mirahmadi S, Hajibabae F, Etemadi far S, Esmaceli M. The Association between the Needs and Resilience of Family Members of Patients in Intensive Care Units in Hospitals Affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences: A Cross-Sectional Study. *jcnursing*. 2024;16(4):50.
- Levi P, Patrician PA, Vance DE, Montgomery AP, Moss J. Post-Traumatic Stress Disorder in Intensive Care Unit Nurses: A Concept Analysis. *Workplace health & safety*. 2021;69(5):224-34.
- Salehi T, Shojaee N, Haghani H. Relationship Between Participation in Clinical Decision-making and Organizational Culture Among Nurses in Intensive Care Units of Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences. *IJN*. 2022;35(138):360.
- Hamid H, Shiva Eslamian K, Termeh Riahi M, Nafiseh Hekmati P, Ailin D, Hossein Motahari N, et al. The Relationship between Futile Care and Moral Sensitivity in Nurses Working in the Neonatal Intensive Care Unit of Medical Training Centers in Gorgan 2024. *Archives of Anesthesiology and Critical Care*. 2025;11(4).
- Safdari A, Sharifi A. Ethical Challenges in Futile Care During Health Crises: Lessons from Pandemic Experiences. *Urmia-University-of-Medical-Sciences*. 2024;22(9):728.
- Roštami S, Esmaceli R, Jafari H, Yazdani charati J, Shorofi SA. Perception of futile care of nurses in intensive care units. *Medical-Ethics-and-History-of-Medicine-Research-Center*. 2017;10(0):155.
- Taheri M, shomalinasab E, Asadi Z, Esmaceli M, Jahangirimehr A. Investigating the Relationship between Moral Injury in Nurses with Ethical Climate in Critical Care Departments of Selected Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences in 2022: A Cross-sectional Study. *jcnursing*. 2023;16(2):9.
- Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *Journal of medical ethics and history of medicine*. 2015;8:2.
- Otaghi M, shirkhani s, Azadi A, Khorshidi A. The Relationship between Perception of Futile Care and Moral Distress of Nurses in Critical Care Units of Ilam. *medilam-research*. 2019;2(2):0
- Asayesh H, Mosavi M, Abdi M, Masoud MP, Jodaki K. The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2018;11:2.
- Ahmad AM, Bani-Issa W. Factors contributing to moral distress among intensive care nurses: A scoping review. 2022;11:1574.
- Rakhshani F. Professionalism in nursing. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*. 2024;2(Issue 1):53-4.
- Rezayani A. Applications of nursing theories in clinical practice. *Journal of Nursing Advances in Clinical Sciences*. 2024;2(Issue 2):115-6.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of advanced nursing*. 2001;32(2):250-6.
- Heidarisharaf P, Haji Azizi A, Nemati M, Feyzi Barnaji A, Talebi R. The Relationship between Moral Disorder and Nurses' Job Performance. *Journal of New Strategies in Psychology and Educational Sciences*. 2019;1(3):1-10.
- Salehzadeh S, Rezaee moradali M, Baljani E. Relationship Between Ethical Conflicts in Nursing and Different Leadership Styles. *IJNV*. 2025;13(3):27.
- Shamsalinia A, mahmoudian a, sorori b, Yoseframaki m, vaziri MH. Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in Western Mazandaran. *mubabol-cjhaa*. 2021;6(1):20.
- Asayesh H, Mosavi M, Abdi M, Parvaresh Masoud M, Jodaki K. The relationship between futile care perception and moral distress among intensive care unit nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2018;7(11):2.
- Etebari-Asl Z, Etebari-Asl F, Nemati K. A Survey on the Level of Moral Distress among Nurses of Special Wards Affiliated to Educational-Therapeutic Centers in Ardabil University of Medical Sciences in 2016: A Short Report. *RUMS_JOURNAL*. 2017;16(2):169.
- Begjani J, Dizaji NN, Mirlashari J, Dehghan K. Moral Distress and Perception of Futile Care among Nurses of Neonatal Care Units. *Indian journal of palliative care*. 2022;28(3):301-6.
- Beheshtaeen F, Torabizadeh C. Moral

- distress among critical care nurses before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review. 2024;31(4):613-34.
23. Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. Moral distress and perception of futile care in intensive care nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2015;23(8):2.
 24. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Win MTM. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. *Nursing ethics*. 2019;26(4):1101-13.
 25. Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaei Heart Center Hospital. *IJCN*. 2015;4(3):36.
 26. Afshari A, Torabi M. Moral sensitivity and attitudes towards patient safety among critical care nurses. 2025;32(6):1848-60.