Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 14, Issue 2, Summer 2025

Moral Distress and Professional Commitment among Intensive Care Unit Nurses: A Cross-Sectional Study at Iran University of Medical Sciences

Fatemeh Ghofrani Kalishami[1], Tahmineh Salehi[2], Maryam Moosanejad[3], Fatemeh Malayeri[4]*, Shima Haghani[5]

1- Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2- Department of Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3- MSc Student in Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4- MSc Student in Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5- Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:** Fatemeh Malayeri, MSc Student in Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
Email: ayoobedalat@gmail.com

Received: 27 May 2026 Accepted: 4 July 2026

Abstract

Introduction: ICU nurses are highly susceptible to moral distress—knowing the right action but unable to perform it—due to critical patient exposure and institutional constraints, while professional commitment drives positive nursing behavior

Methods: In this descriptive-correlational study, 200 ICU nurses participated via quota sampling in 2025. Data were collected using a demographic form, the Jafar Aghaei et al. (2019) Professional Commitment Questionnaire, and the Hamric (2012) Moral Distress Questionnaire. Data were analyzed using SPSS-26 with independent t-tests, ANOVA, and Pearson's correlation coefficient.

Results: Participants had a mean age of 35.25±6.54 years. Self-reported moral distress and professional commitment were both at moderate levels, with mean scores of 76.13±38.13 and 95.68±13.26, respectively. No significant correlation was found between the two variables (r=-0.046, p=0.519).

Conclusion: ICU nurses in this study exhibited moderate professional commitment and moral distress. The lack of a direct correlation suggests that mediating variables—such as social support, occupational stress, working conditions, organizational culture, and workplace environment—may modulate this relationship. Specifically, a supportive work environment may empower nurses to maintain their professional commitment despite experiencing moral distress.

Keywords: Moral Distress, Professional Commitment, Nurse, Intensive Care Unit.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

Extended Abstract

Introduction

Nurses in intensive care units (ICUs) are exposed to high levels of moral distress due to the complexity of care, continuous encounters with critical conditions, and difficult ethical decision-making (1). Moral distress is defined as a state in which an individual, despite being aware of the ethically appropriate action, is unable to perform it owing to organizational, legal, or structural constraints (2).

Key contributors to moral distress include resource and equipment shortages, lack of organizational support, insufficient funding, poor team collaboration, physician-dominated decision-making, limited professional autonomy among nurses, inability to modify care practices, aggressive or inappropriate treatments, decision-making under critical circumstances, and end-of-life care (3). The intensity of moral distress varies depending on the frequency of exposure to distressing situations and working conditions (4). Evidence indicates that with the specialization of nursing roles and increased responsibility in caring for critically ill patients, the severity of moral distress intensifies (5). Furthermore, high patient-to-nurse ratios, poor interprofessional communication, and disagreement with patients' families further compound the complexity of these environments (6). In some studies, ICU nurses have reported higher levels of moral distress than physicians (7).

Neglecting moral distress yields extensive negative consequences, including burnout, job dissatisfaction, physical and psychological symptoms, reduced morale and teamwork, diminished care quality, compromised patient safety, and ultimately, nurse turnover and attrition (8-10). These repercussions are particularly salient in ICUs, where training specialized personnel necessitates considerable expenditure of financial resources, time, and energy (11). According to findings from a study conducted in Iran, 15% to 45% of nurses leave their profession as a result of burnout attributed to the impacts of moral distress (12). Moreover, during the COVID-19 pandemic, ICU nurses experienced severe pressures and challenges—such that 42% to 48% of healthcare providers engaged in the crisis reported experiencing moral distress (13).

Conversely, professional commitment serves as a pivotal factor in the retention of nurses within the profession, playing a significant role in enhancing care quality, promoting job satisfaction, and reducing burnout (14). Professional commitment refers to the conscious and heartfelt adherence to professional values, ethics, and duties, and is associated with improved job performance, patient safety, and patient satisfaction (15). Evidence demonstrates that nurses with higher professional commitment exhibit lower turnover intentions and deliver higher-quality care (16).

Given the negative impact of moral distress on care quality and nurses' well-being, alongside the protective role of professional commitment as an ethical guide, a meaningful association between these two constructs seems plausible (17). Notwithstanding the importance of this topic, limited studies in Iran have examined the relationship between moral distress and professional commitment among ICU nurses (18). Consequently, conducting a study aimed at determining the association between moral distress and professional commitment in ICU nurses employed at teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2026 is deemed essential to inform effective managerial planning, promote nurses' mental health, and enhance the quality of patient care (19).

Methods

This descriptive-correlational study was conducted on 200 ICU nurses from four teaching hospitals affiliated with Iran University of Medical Sciences in 2025, using quota sampling. Based on personnel records, eligible nurses were identified (193, 130, 115, and 70 across centers), and proportional allocation determined sample sizes (82, 57, 50, and 31). Convenience sampling with proportionate distribution across morning, evening, and night shifts was employed. Inclusion criteria were: willingness to participate, bachelor's degree or higher in nursing, and at least six months of ICU experience. Exclusion criterion was incomplete questionnaires. After obtaining ethics approval and informed written consent, self-administered questionnaires were completed individually in break rooms (15–20 minutes). Of 220 distributed, 20 were excluded due to >33% missing responses, yielding 200 analyzed questionnaires (100% response rate).

Instruments included a demographic form and the Hamric Moral Distress Scale–Revised (MDS-R), comprising 21 items on 5-point Likert scales

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

measuring frequency (0–4) and intensity (0–4). Each item score is the product of frequency × intensity (range 0–16), with total scores ranging 0–336—higher scores indicating greater moral distress. Professional commitment was assessed using the Nurses' Professional Commitment Inventory (NPCI) developed by Jafar Aghaei 2019, containing 26 items across three dimensions (professional attachment, professional performance, professional internalization) on a 5-point Likert scale, with total scores ranging 26–130 (low: 26–61; moderate: 62–96; high: 97–130).

Content validity was confirmed by three faculty supervisors. Reliability was assessed via internal consistency: MDS-R Cronbach's alpha was 0.76, and NPCI Cronbach's alpha was 0.92. Data were analyzed using SPSS-26 with descriptive statistics (frequency tables, mean, SD, min, max) and inferential statistics including Pearson's correlation, independent t-test, ANOVA, and Scheffé's post-hoc test.

Results

Of 220 distributed questionnaires, 200 were fully completed and analyzed (90.9% response rate). No significant associations were found between any demographic characteristics and moral distress (P>0.05). Scheffé's post-hoc test revealed significantly higher professional commitment among permanent versus contract nurses (P=0.043). Pearson's correlation showed that professional commitment significantly increased with age (P= 0.002), total work experience (P = 0.001), and ICU experience (P=0.009).

Mean moral distress was 76.13 ± 13.38 (moderate level). The highest moral distress score was for Item 7—"Continuing to participate in caring for a hopeless patient while no one decides to withdraw life support" (2.07 ± 1.04)—and the lowest for Item 1—"Providing less than optimal care due to pressure to reduce costs" (1.01 ± 1.12). The highest frequency was for Item 6—"Carrying out physician orders for unnecessary tests/treatments" (2.09 ± 1.05).

Mean professional commitment was 95.68 ± 13.26 (moderate). The highest dimension was professional performance (3.99 ± 0.45), and the lowest was professional attachment (3.45 ± 0.59). Commitment levels: low in 2 nurses (1%), moderate in 89 (44.5%), and high in 109 (54.5%).

No significant correlation was found between moral distress and professional commitment (*r* = -0.046, P = 0.519). However, a weak positive correlation was observed between moral distress and the professional performance dimension (*r* = 0.140, P= 0.048), with no significant correlations with other dimensions (P>0.05).

The Correlation between Moral Distress and Professional Commitment among Nurses Working in Intensive Care Units of Teaching Hospitals Affiliated with Iran University of Medical Sciences – 2025

Variable	Moral Distress
Professional Attachment	*r* = -0.135, P = 0.074
Professional Performance	*r* = 0.140, P = 0.048
Professional Internalization	*r* = 0.033, P = 0.643
Professional Commitment (Total)	*r* = -0.046, P = 0.519

Discussion

The results demonstrated no significant correlation between moral distress and professional commitment among ICU nurses (*r* = -0.046, P=0.519). However, a weak but significant positive correlation was found between moral distress and the professional performance dimension (*r* = 0.140, P = 0.048), suggesting that as moral distress increases, nurses' tendency to perform assigned duties slightly rises—possibly due to heightened responsibility in challenging situations. Given the weakness of this correlation, its impact on overall professional commitment is negligible, with organizational and managerial factors playing a more substantial role. No significant correlations were observed with other dimensions, nor were there significant associations between any demographic characteristics and moral distress.

The study by Mohammadi et al. (2019) found no significant relationship between moral distress frequency and demographic variables except department of service—findings consistent with the present study (10). In contrast, Etemadiasl et al. (2017) reported that shift work, marital status, and educational level significantly associated with moral distress (P < 0.05), while other variables showed no

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

significant associations—findings inconsistent with the current study (11).

Professional commitment was significantly higher among permanent versus contract nurses (P=0.043) and increased with age (P= 0.002), total work experience (P=0.001), and ICU experience (P=0.009). Tarhan (2020) reported significant associations between professional commitment and gender, marital status, and age—findings inconsistent with the present study (12). Geraminejad et al. (2019) found significant associations with shift work patterns but not with other demographic variables—also inconsistent with the current study (13). These discrepancies may be attributed to individual characteristics and sociocultural factors.

Participating nurses experienced moral distress at a moderate level (mean = 76.13 ± 13.38). Tejlaee (2020) reported similar moderate levels, consistent with our findings (14). However, Khatibi (2023) reported high levels of moral distress among ICU nurses, and Kalaycioglu et al. (2024) found ICU nurses experienced significantly higher moral distress than general ward nurses (15). This variability underscores the importance of individual and organizational factors in managing moral distress.

Professional commitment was moderate (mean = 95.68 ± 13.26), with the highest score in professional performance and lowest in professional attachment. Other studies have reported higher professional commitment levels (16). Hosseini (2021) found professional commitment among ICU nurses below moderate levels due to work pressures, staffing shortages, extended shifts, and rapid decision-making demands (17). Environmental and organizational factors may account for these variations.

The study by Borhani (2018), consistent with our findings, reported that although moral distress can generate negative emotions, its ultimate impact on professional commitment is not substantial (18). This may be explained by mediating variables—social support, occupational stress, and working conditions—through which nurses may maintain professional commitment despite moral distress. A supportive work environment may enhance nurses' capacity to sustain commitment amid ethical challenges.

Limitations included high workload and occupational stress potentially influencing responses; to mitigate this, questionnaires were distributed at shift commencement and collected at shift end. Additionally, self-report methodology may have introduced response bias.

Conclusion

Moral distress and professional commitment among ICU nurses were at moderate levels. No significant correlations were found between moral distress and demographic characteristics or overall professional commitment. However, a weak positive correlation existed with the professional performance dimension. Permanent nurses showed significantly higher professional commitment than contract nurses. Professional commitment increased with age, work experience, and ICU experience, but not with gender. Future research should examine mediating variables and organizational factors such as culture, management style, and teamwork. Policymakers should improve nurse-to-patient ratios, establish clinical ethics committees, provide ethical decision-making training, and implement psychological support programs to reduce moral distress and enhance care quality.

Acknowledgments

This article is derived from a master's thesis in Nursing Management at Iran University of Medical Sciences and Health Services, with ethics code: IR.IUMS.REC.1402.225. The authors sincerely thank all participants, professors, and the Clinical Research Development Centers of Shohadaye Haft-e-Tir, Hazrat Rasoul Akram, Firouzgar, and Firouzabadi Hospitals for their valuable cooperation and support in conducting this research.

Funding

This research was financially supported by Iran University of Medical Sciences.

Conflicts of Interest

The authors declare no conflicts of interest.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

دوره ۱۴، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۴

پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی ایران

فاطمه غفرانی کلیشمی[۱]، تهمینه صالحی[۲]، مریم موسی‌نژاد[۳]، فاطمه ملایری[۴*]، شیما حقانی[۵]

۱- گروه آموزشی مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۲- گروه آموزشی مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۵- مرکز تحقیقات مراقبت پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه ملایری، دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
ایمیل: ayoobedalat@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۱۳

چکیده

مقدمه: پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل مواجهه مداوم با بیماران بدحال، تصمیمات پیچیده درمانی و محدودیت‌های سازمانی، بیش از سایر پرستاران در معرض پریشانی اخلاقی قرار دارند؛ وضعیتی که در آن فرد می‌داند اقدام اخلاقی صحیح چیست اما قادر به انجام آن نیست. از طرفی تعهد حرفه ای به‌عنوان منبع اصلی رفتار حرفه ای مثبت در پرستاران شناخته‌شده است.

روش کار: این مطالعه، یک پژوهش توصیفی- همبستگی بود. در این مطالعه ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ به شیوه نمونه‌گیری سهمیه ای مشارکت نمودند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل فرم مشخصات جمعیت شناختی، پرسشنامه تعهد حرفه ای پرستار جعفرآقایی و همکاران (۱۳۹۸) و پرسشنامه پریشانی اخلاقی (Hamric, 2012) بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی «آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون» صورت گرفت.

یافته‌ها: میانگین و انحراف‌معیار سن افراد شرکت‌کننده در پژوهش (۳۵/۶±۲۵/۵۴) سال بود. میانگین و انحراف‌معیار پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای به شیوه خودارزیابی در سطح متوسط (۷۶/۳۸±۱۳/۱۳) و (۹۵/۱۳±۶۸/۲۶) گزارش شد. بین پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه همبستگی معنی‌داری وجود نداشت (p=۰/۵۱۹، r=-۰/۰۴۶).

نتیجه‌گیری: پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه دارای تعهد حرفه‌ای و پریشانی اخلاقی در حد متوسط بودند. نتایج به نظر بیانگر آن بود که عوامل متعددی نظیر حمایت اجتماعی، استرس شغلی، و شرایط کاری با داشتن نقش متغیرهای میانجی ممکن است بر پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای تأثیر بگذارند. محیط کار و فرهنگ‌سازمانی می‌توانند نقش بسزایی در این رابطه ایفا کنند. اگر محیط کار حمایت‌کننده باشد، پرستاران ممکن است توانایی بیشتری برای حفظ تعهد حرفه‌ای خود حتی در زمان وقوع پریشانی‌های اخلاقی داشته باشند.

کلیدواژه ها: پریشانی اخلاقی، تعهد حرفه ای، پرستار، بخش مراقبت ویژه.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

مقدمه

پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل پیچیدگی مراقبت، مواجهه مداوم با شرایط بحرانی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دشوار، در معرض سطوح بالایی از پریشانی اخلاقی قرار دارند (۱). پریشانی اخلاقی وضعیتی است که فرد با وجود آگاهی از اقدام اخلاقی درست، به دلیل محدودیت‌های سازمانی، قانونی یا ساختاری قادر به انجام آن نیست (۲).

عواملی نظیر کمبود منابع و تجهیزات، عدم حمایت سازمانی، کمبود بودجه، ضعف در همکاری تیمی، سلطه تصمیم‌گیری پزشکان، نبود استقلال حرفه‌ای پرستاران، ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبتی، درمان‌های تهاجمی یا نامناسب، تصمیم‌گیری در شرایط بحرانی و مراقبت از بیماران در مراحل پایانی زندگی، از مهم‌ترین عوامل ایجادکننده پریشانی اخلاقی به شمار می‌روند (۳). شدت پریشانی اخلاقی با تکرار مواجهه با موقعیت‌های ناراحت‌کننده و نیز با شرایط شغلی پرستاران متفاوت است (۲۰). مطالعات نشان می‌دهد با تخصصی شدن وظایف پرستاری و افزایش مسئولیت در مراقبت از بیماران بدحال، شدت پریشانی اخلاقی افزایش می‌یابد (۴) همچنین عواملی مانند نسبت بالای بیمار به پرستار، ارتباطات ضعیف در تیم درمان و اختلاف نظر با خانواده بیماران، بر پیچیدگی این محیط‌ها می‌افزاید (۵). حتی در برخی مطالعات، میزان پریشانی اخلاقی در پرستاران مراقبت‌های ویژه بیش از پزشکان گزارش شده است (۶). نادیده گرفتن پریشانی اخلاقی پیامدهای منفی گسترده‌ای از جمله فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، مشکلات جسمی و روانی، کاهش روحیه و کار تیمی، افت کیفیت مراقبت، تهدید ایمنی بیمار و در نهایت ترک شغل و جابه‌جایی پرستاران را به دنبال دارد ، این پیامدها به‌ویژه در بخش‌های مراقبت ویژه که آموزش نیروی انسانی متخصص مستلزم صرف هزینه، زمان و انرژی قابل توجه است، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (۷) بر اساس نتایج یک مطالعه در ایران، ۱۵ تا ۴۵٪ از پرستاران، شغل خود را به دلیل فرسودگی ناشی از تأثیرات پریشانی اخلاقی ترک می کنند (۲۰). همچنین در سال‌های اخیر پرستاران مراقبت‌های ویژه در مواجهه با همه‌گیری کووید-۱۹؛ فشار و چالش‌های شدیدی را تجربه کردند، و پیامدهای این همه‌گیری به‌ویژه برای آن‌ها ناامیدکننده بوده است، به‌گونه‌ای که ۴۲ تا ۴۸ درصد از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درگیر با این بحران، تجربه پریشانی اخلاقی را گزارش کرده‌اند (۸).

در مقابل، تعهد حرفه‌ای به‌عنوان یکی از عوامل کلیدی ماندگاری در حرفه پرستاری، نقش مهمی در ارتقای کیفیت مراقبت، افزایش رضایت شغلی و کاهش فرسودگی ایفا می‌کند (۷). تعهد حرفه‌ای به معنای پایبندی آگاهانه و قلبی به ارزش‌ها، اخلاق و وظایف حرفه‌ای است و موجب بهبود عملکرد شغلی، ایمنی بیمار و رضایت بیماران می‌شود (۹). شواهد نشان می‌دهد پرستارانی که از تعهد حرفه‌ای بالاتری برخوردارند، تمایل کمتری به ترک شغل داشته و مراقبت باکیفیت‌تری ارائه می‌دهند (۷). با توجه به نقش منفی پریشانی اخلاقی بر کیفیت مراقبت و سلامت پرستاران و از سوی دیگر، نقش حمایتی تعهد حرفه‌ای به‌عنوان یک راهنمای اخلاقی، به نظر می‌رسد بین این دو مفهوم ارتباط معناداری وجود داشته باشد. با وجود اهمیت این موضوع، پژوهش‌های اندکی در ایران به بررسی ارتباط پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه پرداخته‌اند. از این‌رو، انجام مطالعه‌ای با هدف تعیین ارتباط بین پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه مراکز آموزشی‌درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۲ ضروری به نظر می‌رسد تا زمینه‌ساز برنامه‌ریزی مؤثر مدیریتی، ارتقای سلامت روان پرستاران و بهبود کیفیت مراقبت از بیماران باشد.

روش کار

مطالعه توصیفی- همبستگی حاضر بر روی ۲۰۰ نفر از پرستاران مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۴۰۳ به روش سهمیه‌ای انجام شد. ابتدا با بررسی پرونده‌های پرسنلی، تعداد کل پرستاران واجد شرایط معیارهای ورود در هر یک از چهار مرکز درمانی مورد مطالعه شناسایی گردید (به ترتیب: ۱۹۳، ۱۳۰، ۱۱۵ و ۷۰ پرستار). سپس با محاسبه نسبت سهم هر مرکز از کل جمعیت واجد شرایط (به ترتیب ۳۷٪، ۲۶٪، ۲۳٪ و ۱۴٪)، تعداد نمونه مورد نیاز از هر مرکز تعیین شد (به ترتیب: ۸۲، ۵۷، ۵۰، ۳۱). پس از تعیین سهم هر بیمارستان، جهت جلوگیری از سوگیری نمونه‌گیری، روش نمونه‌گیری در دسترس با رعایت توزیع متناسب بر اساس نوبت‌کاری (شیفت‌های صبح، عصر و شب) در هر بخش مراقبت ویژه اجرا گردید. به این منظور، از هر بخش و هر شیفت، به نسبت تعداد معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل جهت شرکت در مطالعه، دارای مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر، حداقل ۶ ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه بود. معیارهای خروج از مطالعه نقص در تکمیل پرسش‌نامه بود. پژوهشگر پس از دریافت کد

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

اخـلاق و معرفی‌نامـه از معاونـت محتـرم پژوهشـی دانشـگاه، بـه دفتـر پرسـتاری بیمارسـتان‌های مربوطـه مراجعـه کـرد و بعـد از معرفـی خـود و توضیـح اهـداف پژوهـش و کسـب موافقـت مسـئولین بیمارسـتان، در روزهـای مختلـف هفتـه و در نوبت‌هـای کاری صبـح، عصـر و شـب بـه مراکـز آموزشـی درمانـی مراجعـه و پرسـتاران را از اهـداف مطالعـه آگاه کـرد. سـپس پـس از دریافـت رضایـت آگاهانـه به‌صـورت کتبـی، پرسشـنامه‌ها به‌صـورت خـود گـزارش دهـی توسـط شـرکت‌کنندگان تکمیـل شـد. جهـت جلوگیـری از تبـادل اطلاعـات، هـر پرسـتار به‌طـور منفـرد بـه اتـاق اسـتراحت دعـوت شـد و پرسشـنامه بـرای تکمیـل در اختیـار او قـرار می‌گرفـت. مدت‌زمـان تقریبـی پاسـخ دهـی حـدود ۱۵–۲۰ دقیقـه بـود. از مجمـوع ۲۲۰ پرسشـنامه ، ۲۰ عـدد بسـیار ناقـص و بـه بیـش از یک‌سـوم سـؤالات پاسـخی نـداده بودنـد از مطالعـه خـارج شـدند. درنهایـت، داده‌هـای حاصـل از پرسـش‌نامه ۲۰۰ نفـر از پرسـتاران بـا نـرخ پاسـخگویی ۱۰۰ درصـد مـورد تحلیل قـرار گرفـت.

در مطالعـه حاضـر از فـرم مشـخصات جمعیـت شـناختی (سـن، جنـس، وضعیـت تأهـل، سـابقه کار به‌عنـوان پرسـتار، سـابقه کار در بخـش ویـژه، پرسـتار اسـتف یـا مسـئول، سـطح تحصیـلات، وضعیـت اسـتخدامی و شـیفت کاری) و پرسـش‌نامه ارزیابـی پریشـانی اخلاقـی Moral Distress Scale–Revised سـاخته Hamrick (MDS-R) اسـتفاده شـد. ایـن نسـخه درواقـع پرسشـنامه پریشـانی اخلاقـی بازبینی‌شـده Hamrick (MDS-R) اسـت کـه در سـال ۲۰۱۲ از نسـخه پرسشـنامه پریشـانی اخلاقـی (MDS Corley) اقتباس‌شـده اسـت. ایـن ابـزار شـامل ۲۱ گویـه در طیـف لیکـرت ۵ گزینه ای اسـت کـه در بعـد فراوانـی، از هرگـز مواجـه نشـدم (نمـره معـادل صفـر) تـا بسـیار مواجـه شـده‌ام (نمـره معـادل چهـار) و در بعـد شـدت تنشـی در مـن ایجـاد نمی‌کنـد (نمـره معـادل صفـر) تـا تنـش بسـیار زیـادی در مـن ایجـاد می‌کنـد (نمـره معـادل چهـار) امتیازبنـدی شـده اسـت.. هـر سـؤال شـامل دو قسـمت دفعـات وقـوع و میـزان پریشـانی اخلاقـی اسـت. نمـره هـر سـؤال از حاصل‌ضـرب نمـره بـه دسـت آمـده از دفعـات وقـوع و میـزان آشـفتگی سـنجیده مـی شـود؛ هـر سـؤال بیـن ۰–۱۶ امتیـاز دارد. بـه سـؤالاتی کـه کمتـر تجربـه مـی شـوند یـا پریشـانی اخلاقـی کمتـری ایجـاد مـی کننـد، نمـرات پایین‌تـری تعلـق می‌گیـرد، و سـؤالاتی کـه بارهـا توسـط پرسـتار مطـرح مـی شـود یا پریشـانی اخلاقـی بیشـتری در فـرد ایجـاد مـی کنـد، نمـرۀ بالاتـری دارنـد. بـرای بـه دسـت آوردن نمـره کل پریشـانی اخلاقـی، اعـداد حاصـل از هـر سـؤال بـا یکدیگـر جمـع شـده و محـدودۀ بیـن ۰–۳۳۶ را شـامل مـی شـود. کسـب امتیـاز بالاتـر نشـان دهنـده پریشـانی اخلاقـی بیشـتر اسـت (Hamric et al., 2012).

بـرای سـنجش تعهـد حرفـه ای پرسـتاران از پرسشـنامه بـا عنوان Nurses' Professional Commitment Inventory (NPCI) اسـتفاده شـد. ایـن پرسشـنامه توسـط جعفرآقایـی و همـکاران در سـال ۱۳۹۸ در ایـران و در طـی یـک مطالعـه کیفـی در سـه فـاز طراحـی شـد. NPCI شـامل ۲۶ گویـه در ۳ بعـد دل‌بسـتگی حرفـه‌ای شـامل (۱۴ سـؤال: ۱ تـا ۱۴)، بعـد عملکـرد حرفـه‌ای (۶ سـؤال: ۱۵ تـا۲۰) و بعـد درونـی سـازی حرفـه (۶ سـؤال: ۲۱ تـا ۲۶) اسـت. پاسـخ‌دهی بـا اسـتفاده از مقیـاس لیکـرت ۵ گزینـه‌ای اسـت. در هـر گویـه امتیازدهـی به‌صـورت کامـلاً مخالفـم (امتیـاز یـک)، مخالفـم (امتیـاز دو)، نظـری نـدارم (امتیـاز سـه)، موافقـم (امتیـاز چهـار) و کامـلاً موافقـم (امتیـاز پنـج) طراحی‌شـده اسـت. در نهایـت امتیـاز کسـب شـده بیـن ۲۶ تـا ۱۳۰ قـرار می‌گیـرد. کسـب نمـره ۲۶ تـا ۶۱ بـه معنـی تعهـد حرفـه ای پاییـن، ۶۲ تـا ۹۶ بـه معنـی تعهـد حرفـه ای متوسـط و۹۷ تـا ۱۳۰ بـه معنـی تعهـد حرفـه ای بـالا خواهـد بـود (۱۹). در ایـن مطالعـه جهـت حصـول روایـی، ابـزار مطالعـه (مشـخصات جمعیـت شـناختی، پرسشـنامه پریشـانی اخلاقـی و پرسشـنامه تعهـد حرفـه‌ای) در اختیـار سـه اسـتاد ناظـر بـر مطالعـه در دانشـکده پرسـتاری و مامایـی دانشـگاه علـوم پزشـکی ایـران قـرار گرفـت و پـس از دریافـت نظـرات اصلاحـی زیـر نظـر اسـتاد راهنمـا و مشـاور، بـرای جمـع‌آوری داده‌هـا از آن‌هـا اسـتفاده شـد. در مطالعـه زارعی و همـکاران (۱۳۹۹) پایایـی ابـزار پریشـانی اخلاقـی بـا اسـتفاده از روش همسـانی درونـی بـه ترتیـب دارای پایایـی درونـی بـا آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۷ و ۰/۹۰ گـزارش شـد (۱). جهـت تعییـن پایایـی در ایـن مطالعـه از سـنجش همبسـتگی درونـی اسـتفاده شـد. پرسشـنامه در اختیـار ۲۰ نفـر از پرسـتاران قـرار گرفـت و پـس از تکمیـل همبسـتگی درونـی سـنجیده شـد. میـزان ضریـب آلفـای کرونبـاخ برابـر ۰/۷۶ محاسـبه شـد. پایایـی پرسشـنامه تعهـد حرفـه‌ای توسـط جعفـر آقایـی و همـکاران بـر اسـاس ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۸ به‌دسـت‌آمده اسـت (۱۹). جهـت تعییـن پایایـی در ایـن مطالعـه، پرسشـنامه در اختیـار ۲۰ نفـر از پرسـتاران خـارج از محیـط مراقبـت ویـژه قـرار گرفـت و پـس از تکمیـل ابـزار، همبسـتگی درونـی، بـا . ضریـب آلفـای کرونباخ برابـر ۰/۹۲ محاسـبه شـد. قابـل ذکـر اسـت ایـن پرسـتاران در نمونه‌گیـری اصلـی حضـور نداشـتند.

تجزیه‌وتحلیـل داده‌هـا بـا اسـتفاده از نرم‌افـزار SPSS نسـخه ۲۶ در دو بخـش آمـار توصیفـی و آمـار اسـتنباطی صـورت گرفـت. در بخـش آمـار توصیفـی از جـداول توزیـع فراوانـی بـرای متغیرهـای

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

کیفی پژوهش و شاخص‌های عددی کمینه، بیشینه، میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی پژوهش استفاده می‌شود. در بخش آمار استنباطی از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل، آنالیز واریانس و آزمون دوبه‌دو شفه استفاده شد

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران – سال ۱۴۰۳

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر	بر مبنای طیف لیکرت ۵-۱			
					میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
دل‌بستگی حرفه‌ای (۷۰ -۱۴)	۴۸/۴۴	۸/۳۶	۲۱	۶۹	۳/۴۵	۰/۵۹	۱/۵۰	۴/۹۳
عملکرد حرفه‌ای (۳۰ -۶)	۲۳/۹۵	۲/۷۳	۱۵	۳۰	۳/۹۹	۰/۴۵	۲/۵۰	۵/۰۰
درونی سازی حرفه (۳۰ -۶)	۲۳/۳۰	۴/۱۷	۹	۳۰	۳/۸۸	۰/۶۹	۱/۵۰	۵/۰۰
تعهد حرفه ای (۱۳۰ -۲۶)	۹۵/۶۸	۱۳/۲۶	۴۵	۱۲۶	۳/۷۷	۰/۵۰	۱/۸۳	۴/۹۰

جدول ۲: همبستگی پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران – سال ۱۴۰۳

نام متغیر	پریشانی اخلاقی
دل‌بستگی حرفه‌ای	r= -۰/۱۳۵ P= ۰/۰۷۴
عملکرد حرفه‌ای	r= ۰/۱۴۰ P= ۰/۰۴۸
درونی سازی حرفه	r= ۰/۰۳۳ P= ۰/۶۴۳
تعهد حرفه ای	r= -۰/۰۴۶ P= ۰/۵۱۹

جدول۳: میانگین و انحراف معیار پریشانی اخلاقی با ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران بخش¬های مراقبت ویژه مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران - سال ۱۴۰۳

	نام متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنسیت	مرد	۳۸	۶۹/۰۸	۳۰/۵۵	t= ۱/۲۶۸ df =۱۹۸ P=۰/۲۰۶*
	زن	۱۶۲	۷۷/۷۸	۳۹/۶۱	
وضعیت تأهل	مجرد (مطلقه و بیوه)	۱۱۲	۷۷/۰۸	۳۸/۲۹	t= ۰/۳۹۷ df =۱۹۸ P=۰/۶۹۲*
	متأهل	۸۸	۷۴/۹۲	۳۸/۱۴	
تحصیلات	کارشناسی	۱۶۹	۷۷/۵۰	۳۹/۲۷	t= ۱/۱۹۰ df =۱۹۸ P=۰/۲۳۶*
	کارشناسی ارشد و دکترا	۳۱	۶۸/۶۵	۳۰/۷۳	
وضعیت استخدام	طرحی	۱۲	۷۹/۴۲	۶۶/۷۱	F=۱/۳۳۲ P=۰/۲۶۵**
	قراردادی	۲۵	۷۴/۹۶	۳۱/۹۸	
	پیمانی	۷۰	۶۹/۳۰	۳۳/۲۲	
	رسمی	۹۳	۸۱/۱۶	۳۸/۱۷	
شیفت کاری	ثابت	۷۷	۷۴/۴۹	۳۸/۷۱	t= ۰/۴۷۹ df =۱۹۸ P=۰/۶۳۲*
	چرخشی	۱۲۳	۷۷/۱۵	۳۷/۹۰	
	سن (سال)				r= -۰/۰۳۱، P= ۰/۶۵۵€
	سابقه کار (سال)				r= -۰/۰۲۸ ، P= ۰/۶۹۱€
	سابقه کار در بخش ویژه (سال)				r= -۰/۰۲۴ ، P= ۰/۷۳۶€

*تی مستقل ** آنالیز واریانس € همبستگی پیرسون

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

جدول ٤: شاخص‌های عددی تعهد حرفه‌ای با ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران بخش های مراقبت ویژه مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران - سال ۱۴۰۳

نام متغیر		فراوانی	میانگین	انحراف معیار	نتایج آزمون
جنسیت	مرد	۳۸	۹۳/۴۷	۱۵/۷۱	t= ۱ /۱۴۰ df =۱۹۸ P=۰/۲۵۶*
	زن	۱۶۲	۹۶/۲۰	۱۲/۶۲	
وضعیت تأهل	مجرد (مطلقه و بیوه)	۱۱۲	۹۴/۱۱	۱۳/۰۹	t= ۱/۹۰۴ df =۱۹۸ P=۰/۰۵۸*
	متأهل	۸۸	۹۷/۶۸	۱۳/۲۹	
تحصیلات	کارشناسی	۱۶۹	۹۵/۰۰	۱۲/۷۴	t= ۱/۷۰۱ df =۱۹۸ P=۰/۰۹۱*
	کارشناسی ارشد و دکترا	۳۱	۹۹/۳۹	۱۵/۵۴	
وضعیت استخدام	طرحی	۱۲	۹۶/۰۰	۱۰/۲۱	F=۲/۷۶۹ P=۰/۰۴۳**
	قراردادی	۲۵	۸۹/۰۰	۱۴/۴۵	
	پیمانی	۷۰	۹۵/۶۰	۱۱/۴۸	
	رسمی	۹۳	۹۷/۵۹	۱۴/۱۲	
شیفت کاری	ثابت	۷۷	۹۵/۸۳	۱۴/۰۲	t= ۰/۱۲۷ df =۱۹۸ P=۰/۸۹۹*
	چرخشی	۱۲۳	۹۵/۹۵	۱۲/۸۳	
سن (سال)					r= ۰/۲۱۵ ، P= ۰/۰۰۲€
سابقه کار (سال)					r= ۰/۲۳۰ ، P= ۰/۰۰۱€
سابقه کار در بخش ویژه (سال)					r= ۰/۱۸۵ ، P= ۰/۰۰۹€

*تی مستقل ** آنالیز واریانس € همبستگی پیرسون

بحث

نتایج نشان داد بین پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه همبستگی و معنی‌داری وجود نداشت. بین پریشانی اخلاقی با تعهد حرفه ای در بعد عملکرد حرفه‌ای همبستگی مستقیم (در حد ضعیف) و معنی‌داری وجود داشت «نشان می‌دهد که با افزایش پریشانی اخلاقی، تمایل پرستاران به انجام وظایف محوله و رعایت استانداردهای حرفه‌ای اندکی افزایش می‌یابد. این یافته ممکن است ناشی از احساس مسئولیت بیشتر پرستاران در شرایط چالش‌برانگیز باشد. با این حال، به دلیل ضعیف بودن این همبستگی، تأثیر آن بر تعهد حرفه‌ای کلی پرستاران ناچیز بوده و عوامل سازمانی و مدیریتی نقش مهم‌تری در این زمینه ایفا می‌کنند» اما با سایر ابعاد همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد و همچنین بین هیچ‌یک از ویژگی‌های جمعیت شناختی با پریشانی اخلاقی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت. مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین فراوانی پریشانی اخلاقی با جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، نوبت‌کاری و تعداد شیفت شب در ماه، وجود نداشت؛ ولی فراوانی پریشانی اخلاقی با بخش محل خدمت ارتباط آماری معنی داری داشت و در سایر متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش ارتباط آماری معنی داری وجود نداشت. همچنین ارتباط معنی دار آماری میان شدت پریشانی اخلاقی با بخش محل خدمت پرستاران موردپژوهش وجود داشت اما با سایر متغیرهای جمعیت شناختی ارتباط آماری معنی‌داری وجود نداشت که بامطالعه حاضر همسو است (۱۰). در مطالعه اعتباری اصل و همکاران با عنوان بررسی میزان پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش های ویژه مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل که در سال ۲۰۱۷ انجام شد نتایج نشان داد که نوبت‌کاری، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات با پریشانی اخلاقی ارتباط آماری معناداری (P<۰/۰۵) داشتند و متغیرهای دیگر ازجمله جنس، سن، سابقه کار در بالین و وضعیت استخدامی با پریشانی اخلاقی ارتباط آماری معناداری نداشتند. (P>۰/۰۵) که بامطالعه حاضر مغایر است (۱۱). تعهد حرفه‌ای در پرستاران رسمی به‌صورت معنی‌داری از پرستاران قراردادی بیشتر بود اما با جنسیت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد همچنین با افزایش سن، سابقه کار و سابقه کار در بخش ویژه تعهد حرفه‌ای به‌صورت معنی‌داری

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

افزایش می‌یابد. در مطالعه Tarhan (۲۰۲۰) نشان داد که بین تعهد حرفه‌ای پرستاران با متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و سن رابطه معناداری وجود دارد. تعهد حرفه‌ای پرستاران زن و همچنین پرستاران متأهل به‌طور معنی‌داری بیشتر از سایر افراد بود. همچنین تعهد حرفه‌ای در گروه سنی ۳۳-۲۸ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی بود که بامطالعه حاضر مغایر است (۱۲). مطالعه گرامی نژاد و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد که بین تفاوت میانگین نمرات تعهد حرفه ای با نوبت‌کاری پرستاران ارتباط معناداری وجود دارد بدین‌صورت که پرستاران با شیفت کاری در گردش، تعهد حرفه ای بالاتری را گزارش کردند. اما بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، بخش، سابقه کار و نوع استخدامی ارتباط آماری معنی داری یافت نشد که بامطالعه حاضر مغایر است (۱۳). علت تفاوت در نتایج این مطالعه موجود بامطالعه حاضر می تواند به دلیل اهمیت نقش ویژگی های فردی در افزایش و یا کاهش تعهد حرفه ای باشد. همچنین تأثیر عوامل فرهنگی - اجتماعی در تعهد حرفه ای افراد مورد پژوهش می تواند توجیهی برای نتایج متفاوت این دو مطالعه باشد.

در ضمن، پرستاران موردمطالعه پریشانی اخلاقی را در سطح متوسطی تجربه می‌کنند. مطالعه تجلایی (۱۳۹۹) نشان می‌دهد میانگین پریشانی اخلاقی در محدوده متوسط است که همسو با مطالعه حاضر است (۱۴). مطالعه خطیبی (۱۴۰۲) پریشانی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه در سطح بالا گزارش کردند (۱۵). همچنین نتایج مطالعه Kalaycioglu و همکاران (۲۰۲۴) نشان داد پرستاران بخش‌های ویژه پریشانی اخلاقی بالاتری را در مقایسه با پرستاران بخش‌های عمومی تجربه می‌کنند (۱۶). مقایسه یافته‌های مطالعات حاضر با مطالعات دیگر نشان می‌دهد که پریشانی اخلاقی در میان پرستاران می‌تواند تحت تأثیر عوامل متعددی ازجمله نوع شغل، سطح تجربه و نوع مراقبتی که ارائه می‌دهند، قرار گیرد. درحالی‌که میانگین پریشانی اخلاقی در مطالعه ما در سطح متوسط قرار داشت، مطالعات دیگر نشان می‌دهند که این شاخص می‌تواند بسیار متغیر باشد. این امر اهمیت توجه به عوامل فردی و سازمانی در جهت بهبود حمایت از پرستاران را در مدیریت پریشانی‌های اخلاقی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد تعهد حرفه‌ای پرستاران در سطح متوسط بود. بیشترین میانگین تعهد حرفه ای در بعد عملکرد حرفه‌ای و کمترین در بعد دل‌بستگی حرفه‌ای بود. در مطالعات دیگر انجام‌شده ناهم‌سو بامطالعه فوق تعهد حرفه ای پرستاران بالاتر گزارش‌شده است (۱۶). مطالعه حسینی (۱۴۰۰) نشان داده است تعهد حرفه‌ای پرستاران در بخش‌های ویژه به دلیل فشارهای کاری و عاطفی، کمتر از سطح متوسط است. آن‌ها به عواملی مانند کمبود کادر پرستاری، شیفت‌های طولانی و نیاز به تصمیم‌گیری‌های سریع در شرایط بحرانی اشاره کردند. در مقایسه با یافته‌های حاضر، شاید بتوان گفت که عوامل محیطی و سازمانی در بخش‌های ویژه می‌توانند به سطح تعهد حرفه‌ای بالاتر یا پایین‌تر منجر شوند (۱۷). با توجه به یافته‌های مطالعه و مقایسه آن با سایر مطالعات، واضح است که تعهد حرفه‌ای در پرستاران بخش ویژه یک مسئله پیچیده است که تحت تأثیر عوامل متعددی قرار دارد. برای بهبود وضعیت، لازم است که به سلامت روان پرستاران توجه بیشتری شود و اقدامات حمایتی در محیط کار آن‌ها فراهم گردد.

نتایج نشان داد پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود نداشت. بین پریشانی اخلاقی با تعهد حرفه ای در بعد عملکرد حرفه‌ای همبستگی مستقیم (در حد ضعیف) و معنی‌داری وجود داشت اما با سایر ابعاد همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. مطالعه برهانی (۱۳۹۷) همسو با مطالعه فوق در مطالعه‌ای در مورد اثرات پریشانی اخلاقی بر تعهد شغلی در پرستاران بخش‌های ویژه نشان دادند که هرچند پریشانی اخلاقی می‌تواند احساسات منفی ایجاد کند، اما درنهایت تأثیر آن بر تعهد حرفه‌ای زیاد قابل توجه نیست (۱۸). در توجیه این یافته می‌توان گفت عوامل متعددی نظیر حمایت اجتماعی، استرس شغلی، و شرایط کاری با داشتن نقش متغیرهای میانجی ممکن است بر پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای تأثیر بگذارند، و پرستاران از طریق این متغیرها با پریشانی اخلاقی مواجه شده و همچنان به تعهد خود به حرفه پایبند بمانند. محیط کار و فرهنگ‌سازمانی می‌توانند نقش بسزایی در این رابطه ایفا کنند. اگر محیط کار حمایت‌کننده باشد، پرستاران ممکن است توانایی بیشتری برای حفظ تعهد حرفه‌ای خود حتی در زمان وقوع پریشانی‌های اخلاقی داشته باشند. این پژوهش نیز مانند هر مطالعه‌ای با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از محدودیت‌های اصلی، می تواند به حجم کاری بالای پرستاران در محیط کار و استرس شغلی بالای

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

پرستاران بخش مراقبت های ویژه اشاره کرد که بر نحوه پاسخگویی آنان به پرسشنامه‌ها تأثیر می گذارد که جهت برطرف کردن این موضوع پرسشنامه‌ها در ابتدای شیفت در اختیار پرستاران قرار داده شد تا در ساعاتی که زمان کافی داشته باشند اقدام به تکمیل آن نمایند و پرسش‌نامه‌ها در انتهای شیفت جمع‌آوری گردید. این مطالعه با استفاده از پرسشنامه و به روش خودگزارش دهی انجام شد، لذا از شرکت‌کنندگان خواسته شد که به پرسشنامه ها صادقانه و با دقت پاسخ دهند.

نتیجه‌گیری

براساس یافته های مطالعه حاضر، نتیجه گیری اعلام شود پریشانی اخلاقی پرستاران در حد متوسط بود و ارتباط معنی‌داری بین هیچ‌یک از ویژگی های جمعیت شناختی با پریشانی اخلاقی وجود نداشت. پرستاران مورد پژوهش از سطح متوسط تعهد حرفه ای برخوردار بودند، بیشترین میانگین تعهد حرفه ای در بعد عملکرد حرفه ای و کمترین در بعد دل‌بستگی حرفه ای بود. نتایج نشان داد که تعهد حرفه‌ای پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در حداقل یکی از وضعیت‌های استخدام باهم اختلاف معنی‌داری داشت، بدین‌صورت که تعهد حرفه ای در پرستاران رسمی به‌صورت معنی‌داری از پرستاران قراردادی بیشتر بود. با افزایش سن، سابقه کار و سابقه کار در بخش ویژه، تعهد حرفه ای به‌صورت معنی داری افزایش می یابد ولی با جنسیت ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. بین پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه ای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود نداشت. بین پریشانی اخلاقی با تعهد حرفه ای در بعد عملکرد حرفه‌ای همبستگی مستقیم (در حد ضعیف) و معنی‌داری وجود داشت اما با سایر ابعاد همبستگی معنی‌داری مشاهده نشد. با توجه به نتایج به‌دست آمده، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به بررسی نقش میانجی‌گری پریشانی اخلاقی در افزایش یا کاهش تعهد حرفه ای پرداخته شود تا عوامل مختلف تأثیرگذار به‌صورت دقیق‌تری شناسایی شوند. همچنین، طراحی و اجرای مداخله‌ای جهت کاهش پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت های ویژه پیشنهاد می‌شود تا توانایی‌های آن‌ها در این زمینه‌ها تقویت شود. علاوه بر این، مطالعات گسترده‌تری در مورد عوامل تأثیرگذار بر پریشانی اخلاقی و تعهد حرفه‌ای مانند فرهنگ سازمانی، سبک مدیریت، وکارتیمی انجام شود. با توجه به نقش عوامل سازمانی در بروز پریشانی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، سیاست‌گذاران نظام سلامت باید با بهبود نسبت پرستار به بیمار و تقویت حمایت‌های مدیریتی، شرایط کاری مناسب‌تری برای پرستاران فراهم کنند. همچنین توسعه کمیته‌های اخلاق بالینی و اجرای برنامه‌های آموزش تصمیم‌گیری اخلاقی می‌تواند به کاهش تعارضات اخلاقی در محیط‌های مراقبت ویژه کمک کند. علاوه بر این، پایش مستمر پریشانی اخلاقی و اجرای برنامه‌های حمایتی روانی برای کارکنان ICU می‌تواند در تقویت تعهد حرفه‌ای و ارتقای کیفیت مراقبت مؤثر باشد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد رهگیری پژوهش‌یار ۱۴۰۳۲۳۳۰۴۴۸ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران و کد اخلاق IR.IUMS.REC.1402.225 هست. از تمامی شرکت‌کنندگان و اساتید محترم که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، همچنین از مرکز توسعه تحقیقات بالینی شهدای هفت تیر، حضرت رسول اکرم (ص)، فیروزگر، فیروزآبادی دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت مشاوره و همکاری در اجرای طرح کمال تشکر را دارم.

References

1. Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, Hosseinkhani Z, Soleimani MA. The predictive factors of job performance in nurses' moral distress. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2021;29(1):61-71. https://doi.org/10.30699/ajnmc.29.1.61
2. Jameton A. Nursing practice: the ethical issues. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1984.
3. Mohamadi N, Haghani H, Khanjari S. The association of moral distress and demographic characteristics in the nurses of critical care units in Tehran, Iran. Iran J Nurs. 2019;32(119):41-53. https://doi.org/10.29252/ijn.32.121.41
4. Behbodi M, Shafipour V, Amiri M. Comparison of moral distress severity between pediatric ward and pediatric intensive care unit nurses. J Relig Health. 2018;6(2):19-28.
5. Sannino P, Giannì ML, Carini M, Madeo M, Lusignani M, Bezze E, et al. Moral distress in the pediatric intensive care unit:

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]

an Italian study. Front Pediatr. 2019;7:338. https://doi.org/10.3389/fped.2019.00338
6. Rodney PA. What we know about moral distress. AJN Am J Nurs. 2017;117(2):S7-S10. https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512204.85973.04
7. Gerami Nejad N, Ghorbani Moghaddam Z, Kazemi Majd R. Association between resilience and professional commitment among nurses working in intensive care units. Sci Inf Database. 2018;9(3):65-76.
8. Zulaihah S, Harmayetty H, Kusumaningrum T. Factors related to nurses' moral distress in the era of the COVID-19 pandemic: a literature review. Crit Med Surg Nurs J. 2022;11(1):1-9. https://doi.org/10.20473/cmsnj.v11i1.33487
9. Sadeghnezhad H, Nejatmohammad A, Safari A, Jamali J, Varzeshi M. Investigating the relationship between professional status and professional commitment of nurses. J Holist Nurs Midwifery. 2020;30(3):137-43. https://doi.org/10.32598/jhnm.30.3.2004
10. Tajalli S, Rostamli S, Dezvaree N, Shariat M, Kadivar M. Moral distress among Iranian neonatal intensive care units' health care providers: a multi-center cross sectional study. J Med Ethics Hist Med. 2021;14:12. doi:10.18502/jmehm.v14i12.7667. PMID:35035800. https://doi.org/10.18502/jmehm.v14i12.7667
11. 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. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2017;16(2):169-78.
12. Tarhan M. Studying the relationship between professional commitment and autonomy with the level of education in intensive care nurses. J Integr Nurs Palliat Care. 2020;1(1):16-22. https://doi.org/10.51847/ltliCsmi9w
13. Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei S, Ghorbani Moghaddam Z. Association between resilience and professional quality of life among nurses working in intensive care units. Iran J Nurs. 2019;31(115):49-60. https://doi.org/10.29252/ijn.31.116.49
14. Khatib A, Pazhavand MM, Gholamhosseini L, Barkhordari-Sharifabad M. The relationship between perceived organizational supports with moral distress of intensive care units nurses. Paramed Sci Mil Health. 2024;19(1):51-7.
15. Kalaycioglu O, Sert-Ozen A, Yeşildağ A. To stay or leave? Consequences of ethical dilemma experienced by nurses in the intensive care units. J Bus Ethics. 2025;202(2):401-16. https://doi.org/10.1007/s10551-024-05915-5
16. Joker Z, Torabizadeh C, Movahednia Z, Haghighi LHF, Bijani M. Resilience and professional commitment in nurses in practice in COVID-19 units compared to other nurses. Neuropsychiatr Neuropsychol. 2022; 17(1):108-14. https://doi.org/10.5114/nan.2022.117961
17. Hosseyni F, Rahmani H, Tatari M, Kashani E, Modanloo M. Relationship between professional commitment and intention to leave the job among nurses working in intensive care units. J Res Dev Nurs Midw. 2022;19(2):6-9. https://doi.org/10.61186/jgbfnm.19.2.6
18. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. Nurs Ethics. 2019;26(2):346-56. https://doi.org/10.1177/0969733017712083
19. Jafaraghaee F, Ebadi A, DehghanZadeh S, Mehrdad N. Development and psychometric testing of nurses' professional commitment inventory. Med J Islam Repub Iran. 2021;35:1-8. https://doi.org/10.47176/mjiri.35.127
20. NABOUREH, A., IMANIPOUR, M. & SALEHI, T. Moral distress and intention to leave intensive care units: A correlational study. Clinical Ethics, 2021. 16, 234-239. https://doi.org/10.1177/1477750920977094

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-09-15]