QUALITATIVE RESEARCH

# *Intensive Care Nurses' Experiences of Moral Distress in the COVID-19 Pandemic*

Fereshteh Araghian Mojarad[1],
Vida Shafipour[2]

[1] Assistant Professor, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received January 4, 2023 ; Accepted June 10, 2023)

## *Abstract*

**Background and purpose:** As direct and continuous care providers to patients, nurses face various types of psychological stress in the work environment more than other groups. Meanwhile, moral distress in special care units is much more impressive. This study aimed to explain the moral distress experienced by nurses that provided care to patients with COVID-19 patients in special care units.

**Materials and methods:** We performed a conventional qualitative content analysis in 2020-2021. The study population included nurses caring for COVID-19 patients in special care units selected by purposive sampling in educational hospitals affiliated with Mazandaran University of Medical Sciences. In-depth, semi-structured interviews were carried out for data collection. Graneheim and Lundman qualitative approach was used to analyze the data. The trustworthiness of the study was assessed by Guba and Lincoln's stringent criteria.

**Results:** In this study, 14 nurses (25-48 yeas of age) were interviewed. We found three main layers and eight sub-layers, including multiple annoyances (mental and physical stress, negative effects on family and friends relationships, negative effects on professional work), work pressure (hard conditions of the patient and companion, difficulty and work stress, weak management), and persistence and adaptation (self-protection, coping with difficult conditions).

**Conclusion:** Based on this study, nurses should be encouraged to express their feelings so that they can establish a balance between the difficulty of ethical decisions and meeting the patient's needs and managing their emotions.

***Keywords:*** nurse, intensive care, moral distress, COVID-19

**J Mazandaran Univ Med Sci 2023; 33 (222): 124-134 (Persian).**

**Corresponding Author: Vida Shafipour**- Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: vidashafipour@yahoo.com)

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

پژوهشی کیفی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و سوم شماره ۲۲۲ تیر سال ۱۴۰۲ (۱۳۴-۱۲۴)

# تبیین تجارب پرستاران بخش مراقبت ویژه از دیسترس اخلاقی در همه‌گیری کوید-۱۹

فرشته عراقیان مجرد[۱]
ویدا شفیع پور[۲]

## چکیده

**سابقه و هدف:** پرستاران به‌عنوان ارائه‌دهنده مستقیم و مداوم خدمت به بیمار، بیش از سایر گروه‌ها در محیط کاری با انواع گوناگونی از تنش‌های روانی رو به رو هستند. در این بین حضور دیسترس اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه بسیار چشمگیرتر است. لذا این مطالعه با هدف تبیین تجارب دیسترس اخلاقی پرستارانی که در مراکز مراقبت ویژه از بیماران کوید-۱۹ مراقبت می‌کردند، طراحی شد.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوا قراردادی است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. جامعه پژوهش، پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونا بودند که به‌صورت مبتنی بر هدف از بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه عمیق با سوالات نیمه ساختاریافته بود. جهت تحلیل داده‌ها از رویکرد کیفی گرانهیم و لوندمن استفاده شد. صحت و استحکام مطالعه توسط معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن بررسی شد.

**یافته‌ها:** در این مطالعه با ۱۴ پرستار(۴ مرد و ۱۰ زن) با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۸ سال مصاحبه شد. یافته‌های مطالعه شامل سه طبقه اصلی و هشت زیر طبقه شامل آزردگی متعدد (تنش‌های روانی جسمی پرستار، اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان، اثرات منفی بر کار حرفه‌ای)، فشارکاری پرستاری (شرایط سخت بیمار و همراه، سختی و تنش‌کاری، ضعف مدیریت در اداره شرایط) و ماندگاری و انطباق (خودحفاظتی پرستار، کنارآمدن پرستار با شرایط سخت) بود.

**استنتاج:** براساس یافته‌های مطالعه پرستاران باید تشویق به بیان احساسات خود شوند، تا از طریق آن بتوانند بین دشواری تصمیمات اخلاقی و برآوردن نیاز بیمار و مدیریت احساسات خود تعادلی برقرار کنند.

**واژه های کلیدی:** پرستار، مراقبت ویژه، دیسترس اخلاقی، کوید-۱۹

## مقدمه

همه‌گیری کوید-۱۹ جهان را با مشکلات روانی، اجتماعی و اقتصادی بسیاری مواجه ساخت ومنجر به تغییرات گسترده‌ای در همه کشورها به‌خصوص تغییر در سیستم سلامت شده است(۲،۱). سیستم سلامت مجبور بود تقاضای روزافزون ارائه خدمت را برآورده سازد و از ایمنی بیمار و کارمند اطمینان حاصل کند، زیرا از کارکنان خواسته شد تحت شرایطی کار کنند که منابع به حد کفایت نبوده و خطر مرگ و تهدید سلامتی هر لحظه وجود دارد(۳).

**مولف مسئول: ویدا شفیع پور**- مازندران، ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری مامایی نسیبه E-mail: vidashafipour@yahoo.com
۱ استادیار، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل ، انستیتوی اعتیاد ، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، ساری ، ایران
۲ دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۱/۱۰/۱۴ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۱/۱۲/۱ تاریخ تصویب : ۱۴۰۲/۳/۲۰



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

بنابراین تعهداتی از قبیل سازماندهی آزمایشات و درمان‌ها به‌طور مساوی، توزیع فرصت‌های محدود به‌طور عادلانه، حفظ خدمات با منابع و کارمندان محدود، اقدامات لازم برای محافظت از بیمار و بهداشت عمومی مطرح شد(۴،۳) و این تغییرات رخ داده در طی روند همه‌گیری کوید-۱۹ و نیازمندی انطباق با این تغییرات منجر به‌مطرح شدن بسیاری از نگرانی‌های اخلاقی در دستور کار بخش سلامت گردید(۴).

در این بین پرستاران به‌عنوان نیروی اول خط درمان بهمراه سایر کادر درمان چالش‌های اخلاقی زیادی را درباره مراقبت از بیماران کوید-۱۹ و منابع دریافتی تجربه کرده‌اند و تنش‌های جسمانی و روانی بسیاری را نیز به‌همراه آن متحمل شده‌اند(۲). دغدغه‌های تصمیم‌گیری درست مراقبت پرستاری از این بیماران و شرایطی که در طی روند همه‌گیری به‌وجود آمد، سبب تغییر اولویت‌های اخلاقی شده است(۴). این شرایط منجر به موقعیتی می‌گردد که مانع از فعالیت در چارچوب اخلاقی و دشواری در مراقبت و درمان بهینه می‌شود و می‌تواند متخصصان مراقبت سلامت و به‌خصوص پرستاران را از بکارگیری ارزش‌های شخصی و حرفه ای خود باز دارد، به‌طوری‌که در این بین معضلات اخلاقی به نام دیسترس اخلاقی افزایش می‌یابد(۳،۱). دیسترس اخلاقی، زمانی توسط شخص تجربه می‌شود که فرد علی‌رغم آگاهی از اقدامات صحیح، نتواند عمل درست را به‌دلیل محدودیت‌های سازمانی انجام دهد(۵). علل مختلف پدیدآورنده دیسترس اخلاقی بستگی به سیستم خدمات بهداشتی، ویژگی‌های کارکنان سلامت و گروه دریافت کننده خدمات دارند. این عوامل را می‌توان به عوامل بیرونی و درونی تقسیم کرد(۱۰-۶). عوامل بیرونی به علل سیاسی، اداری و اجرایی سازمان اشاره دارد و عوامل درونی مربوط به ماهیت ارائه خدمات درمانی و بهداشتی، ارزش‌های فردی، فرهنگی، حرفه‌ای، خصوصیات فردی و تفاوت‌های شخصیتی است(۱۳-۱۱)، که بر سازمان و کارکنان مراقبت‌های سلامت و فرد دریافت‌کننده مراقبت تأثیر منفی می‌گذارد(۷،۶) و تأثیرات آن بر کارکنان مراقبت سلامت در سطوح جسمی، روانی و اجتماعی دیده می‌شود(۸-۱). مطالعات نشان داده که بسیاری از ارائه‌دهندگان خط مقدم با دیسترس اخلاقی دست‌وپنجه نرم می‌کنند و این احساس هنگام اجبار به انجام اقدامات به‌دلیل محدودیت‌های سازمان و منابع به شیوه‌ای مغایر با اعتقادات آن‌ها بروز می‌یابد(۱۱،۱۰،۳). از پیامدهای افزایش دیسترس اخلاقی، تمایل به افزایش ترک شغل(۱۲)، درماندگی، استرس و فرسودگی شغلی، عدم رضایت شغلی و ترک حرفه پرستاری است(۱۶-۱۴). از سوی دیگر کاهش کیفیت مراقبت می‌تواند از پیامدهای دیسترس اخلاقی باشد که هم به بیمار و هم به سازمان آسیب می‌رساند(۱۵). تقریباً در همه زمینه‌های سیستم سلامت دیسترس اخلاقی وجود دارد و ارائه دهندگان خدمات مراقبت آن را تجربه می‌کنند(۱۱) و پرستاران به‌عنوان ارائه دهنده مستقیم و مداوم خدمت به بیمار بیش از سایر گروه‌ها در محیط کاری با انواع گوناگونی از تنش‌های روانی رو به رو هستند؛ تنش‌هایی که روز به روز بر میزان آن‌ها افزوده می‌شود(۸،۳). در این بین حضور دیسترس اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه بسیار چشمگیرتر است(۱۴،۱۲). پرستاران بخش مراقبت ویژه نیاز به قضاوت و تصمیم‌گیری سریع در مورد چگونگی مراقبت و پاسخ‌گویی به نیازهای بیمار دارند که آن‌ها را در معرض دیسترس اخلاقی قرار می‌دهد(۱۷). مطالعات در ایران، میزان دیسترس اخلاقی پرستاران را متوسط گزارش کرده که منجر به تاثیر منفی آن روی عملکرد پرستاران شده است(۱۹،۱۸) و مطالعه‌ای نیز در این رابطه نشان داد که این شدت در بخش مراقبت ویژه بالاتر از حد متوسط می‌باشد(۱۴). در حال حاضر پرستاران در یک تجربه جهانی با بیماری همه‌گیر کوید-۱۹ قرار گرفته‌اند، که خواه ناخواه به‌دلیل شرایط کاری دچار معضلات پیچیده اخلاقی در مواجه با مراقبت از این بیماران شده‌اند(۳،۱). این شرایط سبب قرارگیری حرفه آنان در مقابل سازمان و ناامیدی، خستگی، کاهش

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

رضایت شغلی و افزایش قصد جابجایی در بین پرستاران شده است(۱۴،۷،۶،۳). با توجه به پیامدهای دیسترس اخلاقی، بنابراین شناسایی دلایل بروز این تنش‌های اخلاقی که به‌طور حتم وابسته به بافت جامعه و قوانین مستقر در هر سیستم درمانی است، برای برنامه‌ریزان و مدعیان این حرفه لازم است.

در نهایت باید در نظر داشت که اکثر مطالعات انجام شده درباره مفهوم دیسترس اخلاقی قبل از دوره کوید-۱۹ انجام پذیرفت و دسترسی به منابع با موضوعیت این مفهوم در دوره همه‌گیری کوید اندک بود. از آن جایی که تعمیم‌پذیری یافته‌ها در مطاعات کیفی وابسته به بافت و زمینه فرهنگی آن منطقه است، لذا محققین در مطالعه حاضر بر آن شدند مطالعه‌ای با هدف تبیین تجارب دیسترس اخلاقی پرستارانی که در مراکز مراقبت ویژه از بیماران کوید-۱۹ مراقبت می‌کنند، طراحی نمایند تا با توجه به نتایج آن مدیران بخش سلامت بتوانند به‌صورت مناسب و علمی در رفع این چالش‌ها و مشکلات موجود در کاهش دیسترس اخلاقی برآیند.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی و از نوع تحلیل محتوا قراردادی است که در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد. در مطالعه حاضر به دلیل کشف و آشکار شدن تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مورد دیسترس اخلاقی (Moral Distress :MD) در همه‌گیری بیماری کوید-۱۹، رویکرد تحلیل محتوای کیفی مورد استفاده قرار گرفت. دلیل استفاده از این رویکرد تحقیقی تامین شناختی جدید، ارتقای درک محقق از پدیده‌ها و مشخص شدن راهبردهای عملیاتی است. جامعه پژوهش، پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه کرونا بودند. شرکت‌کنندگان به‌صورت مبتنی بر هدف از بین پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کوید-۱۹ در بیمارستان‌های آموزشی استان مازندران انتخاب شدند. معیار ورود شامل پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه کرونا که حداقل شش ماه سابقه کار در بخش ویژه کوید-۱۹ داشتند و توانایی بیان تجربیات خود را نیز داشته باشند، بود. معیار خروج از مطالعه، وجود هر عامل ناتوان‌کننده در بیان تجربه‌های پرستار درخصوص دیسترس اخلاقی و هم‌چنین داشتن تجربه وقایع شدید تنش‌زا در یک ماه گذشته مانند طلاق و مرگ عزیزان در پرستاران بود. پژوهشگران سعی کردند که حداکثر تنوع در انتخاب شرکت‌کنندگان از نظر سن، جنس، سطح تحصیلات، سمت، تجربه کاری و نوع بیمارستان و شهر را رعایت نمایند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه عمیق و با سوالات باز نیمه ساختارمند استفاده شد. مصاحبه‌ها به‌صورت آنلاین به منظور محافظت از سلامتی شرکت‌کنندگان و مصاحبه کنندگان برگزار شد. مشارکت‌کنندگان براساس معیار ورود انتخاب شدند. سپس مصاحبه‌کننده در یک اتاق ساکت و در محیطی آرام با هر یک از شرکت‌کنندگان به‌طور جداگانه صحبت نمود. بنا بر رضایت مشارکت کنندگان مصاحبه‌ها ضبط شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات، محرمانه خواهد ماند. مدت زمان مصاحبه با توافق مشارکت‌کننده متغیر بود که بیش از یک ساعت طول نکشید. در طول مصاحبه‌ها سؤال‌های باز پرسیده شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند آزادانه به توصیف تجربه خود از پدیده مورد نظر بپردازند. از آنان خواسته شد که ممکن است درمورد خودتان بگویید؟"، "چگونه خود را به‌عنوان یک پرستار توصیف می‌کنید؟"، "تجربیاتتون در زمان مراقبت از بیماران مبتلا به کرونا برایمان بازگو کنید؟"، " روند همه گیر کوید-۱۹ برای شما چگونه بود؟"، "الف: تجربه شما در زندگی خصوصی چیست؟"، "ب- تجربه شما در زندگی حرفه‌ای چه بود؟"، "آیا می‌توانید درباره روند همه‌گیر کوید ۱۹ بگویید، چه تجربه‌ای از نظر اخلاقی برای شما داشته است؟"، "آیا می‌توانید درباره شرایطی بگویید که موافق با تیم خود، در مورد آنچه که از نظر اخلاقی در روند همه‌گیری کوید-۱۹ صحیح است، نبودید؟ واکنش شما در این شرایط چگونه بود؟"، "نظر شما

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

درباره مقرراتی که تصمیمات شما را از نظر اخلاقی در روند همه‌گیری کوید-۱۹ تحت تأثیر قرار می‌داد، چیست؟ واکنش شما در این شرایط چگونه بود؟ این چه تاثیری روی شما داشت؟"، " موضوعی هست که بخواهید اضافه کنید و به ما بگویید که ممکن است ما از شما نپرسیده باشیم؟"

بقیه سوالات پیگیری‌کننده و اکتشافی جهت روشن‌تر شدن مفهوم و عمیق‌تر شدن روند مصاحبه، مطرح شد. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت یا تاجایی‌که دیگر، با ادامه مصاحبه، داده جدیدی استخراج نشد. پژوهشگر حتی‌الامکان سعی نمود شنونده فعالی باشد. جهت آنالیز داده‌ها، خلاصه نویسی بلافاصله پس از هر مصاحبه (خلاصه‌ها شامل برداشت مصاحبه‌گر از مهم‌ترین ایده‌های مطرح شده در مصاحبه)، سپس گوش دادن به صدای ضبط شده مشارکت‌کنندگان و دست نویس کردن محتوای نوار، در پایان کنترل کردن دست نوشته‌ها با محتوای نوار ضبط شده انجام شد. جهت تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانهیم و لوندمن (Lundman & Graneheim) استفاده شد(۲۰) که محقق مصاحبه‌های مکتوب شده را چندین بار مورد مطالعه قرار داد تا شناخت کاملی را از آن به‌دست آورد. پاراگراف‌ها، جملات و یا کلمه‌ها به‌عنوان واحد معنایی محسوب شدند. سپس واحدهای معنایی، با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم پردازی رسیده و توسط کدها نام‌گذاری شدند. کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شده و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند. درنهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تامل دقیق و عمیق بر روی آن‌ها محتوای نهفته درون داده‌ها تحت عنوان درون مایه مطالعه معرفی شدند. جهت صحت و استحکام مطالعه از معیارهای پیشنهادی گوبا و لینکلن استفاده شد(۲۱). معتبر بودن(credibility ) با مشارکت طولانی مدت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان وتایید اطلاعات توسط آن‌ها (member checking) انجام شد و داده‌ها در پایان آنالیز به تعدادی از شرکت‌کنندگان داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا مشخص نمایند آیا مضامین استخراج شده بیانگر تجربیات آنان است یا نه، قابلیت اعتماد (Dependability) با بازبینی و تحلیل داده توسط محقق و افراد صاحب‌نظر، جهت افزایش اعتماد داده‌ها صورت گرفت. قابلیت تایید (Conformability) که محقق با حفظ مستندات و تایید افراد خبره در تمام مراحل پژوهش به تضمین قابلیت تایید این پژوهش کمک خواهد نمود. قابلیت انتقال (Transferability) داده‌ها، با تلاش جهت ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها، صورت گرفت تا سایر محققین نیز بتوانند قادر به درک پرستاران بخش ویژه کرونا در مورد دیسترس اخلاقی و دستیابی مشابه آن باشند و زمینه را برای قضاوت و ارزیابی دیگران در مورد قابلیت انتقال یافته‌ها فراهم سازد. هم‌چنین نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به شیوه گفته شده، ارایه شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی ومحافظت از حقوق مشارکت‌کنندگان، محقق بعد از اخذ کد اخلاق (IR.MAZUMES.REC.1399.944) و معرفی‌نامه از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و ارایه آن به مرکز درمانی محل مطالعه، با معرفی خود به مشارکت‌کنندگان و توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه، به آن‌ها اطمینان داد که مطالب مصاحبه شده کاملا محرمانه و بدون نام بردن از افراد ثبت شود و امانتداری در متن مصاحبه رعایت گردد. در شروع مطالعه اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده ثبت شد و اطمینان داده شد که گفت‌وگوها پس از اتمام تحلیل و نگارش و چاپ مقاله پاک خواهد شد و به خروج آزادانه در هر مرحله از مطالعه به‌دلیل عدم تمایل به ادامه همکاری تاکید شد.

## یافته ها

در این مطالعه با ۱۴ پرستار(۴ مرد و ۱۰ زن) با محدوده سنی ۲۵ تا ۴۸ سال، مصاحبه شد (جدول شماره ۱).

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

از توصیف غنی و عمیـق مشارکت‌کنندگان، ۵۴۰ کد اولیه، استخراج گردید. کدها پس از چنـــدین بار مرور، خلاصه‌سازی و براساس تشابه و تناسب، طبقه‌بندی شدند. معنای درونی با تحلیل و مقایسـه، به‌صورت سـه طبقه اصلی و هشت زیر طبقه، تعیین و براساس ماهیتشـان به صورت مفهومی و انتزاعی نامگذاری گردیدند که نمونه‌ای از کدهای معنایی به همراه زیر طبقه و طبقه در جدول شماره ۲ و کل زیر طبقات و طبقات در جدول شماره ۳ آورده شده است.

**جدول شماره ۱:** مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

| | |
|---|---|
| جنس | ۱۰ نفر زن و ۴ نفر مرد |
| سن | ۲۵ تا ۴۸ سال |
| تاهل | ۷ نفر متاهل و ۷ نفر مجرد |
| سطح تحصیلات | ۱۰ نفر کارشناس پرستاری و ۴ نفر کارشناسی ارشد |
| سمت پرستاری | ۸ نفر پرستار و ۱ سرپرستار و ۵ نفر مسئول شیفت |
| سابقه کار پرستاری | ۱ تا ۲۱ سال |
| سابقه کار در بخش ویژه | از ۱ تا ۱۲ سال |
| سابقه ابتلا پرستار به کرونا | ۸ نفر |
| سابقه بستری پرستار بدلیل کرونا | ۳ نفر |
| سابقه بیماری کرونا در خانواده | ۱۰ نفر |
| سابقه بستری خانواده بدلیل کرونا | ۴ پرستار |

**جدول شماره ۲:** نمونه ای از نقل قول و کـدهای معنـایی از تجـارب شرکت کنندگان

| نقل قول مشارکت کننده | کدهای معنایی | زیر طبقه | طبقه |
|---|---|---|---|
| -بدلیل شلوغی بخش نمی تونستم بالای سر بیمار برم بعدش عذاب وجدان می گیرم | حجم کاری زیاد | سختی و تنش کاری | فشار کاری پرستاری |
| خسته بودیم چون بچه ها مریض می شدند ما باید شیفت‌ها را کاور می کردیم نمی رسیدم. | ارائه مراقبت طاقت فرسا | | |
| بعضی وقتا پیش میاد که در ارتباط با پزشک یا همکار یه کاری مغایر پروتکل ها انجام می دن...خیلی عصبی و خودخوری می کنم | فشار روانی ناشی از اخذ تصمیمات نادرست | | |

**جدول شماره ۳:** طبقات استخراج شده از تجارب شرکت کنندگان

| طبقات اصلی | طبقات فرعی | کد |
|---|---|---|
| آزردگی های متعدد | تنش های روانی جسمی پرستار | تنش و آزردگی روانی |
| | | مشکلات جسمی |
| | اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان | دوری گزینی و کدورت روابط با خانواده |
| | | کاهش روابط با دوستان |
| | اثرات منفی بر کار حرفه ای | تمایل به کنار گذاشتن کار پرستاری |
| | | روتین گرایی |
| | | احساس مراقبت بیهوده |
| فشار کاری پرستاری | شرایط سخت بیمار و همراه | مشکلات جسمی و روانی بیمار |
| | | استرس و انکار شرایط توسط همراهان |
| | سختی و تنش کاری | حجم کاری زیاد |
| | | ارائه مراقبت طاقت فرسا |
| | | فشار روانی ناشی از اخذ تصمیمات نادرست |
| | ضعف مدیریت در اداره شرایط | کمبود نیروی پرستار |
| | | کمبود وسایل و تجهیزات |
| | | کار با همکار مبتدی یا کم تجربه |
| ماندگاری و انطباق | خودحفاظتی پرستار | دوری و اجتناب |
| | | رفتارهای هیجانی |
| | | استفاده داروهای سایکولوژیک |
| | | بکارگیری راهبردهای کسب آرامش |
| | | ملزم به رعایت نکات ایمنی |
| | کنارآمدن پرستار با شرایط سخت | دریافت حمایت های همه جانبه |
| | | خودباوری |
| | | اشتیاق به خدمت |

*آزردگی متعدد*

مشارکت‌کنندگان بر آزردگی‌های متعـدد جسـمی، روانی و حرفـه‌ای در طـول مراقبـت از بیمـاران مبـتلا بـه کوید-۱۹ در مواجهه با شرایط دیسترس اخلاقـی تاکیـد داشتند، تنش‌های روانی جسمی پرستار، اثرات منفـی بـر روابط خانوادگی و دوستان، اثرات منفی بر کار حرفه‌ای طبقـات فرعـی ظهـور یافتـه از ایـن طبقـه اصـلی بودنـد. یافته‌ها نشان داد که پرستاران در طول مراقبت از بیماران بدلیل مشکلات موجود (کمبود نیرو، کمبود اطلاعات و ناشناخته بودن بیماری، کمبود تجهیزات حفاظت فـردی و دارو، تخت و...) گاهی شاهد قصور، خطـا و.... بودنـد که منجر به دیسترس آنان می‌شد و در مواجهه با شـرایط دیسترس اخلاقی، مشکلات جسـمی متعـدد و آزردگـی روانی را متحمل می‌شدند.

مشارکت کننده ۸ بیان داشت: *" وقتـی یـاد بیمـاران میفتم....یـادم نمیـاد خوابیـده باشـم و خـواب بیمـاران و بیمارستان را ندیده باشم."*

مشارکت کننده ۱۱ بیان داشت: *"بخاطر فشارکاری و مسایل پیش آمده در درمان و مراقبـت بیمـاران اغلـب دچار سردرد و معده درد میشم."*

اثرات منفی بر روابط خانوادگی و دوستان از دیگر یافته‌ها بود که شامل دوری‌گزینی از خـانواده و کـاهش روابط با دوستان بدلیل جلوگیری از انتقال بیمـاری بـود. اغلـب آنـان تـرجیح مـی‌دادنـد فاصـله اجتمـاعی را بـا محـدودیت رفـت و آمـد و دوری از خـانواده رعایـت کنند، چون بیم انتقال بیماری را داشتند.

مشارکت‌کننـده ۴ بیـان داشـت: *"نمیتـونم بـر بـالین بیمار نرم پس سعی می کنم تو خونه جـدا باشـم و حتـی موقع غذا خوردن کنارشون نباشم."*

مشارکت‌کننده ۱۲ بیان داشت: *" از دوستانم کمـی فاصـله گـرفتم. چـون خودشـون هـم یکجـورایی ازم می‌ترسیدن."*

اثرات منفی بر کار حرفه‌ای نیز از یافته‌هـای مطالعـه بود، آنان بدلیل ترس از ابتلا خود و خـانواده و مـرگ و

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

میر بالای بیماری و شرایط سخت مراقبت از بیماران، گاهی در مسیر ارائه خدمت به بیماران نومید شده و تمایل به ترک خدمت می‌نمودند و از طرفی سعی در روتین گرایی بجای مراقبت کل نگر از بیماران داشتند.

مشارکت‌کننده ۱۳ بیان داشت: *"روز اول که کوید آمده بود پدر و مادرم به من می‌گفتند برو انصراف بده. خودم هم تمایل به استعفا داشتم."*

مشارکت‌کننده ۱ بیان داشت: *" بدلیل شلوغی بخش و پذیرش زیاد و ترس از ابتلا، بیش تر به انجام کارهای روتین می پرداختیم."*

از مواردی که اغلب پرستاران به آن اشاره نمودند مرگ و میر بیماران علی‌رغم تلاش فراوان تیم درمان بود که اغلب دچار بیهودگی در مراقبت و بی‌انگیزگی آنان می‌شد.

مشارکت‌کننده ۱۰ بیان داشت: *" وقتی مریض فوت می شد خیلی گریه می کردم چون کلی کار می‌کنی .... آخرش بیفایده است"*

*فشار کاری پرستاری*

یکی از مشکلات اساسی پرستاران در ایام همه‌گیری کوید-۱۹، فشار کار زیاد بود. پرستاران در خط مقدم مقابله با بیماری بوده و در معرض خطر ابتلا به بیماری، سایر مشکلات جسمی و روانی را نیز متحمل می‌شدند. آن‌ها هم‌چنین به‌دلیل بیماری همکارانشان مجبور به پوشش شیفت‌های آن‌ها شده و حجم بالای کار را تحمل می‌کردند.

مشارکت‌کننده ۷ بیان داشت: *"همراهان همه گریه می‌کردند، چون فکر می‌کردند بخش ویژه سکوی مرگ بیمارانه بدلیل مورتالیتی بالای بیماران، بنابراین همش بهشون امیدواری می دادیم."*

مشارکت‌کننده ۱۳ بیان داشت: *"ما حجم کاری بالایی داشتیم و خسته بودیم چون بچه‌ها مریض می‌شدند ما باید شیفت‌ها را کاور می‌کردیم."*

اغلب شرکت‌کنندگان از مراقبت بیماران مبتلا به کوید-۱۹ بدلیل جوان بودن بیماران، دیدن زجر تنفسی و ترس از مردن آنان به عنوان مراقبت طاقت فرسا یاد می‌کردند، به‌طوری‌که روانشان ساعت‌ها پس از اتمام شیفت کاری درگیر بیماران می‌شد.

مشارکت‌کننده ۲ بیان داشت: *"دیدن مریض‌هایی که هوشیارند و دارند باهات صحبت می‌کنند و لحظه به لحظه اکسیژن خونشون داره افت می‌کنه و هر لحظه اینتوبه میشه و دیگر بر نمی‌گرده واقعا طاقت فرساست."*

بدلیل ناشناخته بودن بیماری و عدم اطلاعات کافی و تبحر لازم برای درمان آن، گاهی برخی پزشکان یا پرستاران ناخواسته مرتکب عدم اجرای دقیق پروتکل می‌شدند که پرستاران سعی می‌کردند یادآوری نمایند یا سکوت کنند که منجر به دیسترس اخلاقی می‌شد.

مشارکت‌کننده ۵ بیان داشت: *"بعضی وقتا پیش میاد که در ارتباط با پزشک یا همکار یه کاری خلاف جهت پروتکل‌ها انجام بدن .... وقتی که مجبور به سکوت می شم خیلی عصبی و خودخوری میکنم."*

کمبود نیروی انسانی و نیروهای کارامد و وجود نیروهای کم تجربه و هم‌چنین کمبود تجهیزات پزشکی منجر به ضعف مدیریت بیماری می‌شد. اکثر پرستاران با معضلات پیچیده اخلاقی در مواجه با مراقبت بیماران مبتلا به کوید می‌شدند.

مشارکت‌کننده ۵ بیان داشت: *"در صورت ابتلا همکارا کمبود پرستار داشتیم فقط می رسیدیم داروها و مراقبت‌های روتین را انجام بدیم."*

مشارکت‌کننده ۹ بیان داشت: *"در ابتدای اپیدمی کمی مشکل در لوازم حفاظت فردی و ونتیلاتور داشتیم."*

مشارکت کننده۳ بیان داشت: *"نمیشه به پرستاران تازه کار اعتماد داشت همش کنترلشون می‌کنم. کل شیفت استرس دارم."*

*ماندگاری و انطباق*

پرستاران با دوری و اجتناب از حضور بر بالین بیماران، رفتارهای هیجانی، استفاده داروهای سایکولوژیک،



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

بکارگیری راهبردهای کسب آرامش، تعهد به رعایت احتیاطات استاندارد سعی در تعدیل اثرات دیسترس اخلاقی داشتند.

مشارکت‌کننده ۱۴ بیان داشت: *"وقتی دیدم اکثر پرستاران از مریض‌ها می‌ترسند دلم میخواست از پرستاری بیرون بیام ..."*

مشارکت‌کننده ۱۲ بیان داشت: *"ابتدای اپیدمی، بخاطر ترس از مبتلا شدن سعی می‌کردم در صورت لزوم بر بالین بیمار بروم و از بیمار فاصله می گرفتم."*

پرستاران جوان بیان می‌کردند بدلیل تازه کار بودن مسئولیت بالین بیمار بخصوص بیماران بدحال بر عهده آنان بود، که این مورد باعث دلخوری و گاهی مشاجره لفظی بین همکاران می‌شد.

مشارکت‌کننده ۱ بیان داشت: *"در ابتدای کرونا بدلیل استرس بالای پرسنل بین پرسنل تازه کار با پرسنل با تجربه دعوا می‌شد و بعد پشیمون می‌شدند."*

به‌دلیل فشار روانی بالای شغل پرستاری بخصوص ایام کرونا، اکثر پرستاران در منزل نیز بیاد بیمارانشان می‌افتادند و از طرفی ترس از بیماری و انتقال بیماری به خانواده و عزیزان منجر به بروز مشکلات خواب می‌شد و اغلب برای کاهش اثرات فشارهای روحی روانی به قرص‌های آرامبخش و ضد اضطراب و روش‌های تمدد اعصاب روی می‌آوردند.

مشارکت‌کننده ۳ بیان داشت: *"میامدم خونه به فکر بیماران بخش بودم برای اینکه بخوابم آرام بخش یا قرص ضد اضطراب می خوردم."*

مشارکت‌کننده ۱۰ بیان داشت: *"من همیشه سعی می‌کنم کتاب بخوانم موسیقی گوش کنم اینجوری تلاش می‌کنم به مریض‌های فوت شده فکر نکنم."*

اکثر پرستاران نیز به‌دلیل پیشگیری از بیماری و کاهش انتقال بیماری براساس اطلاعات دریافتی از منابع مختلف سعی در رعایت حفاظت فردی می‌نمودند.

مشارکت‌کننده ۱۴بیان داشت: *"تو بیمارستان غذا نمی خورم، خیلی بیش تر دست می شورم بعد از شیفت حتما حمام میرم در استفاده از وسایل حفاظت فردی بیش تر دقت می کنم تا مریض نشم یا خدای نکرده بیماری را انتقال ندم."*

پرستاران در ایام کرونا با دریافت حمایت‌های همه جانبه از سوی خانواده، همراهان، همکاران، مدیران و نیز با خودباوری و اشتیاق به خدمت سعی در کنار آمدن با شرایط سخت کاری می‌نمودند، آن‌ها بیان داشتند در این ایام علی‌رغم وجود دیسترس اخلاقی حمایت‌های به‌عمل آمده از آنان باعث می‌شد با شرایط کاری تطابق یابند.

شرکت‌کننده ۵ بیان نمود: *"لباس‌های حفاظت فردی ما را خیرین تهیه کردند."*

شرکت‌کننده ۱۴ بیان نمود: *"خانواده خیلی حامی من بودند من را کاملا درک می کردند."*

شرکت کننده۲ بیان نمود: *"وقتی شایستگی لازم برای کمک به همنوع خودم را دارم، بیش تر بالای سر بیماران میرم و کمکشون می کنم."*

برخی پرستاران به‌دلیل نوپدید بودن بیماری و فقدان اطلاعات لازم در خصوص آن مجبور به مطالعه منابع مختلف جهت کسب اطلاعات بیش‌تر می‌شدند و این جستجو و تلاش منجر به اشتیاق بیش‌تر به کار در بخش کرونا شد.

مشارکت‌کننده ۷ بیان داشت: "*کار کردن در بخش کوید منو قوی کرد و باعث شد بیش تر مطالعه کنم. تا بهتر از بیماران مراقبت کنم.*"

شرکت‌کننده ۱ بیان نمود: *"درحالیکه همه از این بیماران فراری هستند، تو نزدیک ترین فرد به بیمار میشی و وظیفه مراقبت خود از بیمار را به نحو احسن انجام می دهی."*

## بحث

این مطالعه با هدف تبیین تجارب پرستاران مراقبت ویژه از دیسترس اخلاقی در دوره همه‌گیری کوید-۱۹ انجام شد. یافته ارزشمند مطالعه این است که از سه طبقه

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

به‌دست آمده، تنها یک طبقه بیانگر اثرات عملکرد و راهبردهای انتخابی پرستاران، در مواجهه با تنش‌ها و آزردگی‌های جسمی و روانی متعدد و فشارکاری ناشی از تنش‌های اخلاقی بود.

*آزردگی‌های متعدد*

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران در این دوران، تنش‌های جسمی و روانی متعددی را متحمل شدند و اثرات منفی آن بر روابط خانوادگی و دوستان منجر به دوری‌گزینی و کدورت در روابط شده بود. هم‌چنین اثرات منفی بر کار حرفه‌ای سبب تمایل به ترک حرفه و احساس انجام مراقبت بیهوده را در آنان در بر داشت. در تایید این یافته‌ها مطالعه‌ای بیان داشت که تنش‌های روانی و مشکلات جسمانی ناشی از دیسترس اخلاقی به‌عنوان عامل خطرزای مهمی در پرستاران شناسایی شده است(۲۲). سلامت و رضایت کارکنان سبب بهبود عملکرد حرفه‌ای درپرستاران شده است(۲۳). نارضایتی، سبب فرسودگی جسمی و روانی و به تبع آن مرخصی‌های متعدد و غیبت از در پرستاران شده است(۲۳،۱۴).

Forozeiya و همکاران بیان داشتند، پرستاران در ارتباط با بیماران، خانواده‌ها و همکاران زمانی که با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که از نظر اخلاقی ناراحت کننده است، راهکار دور شدن از آن موقعیت آزاردهنده اخلاقی مانند تمایل به ترک حرفه، نرفتن به سرکار و یا دوری از اعضای خانواده را بر می‌گزینند(۲۴). دیسترس اخلاقی واقعیتی تجربه شده توسط پرستاران است و درصد قابل توجهی از آنان تمایل به ترک شغل فعلی خود را نشان می‌دهند(۲۲،۱۴). لذا مدیریت پرستاری و بیمارستان باید به شناسایی دیسترس اخلاقی پرداخته و به تجارب پرستاران در جهت رفع این تنش توجه نمایند.

*فشارکاری پرستاری*

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که پرستاران به‌دلیل تحمل شرایط و مشکلات بیمار و همراهان، حجم کاری زیاد، ارائه مراقبت طاقت فرسا و ضعف مدیریت در اداره امور پرستاری متحمل فشارکاری زیادی می‌شدند. دیسترس اخلاقی رابطه مستقیم با حجم کار و کیفیت ارائه مراقبت و ایمنی بیمار داشته(۲۳،۲۲) و ساختار محیط کار نیز نقش مهمی در حفظ و نگهداری پرستاران در سازمان دارد(۲۲).

*ماندگاری و انطباق*

یافته‌های مطالعه حاضر بیانگر راهبردهای خودحفاظتی پرستار و کنار آمدن با شرایط سخت محیط بالین بود که به ماندگاری و انطباق آنان در محیط کار انجامید. پرستاران مشارکت‌کننده برای خودحفاظتی از راهبردهای دوری و اجتناب از بیمار و انعکاس رفتارهای هیجانی استفاده می‌کردند. مطالعه‌ای نیز گزارش داد که پرستاران احساسات مختلفی مانند رضایت از مراقبت، اضطراب و نگرانی و خشم را ابراز نمودند(۲۵). هم‌چنین در مطالعه حاضر پرستاران از داروهای آرامبخش و همچنین از راهبردهای کسب آرامش چون دعا و توکل به اعتقادات مذهبی خود بهره بردند. در مطالعه‌ای نیز پرستاران جایگاه ویژه‌ای را برای معنویت در مقابله با پاندمی در نظر گرفته و به‌عنوان راهکار سازگاری با شرایط به‌کار بردند(۲۶).

پرستاران مطالعه حاضر برای کنار آمدن با شرایط از دریافت حمایت و خودباوری و اشتیاق به خدمت بهره بردند، در همین راستا مطالعه‌ای بیان داشت که پرستاران برای مقابله با استرس و اضطراب در دوران کوید-۱۹ از راهکارهای مختلف مقابله‌ای چون خودحمایتی استفاده و آن را تجربه کردند و آنان در کنار مکانیسم‌های فردی، منابع حمایتی چون خانواده و چتر حمایتی محیط کار و اجتماع را نیز تجربه کردند(۲۶). شرایط محیط کار باید سبب امنیت پرستاران شده و پشتیبانی همکاران و مدیر، احساس تعلق را در پرستاران ایجاد نماید(۲۳) یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نگرانی از ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری کوید و عذاب وجدان ناشی

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

از انتقال این بیماری به خانواده توسط پرستار بزرگ‌ترین تنش تجربه شده بود. در مقابل، دلگرمی و حمایت‌های خانواده تاثیر مثبتی در تحمل این شرایط برای پرستاران داشت. مطالعه‌ای بیان داشت دعای خیر والدین، حمایت و تشویق والدین برای خدمت رسانی بهتر فرزندان در عرصه درمان، پشتوانه محکمی برای سازگاری با تنش‌های موجود و ارائه هر چه بهتر مراقبت به بیماران مبتلا به کوید-۱۹ است(۲۶).

از محدودیت های این مطالعه می‌توان به تمایل نداشتن مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اشاره کرد. پژوهشگران برای رفع این محدودیت، اهداف طرح را توضیح دادند و به محرمانه ماندن اطلاعات، نزد خود تأکید کردند. هم‌چنین این مطالعه یک پژوهش کیفی است، از این رو تفسیر داده‌ها باید با احتیاط انجام گیرد.

یافته ها بیان داشت پرستاران آزردگی های متعدد و فشارهای کاری بالا را در مقابله با دیسترس های اخلاقی متحمل شده و واکنش‌های ماندگار و انطباق را از خود نشان دادند. لذا تشویق پرستاران به بیان احساسات خود ضروری است، تا از طریق آن بتوانند بین دشواری تصمیمات اخلاقی و برآوردن نیاز بیمار و مدیریت احساسات خود تعادلی برقرار کنند. علاوه بر این با انجام مطالعات بیش‌تر، امکان ارائه راهکارهای مناسب برای کاهش تنش پرستاران فراهم می‌شود.

## سپاسگزاری

پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از دانشگاه علوم پزشکی مازندران، برای حمایت مالی از این تحقیق را اعلام می کنند و از شرکت‌کنندگان عزیز در این مطالعه، صمیمانه سپاسگزارند.

## References

1. Cacchione P-Z. Moral Distress in the Midst of the COVID-19 Pandemic. Clin Nurs Res 2020; 29(4): 215-216.
2. Abu-El-Noor N-I, Abu-El-Noor M-K. Ethical issues in caring for COVID-patients: A view from Gaza. Nurs Ethics 2020; 27(8): 1605-1606.
3. Morley G, Grady C, McCarthy J, Ulrich CM. Covid-19: Ethical Challenges for Nurses. Hastings Cent Rep 2020; 50(3): 35-39.
4. Abidemi Mary A, Rene L. Type 2 diabetes and depression in the African American population. J Am Assoc Nurse Pract 2020; 32(2): 120-127.
5. Jameton A. What Moral Distress In Nursing History Could Suggest About The Future Of Health Care. AMA J Ethics 2017; 19(6): 617-628.
6. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development And Testing Of An Instrument To Measure Moral Distress In Healthcare Professionals. AJOB Prim Res 2012; 3(2): 1-9.
7. Mccarthy J, Gastmans C. Moral Distress: A Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature. Nurs Ethics 2015; 22(1): 131-152.
8. Oh Y, Gastmans C. Moral Distress Experienced By Nurses: A Quantitative Literature Review. Nurs Ethics 2015; 22(1): 15-31.
9. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran JW. Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, And Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. Am J Crit Care 2012; 21(2): E41-E52.
10. Azadian M, Rahimi A, Mohebbi M, Iloonkashkooli R, Maleki M, Mardani A. The barriers to observing professional ethics in the practice of nursing care from nurses' viewpoints. Clinical Ethics 2020;16(2): 114-121 (Persian).
11. Daubman BR, Black L, Goodman A. Recognizing Moral Distress in the COVID-

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]

19 Pandemic: Lessons From Global Disaster Response. J Hosp Med 2020; 5(11): 696-698.

12. Lusignani M, Giann ML, Giuseppe RE L, Buffon ML. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. J Nurs Manag 2016; 25(6): 477-485.
13. Soleimani MA, Pahlevan Sharif A, Yaghoobzadeh A, Sheikhi MR, Panarello B, Thin Mar Win M. Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. Nurs Ethics 2019; 26(4): 1101-1113.
14. Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou E-DE, Karanikola MNK. Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. Biomed Res Int 2017; 2017: 1908712.
15. 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): 346-356.
16. Ohnishi K, Kitaoka K, Nakahara J, Välimäki M, Kontio R, Anttila M. Impact Of Moral Sensitivity On Moral Distress Among Psychiatric Nurses. Nurs Ethics 2018; 26(5): 1473-1483.
17. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. Nurs Ethics 2015; 22(1): 32-42.
18. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. IJMEHM 2012; 5(2): 58-69 (Persian).
19. Joolaee S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaee F, Haghani H. Relationship between moral distress and job satisfaction among nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. Hayat 2012; 18(1): 42-51 (Persian).
20. Graneheim U, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24(2): 105-112.
21. Strubert Speziale H, Carpenter D. Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 3thed. Philadelphia: Williams & Wilkings; 2003.
22. Schaefer R, Zoboli Elma Lourdes Campos P, Vieira M. Moral Distress In Nurses: A Description Of The Risks For Professionals. Texto Contexto Enferm 2018; 27(4): e4020017.
23. Sheppard KN, Runk BG, Maduro RS, Fancher M, Mayo AN, Wilmoth DD, Morgan MK, Zimbro KS. Nursing Moral Distress and Intent to Leave Employment During the COVID-19 Pandemic. J Nurs Care Qual 2022; 37(1): 28-34.
24. Forozeiya D,Vanderspank-Wright B, Bourbonnais FF, Moreau D, Wright DK. Coping with moral distress-The experiences of intensive care nurses: An interpretive descriptive study. Intensive Crit Care Nurs 2019; 53: 23-29.
25. Rezapour M, Zarghami M, Sheikhmoonesi F. Psychological Experience and Needs of Front-line Nurses during COVID-19 Outbreak in Iran: A Qualitative Study. J Mazandaran Univ Med Sci 2021; 31(196): 125-135 (Persian).
26. Shali M, Ghorbani A, Matourypour P, Salehi Morkani E, Salehpoor Emran M, Nikbakht Nasr Aadi A. Exploring Nurses' Experiences of Coping Mechanisms Used in COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. IRJE 2021; 17(2): 204-214 (Persian).

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13 ]