

Research Paper

Relationship Between Resilience and Moral Distress in Emergency Department Nurses: A Cross-sectional Study in Urmia, Iran

Reza Abdollahi¹ , *Yousef Mohammadpour² 

Citation Abdollahi R, Mohammadpour Y. [Relationship Between Resilience and Moral Distress in Emergency Department Nurses: A Cross-sectional Study in Urmia, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3459.3.. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3459.3>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3459.3>

Received: 04 Apr 2024

Accepted: 21 Mar 2025

Available Online: 17 Nov 2025

ABSTRACT

Background & Aims One of the factors that seems to influence the incidence of moral distress (MD) in nurses is resilience. This study aimed to investigate the relationship between resilience and MD in nurses working in emergency departments (EDs).

Materials & Methods This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional design that was conducted from April to June 2024 on 133 nurses from the EDs of hospitals in Urmia city, Iran, who were selected using a two-stage sampling method. They completed a sociodemographic form, the Connor Davidson Resilience scale, and Nash's moral injury events scale (MIES). Data analysis was performed using Pearson's correlation test, multiple linear regression analysis, independent t-test, and one-way analysis of variance in SPSS software, version 23.

Results The mean age of the participants was 32.7 ± 45.5 years. The mean resilience score was 78.33 ± 0.54 , and the mean MIES score was 30.19 ± 8.44 . There was a significant negative relationship between resilience and MD among ED nurses ($r = -0.45$, $P = 0.001$).

Conclusion Given the relationship between resilience and MD in ED nurses, the increase in their resilience can reduce their MD level. Therefore, nursing managers should take measures such as organizational support and improving working conditions to promote the resilience of ED nurses and, thus, reduce their MD.

Keywords:

Resilience, Moral distress, Nurse, Emergency department

1. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
2. Department of Medical Education, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

*** Corresponding Author:**

yousef mohammadpour, Assistant Professor.

Address: Department of Medical Education, Patient Safety Research Center, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: +98 (914) 8056259

E-Mail: mohammadpour.yousef@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

Emergency departments (EDs) are one of the important wards of hospitals due to facing high mortality rates, staff shortages, and conflicts and tensions between specialists and nurses. Consequently, nurses in these departments face numerous challenges, including heavy workloads, intense patient needs, technological advancements, and interactions with the medical team, which may lead to ethical conflicts and uncertainties. One of the ethical challenges that ED nurses may face is the occurrence of moral distress. Moral distress (MD) was first introduced to nursing by Jameton. He stated that MD arises when an individual knows the right thing, but organizational constraints make it nearly impossible to pursue that right course.

Jameton believes that MD is one of the most significant occupational issues among nurses, leading to tension and negatively impacting health and healthcare delivery. A proper nursing care requires unique coping strategies and personality traits. One of the personality traits that seems to be effective in dealing with ethical challenges in nursing is resilience. Resilience acts as a buffer against stressful events and work-related problems. It means having control over stressors before they cause harm to the individual. Resilience is the ability to adapt to challenges and threats and to overcome them. Considering the importance of MD in nurses' performance and its impact on the quality of nursing care, as well as the role of resilience in nursing performance, this study aimed to investigate the relationship between resilience and MD among nurses working in the EDs of hospitals in Urmia, Iran.

Methods

This is a descriptive-analytical study with a cross-sectional study conducted on 120 male and female nurses working in the EDs of hospitals affiliated with Urmia University of Medical Sciences. The data collection tools included a sociodemographic form, the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC), and Nash's moral injury events scale (MIES) with nine items. The data were analyzed in SPSS software, version 23 using the independent t-test, Pearson's correlation test, and chi-square test. The predictive ability of the variables was tested using regression analysis. The normality of data distribution was assessed using the Kolmogorov-Smirnov test, with a significance level set at 0.05.

Results

Out of 120 questionnaires distributed among nurses, 7 questionnaires were discarded due to incompleteness, and ultimately, 113 questionnaires were included in the statistical analysis. The mean age of the participants was 32.57 ± 5.45 years. They included 57.5% females, and 94.2% had a bachelor's degree. The mean CD-RISC score was 78.33 ± 0.54 , indicating an acceptable level of resilience (>50). Additionally, there was a significant difference in the resilience score based on the hospital where the nurses worked ($P=0.000$), where the nurses working at Motahari Hospital had greater resilience compared to those working in other hospitals (Kosar, Imam Khomeini, Taleghani). A significant difference was also found in the resilience score based on the economic status ($P=0.00$), where the nurses with higher incomes reported greater resilience.

The mean MIES score was 30.19 ± 8.44 , which is considered high. There was a significant difference in the MIES score based on the employment status of nurses, where nurses with temporary employment reported higher levels of MD. Based on the findings of this study, there was a significant and negative relationship between resilience and MD ($r=-0.45$, $P=0.001$). As resilience increased, the MD level of ED nurses decreased.

Conclusion

There is a significant negative relationship between resilience and MD in ED nurses. By increasing the resilience of nurses, their MD level can be decreased. Fostering resilience-related capacities may help develop nurses' personal resources to mitigate the impact of ethical challenges they encounter in the EDs.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Urmia University of Medical Sciences (Code: IR.UMSU.REC.1403.366). After explaining the study objectives to all participants, their written informed consent was obtained. They were assured that their information would remain confidential.

Funding

This is part of a research project funded by the Vice-Chancellor for Research of Urmia University of Medical Sciences.

Authors' contributions

Conceptualization, supervision, funding acquisition, resources, data collection, data analysis, and writing: Reza Abdollahi; Methodology: Reza Abdollahi and Yousef Mohammadpour; Review and editing: All authors.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the nurses who participated in this study for their cooperation.



مقاله پژوهشی

ارتباط تاب‌آوری و آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس؛ یک مطالعه توصیفی - مقطعی در شهر ارومیه

رضا عبدالمی^۱، یوسف محمدپور^۲

Use your device to scan and read the article online



Citation Abdollahi R, Mohammadpour Y. [Relationship Between Resilience and Moral Distress in Emergency Department Nurses: A Cross-sectional Study in Urmia, Iran (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2025; 38:E3459.3. <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3459.3>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.38.3459.3>

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۶ فروردین ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۰۱ فروردین ۱۴۰۴

تاریخ انتشار: ۲۶ آبان ۱۴۰۴

زمینه و هدف: یکی از عواملی که به نظر می‌رسد می‌تواند بر میزان بروز آسیب‌های اخلاقی در پرستاران تأثیر بگذارد، تاب‌آوری می‌باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط تاب‌آوری با آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی مقطعی از نوع تحلیلی از فروردین تا خرداد ماه سال ۱۴۰۳ با شرکت ۱۲۰ نفر از پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر ارومیه به صورت نمونه‌گیری دو مرحله‌ای انجام شد. در این پژوهش از سه پرسش‌نامه مشخصات جمعیت‌شناسی، پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر دیویدسون و ابزار وقوع آسیب اخلاقی ویلیام برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده ضریب همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه خطی، تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت‌کنندگان مورد مطالعه $32/57 \pm 5/45$ سال بود. میانگین نمره تاب‌آوری و آسیب اخلاقی به ترتیب $44/8 \pm 19/30$ و $78/33 \pm 0/54$ بود. بین تاب‌آوری و آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس ارتباط معکوس و معنی‌دار وجود داشت ($P=0/001$). همچنین رگرسیون خطی نشان داد ارتباط معکوس و معنی‌داری بین این دو متغیر وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه با توجه به اینکه تاب‌آوری و آسیب اخلاقی در پرستاران در سطح بالایی قرار داشت و با افزایش تاب‌آوری در پرستاران میزان آسیب اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یافت، بنابراین شایسته است مدیران پرستاری با انجام اقداماتی مانند افزایش حمایت سازمانی و بهبود شرایط کاری آن‌ها زمینه‌ساز ارتقای تاب‌آوری در آن‌ها شده تا این امر موجب تعدیل آسیب اخلاقی در پرستاران شود. این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های مدیران و سیاست‌گذاران پرستاری جهت ارتقای تاب‌آوری در پرستاران مورد استفاده قرار گیرد تا زمینه کاهش آسیب اخلاقی در پرستاران فراهم شود و در نتیجه کیفیت مراقبت‌های پرستاری افزایش یابد.

کلیدواژه‌ها:

تاب‌آوری، آسیب اخلاقی، پرستار، بخش اورژانس

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۲. گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.

* نویسنده مسئول:

دکتر یوسف محمدپور

نشانی: ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، مرکز تحقیقات ایمنی بیمار، گروه آموزش پزشکی.

تلفن: ۸۰۵۶۲۵۹ (۹۱۴) +۹۸

رایانامه: mohammadpour.yousef@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

بخش‌های اورژانس به دلیل وقوع مرگ، کمبود نیرو و میزان مسئولیت در تصمیم‌گیری‌ها، تعارض و درگیری در روابط بین متخصصان و پرستاران به عنوان یکی از پیچیده‌ترین بخش‌های بیمارستانی در نظر گرفته می‌شود [۱]. از این رو، پرستاران این بخش‌ها با چالش‌های زیاد ناشی از حساسیت بسیار بالا در تصمیم‌گیری‌ها، بار کاری زیاد، نیازهای شدید بیمار، پیشرفت فناوری و ارتباط متقابل با تیم مراقبت‌های پزشکی روبه‌رو هستند که ممکن است به تضادهای اخلاقی و عدم قطعیت در آنان منجر شود [۲]. از سویی دیگر بیمارستان‌ها به عنوان نهادی که مرتبط با سلامتی انسان‌ها هستند، همیشه با مسائل اخلاقی پزشکی و پرستاری مواجه می‌شوند [۳].

پرستاری به عنوان یک حرفه‌ای اخلاقی در نظر گرفته می‌شود، زیرا رفتارهای خدماتی پرستاران باید متشکل از فلسفه اخلاقی، از جمله در نظر گرفتن خواسته‌ها، نیازها و ترجیحات بیمار باشد [۴]. بنابراین عوامل مؤثر بر رفتار خدماتی پرستاران در بُعد اخلاقی مانند حساسیت اخلاقی باید مهم و مؤثر تلقی شود. همچنین توجه به رفتار اخلاقی پرستاران در عصر حاضر با توجه به پیشرفت روزافزون در حوزه مراقبت‌های بهداشتی و فناوری‌های مرتبط و افزایش نگرانی‌ها در مورد رفتارهای غیر اخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن اهمیت زیادی یافته است [۵]. یکی از مشکلات اخلاقی که پرستاران بخش اورژانس ممکن است با آن روبه‌رو شوند، بروز آسیب‌های اخلاقی است.

آسیب اخلاقی در پرستاری اولین بار توسط جامتون مطرح شد. وی بیان کرد آسیب اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که فرد کار درست را بداند، اما محدودیت‌های سازمانی، پیگیری مسیر عمل درست را تقریباً غیرممکن می‌سازد [۶]. همچنین آسیب اخلاقی معمولاً توسط پرستاران به عنوان یک تعارض اخلاقی تجربه می‌شود. جامتون معتقد است آسیب اخلاقی یکی از مهم‌ترین مشکلات شغلی در میان پرستاران است که باعث ایجاد تنش می‌شود و تأثیر منفی بر سلامت و مراقبت‌های درمانی دارد [۷]. آسیب اخلاقی سبب برهم زدن تمرکز و ایجاد احساس ناکارآمدی در پرستاران می‌شود. همچنین با ایجاد اختلالات خلقی و افزایش تحریک‌پذیری بر زندگی شخصی آنان نیز تأثیر می‌گذارد [۸].

مطالعات نشان داده است افزایش سطح آسیب اخلاقی می‌تواند سبب افزایش خطاهای پزشکی، فرسودگی شغلی، خستگی و بی میلی به ارائه خدمات درمانی در پرستاران شود. علاوه بر این، ناامیدی شدید و نارضایتی شغلی ممکن است به خشونت در محیط کاری منجر شود [۹]. تحمل این شرایط و انجام صحیح مراقبت‌های پرستاری به بیمار نیازمند راهبردهای مقابله‌ای و ویژگی‌های شخصیتی منحصر به فرد می‌باشد. یکی از این ویژگی‌های شخصیتی که به نظر می‌رسد جهت مقابله با مشکلات

اخلاقی در پرستاری مؤثر باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به عنوان حالتی در برابر وقایع استرس‌زا و مشکلات ناشی از کار می‌باشد. تاب‌آوری به معنی کنترل بر عوامل تنش‌زا قبل از اینکه به فرد آسیب برساند. تاب‌آوری فرایند یا توانایی انطباق دادن خویش با چالش‌ها و تهدیدها و غلبه بر آن‌ها می‌باشد و افراد تاب‌آور مجهز به مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک هستند که از آن‌ها برای غلبه بر دگرگونی‌ها و فرازونشیب‌های زندگی استفاده می‌کنند [۱۰].

فیله و همکاران اظهار می‌کنند پرستاران قرن بیستم و یکم به منظور رویارویی با مشکلات حرفه‌ای، باید به طور ماهرانه‌ای تاب‌آوری را در خود افزایش دهند، زیرا تاب‌آوری و رفتارهای تاب‌آورانه به طور بالقوه به فرد کمک می‌کند بر تجارب منفی خود غلبه کند و آن‌ها را به تجارب مثبت تبدیل کند [۱۱]. ایساکسون نیز معتقد است در صورت فقدان تاب‌آوری، شرایط کار پرستاران دشوار و سبب آسیب‌های روانی به آن‌ها می‌شود [۱۲]. در مطالعه‌ای که امینی و همکاران با عنوان «رابطه‌ی بین تاب‌آوری و فرسودگی شغلی پرستاران» در سال ۱۳۹۲ انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که تقویت مهارت تاب‌آوری باعث کاهش فرسودگی شغلی در پرستاران می‌شود [۱۳].

مطالعات مختلفی به بررسی عوامل تأثیرگذار بر آسیب اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های مختلف پرداخته‌اند، اما مطالعاتی که به طور اختصاصی به بررسی ارتباط بین تاب‌آوری با آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس پرداخته‌اند، کمتر مورد توجه قرار گرفته است و با توجه به سیستم پرستاری متفاوت در ایران از لحاظ بار کاری و فرهنگ سازمانی متفاوت آن و اهمیت موضوع آسیب اخلاقی در عملکرد پرستاران و به تبع آن کیفیت ارائه مراقبت‌های پرستاری و همچنین نقش تاب‌آوری در عملکرد آنان، این مطالعه با هدف تعیین ارتباط تاب‌آوری با آسیب اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس مراکز آموزشی درمانی **دانشگاه علوم پزشکی ارومیه** انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است که با مشارکت ۱۲۰ نفر از پرستاران زن و مرد شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به **دانشگاه علوم پزشکی ارومیه** انجام شد. نمونه‌گیری از فروردین تا خرداد ماه سال ۱۴۰۳ به روش دو مرحله‌ای و با تخصیص متناسب از پرستاران هر بیمارستان صورت گرفت.

محقق پس از مراجعه به بیمارستان‌ها، در نوبت‌های کاری مختلف (صبح، عصر و شب) به بخش‌های مختلف مراجعه می‌کرد. نمونه‌هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، شناسایی می‌شدند. پس از توضیح در مورد اهداف پژوهش و اهمیت آن، تکمیل پرسش‌نامه به صورت بی‌نام، مشارکت در

کاملاً نادرست، برای به‌ندرت درست (۱)، برای گاهی درست (۲)، برای اغلب درست (۳) و برای همیشه درست (۴). بنابراین طیف نمرات در آزمون بین حداقل صفر تا حداکثر ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. افرادی که نمره بالاتر از ۵۰ بگیرند، جزء افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند [۱۴]. در ایران در مطالعات انجام‌شده، روایی این پرسش‌نامه ۸۹ درصد بر آورد شده است. کاتر و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است [۱۴]. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر با استفاده از روش آزمون-بازآزمون انجام شد که بدین منظور بر روی ۲۰ پرستار و در فاصله ۲ هفته‌ای، مورد بررسی قرار گرفت و مقدار آن ۹۵ درصد گزارش شد. این افراد وارد مطالعه اصلی نشدند.

پرسش‌نامه آسیب اخلاقی ویلیام

این ابزار را ویلیام و همکاران در سال ۲۰۱۳ ساخته‌اند. این ابزار شامل ۹ سؤال می‌باشد. نمره‌دهی ابزار به‌صورت لیکرت ۶ گزینه‌ای می‌باشد؛ به‌صورتی که به کاملاً موافق نمره (۱) و به کاملاً مخالف نمره (۶) تعلق می‌گیرد. نمره کمتر به‌عنوان وقوع آسیب اخلاقی کمتر و نمره بیشتر به معنی وقوع آسیب اخلاقی بیشتر بود. ویلیام در مطالعه خودروایی این ابزار را با استفاده از تحلیل عامل تأییدی بررسی کرده و مقدار آن را ۹۵ درصد گزارش کرده است. پایایی این ابزار نیز در مطالعه او ۹۰ درصد گزارش شده است [۱۵]. پایایی این ابزار در مطالعه نش و همکاران به روش آلفای کرونباخ ۸۶ درصد گزارش شده است [۱۵]. در ایران روایی این ابزار را احمدی و همکاران بررسی و میزان آن را ۹۴ درصد گزارش کرده‌اند [۱۶]. پایایی این ابزار در مطالعه حاضر با استفاده از روش آزمون-بازآزمون که بر روی ۲۰ پرستار با فاصله ۲ هفته انجام شد، ۸۷ درصد گزارش شد.

تحلیل آماری

داده‌ها برای انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری مورد نیاز در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ وارد شدند. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. با توجه به اینکه براساس آزمون آماری کولموگوروف^۱، توزیع داده‌ها به‌صورت نرمال بود، برای بررسی ارتباط و همبستگی بین متغیرها، از آزمون همبستگی پیرسون^۲ تی زوجی^۳ و آنووا^۴ استفاده شد. برای تعیین ارتباط بین متغیرهای اصلی مطالعه روش‌های رگرسیون خطی به کار برده شد. در تمام آزمون‌ها $P < 0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات کسب‌شده، رضایت شفاهی از نمونه‌ها دریافت و توضیحات جامع در مورد نحوه تکمیل پرسش‌نامه به آن‌ها داده شد. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت کاغذی در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت و در حضور محقق به سؤالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ داده شد و در صورت ابهام شرکت‌کنندگان در مورد سؤالات، محقق با توضیحات کافی، رفع ابهام می‌کرد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد هر زمان که تمایل داشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند و نتایج پژوهش در صورت تمایل در اختیارشان قرار خواهد گرفت.

نمونه و نحوه نمونه‌گیری

در این مطالعه جهت انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای استفاده شد. بدین صورت ابتدا براساس تعداد نمونه و تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان تعداد نمونه براساس فرمول تناسب به دست آمد. سپس جهت انتخاب نمونه‌ها در هر بیمارستان از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه‌گیری در سه نوبت صبح، عصر و شب انجام شد.

معیارهای ورود

داشتن حداقل مدرک کارشناسی و دارای حداقل ۱ سال سابقه بالینی در بخش اورژانس بود.

معیارهای خروج

پرستارانی که به‌طور موقت در بخش اورژانس مشغول به کار بودند.

در تعیین حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه در این زمینه، میزان همبستگی بین متغیرهای موردبررسی (در این پژوهش تاب‌آوری و آسیب اخلاقی) [۱۴، ۱۵] خطای نوع اول $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/10$ و $\tau = 0/30$ در نظر گرفته شد و حداقل حجم نمونه ۱۱۳ نفر محاسبه شد که با احتساب ۵ درصد ریزش، حجم نمونه ۱۲۰ نفر تعیین شد.

ابزارها

فرم مشخصات جمعیت‌شناسی

شامل نه پرسش در مورد سن، جنس، سابقه کاری، سطح تحصیلات، نوبت کاری، نوع استخدام، تاهل، بیمارستان محل خدمت، پست سازمانی و وضعیت اقتصادی بود.

پرسش‌نامه تاب‌آوری کاتر دیویدسون

این پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۳ ساخته شد و ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت از کاملاً نادرست تا کاملاً درست نمره‌گذاری می‌شود. طیف درجه‌بندی سؤالات ۵ گزینه‌ای شامل صفر برای

1. Kolmogorov – Smirnov test
2. Pearson's correlation
3. Paired t-test
4. ANOVA

جدول ۱. ارتباط مشخصات جمعیت‌شناختی با تاب‌آوری و آسیب اخلاقی در پرستاران

متغیر	تعداد (درصد)	تاب‌آوری		آسیب اخلاقی	
		df	P	df	P
جنس					
مرد	۵۱ (۴۲/۵)	۷۷/۳۱±۲۱/۴۵	t=۰/۷۸	۱۱۱	۰/۴۵
زن	۶۹ (۵۷/۵)	۷۷/۷۹±۲۱/۳۳	t=۰/۶۷	۱۱۱	۰/۵۰
میزان تحصیلات					
کارشناسی	۱۱۳ (۹۴/۲)	۷۸/۸۹±۲۱/۸۸	t=۱/۲۹	۱۱۸	۰/۶۹
کارشناسی ارشد و بالاتر	۷ (۵/۸)	۷۸/۰۶±۲۲/۱۳	t=۰/۳۹	۱۱۸	۰/۶۹
وضعیت استخدامی					
رسمی	۲۹ (۲۴/۲)	۷۸/۴۷±۲۷/۷۸	F=۷/۴۵	۳/۱۰	۰/۰۰
پیمانی	۲۱ (۱۷/۵)	۷۷/۷۳±۲۰/۹۹	F=۶/۱۲	۱۰۹/۳	۰/۰۰
قراردادی	۵۵ (۴۵/۸)	۷۸/۸۴±۲۷/۱۳	F=۷/۴۵	۳/۱۰	۰/۰۰
طرحی	۱۵ (۱۲/۵)	۷۶/۶۳±۲۱/۵۶	F=۷/۴۵	۳/۱۰	۰/۰۰
پست سازمانی					
سرپرستار	۲۳ (۱۹/۲)	۷۹/۱۴±۲۲/۴۸	t=۰/۱۲	۱۱۸	۰/۹۰
پرستار	۹۷ (۸۰/۸)	۷۹/۴۷±۱۸/۸۸	t=۰/۱۵	۱۱۸	۰/۹۰
وضعیت اقتصادی					
دخل کمتر از خرج	۸۸ (۷۳/۳)	۷۸/۸۹±۲۰/۳۳	F=۸/۴۵	۱۱۷/۲	۰/۰۰
دخل برابر با خرج	۷ (۵/۸)	۷۷/۵۵±۲۱/۸۸	F=۸/۴۵	۱۱۷/۲	۰/۰۰
دخل بیشتر از خرج	۲۵ (۲۰/۸)	۷۷/۳۷±۲۲/۸۸	F=۸/۴۵	۱۱۷/۲	۰/۰۰
بیمارستان محل خدمت					
کونتر	۳۷ (۱۸/۰)	۷۶/۹۷±۲۱/۵۰	F=۳/۸۹	۱۱۶/۳	۰/۰۲
امام خمینی	۵۶ (۳۷/۳)	۷۷/۶۴±۲۰/۵۵	F=۳/۸۹	۱۱۶/۳	۰/۰۲
طالقانی	۲۳ (۱۵/۳)	۷۷/۹۳±۲۰/۴۶	F=۳/۸۹	۱۱۶/۳	۰/۰۲
مطهری	۴۴ (۲۹/۳)	۷۷/۹۵±۲۰/۶۹	F=۳/۸۹	۱۱۶/۳	۰/۰۲

نشریه پرستاری ایران

یافته‌ها

نمره آسیب اخلاقی ۹ و بیشترین مقدار آن ۵۴ بود. همچنین بین وضعیت استخدامی پرستاران با آسیب اخلاقی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($P=۰/۰۰$)، به‌طوری‌که پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی، آسیب اخلاقی بیشتری را گزارش کردند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در پژوهش حاضر $۷۸/۳۳ \pm ۰/۵۴$ بود. کمترین مقدار نمره تاب‌آوری ۲۳ و بیشترین مقدار آن ۱۰۰ بود. باتوجه‌به اینکه افرادی که نمره بالا تر از ۵۰ را کسب کنند جزء افراد تاب‌آور محسوب می‌شوند، لذا جامعه موردپژوهش از سطح تاب‌آوری قابل‌قبولی برخوردار است. همچنین ارتباط معنی‌داری ($P=۰/۰۰$) بین میزان تاب‌آوری و بیمارستان محل خدمت وجود داشت، به‌طوری‌که پرستاران شاغل در بیمارستان مطهری تاب‌آوری بیشتری نسبت به سایر بیمارستان‌ها داشتند ($P=۰/۰۲$). بین

در مطالعه حاضر از ۱۲۰ پرسش‌نامه توزیع‌شده در بین پرستاران بخش اورژانس، ۷ پرسش‌نامه به‌دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد. نرخ پاسخگویی ۹۵ درصد بوده و درنهایت ۱۱۳ پرسش‌نامه وارد فرآیند تجزیه‌وتحلیل آماری شدند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان مورد مطالعه $۳۲/۵۷ \pm ۵/۴۵$ سال و بازه سنی آن‌ها ۲۲ تا ۵۱ سال بود. ۵۷/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه زن و ۹۴/۲ درصد مدرک تحصیلی کارشناسی داشتند. وضعیت استخدامی بیشتر شرکت‌کنندگان قراردادی (۴۵/۸ درصد) و پست سازمانی بیشتر آن‌ها پرستار (۸۰/۸ درصد) بود (جدول شماره ۱).

نتایج نشان داد میانگین نمره آسیب اخلاقی در بین پرستاران $۳۰/۱۹ \pm ۸/۴۴$ بود که در سطح بالایی می‌باشد. کمترین مقدار

جدول ۲. نتایج رگرسیون خطی آسیب اخلاقی بر اساس تاب‌آوری و وضعیت استخدامی در پرستاران بخش اورژانس

متغیر	ضریب غیر استاندارد (B)	خطای استاندارد (SE)	ضریب استاندارد (β)	t	P	۹۵٪ فاصله اطمینان (CI)
تاب‌آوری	-۰/۱۳	۰/۰۲	-۰/۴۵	-۸/۹۳	۰/۰۰	[-۰/۱۷، -۰/۰۹]
پیمانی (نسبت به رسمی)	۰/۳۵	۰/۱۵	۰/۱۲	۲/۳۳	۰/۰۲	[۰/۶۵، ۰/۰۵]
وضعیت استخدامی	۰/۱۲	۰/۱۲	۰/۰۴	۱/۰۰	۰/۳	[۰/۳۶، -۰/۱۲]
طرحی (نسبت به رسمی)	۰/۹۸	۰/۱۸	۰/۲۵	۵/۳۴	۰/۰۰	[۰/۳۴، ۰/۶۲]

متغیر	ضریب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	t	P*	R	R ²
تاب‌آوری	۷/۱۳	۰/۴۵	۸/۹۳	۰/۰۰۰	-۰/۲۵	۰/۱۲۲
وضعیت استخدامی	۶/۳۵	۰/۳۳	۵/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۳۳	۱/۰۸۹

* آزمون همبستگی پیرسون

نشریه پرستاری ایران

مراقبت‌های ویژه را در سطح متوسط گزارش کردند که متفاوت از نتایج مطالعه حاضر است [۱۹]. به نظر می‌رسد می‌توان علت تفاوت در میزان آسیب اخلاقی در مطالعات مختلف را به دلایلی همچون الگوهای متفاوت سازمانی، میزان حمایت سازمانی متفاوت و خصوصیات شخصیتی متفاوت پرستاران نسبت داد.

همچنین باتوجه به شرایط کاری متفاوت بخش اورژانس و روبه‌رو شدن با مشکلات اخلاقی فراوان، احتمال ایجاد آسیب اخلاقی پرستاران این بخش بالا می‌باشد. در محیط پژوهش حاضر میزان آسیب اخلاقی پرستاران در سطح بالا بود که نیازمند رسیدگی و انجام مطالعات بیشتر در مورد علت شیوع بالای آسیب اخلاقی در بین جامعه پژوهش است. همچنین بین آسیب اخلاقی و وضعیت استخدامی پرستاران در مطالعه حاضر، ارتباط معنی‌دار وجود داشت، به‌طوری‌که پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی، آسیب اخلاقی بیشتری را تجربه می‌کردند. در توضیح این امر می‌توان گفت پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی به‌علت عدم امنیت شغلی و ترس از مواخذه، هنگام مواجهه با معضلات اخلاقی، نمی‌توانند تصمیم اخلاقی درست را به‌علت عواقب آن گرفته و در نتیجه دچار آسیب اخلاقی می‌شوند. ازسویی دیگر باتوجه به اینکه پرستاران با وضعیت استخدامی طرحی تجربه کمتری در مقابله با چالش‌های اخلاقی محیط بالینی دارند، احتمال اینکه دچار تعارض و آسیب‌های اخلاقی شوند، بیشتر است.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد میزان تاب‌آوری پرستاران براساس نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها در سطح مطلوبی قرار دارد که با نتایج مطالعه شاکرنیا و همکاران در شهر رشت همسو می‌باشد [۲۰]. همچنین در مطالعه سلیمی و همکاران میزان تاب‌آوری پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه شهر تبریز بالا گزارش شده است [۲۱]. در مطالعه ادوار و هرزلینسکی نیز میزان تاب‌آوری پرستاران در شهر لندن بالا گزارش شده است که همسو با نتایج

تاب‌آوری و وضعیت اقتصادی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود داشت ($P=0/00$)، به‌طوری‌که پرستاران با درآمد بیشتر، تاب‌آورب بیشتری را گزارش کردند (جدول شماره ۱).

براساس نتایج این مطالعه، ارتباط معکوس و معنی‌دار بین تاب‌آوری و آسیب اخلاقی در واحدهای پژوهش وجود داشت ($P=0/001$ و $r=-0/45$)، به‌طوری‌که با افزایش تاب‌آوری، میزان آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس کاهش می‌یافت. نتایج مدل رگرسیون خطی چندگانه به‌طور کامل در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. قبل از انجام تحلیل رگرسیون، پیش‌فرض‌های مدل شامل نرمال بودن توزیع باقی‌مانده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، ($P>0/05$) خطی بودن روابط (بررسی پراکنش باقی‌مانده‌ها)، فقدان هم‌خطی چندگانه (VIF کمتر از ۵ برای همه متغیرها و همسانی واریانس باقی‌مانده‌ها (آزمون بروش-پاگان، $P>0/50$) بررسی و تأیید گردید. مدل کلی معنی‌دار بود ($F=3/75$ ، $df=4/08$) و $12/12$ درصد از واریانس آسیب اخلاقی را توضیح می‌داد. ضریب تعیین نشان می‌دهد تاب‌آوری و وضعیت استخدامی با هم توانسته‌اند بخش قابل توجهی از تغییرات آسیب اخلاقی را پیش‌بینی کنند (جدول شماره ۲).

بحث

نتایج نشان داد سطح آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس براساس نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها، بالا می‌باشد که با نتایج مطالعه کیقبادی و همکاران در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر سبزوار و برهانی و همکاران در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهر بیرجند همسو می‌باشد [۱۷، ۱۸]، اما عسگری و همکاران در مطالعه خود که در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شمال ایران انجام دادند، سطح آسیب اخلاقی پرستاران بخش

با تاب‌آوری ممکن است منابع فردی پرستاران را برای کمک به کاهش تأثیر چالش‌های اخلاقی که در محیط کار با آن‌ها مواجه هستند، توسعه دهد.

تاب‌آوری یکی از اصول اساسی برای پرستاران بخش اورژانس در شرایط استرس‌زای این بخش می‌باشد که می‌تواند به‌عنوان حائلی در برابر ایجاد آسیب‌های اخلاقی عمل کند. از آنجاکه تاب‌آوری و آسیب اخلاقی هر دو بر توانایی یک سازمان برای حفظ متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و افزایش سطح رضایت شغلی آنان مؤثر است، به این جهت توصیه می‌کنند مدیران باید برای ارتقای تاب‌آوری پرستاران گام بردارند تا بروز آسیب اخلاقی در آن‌ها را تعدیل کنند. ایجاد کمیته‌های اخلاق و استخدام متخصصان اخلاق حرفه‌ای برای توسعه ظرفیت اخلاق و پریشانی اخلاقی در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی توصیه می‌شود. ناآگاهی سبب نقص در توانایی تصمیم‌گیری در مواجهه با معضلات اخلاقی می‌شود و نپرداختن به جنبه‌های اخلاقی مراقبت سبب بی‌توجهی و مغفول ماندن اخلاق در مراقبت می‌شود در ارائه مراقبت به بیماران و ارتقای حرفه پرستاری ایجاد مشکل می‌کند.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد بین تاب‌آوری با آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس رابطه معنی‌دار و معکوس وجود دارد. آسیب اخلاقی یک پدیده چندبعدی و پیچیده است که می‌تواند تحت تأثیر مؤلفه‌های متعددی از جمله تاب‌آوری قرار گیرد. آسیب اخلاقی در پرستاران بخش اورژانس می‌تواند تأثیرات منفی زیادی بر پرستاران و بیماران و درنهایت کیفیت مراقبت‌های پرستاری داشته باشد و تاب‌آوری می‌تواند به‌عنوان سپری برای مقابله با این چالش اخلاقی مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین ضروری است مدیران و سیاست‌گذاران بهداشتی با انجام اقداماتی همچون ارتقای حمایت مطلوب از پرستاران بخش اورژانس و بهبود شرایط کاری، بستر لازم را برای ارتقای تاب‌آوری در پرستاران ایجاد کنند. ارتقای تاب‌آوری در پرستاران می‌تواند گام مهمی در جهت تعدیل بروز آسیب‌های اخلاقی در پرستاران شده و در نتیجه می‌تواند به‌عنوان یکی از فاکتورهای تضمین‌کننده کیفیت مراقبت‌های پرستاری عمل کند.

این مطالعه از این لحاظ که در بستر بخش اورژانس انجام شده و توانسته یکی از چالش‌های اخلاقی آن را به تصویر بکشد، می‌تواند ارزشمند باشد و به‌نوبه خود اطلاعات ارزشمندی را برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در اختیار مسئولین قرار دهد. از محدودیت‌های این مطالعه کوچک بودن حجم نمونه، محدود بودن به بیمارستان‌های آموزشی و نیز استفاده از روش خودگزارش‌دهی در جمع‌آوری داده بود. پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی به‌جای استفاده از پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی برای بررسی آسیب اخلاقی و تاب‌آوری، از روش‌ها و ابزارهای

این مطالعه می‌باشد [۲۲]. همین یافته نیز در پژوهش جکسون و همکاران نیز تکرار شد [۲۳]، درحالی‌که در مطالعه درویشی و همکاران در شهر کرمانشاه میزان تاب‌آوری در حد متوسط گزارش شده است [۲۴]. مطالعه سلیمی و همکاران نشان می‌دهد میزان تاب‌آوری در پرستاران به‌خصوص در بخش‌های ویژه زیاد می‌باشد که همسو با مطالعه می‌باشد [۲۱].

این امر به خاطر این است که پرستاران بخش اورژانس به‌دلیل شرایط قرارگیری مداوم در شرایط استرس‌زا بخش اورژانس، از مکانیسم‌های تطابقی برای مقابله با این شرایط استفاده می‌کنند که یکی از این مکانیسم‌ها، تاب‌آوری می‌باشد. همچنین دلیل تفاوت در نتایج این است که بررسی مفهوم تاب‌آوری باتوجه‌به متغیرهای روحی و رفتاری پرستاران صورت می‌گیرد و ویژگی‌های محیطی و فردی افراد به‌شدت بر آن مؤثر است.

در مطالعه حاضر بین نمره تاب‌آوری و وضعیت اقتصادی ارتباط معنی‌دار وجود داشت، به‌طوری‌که پرستارانی که درآمد بیشتری داشتند، از تاب‌آوری بیشتری برخوردار بودند. در مطالعه‌ای که توسط جام‌بزرگی و همکاران که در دو بیمارستان بزرگ در جنوب‌شرقی ایران انجام شد، نشان داد شرایط اقتصادی مطلوب و حمایت مالی از پرستاران، باعث ارتقای تاب‌آوری آن‌ها می‌شود [۲۵]. علت این امر این است درآمد بیشتر و مشوق‌های مالی باعث افزایش انگیزه کاری پرستاران شده و این امر موجب ارتقای توانایی آن‌ها برای تحمل شرایط سخت محیط بالین می‌شود.

همچنین در مطالعه حاضر بین بیمارستان محل خدمت و میزان تاب‌آوری پرستاران ارتباط معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه‌ای که کیوزاک و همکاران در کشور استرالیا انجام دادند، نشان داده شد محل خدمت و محیط کاری یکی از عوامل مهم در میزان تاب‌آوری پرستاران می‌باشد که همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۲۶]. به نظر می‌رسد علت این تفاوت در میزان تاب‌آوری، به‌علت شرایط و حجم کاری متفاوت بیمارستان‌ها، جو سازمانی حاکم بر آن‌ها و خصوصیت متفاوت پرستاران باشد.

در مطالعه حاضر بین تاب‌آوری و آسیب اخلاقی ارتباط معکوس و معنی‌دار وجود داشت، به‌طوری‌که با افزایش تاب‌آوری در پرستاران، میزان آسیب اخلاقی در آن‌ها کاهش می‌یافت. در مطالعه راشتون و همکاران که در ایالات متحده آمریکا انجام شد، بین تاب‌آوری اخلاقی و آسیب اخلاقی در پرستاران رابطه معکوس وجود داشت که همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۲۷]. همچنین مطالعه کلارک و همکاران نشان داد تاب‌آوری موجب افزایش تعهد به کار و کاهش آسیب اخلاقی در پرستاران می‌شود که همسو با نتایج مطالعه حاضر است [۲۸]. در توضیح این امر می‌توان گفت تاب‌آوری در ارتقای ظرفیت‌های اخلاقی پرستاران برای پرداختن منطقی به جنبه‌های مسئولیت‌های شخصی و حرفه‌ای تأثیر بسزایی دارد. پرورش ظرفیت‌های مرتبط

مشاهده‌ای برای اندازه‌گیری عینی آسیب اخلاقی در پرستاران
بخش اورژانس استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با
کد (IR.UMSU.REC.1403.366) تصویب شده است.

حامی مالی

حمایت مالی این طرح بر عهده معاونت تحقیقات و فناوری
دانشگاه علوم پزشکی ارومیه بوده است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم‌پردازی، تجزیه و تحلیل داده‌ها، نظارت و منابع: رضا
عبداله‌ی؛ روش‌شناسی: رضا عبداله‌ی و یوسف محمدپور؛ گردآوری
داده‌ها، بررسی و نگارش پیش نویس اصلی: رضا عبداله‌ی؛ بررسی
و ویرایش: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمامی پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌شود.

References

- [1] Kunzler AM, Chmitorz A, Röthke N, Staginnus M, Schäfer SK, Stoffers-Winterling J, Lieb K. Interventions to foster resilience in nursing staff: A systematic review and meta-analyses of pre-pandemic evidence. *Int J Nurs Stud*. 2022; 134:104312. [DOI:10.1016/j.ijnurstu.2022.104312] [PMID]
- [2] Alameddine M, Clinton M, Bou-Karroum K, Richa N, Doumit MAA. Factors associated with the resilience of nurses during the COVID-19 pandemic. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2021; 18(6):320-31. [DOI:10.1111/wvn.12544] [PMID]
- [3] Rivas N, López M, Castro MJ, Luis-Vian S, Fernández-Castro M, Cao MJ, et al. Analysis of burnout syndrome and resilience in nurses throughout the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(19):10470. [DOI:10.3390/ijerph181910470] [PMID]
- [4] Janzarik G, Wollschläger D, Wessa M, Lieb K. A group intervention to promote resilience in nursing professionals: A randomised controlled trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2022; 19(2):649. [DOI:10.3390/ijerph19020649] [PMID]
- [5] Fernández-Martínez E, Martín-Pérez I, Liébana-Presa C, Martínez-Fernández M, López-Alonso AI. Fear of death and its relationship to resilience in nursing students: A longitudinal study. *Nurse Educ Pract*. 2021; 55:103175. [DOI:10.1016/j.nepr.2021.103175] [PMID]
- [6] Stovall M, Hansen L, van Ryn M. A critical review: Moral injury in nurses in the aftermath of a patient safety incident. *J Nurs Scholarsh*. 2020; 52(3):320-8. [DOI:10.1111/jnu.12551] [PMID]
- [7] Anastasi G, Gravante F, Barbato P, Bambi S, Stievano A, Latina R. Moral injury and mental health outcomes in nurses: A systematic review. *Nurs Ethics*. 2025; 32(3):698-723. [DOI:10.1177/09697330241281376] [PMID]
- [8] Mewborn EK, Fingerhood ML, Johanson L, Hughes V. Examining moral injury in clinical practice: A narrative literature review. *Nurs Ethics*. 2023; 30(7-8):960-74. [DOI:10.1177/09697330231164762] [PMID]
- [9] Amsalem D, Lazarov A, Markowitz JC, Naiman A, Smith TE, Dixon LB, et al. Psychiatric symptoms and moral injury among US healthcare workers in the COVID-19 era. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):546. [DOI:10.1186/s12888-021-03565-9] [PMID]
- [10] McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: A critical review of the literature. *Nurse Educ Today*. 2009; 29(4):371-9. [DOI:10.1016/j.nedt.2008.10.011] [PMID]
- [11] Warelow P, Edward KL. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(2):132-5. [DOI:10.1111/j.1447-0349.2007.00456.x] [PMID]
- [12] Isakson BL, Legerski JP, Layne CM. Adapting and implementing evidence-based interventions for trauma-exposed refugee youth and families. *J Contemp Psychother*. 2015; 45(4):245-53. [DOI:10.1007/s10879-015-9304-5]
- [13] Amini F. The relationship between resiliency and burnout in nurses. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2013; 10(2):94-102. [Link]
- [14] Ebrahimi Ghassemi A, Zhang N, Marigliano E. Concepts of courage and resilience in nursing: A proposed conceptual model. *Contemp Nurse*. 2019; 55(4-5):450-7. [DOI:10.1080/10376178.2019.1661786] [PMID]
- [15] Nash WP, Marino Carper TL, Mills MA, Au T, Goldsmith A, Litz BT. Psychometric evaluation of the moral injury events scale. *Mil Med*. 2013; 178(6):646-52. [DOI:10.7205/MILMED-D-13-00017] [PMID]
- [16] Ahmadi MH, Heidarzadeh M, Fathiazar A, Ajri-Khameslou M. Investigating the relationship between compassion fatigue and moral injury in nurses. *Nurs Ethics*. 2025; 32(1):201-11. [DOI:10.1177/09697330241247323] [PMID]
- [17] Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. [The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses (Persian)]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2014; 7(3):36-47. [Link]
- [18] Borhani F, Mohammadi S, Roshanzadeh M. [Moral distress and its relationship with professional stress in nurses (Persian)]. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 2014; 6(6):10-9. [Link]
- [19] Asgari S, Shafipour V, Taraghi Z, Yazdani-Charati J. Relationship between moral distress and ethical climate with job satisfaction in nurses. *Nurs Ethics*. 2019; 26(2):346-56. [DOI:10.1177/0969733017712083] [PMID]
- [20] Shakerinia I, Mohammadpour M. Relationship between job stress and resiliency with occupational burnout among nurses. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2010; 14(2):e79518. [Link]
- [21] Salimi S, Pakpour V, Feizollahzadeh H, Rahmani A. [Resilience and its association with the intensive care unit nurses' intention to leave their profession (Persian)]. *J Hayat*. 2017; 23(3):254-65. [Link]
- [22] Edward KL, Hercelinskyj G. Burnout in the caring nurse: Learning resilient behaviours. *Br J Nurs*. 2007; 16(4):240-2. [DOI:10.12968/bjon.2007.16.4.22987] [PMID]
- [23] Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*. 2007; 60(1):1-9. [DOI:10.1111/jan.16380] [PMID]
- [24] Mahdih O, Darvishi GS. [The study of the relationship between nurses' job stress and resiliency (Persian)]. *Nurse Phys Within War*. 2017; 5(14):17-22. [Link]
- [25] Jamebozorgi MH, Karamoozian A, Bardsiri TI, Sheikhbardsiri H. Nurses burnout, resilience, and its association with socio-demographic factors during COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*. 2022; 12:803506. [DOI:10.3389/fpsy.2021.803506] [PMID]
- [26] Cusack L, Smith M, Hegney D, Rees CS, Breen LJ, Witt RR, et al. Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Front Psychol*. 2016; 7:600. [DOI:10.3389/fpsyg.2016.00600] [PMID]
- [27] Rushton CH, Thomas TA, Antonsdottir IM, Nelson KE, Boyce D, Vioral A, et al. Moral injury and moral resilience in health care workers during COVID-19 pandemic. *J Palliat Med*. 2022; 25(5):712-9. [DOI:10.1089/jpm.2021.0076] [PMID]

- [28] Clark P, Crawford TN, Hulse B, Polivka BJ. Resilience, moral distress, and workplace engagement in emergency department nurses. *West J Nurs Res*. 2021; 43(5):442-51. [\[DOI:10.1177/0193945920956970\]](https://doi.org/10.1177/0193945920956970) [\[PMID\]](#)