

Research Paper

Relationship between Moral Distress and Quality of Work Life among Nurses in Kerman, Southeast of Iran

Masoumeh Fuladvandi¹, Gholamreza Fouladvand², *Leila Malekian³, Sohila Maleki⁴, Nadia Nourmohammade⁵

Citation Fuladvandi M, Fouladvand Gh, Malekian L, Maleki S, Nourmohammade N. [Relationship Between Moral Distress and Quality of Work Life and Among Nurses in Southeastern Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3306. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3306>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3306>

Received: 16 Sep 2024

Accepted: 21 Mar 2025

Available Online: 10 Apr 2025

ABSTRACT

Background & Aims Nurses often face ethical challenges in their work place, which can significantly impact their quality of work life (QWL). This study aims to examine the relationship between moral distress and QWL in Iranian nurses.

Materials & Methods This descriptive-correlational study was conducted from April to July 2023 in teaching hospitals of Kerman province (Kerman, Bam, Jiroft cities), southeast of Iran. A total of 290 nurses with at least a bachelor's degree and six months of full-time work experience were selected using a stratified random sampling method. The data collection tools included a demographic form, Corley et al.'s revised moral distress scale (MDS) and the quality of nursing work life scale. Data were analyzed using SPSS software, Version 20, with a significance level set at 0.05.

Results The mean score of moral distress was 140.61 ± 43.795 , and the mean score of QWL was 155.9 ± 25.077 . A moderate negative relationship was observed between moral distress and QWL ($R = -0.562$, $P < 0.05$), and a weak negative relationship was found between the intensity ($R = -0.042$, $P < 0.05$) and frequency of moral distress ($R = -0.063$, $P < 0.05$) and QWL.

Conclusion The increase in moral distress is associated with a decrease in the QWL among Iranian nurses. Hospital managers should develop policies and interventions for improving the work environment and thus reducing moral distress of nurses.

Keywords:

Moral distress,
Quality of work life,
Nursing

1. Social Determinants of Health Research Center, Aligoudarz School of Nursing, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran.
2. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. Clinical Research Center, Paster Educational Hospital, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran.
4. Department of Health Psychology, Faculty of Psychology, Najaf Abad Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
5. Clinical Research Center, Shafa Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

*** Corresponding Author:**

Leila Malekian

Address: Clinical Research Center, Paster Educational Hospital, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran.

Tel: +98 (913) 2462236

E-Mail: l.malkian@gmail.com



Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Due to spending more time with patients compared to other healthcare providers, nurses are constantly confronted with complex ethical issues, which may expose them to moral distress. This condition, initially described by Jameton, occurs when individuals, despite having adequate knowledge, are unable to act ethically due to organizational constraints, leading to internal conflict and helplessness. Various studies, including those conducted in Iran and Brazil, have reported moderate levels of moral distress among nurses. This phenomenon has several negative consequences, including burnout, job dissatisfaction, a desire to leave the job and even a decline in the quality of patient care. As a result, moral distress affects not only nurses' personal lives but also their professional performance, particularly in organizational culture and service quality.

Quality of work life (QWL), which refers to the ability of nurses to meet both personal and professional needs in the workplace, is recognized as a key factor in enhancing job satisfaction and mitigating ethical problems. Poor QWL can threaten patient safety and reduce care quality. Studies have indicated that burnout and low QWL are associated with higher turnover intentions and lower professional behavior. Focusing on QWL not only improves organizational productivity but also contributes to the recruitment and retention of nurses. In other words, improving nurses' QWL is considered a crucial factor in ensuring the stability of the healthcare system.

Given the concerns in hospitals regarding non-compliance with certain ethical standards and lack of awareness of ethical principles, moral distress is currently one of the growing issues in the nursing profession, significantly impacting nurses' work and potentially undermining their performance. Therefore, this study aimed to determine the relationship between moral distress and QWL among Iranian nurses.

Methods

This descriptive-correlational study was conducted from April to July 2023 in teaching hospitals located in Kerman province (Kerman, Bam, Jiroft cities), Iran, affiliated to Kerman University of Medical Sciences. We selected 290 nurses with at least a bachelor's degree and six months of full-time work experience using a stratified random sampling method, after obtaining informed

consent from them. Data collection tools included: a) Demographic form, surveying age, gender, department, work experience, job position, and education level; b) The moral distress scale (MDS) designed by Corley et al. [22] in 1995 and revised in 2001, which has 21 items and two dimensions: Intensity and frequency. Intensity is rated on a Likert scale from 0 (none) to 4 (very high), and frequency is rated from 0 (never) to 4 (daily). Borhani et al. [24] confirmed the reliability of the Persian version of revised MDS (MDS-R) with a Cronbach's α coefficient of 0.93, as well as its validity with a content validity index (CVI) of 0.88; (c) the Quality of Nursing Work Life scale (QNWL) developed by Brooks, which has four dimensions and 42 items, rated on a six-point Likert scale. The dimensions are: personal home/work life (items 1 to 7), work design (items 8 to 17), work context (items 18 to 37), and work world (items 38 to 42). Each item is scored from 1 (completely disagree) to 6 (completely agree), and the total score ranges 42-252. The content validity of the Persian version of this questionnaire was confirmed by 10 experts and faculty members of Kerman University of Medical Sciences (CVI=0.81). It was tested on 20 nurses in our study, and its reliability coefficient was calculated using Cronbach's α , yielding a value of 0.83. The collected data were analyzed using SPSS software, version 20 and the significance level for the tests was set at 0.05.

Results

Among 290 nurses, 258(89%) were female and 32(11%) were male. Their mean age was 27.34 ± 1.02 years, with 96 (33.1%) aged 31-40 years. Most of participants ($n=227$, 78.3%) were married and had more than 10 years of work experience ($n=121$, 41.7 %). A majority ($n=236$, 81.4%) held nursing positions, with 87 (30%) working in specialized units and 61(21%) in surgical departments. Furthermore, 263(90.7%) had a bachelor's degree, 164(56.6%) had formal employment and 209(72.1%) had rotational work shifts. The mean score of MDS-R was 140.61 ± 43.795 and the mean total score of the QNWL was 155.9 ± 25.077 . The moral distress was classified as high in 67(23.1%) nurses, moderate in 217(73.8%) nurses and low in 6(2.1%) nurses. Regarding QWL, 249(85.9%) nurses reported moderate levels, 21(7.2%) high level and 20(6.9%) low levels.

The results of correlation test revealed the significant positive relationship of moral distress with age ($R=0.728$, $P<0.05$) and work experience ($R=0.607$, $P<0.05$). The QWL was significantly associated with work experience ($R=0.105$, $P<0.05$), marital status ($R=0.031$, $P<0.05$), and job position ($R=0.119$, $P<0.05$). Additionally, a moderate negative relationship was found between moral distress

and QWL ($R=-0.562$, $P<0.05$). There was also a weak negative correlation between the intensity ($R=-0.042$, $P<0.05$) and frequency ($R=-0.063$, $P<0.05$) of moral distress and QWL.

Conclusion

This study demonstrates a significant negative correlation between moral distress and QWL among nurses working in reaching hospitals in Kerman, Iran. As moral distress of nurses increases, their QWL decreases, highlighting the need for targeted interventions to reduce nurses' moral distress. Hospital managers should prioritize creating environments where nurses can address ethical challenges effectively without compromising their well-being. Providing support, improving staffing, offering ethics education, and redefining hospital policies can help reduce moral distress of nurses. By improving the work environment, hospital managers can enhance nurses' job satisfaction and reduce moral distress, which in turn, can lead to better patient outcomes and more sustainable healthcare systems. Moral distress and QWL are important factors in nursing care. It is essential to pay attention to them for ensuring nurses' well-being and high-quality healthcare delivery. Further studies should explore these dynamics using more in-depth methodologies such as interviews, to provide a richer understanding of how to mitigate moral distress in nursing practice.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was conducted according to the ethical principles. Ethical approval was obtained from the Ethics Committee of [Kerman University of Medical Sciences](#) (Code: IR.MUBAM.REC.1397.034).

Funding

This study was funded by [Bam University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Initial draft preparation: Leila Malkian and Nadia Noormohammad; Statistical analysis: Gholamreza Fouladvandi; writing: Masoumeh Fouladvandi and Soheila Maleki

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the Deputy for Research of [Bam University of Medical Sciences](#) for funding this study, and all nurses participated in this study for their cooperation.



مقاله پژوهشی

رابطه بین پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در پرستاران جنوب شرق ایران

معصومه فولادوندی^۱، غلامرضا فولادوند^۲، لیلیا ملکیان^۳، سهیلا ملک^۴، نادیا نورمحمدی^۵

Citation Fuladvandi M, Fouladvand Gh, Malekyan L, Maleki S, Nourmohammade N. [Relationship Between Moral Distress and Quality of Work Life and Among Nurses in Southeastern Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3306. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3306>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3306>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۶ شهریور ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۱ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۲۱ فروردین ۱۴۰۴

زمینه و هدف: پرستاران اغلب در محیط کار خود با مسائل اخلاقی مواجه می‌شوند که بر سطح کیفیت زندگی کاری آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در پرستاران انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی تحلیلی از اردیبهشت تا مرداد سال ۱۴۰۲ در بیمارستان‌های آموزشی کرمان (کرمان، بم و جیرفت) انجام شده است. ۲۹۰ پرستار با حداقل مدرک کارشناسی و حداقل ۶ ماه سابقه کار تمام وقت از طریق نمونه‌گیری تصادفی-طبقه‌ای و پس از تکمیل فرم رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سه بخش، اطلاعات جمعیت‌شناختی، پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی کارلی و پرسش‌نامه کیفیت زندگی کاری است. داده‌ها پس از ورود، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۹۵ درصد تعیین شد.

یافته‌ها: نتایج آمار توصیفی نشان داد میانگین امتیاز پریشانی اخلاقی (۱۴۰/۶۱±۴۳/۷۹۵) و کیفیت زندگی کاری پرستاران (۱۵۵/۹±۲۵/۰۷۷) بود. بین پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری ارتباط معکوس متوسط ($P<0/05$, $R=-0/562$) و بین شدت ($P<0/05$, $R=-0/42$) و تکرار پریشانی اخلاقی ($P<0/05$, $R=-0/43$) با کیفیت زندگی کاری ارتباط معکوس ضعیف مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد با افزایش پریشانی اخلاقی، کاهش کیفیت زندگی کاری پرستاران رخ می‌دهد. این نتایج تأکید می‌کنند که مسائل اخلاقی در محیط کار می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر رضایت شغلی، تعاملات اجتماعی و حالت روانی پرستاران داشته باشند. نتایج این پژوهش می‌تواند به سازمان‌ها و مدیران در اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود محیط کار و ارتقای اخلاق حرفه‌ای کمک کند.

کلیدواژه‌ها:

پریشانی اخلاقی،
کیفیت زندگی کاری،
پرستاری

۱. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده پرستاری الیگودرز، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران.
۲. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
۳. مرکز تحقیقات بالینی، بیمارستان آموزشی پاستور، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران.
۴. گروه روانشناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
۵. مرکز تحقیقات بالینی، بیمارستان شفاء، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

* نویسنده مسئول:

لیلا ملکیان

نشانی: بم، دانشگاه علوم پزشکی بم، بیمارستان آموزشی پاستور، مرکز تحقیقات بالینی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۳) ۲۴۶۲۲۳۶

رایانامه: l.malkyan@gmail.com

Copyright © 2025 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

جولوگیری کننده از تغییر و ترک شغل در سیستم‌های مختلف می‌باشد [۱۵]. بنابراین باید مورد توجه قرار گیرد. کیفیت زندگی کاری یک مفهوم چندبعدی و پیچیده است که توسط سازمان مورد استفاده قرار می‌گیرد و تحت تأثیر و تعامل با بسیاری از جنبه‌های زندگی کاری و شخصی است تا حدی که کارکنان از طریق مشارکت در محل کار در حین دستیابی به اهداف سازمان از نیازهای شخصی و کاری ارضا شوند [۱۳].

توجه به کیفیت زندگی کاری پرستاران برای کیفیت مراقبت‌ها و جذب و ابقای پرستاران امری ضروری است [۱۶]. بروکس هدف از کیفیت زندگی کاری را در دو مورد بهبود کیفیت تجربه کاری کارکنان و هم‌زمان بهبود بهره‌وری کلی سازمان بیان می‌کند [۱۷]. کیفیت زندگی کاری از دیدگاه پرستاران عبارت است از درجه‌ای که پرستاران می‌توانند نیازهای شخصی مهم خود را از طریق تجربیات‌شان در سازمان کاری خود و درعین حال دستیابی به اهداف سازمان برآورده کنند. کیفیت زندگی کاری اثرات مهمی بر واکنش‌های رفتاری کارکنان مانند هویت سازمانی، رضایت شغلی، مشارکت کاری، تلاش شغلی، عملکرد شغلی، قصد ترک خدمت می‌گذارد [۱]. رضایت پرستاران از کیفیت زندگی کاری به پیامدهای مثبتی مانند بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده منجر می‌شود و درمقابل نارضایتی پرستاران از کیفیت زندگی کاری ممکن است بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر بگذارد و ایمنی بیماران را تهدید کند [۱۶].

از آنجاکه پرستاران به‌دلیل نقش خود در محیط‌های پرچالش کاری با معضلات اخلاقی متعدد مواجه هستند، کیفیت زندگی کاری آن‌ها می‌تواند تحت تأثیر مستقیم پریشانی اخلاقی قرار گیرد [۱۸-۲۰]. مطالعات پیشین عمدتاً به بررسی پریشانی اخلاقی یا کیفیت زندگی کاری به‌صورت جداگانه پرداخته‌اند و کمتر به ارتباط بین این دو متغیر توجه کرده‌اند. بااین‌حال، شواهد کافی برای تأیید یا رد این ارتباط در بافت فرهنگی و سازمانی خاص ایران وجود ندارد. بنابراین شرایط کاری و ساختارهای سازمانی متفاوت ممکن است به نتایج مختلفی در بررسی ارتباط این دو متغیر منجر شود [۲۱]؛ برای مثال، فشارهای اخلاقی در سیستم‌های بهداشتی ایران ممکن است به‌دلیل تفاوت در منابع، فرهنگ سازمانی و تعاملات حرفه‌ای، اثرات متفاوتی بر کیفیت زندگی کاری پرستاران داشته باشد. این امر نشان می‌دهد بررسی این ارتباط در شرایط مختلف به‌ویژه در ایران ضروری است. بنابراین باتوجه‌به اینکه تأیید ارتباط بین این متغیرها به تحقیقات بیشتری خصوصاً در ایران و با ساختارهای خاص اداری و شغلی نیاز دارد؛ این مطالعه با هدف تعیین ارتباط پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در پرستاران جنوب شرق ایران انجام شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت قرار دهد تا با بهبود شرایط کاری و تقویت کیفیت زندگی کاری پرستاران، انگیزه آنان

پرستاران شاغل در سیستم‌های مراقبت بهداشتی درمانی به‌عنوان گروه وسیعی از تیم مراقبتی، تسهیل‌کنندگان مراقبت بیمارستانی و به‌عنوان اعضای مهم تیم سلامت، نقش اساسی در ارائه مراقبت شایسته، پاسخگو و اخلاقی دارند [۱]. پرستاران بنابر وضعیت حرفه‌ای و مواجهه با بیماران و ارائه مراقبت به آن‌ها بیش از سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی به‌طور مداوم و فزاینده‌ای با معضلات اخلاقی و معنوی پیچیده‌ای مواجه هستند [۲]. پرستاران باتوجه‌به مواجهه با تصمیمات اخلاقی ممکن است احساس درماندگی کنند و قادر به ارائه درمان مطابق با اعتقادات خود نباشند و در نتیجه در معرض پریشانی اخلاقی قرار می‌گیرند [۳].

پریشانی اخلاقی مشکل رایجی است که به‌طور کلی می‌تواند اثرات نامطلوبی بر پرستاران، بیماران و سیستم مراقبت‌های بهداشتی از طریق تأثیر آن بر فرهنگ سازمانی، کیفیت مراقبت و موفقیت در مراقبت داشته باشد [۴]. این پدیده یکی از موضوعات مهم اخلاقی بوده که برای اولین بار جامپتون مطرح کرده است. وی پریشانی اخلاقی را شرایطی می‌داند که افراد به‌دلیل محدودیت‌های موجود قدرت انجام آن را نداشته و بین تصمیم اخلاقی صحیح و عملی که برخلاف آن بایستی انجام دهند، دچار حالت تعارض شده و با وجود داشتن دانش لازم، مانع از عملکرد مناسب افراد می‌شود [۵].

نتایج مطالعات متعدد سطوح پایین تا متوسط و بالای پریشانی اخلاقی را در میان پرستاران نشان داده‌اند. نتایج مطالعات در ایران، پریشانی اخلاقی در بین پرستاران را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند [۶-۸]. همچنین راموس و همکاران در مطالعه خود سطح پریشانی اخلاقی در پرستاران را متوسط گزارش کردند [۹]. پریشانی اخلاقی هم بر زندگی شخصی و هم زندگی حرفه‌ای پرستاران تأثیر می‌گذارد. ازجمله پیامدهای بالقوه پریشانی اخلاقی فرسودگی شغلی [۱۰، ۱۱]، نارضایتی شغلی [۱۲] و تمایل به ترک شغل [۱۰] است. این پیامدهای ناشی از پریشانی در نهایت می‌تواند به تشدید کمبود پرستار [۱۰]، افت کیفیت مراقبت و تأثیر منفی بر راندمان کاری و کیفیت زندگی کاری پرستاران منجر گردد [۲، ۱۲]. در نتیجه این موارد اثر مضر بر کیفیت زندگی حرفه‌ای افراد دارند [۱۲].

همچنین نتایج مطالعه هانگ نشان داد فرسودگی شغلی و کیفیت پایین زندگی کاری با ترک شغل، رفتار حرفه‌ای ضعیف، افزایش خطر خطاهای پرستاری و همچنین اثرات مخرب بر سلامت شخصی و روابط مرتبط است [۱۳]. نتایج مطالعه جعفری نشان داد کیفیت زندگی کاری ازجمله عوامل مهمی است که بر ترک خدمت پرستاران تأثیر می‌گذارد [۱۴]. باتوجه‌به اینکه کیفیت زندگی کاری یکی از عوامل مهم در حفظ و جذب کارکنان است و به‌عبارتی توجه به آن از عوامل مهم

را برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت بالاتر افزایش دهند. توجه به این مسئله می‌تواند نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و کاهش بار روانی بر پرستاران ایفا کند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، پژوهشی توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی است که در بیمارستان‌های آموزشی استان کرمان (کرمان، بم و جیرفت) از اردیبهشت تا مرداد سال ۱۴۰۲ انجام شد. جامعه آماری پژوهش پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی استان کرمان ۲۷۴۰ نفر بود. در این پژوهش حجم نمونه ۳۰۰ نفر بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای و باتوجه به جامعه پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه مورد نیاز با در نظر گرفتن آلفای ۵ درصد، توان ۸۰ درصد و باتوجه به اینکه مطالعه مشابه یافت نشد ضریب همبستگی ۲۰ درصد در نظر گرفته شد که حجم نمونه مورد نیاز با احتمال ریزش نمونه‌ها، ۳۰۰ نفر برآورد گردید. باتوجه به تعداد پرستاران در شهرهای مختلف استان کرمان، ۲۰۰ پرستار از شهر کرمان، ۵۰ پرستار از بم و ۵۰ پرستار از جیرفت انتخاب شدند.

روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی طبقه‌ای است. نمونه‌گیری طبقه‌ای از طبقات (بیمارستان‌های آموزشی برحسب تعداد پرستاران) بود که افراد به‌صورت تصادفی ساده از آن‌ها انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، اشتغال تمام وقت در بیمارستان‌های کرمان، سابقه کار حداقل ۶ ماه مداوم بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌ها بود. بعد از انتخاب شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه، جهت شرکت در مطالعه دریافت شد. تعداد ۱۰ پرسش‌نامه که به‌صورت ناقص تکمیل شده بودند از مطالعه خارج شدند.

مطالعه پس از اخذ کد از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بم و معرفی‌نامه کتبی و با حفظ احترام و رعایت حقوق افراد، جلب اعتماد آن‌ها با تشریح اهداف و ماهیت پژوهش به واحدهای مورد پژوهش و اطمینان از شرکت اختیاری در پژوهش محرمانگی اطلاعات و بی‌نام بودن پرسش‌نامه‌ها صورت گرفت.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل سه پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه اول برای بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی بود که ویژگی‌های سن، جنس، بخش محل خدمت، سنوات خدمت، سمت و تحصیلات را مورد بررسی قرار می‌داد.

پرسش‌نامه دوم ابزار سنجش دیسترس اخلاقی بود که این پرسش‌نامه را کارلی و همکاران در سال ۱۹۹۵ طراحی کرده‌اند و در سال ۲۰۰۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و شامل ۲۱ سؤال است [۲۲]. گزینه‌های این پرسش‌نامه در دو بعد شدت و تکرار تنظیم شده و مطابق معیار لیکرت، در بعد شدت از صفر (اصلاً)

تا ۴ (بسیار زیاد) و در بعد تکرار، از صفر (هرگز) تا ۴ (مکرراً) مورد سنجش قرار گرفته است. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه بحرانی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روایی آن به روش CVI معادل ۸۸ درصد گزارش شده است [۲۴].

پرسش‌نامه سوم کیفیت زندگی کاری پرستاران بروکس است که شامل چهار بعد کیفیت زندگی کاری و دارای ۴۲ سؤال با مقیاس اندازه‌گیری در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای است. بعد زندگی شخصی (سؤال‌های ۱ تا ۷) بعد چهارچوب کاری (سؤال‌های ۸ تا ۱۷) بعد زمینه کاری (سؤال‌های ۱۸ تا ۳۷) بعد جهانی کار (سؤال‌های ۳۸ تا ۴۲) مورد ارزیابی و سنجش قرار گرفت. به هر گویه، نمره ۱ تا ۶ اختصاص می‌یابد. برای محاسبه امتیاز کلی پرسش‌نامه، نمره همه گویه‌های پرسش‌نامه جمع زده می‌شود. بدین ترتیب نمره ۴۲ برای کمترین حالت کیفیت زندگی کاری از نظر مشارکت‌کننده در پژوهش و نمره ۲۵۲ طبق راهنمای کاربرد ابزار با ادغام میانگین نمرات سه مقیاس کاملاً مخالف تا مخالف به صورت مخالف و ادغام میانگین نمرات سه مقیاس موافق تا کاملاً موافق به‌صورت موافق گزارش شده است [۲۵].

این پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان و اساتید داخل و خارج از دانشگاه علوم پزشکی کرمان قرار گرفت و پیشنهادات اصلاحی در ابزار اعمال شدند (CVI=۰/۸۱). بعد از روایی محتوا، پایایی ابزار کیفیت زندگی کاری بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۰ پرستار بار روش آزمون بازآزمون انجام شد و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برآورد شد. سپس داده‌ها، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شدند و سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۹۵ درصد تعیین شد. در این مطالعه، بعد از تأیید نرمال بودن توزیع داده‌ها، ابتدا برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی (مانند سن، جنسیت، تحصیلات، سنوات خدمت و بخش محل خدمت) از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و فراوانی و درصد برای متغیرهای کیفی استفاده شد. جهت بررسی رابطه بین شدت و تکرار پریشانی اخلاقی با ابعاد کیفیت زندگی کاری (چهارچوب کاری، زمینه کاری، زندگی شخصی و جهانی کار) از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید. همچنین، برای مقایسه میانگین نمرات پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در گروه‌های مختلف جمعیت‌شناختی، آزمون تی مستقل^۱ و آنالیز واریانس^۲ (مانکوا) به کار گرفته شد.

1. Independent-Samples T Test
2. MANOVA

یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۹۰ نفر ۳۰۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی استان کرمان مشارکت داشتند. نتایج نشان داد ۳۲ نفر (۱۱ درصد) مرد و ۲۵۸ نفر (۸۹ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان $34/27 \pm 1/02$ سال بود. از این تعداد، ۹۶ نفر (۳۳/۱ درصد) در بازه سنی ۳۱ تا ۴۰ سال قرار داشتند. همچنین، ۲۲۷ نفر (۷۸/۳ درصد) متأهل بودند و بیشترین تعداد شرکت‌کنندگان (۱۲۱ نفر) سابقه کاری بیش از ۱۰ سال داشتند. علاوه بر این، ۲۶۳ نفر (۹۰/۷ درصد) دارای مدرک لیسانس و ۱۶۴ نفر (۵۶/۶ درصد) دارای وضعیت شغلی رسمی بودند. از نظر نوع نوبت کاری، ۲۰۹ نفر (۷۲/۱ درصد) در نوبت‌های گردشی مشغول به کار بودند (جدول شماره ۱).

نتایج آمار توصیفی نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره پریشانی اخلاقی $140/43 \pm 61/795$ و میانگین نمره کیفیت زندگی کاری $155/25 \pm 9/077$ بود. در این مطالعه، ۶۷ نفر (۲۳/۱) از شرکت‌کنندگان پریشانی اخلاقی بالا، ۲۱۷ نفر (۷۳/۸) متوسط و ۶ نفر (۲/۱) پریشانی اخلاقی پایین گزارش کردند. همچنین، ۲۱ نفر (۷/۲) از شرکت‌کنندگان دارای کیفیت زندگی کاری بالا، ۲۴۹ نفر (۸۵/۹) دارای کیفیت زندگی کاری متوسط و ۲۰ نفر (۶/۹) در سطح ضعیف قرار داشتند. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی کاری و پریشانی اخلاقی شرکت‌کنندگان را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد بین پریشانی اخلاقی با سن ($R=0/728$ ، $P<0/05$) و سابقه کار ($R=0/607$ ، $P<0/05$) رابطه معنادار مثبت و قوی وجود دارد. همچنین کیفیت زندگی کاری نیز به‌طور معناداری با متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله سابقه کار ($R=0/105$ ، $P<0/05$)، تأهل ($R=0/31$ ، $P<0/05$) و موقعیت شغلی ($R=0/119$ ، $P<0/05$) ارتباط مثبت و ضعیف دارد. جدول شماره ۳ ارتباط بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی را با ابعاد پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری نشان می‌دهد.

علاوه بر این، نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون یک رابطه معکوس متوسط بین پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری نشان داد ($r=0/562$ ، $P<0/05$). همچنین بین شدت ($r=0/42$ ، $P<0/05$) و تکرار پریشانی اخلاقی ($r=0/63$ ، $P<0/05$) با کیفیت زندگی کاری ارتباط معکوس و ضعیف مشاهده شد. جدول شماره ۴ ارتباط بین ابعاد پریشانی اخلاقی و ابعاد کیفیت زندگی کاری را نمایش می‌دهد.

بحث

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر، پرستاران از کیفیت زندگی کاری متوسطی برخوردار بودند. یافته‌های مطالعه ملازم و همکاران بر پرستاران شاغل در بخش‌های انکولوژی، مطالعه محمدی و همکاران ۲۰۱۷ در پرستاران شاغل بیمارستان‌های اردبیل، مطالعه مرادی و همکاران بر پرستاران کاشان و مطالعه ریاضی و همکاران در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی بیرجند

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران دانشگاه‌های علوم پزشکی (بم، جیرفت و کرمان) در سال ۱۳۹۸

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	زن ۲۵۸ (۸۹/۰)
	مرد ۳۲ (۱۱/۰)
سن	۲۱ تا ۳۰ سال ۹۳ (۳۲/۱)
	۳۱ تا ۴۰ سال ۹۶ (۳۳/۱)
	۴۱ تا ۵۰ سال ۹۲ (۳۱/۷)
	۵۱ تا ۶۰ سال ۹ (۳/۱)
وضعیت تأهل	مجرد ۶۳ (۲۱/۷)
	متأهل ۲۲۷ (۷۸/۳)
سابقه کار	کمتر از ۵ سال ۹۱ (۳۱/۴)
	۵ تا ۱۰ سال ۷۸ (۲۶/۹)
	بیشتر از ۱۰ سال ۱۲۱ (۴۱/۷)

متغیر	تعداد (درصد)
سمت	پرستار ۲۳۶(۸۱/۴)
	سرپرستار ۴۸(۱۶/۶)
	سوپروایزر ۶(۲/۱)
بخش کاری	اورژانس ۴۹(۱۶/۹)
	داخلی ۸۷(۳۰/۰)
	جراحی ۶۱(۲۱/۰)
	ویژه ۸۷(۳۰/۰)
	دفتری ۶(۲/۱)
تحصیلات	لیسانس ۲۶۳(۹۰/۷)
	فوقلیسانس ۲۷(۹/۳)
نوع حکم	رسمی ۱۶۴(۵۶/۶)
	پیمانی ۳۹(۱۳/۴)
	طرحی ۶۶(۲۲/۸)
	شرکتی ۲۱(۷/۲)
نوع نوبت کاری	صبح کار ۷۸(۲۶/۹)
	عصر کار ۲(۰/۷)
	شب کار ۱(۰/۳)
	در گردش ۲۰۹(۷۳/۱)

نشریه پرستاری ایران

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد پرسش نامه پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در واحدهای پژوهش

حیطه ها	میانگین $\pm$ انحراف معیار
پریشانی اخلاقی	شدت پریشانی ۴۵/۷۳ $\pm$ ۱۰/۴۲۸
	تکرار پریشانی ۴۹/۶۹ $\pm$ ۱۳/۸۲۱
	کل ۱۴۰/۶۱ $\pm$ ۴۳/۷۹۵
کیفیت زندگی کاری	بعد زندگی شخصی ۲۴/۳۱ $\pm$ ۵/۴۹۹
	بعد چهارچوب کاری ۳۶/۶۲ $\pm$ ۶/۰۷۵
	بعد زمینه کاری ۷۸/۱۵ $\pm$ ۱۵/۵۳۵
	بعد جهانی کار ۱۶/۸۱ $\pm$ ۴/۰۷۶
	کل ۱۵۵/۹ $\pm$ ۲۵/۰۷۷

نشریه پرستاری ایران

جدول ۳. ارتباط ابعاد دو پرسش‌نامه با فاکتورهای جمعیت‌شناختی

متغیر	جنس	سن	تاهل	سابقه کار	سمت	بخش	تحصیلات	حکم	نویت کاری
شدت پریشانی	P=۰/۶۲۵ R=۰/۱۳۵	P=۰/۳۸۹ R=۰/۰۵۱	P=۰/۷۲۱ R=۰/۰۲۱	P=۰/۰۳۵ R=۰/۰۸۷	P=۰/۴۸۳ R=۰/۰۴۱	P=۰/۰۸۴ R=۰/۳۶۱	P=۰/۸۰۷ R=۰/۰۱۴	P=۰/۲۷۰ R=۰/۰۶۵	P=۰/۶۱۷ R=۰/۰۲۹
تکرار پریشانی	P=۰/۰۶۱ R=۰/۳۶۶	P=۰/۳۷۱ R=۰/۰۵۳	P=۰/۲۶۶ R=۰/۰۶۵	P=۰/۳۶۵ R=۰/۰۵۳	P=۰/۴۶۳ R=۰/۰۴۳	P=۰/۳۸۴ R=۰/۰۵۱	P=۰/۱۶۲ R=۰/۰۸۲	P=۰/۴۷۴ R=۰/۰۴۲	P=۰/۳۶۶ R=۰/۰۵۳
پریشانی اخلاقی	P=۰/۲۴۵ R=۰/۰۶۸	P=۰/۰۲۱ R=۰/۷۲۸	P=۰/۵۶۴ R=۰/۰۳۴	P=۰/۰۳۰ R=۰/۰۶۷	P=۰/۰۵۶ R=۰/۳۴۲	P=۰/۲۴۵ R=۰/۰۶۸	P=۰/۲۵۲ R=۰/۰۶۷	P=۰/۲۲۸ R=۰/۰۷۰	P=۰/۷۳۲ R=۰/۰۲۰
زندگی شخصی	P=۰/۱۲۷ R=۰/۲۲۴	P=۰/۰۶۳ R=۰/۲۷۳	P=۰/۰۳۲ R=۰/۳۱۶	P=۰/۰۱۷ R=۰/۰۲۸	P=۰/۲۴۵ R=۰/۰۹۵	P=۰/۰۴۵ R=۰/۱۱۵	P=۰/۰۶۱ R=۰/۲۲۵	P=۰/۰۴۰ R=۰/۰۶۵	P=۰/۰۵۲ R=۰/۰۴۹
چهارچوب کاری	P=۰/۰۵۶ R=۰/۲۶۹	P=۰/۴۱۷ R=۰/۰۵۲	P=۰/۲۰۸ R=۰/۰۲۷	P=۰/۲۲۸ R=۰/۰۳۶	P=۰/۱۵۶ R=۰/۳۲۵	P=۰/۱۴۷ R=۰/۲۸۶	P=۰/۰۵۲ R=۰/۰۱۱	P=۰/۰۶۸ R=۰/۰۶۲	P=۰/۱۶۳ R=۰/۱۴۳
کیفیت زندگی کاری	P=۰/۰۴۲ R=۰/۰۶۸	P=۰/۲۲۶ R=۰/۲۱۹	P=۰/۱۳۵ R=۰/۲۷۷	P=۰/۰۶۸ R=۰/۰۶۲	P=۰/۰۴۰۹ R=۰/۰۱۶	P=۰/۰۵۵ R=۰/۱۲۲	P=۰/۱۵۷ R=۰/۲۱۳	P=۰/۰۷۴ R=۰/۰۳۹۵	P=۰/۲۳۶ R=۰/۰۵۷
جهانی کار	P=۰/۲۰۸ R=۰/۰۸۶	P=۰/۰۶۵ R=۰/۳۵۴	P=۰/۴۴۲ R=۰/۶۲۸	P=۰/۰۸۴ R=۰/۰۵۵	P=۰/۰۵۳ R=۰/۰۶۲	P=۰/۱۹۸ R=۰/۰۴۴	P=۰/۰۸۴ R=۰/۰۶۸	P=۰/۰۴۰۷ R=۰/۰۴۱	P=۰/۱۷۸ R=۰/۰۶۲
کیفیت زندگی کاری	P=۰/۰۹۶۷ R=۰/۰۰۲	P=۰/۰۷۴ R=۰/۱۲۳	P=۰/۰۱۲ R=۰/۰۳۱	P=۰/۰۳۶ R=۰/۱۰۵	P=۰/۰۴۳ R=۰/۱۱۹	P=۰/۰۵۲ R=۰/۰۶۲۱	P=۰/۲۵۱ R=۰/۱۱۹	P=۰/۲۷۰ R=۰/۰۶۵	P=۰/۱۱۲ R=۰/۲۱۱

نشریه پرستاری ایران

کرمان و مطالعه عابدی و همکاران در پرستاران بم گویای پایین بودن کیفیت زندگی کاری در پرستاران بود [۲۱، ۲۰، ۱۴]. این تناقض ممکن است به دلیل تأثیرات چندگانه بر کیفیت زندگی شغلی و استرسی که بر پرستاران تحمیل می‌شود، باشد. این

با نتایج مطالعه ما همسو بود [۲۶-۲۸]؛ اما برخی مطالعات وضعیت کیفیت زندگی کاری پرستاران را در سطح پایین ارزیابی کردند. نتایج مطالعه جعفری و همکاران بر روی پرستاران دولتی و خصوصی گیلان، مطالعه صابر و همکاران بر روی پرستاران

جدول ۴. ضرایب همبستگی برای بررسی ارتباط پریشانی اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در واحدهای مورد پژوهش

کیفیت زندگی کاری	بعد زندگی شخصی	بعد چهارچوب کاری	بعد زمینه کاری	بعد جهانی کار	کیفیت زندگی کاری
شدت پریشانی	P=۰/۰۲۷ P=۰/۶۴۴	P=۰/۰۸۷ P=۰/۱۲۹	P=۰/۰۱۸ P=۰/۷۵۹	P=۰/۰۸۳ P=۰/۱۵۷	P=۰/۰۴۲ P=۰/۰۱۵
تکرار پریشانی	P=۰/۰۱۸ P=۰/۷۵۵	P=۰/۰۷۷ P=۰/۱۹۳	P=۰/۰۰۲ P=۰/۹۷۷	P=۰/۰۳۳ P=۰/۵۷۷	P=۰/۰۶۳ P=۰/۰۳۲
پریشانی اخلاقی	P=۰/۱۷۸ P=۰/۰۰۲	P=۰/۰۸۱ P=۰/۱۶۹	P=۰/۰۱۱ P=۰/۸۵۲	P=۰/۰۱۴ P=۰/۸۱۸	P=۰/۰۵۶۲ P=۰/۰۰۱

نشریه پرستاری ایران

بخش‌های مربوط به نوزادان و کودکان، هریک دارای ویژگی‌ها و نیازهای منحصر به فردی هستند که می‌توانند موجب افزایش پریشانی اخلاقی شوند. این تفاوت در نیازها و شرایط محیط کاری می‌تواند بر میزان پریشانی اخلاقی پرستاران در بخش‌های مختلف تأثیر بگذارد.

در این مطالعه بین سن، جنس، تحصیلات و نوع استخدام با کیفیت زندگی کاری ارتباطی دیده نشد. این یافته با نتایج مطالعه ابراهیم آبادی و همکاران [۲۱] همسو است. احتمالاً این همسویی می‌تواند به دلیل تشابه فرهنگی موجود در استان باشد، زیرا توازن نسبی توجیهات فرهنگی در یک فرهنگ خاص تأثیر عمده‌ای بر نحوه نگرش اعضای سازمان دارد.

نتایج همچنین نشان داد وضعیت تأهل بر کیفیت زندگی کاری تأثیر دارد. در توجیه آن می‌توان گفت، تأثیر وضعیت تأهل بر کیفیت زندگی کاری پرستاران ممکن است به دلیل تأثیر آن بر توازن بین زندگی حرفه‌ای و شخصی، انتظارات اجتماعی و فشارهای اضافی مرتبط با تعهدات خانوادگی باشد. پرستاران متأهل ممکن است با چالش‌هایی همچون مدیریت زمان برای تعامل با خانواده مواجه شوند. این مسائل می‌توانند بر کیفیت زندگی شغلی و رضایت از کار تأثیر بگذارند. به علاوه، مسئولیت‌های خانوادگی ممکن است باعث افزایش استرس و فشارهای روانی شود که می‌تواند به کاهش کیفیت زندگی کاری منجر شود.

یافته‌های آماری نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار بین سابقه کار، نوع بخش و نوع استخدام با بعد زندگی شخصی است. کارکنان با سابقه کار بالای ۱۰ سال میانگین نمره کیفیت زندگی بالاتری داشتند. نتایج یک مطالعه انجام شده در ایران نشان داد هرچه سابقه کاری در حرفه پرستاری بیشتر باشد، نتایج کیفیت زندگی کاری بهتر است [۲۷]. شاید از دلایل این یافته می‌توان به ارتباط بعد زندگی شخصی با پریشانی اخلاقی اشاره کرد، چراکه افراد با این سابقه کاری معمولاً در گروه سنی ۳۱ تا ۴۰ قرار گرفته و از پریشانی اخلاقی بیشتری برخوردار هستند که این پریشانی می‌تواند باعث کاهش نمره بعد زندگی شخصی در پرستاران شود.

در این مطالعه مشخص شد بین وضعیت تأهل، سابقه کار و سمت با بعد زمینه کاری ارتباط معناداری وجود دارد. به نظر می‌رسد افزایش مسئولیت‌پذیری در افراد متأهل و همچنین افزایش تجربه، مهارت و قدرت مدیریت در کارکنان با سابقه کار بیشتر و سمت بالاتر، علت بیشتر بودن نمره بعد زمینه کاری در افراد متأهل با سابقه کار بالا و مسئولین می‌باشد. مطالعه حاضر نشانگر این بود که بین پریشانی اخلاقی با کیفیت زندگی کاری ارتباط معنی‌دار وجود دارد. نتایج مطالعه ملازم و همکاران [۲] نشان داد بین پریشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری پرستاران همبستگی معکوس وجود دارد. باتوجه به اینکه حرفه پرستاری بنابر رفتار مراقبتی و مسئولیتی که در مقابل بیماران برعهده

تأثیرات می‌تواند به تغییر در کیفیت زندگی شغلی منجر شود. همچنین، تفاوت‌ها در جامعه مورد مطالعه، ابزارهای استفاده شده برای ارزیابی کیفیت زندگی شغلی، محیط پژوهش و تفاوت در دریافت‌های مالی از جمله علل دیگر در این زمینه می‌باشند. عواملی نظیر بار کاری زیاد، نوبت کاری تکراری و کمبود روزهای تعطیل نیز می‌توانند بر کیفیت زندگی شغلی تأثیر بگذارند. نتایج مطالعه نشان داد سطح پریشانی اخلاقی در پرستاران شاغل در حد متوسط بود. این نتیجه با مطالعات محمدی و همکاران [۲۹] و برهانی [۳۰] همخوانی دارد که از افزایش پریشانی اخلاقی در پرستاران در مراکز درمانی ابراز نگرانی کرده‌اند. سایر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز سطح پریشانی اخلاقی را در محدوده متوسط تا بالا گزارش کرده‌اند و تأثیر منفی آن را بر عملکرد پرستاران را تأیید کرده‌اند [۳۱، ۷]. محیط‌های مراقبتی بهداشتی طبیعتاً چالش‌برانگیز هستند و می‌توانند به پریشانی اخلاقی در پرستاران منجر شوند. بنابراین، با کاهش فشار کاری از طریق جبران کمبود متخصصین پرستاری، بهبود قوانین بیمارستانی و تخصیص زمان کافی برای استراحت و آموزش مسائل اخلاقی، می‌توان پریشانی اخلاقی را به حداقل رساند.

نتایج همچنین نشان داد با افزایش سن و سابقه کار میانگین نمره پریشانی اخلاقی افزایش می‌یابد. این نتایج با یافته‌های مطالعات صفری و همکاران در پرستاران جنوب غرب ایران، مطالعه محمدی و همکاران در پرستاران خراسان جنوبی و مطالعه عباس‌زاده و همکاران در پرستاران بیرجند همسو بود [۳۳، ۳۲، ۷]. این نتایج با مطالعه ویلرز و همکاران مغایرت داشت [۳۱]. همچنین بین پریشانی اخلاقی با جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات از نظر آماری ارتباط معناداری وجود نداشت که با یافته‌های مطالعه محمدی و همکاران که بر روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه شهر تهران انجام شد [۲۹] همخوانی و با یافته مطالعه صفری و همکاران در پرستاران جنوب غرب ایران مغایرت دارد [۷]. شاید دلیل آن هنجارهای فرهنگی و الگوهای اجتماعی باشد که نقش بسزایی در رفتار افراد دارند. همچنین هر فرد تجربیات، ارزش‌ها، و مسائل اخلاقی متفاوتی دارد، بنابراین ارتباط بین جنسیت، وضعیت تأهل و تحصیلات با پریشانی اخلاقی بسیار پیچیده است.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد نمره پریشانی اخلاقی با بخش رابطه معنادار دارد. این نتیجه با مطالعه جانویر و همکاران [۳۴] همخوانی دارد. پرستارانی که در بخش‌هایی با بیماران نیازمند مراقبت‌های شدید و در شرایط بحرانی کار می‌کنند، بیشتر در معرض چالش‌های اخلاقی قرار می‌گیرند و احتمالاً پریشانی اخلاقی بیشتری را تجربه خواهند کرد. ارتباط بین پریشانی اخلاقی و نوع بخشی که پرستار در آن مراقبت از بیمار را انجام می‌دهد، ممکن است به ویژگی‌ها و نیازهای خاص هر بخش بستگی داشته باشد. برای مثال، بخش‌های اورژانس یا

را با سایر مطالعات دشوار کرد. بنابراین برای حصول نتیجه دقیق‌تر نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه وجود دارد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد اخلاق IR.MUBAM.REC.1397.034 معرفی‌نامه‌های کتبی و تأییدیه اخلاقی دریافت کرده است.

حامی مالی

دانشگاه علوم پزشکی بم حامی مالی این پژوهش بود.

مشارکت‌نویسندگان

نگارش پروپوزال: لیلا ملکیان و نادیا نورمحمدی؛ تحلیل آماری: غلامرضا فولادوندی؛ نگارش مقاله: معصومه فولادوندی و سهیلا ملک.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان برای تصویب این پژوهش و نیز پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه که صمیمانه در انجام این پژوهش همکاری کردند تشکر و قدردانی می‌کنند.

پرستار می‌گذارد، به ناچار او را با چالش‌های جدی اخلاقی مواجه می‌کند [۱۷، ۳۵] بنابراین پرستاران با شرایط کاری نامساعد روبه‌رو هستند و در معرض انواع عناصر روانی-اجتماعی، محیطی و سازمانی قرار گرفته که برای آن‌ها استرس شغلی ایجاد می‌کند و می‌تواند به تغییر در سلامت آن‌ها منجر شود و بنابراین می‌تواند کیفیت زندگی کاری را هم تحت تأثیر قرار دهد.

پیشانی اخلاقی یک مسئله اساسی در محیط کار است که به نظر می‌رسد بر کیفیت زندگی شغلی افراد تأثیر مهمی دارد. از آنجاکه کیفیت زندگی شغلی می‌تواند بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده را فراهم کند و جدا کردن زندگی شخصی و حرفه‌ای دشوار است، کیفیت زندگی شغلی به تصمیم‌گیری‌ها و رضایت شغلی افراد در محیط کار دخالت دارد و در نتیجه، مشارکت و رضایت شغلی فرد افزایش می‌یابد و فشار عصبی کاهش می‌یابد. این درنهایت به بهبود عملکرد و افزایش کارایی نیروی انسانی منجر می‌شود که هدف اصلی رهبران سازمان است. بنابراین، این مسئله باید با توجه ویژه مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه، ارتباط معنادار و معکوس بین پیشانی اخلاقی و کیفیت زندگی کاری پرستاران در دانشگاه‌های علوم پزشکی جنوب شرق ایران گزارش شد. نتایج نشان داد با افزایش پیشانی اخلاقی، کاهش کیفیت زندگی کاری پرستاران رخ می‌دهد. این نتایج تأکید می‌کنند که مسائل اخلاقی در محیط کار می‌توانند تأثیر قابل‌توجهی بر رضایت شغلی، تعاملات اجتماعی و حالت روحی پرستاران داشته باشند. برای بهبود کیفیت زندگی کاری پرستاران، تلاش در جهت مدیریت و کاهش پیشانی اخلاقی و ایجاد فرهنگی سازمانی حاکم بر ارزش‌ها و اخلاقیات می‌تواند اقدامات مؤثری باشد. این نتایج بر اهمیت بیشتری به مسائل اخلاقی در حوزه پرستاری و ارتقای محیط کاری سازمانی برای افزایش رفاه و رضایت شغلی پرستاران تأکید می‌کنند و می‌تواند به سازمان‌ها و مدیران در اتخاذ سیاست‌ها و برنامه‌های بهبود محیط کار و ارتقای اخلاق حرفه‌ای کمک کند.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه اشاره کرد. استفاده از پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات باوجود توضیحات ارائه‌شده درمورد اهداف پژوهش قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها، حالات روانی پرستاران می‌توانست بر نحوه پاسخ‌دهی آن‌ها تأثیرگذار باشد. همچنین، تفاوت‌های فردی واحدهای موردپژوهش نیز می‌تواند بر درک آن‌ها مؤثر باشد که این موضوع از کنترل پژوهشگران خارج بود. بدین منظور توصیه می‌شود در مطالعات آتی از روش‌های دقیق‌تری برای بررسی ارتباط بین این دو متغیر استفاده شود. درنهایت، باتوجه‌به بدیع بودن این پژوهش، دسترسی به مطالعات کاملاً مشابه امکان‌پذیر نبود و همین امر امکان بحث و مقایسه یافته‌های پژوهش کنونی

References

- [1] Shakeri F, Atashzadeh-Shoorideh F, Varzeshnejad M, Svetic C, Oomen B. Correlation between Ethical Intelligence, quality of work life and caring behaviour of paediatric nurses. *Nurs Open*. 2021; 8(3):1168-74. [DOI:10.1002/nop2.729] [PMID] [PMCID]
- [2] Molazem Z, Bagheri L, Najafi Kalyani M. Evaluation of the moral distress intensity and its relationship with the quality of work life among nurses working in oncology wards in Shiraz, Southwest of Iran. *Biomed Res Int*. 2022; 2022:7977039. [DOI:10.1155/2022/7977039] [PMID] [PMCID]
- [3] Al-Turfi, M.K. and M.B. Al-Jubouri, effect of moral distress on professional quality work among nurses in intensive care units. *Int J Health Sci*. 2022(S1)8632-43. [DOI:10.53730/ijhs.v6nS1.6505]
- [4] Laurs L, Blaževičienė A, Capezuti E, Milonas D. Moral distress and intention to leave the profession: Lithuanian nurses in municipal hospitals. *J Nurs Scholarsh*. 2020; 52(2):201-9. [DOI:10.1111/jnu.12536] [PMID]
- [5] Jameton A. Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clin Issues Perinat Womens Health Nurs*. 1993; 4(4):542-51. [PMID]
- [6] Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral sensitivity and moral distress in critical care unit nurses. *Medi Ethic J*. 2017; 10(38):19-28. [DOI:10.21859/mej-103819]
- [7] Safarpour H, Ghazanfarabadi M, Varasteh S, Bazayr J, Fuladvandi M, Malekian L. The association between moral distress and moral courage in nurses: A cross-sectional study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020; 25(6):533-8. [DOI:10.4103/ijnmr.IJNMR_156_19] [PMID] [PMCID]
- [8] 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] [PMCID]
- [9] Ramos FRS, Barth PO, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Vargas MA, Schneider DG. Intensity and frequency of moral distress in Brazilian nurses. *Rev Esc Enferm USP*. 2020; 54:e035578. [DOI:10.1590/s1980-220x2018020703578] [PMID]
- [10] Maunder RG, Heeney ND, Greenberg RA, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Johnstone J, et al. The relationship between moral distress, burnout, and considering leaving a hospital job during the COVID-19 pandemic: A longitudinal survey. *BMC Nurs*. 2023; 22(1):243. [DOI:10.1186/s12912-023-01407-5] [PMID] [PMCID]
- [11] Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010; 17(6):726-40. [DOI:10.1177/0969733010379178] [PMID]
- [12] Austin CL, Saylor R, Finley PJ. Moral distress in physicians and nurses: Impact on professional quality of life and turnover. *Psychol Trauma*. 2017; 9(4):399-406. [DOI:10.1037/tra0000201] [PMID]
- [13] Huang H, Zhang H, Xie Y, Wang SB, Cui H, Li L, et al. Effect of Balint group training on burnout and quality of work life among intensive care nurses: A randomized controlled trial. *Neurol Psychiatr Brain Res*. 2020. 35:16-21. [DOI:10.1016/j.npbr.2019.12.002]
- [14] Jafari M, Habibi Houshmand B, Maher A. [Relationship of occupational stress and quality of work life with turnover intention among the nurses of public and private hospitals in selected cities of Guilan Province, Iran, in 2016 (Persian)]. *J Health Res Commun*. 2017; 3(3):12-24. [Link]
- [15] Esmaeeli Lahmali A. [A study of relationship between quality of work life (QWL) and performance of the staff in mazandaran provin tax affairs general directoratece (Persian)]. *J Tax Res*. 2013; 21(19):171-96. [Link]
- [16] Al Mutair A, Al Bazroun MI, Almusalami EM, Aljarammeez F, Alhasawi AI, Alahmed F, et al. Quality of nursing work life among nurses in Saudi Arabia: A descriptive cross-sectional study. *Nurs Rep*. 2022; 12(4):1014-22. [DOI:10.3390/nursrep12040097] [PMID] [PMCID]
- [17] Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ*. 2005; 23(6):319-26. [Link]
- [18] Farsi Z, Rajaei N, Habibi H. [The relationship between burnout and quality of working life in nurses of AJA hospitals in Tehran (Persian)]. *Mil Caring Sci*. 2014; 1(2):63-72. [DOI:10.18869/acadpub.mcs.1.2.63]
- [19] Najafi F, Kermansaravi F, Gangoozehi E. [The relationship between general health and quality of work life of nurses working in Zahedan teaching hospitals (Persian)]. *Iran J Rehabil Res Nurs*. 2018; 4(2):53-9. [Link]
- [20] Saber S, Borhani F, Navidian A, Ramezani T, Amin MR, Kianian T. [Related quality of work life and productivity of hospitals in Kerman University of Medical Sciences (Persian)]. *Bioethics J*. 2016; 3(9):144-66. [Link]
- [21] Abadi NE, Rahimzadeh M, Omid A, Farahani F, Malekian L, Jalayer F. The relationship between moral courage and quality of work life among nursing staff in Bam hospitals. *J Adv Pharm Educ Res*. 2020; 10(S1):127-32. [Link]
- [22] Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*. 2005; 12(4):381-90. [DOI:10.1191/0969733005ne8090a] [PMID]
- [23] Allen R, Butler E. Addressing moral distress in critical care nurses: A pilot study. *Int J Crit Care Emerg Med*. 2016; 2(2):015. [DOI:10.23937/2474-3674/1510015]
- [24] Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2017; 24(4):474-82. [DOI:10.1177/0969733015604700] [PMID]
- [25] Almalki MJ, Fitzgerald G, Clark M. Quality of work life among primary health care nurses in the Jazan region, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2012; 10:30. [DOI:10.1186/1478-4491-10-30] [PMID] [PMCID]
- [26] Mohammadi M, Mozaffari N, Dadkhah B, Etebari Asl F, Etebari Asl M. [Study of work-related quality of life of nurses in Ardabil

- Province Hospitals (Perisan)]. *J Health Care*. 2017. 19(3):108-16. [\[Link\]](#)
- [27] Moradi T, Maghaminejad F, Azizi-Fini I. Quality of working life of nurses and its related factors. *Nurs Midwifery Stud*. 2014; 3(2):e19450. [\[DOI:10.5812/nms.19450\]](#) [\[PMID\]](#)
- [28] Reyasi H. [Work life quality of nurses working in educational hospitals affiliated to Birjand University of Medical Sciences, 2012 (Perisan)]. *Mod Care J*. 2012; 10(1):84-90. [\[Link\]](#)
- [29] Mohamadi N, Fakoor F, Haghani H, Khanjari S. [The association of moral distress and demographic characteristics in the nurses of critical care units in Tehran, Iran (Perisan)]. *Iran J Nurs*. 2019. 32(121):41-53. [\[DOI:10.29252/ijn.32.121.41\]](#)
- [30] Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. [Moral distress and its relationship with professional stress in nurses (Perisan)]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2014; 6(6):10-9. [\[DOI:10.21859/mej-103819\]](#)
- [31] De Villers MJ, DeVon HA. Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and non-critical care units. *Nurs Ethics*. 2013; 20(5):589-603. [\[DOI:10.1177/0969733012452882\]](#) [\[PMID\]](#)
- [32] Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. [Relationship between moral distress and moral courage in nurses (Perisan)]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2014. 7(3):26-35. [\[Link\]](#)
- [33] Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. [The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals (Perisan)]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2013; 6(2):57-66. [\[Link\]](#)
- [34] Janvier A, Nadeau S, Deschênes M, Couture E, Barrington KJ. Moral distress in the neonatal intensive care unit: caregiver's experience. *J Perinatol*. 2007; 27(4):203-8. [\[DOI:10.1038/sj.jp.7211658\]](#) [\[PMID\]](#)
- [35] Mohamadi J, Azizi A, Dehghan Manshadi SM. Dehghan manshadi, the relationship between moral sensitivity quality of nursing work life in the city of Tabriz in 2014. *Commun Health J*. 2017; 9(4):9-17. [\[Link\]](#)