

ارتباط بین تنیدگی اخلاقی با خستگی از شفقت پرستاران بخش مراقبت ویژه در موقعیت‌های پایان عمر در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران، ۱۴۰۳

محدثه سلیمی^۱، مریم جدید میلانی^۲، رضا نوروززاده^{۳*}

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۴/۰۱/۰۵

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: پرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه اغلب با تنیدگی اخلاقی و خستگی از شفقت به‌ویژه هنگام مراقبت از بیماران در مرحله پایان عمر مواجه می‌شوند. این مطالعه باهدف تعیین ارتباط بین تنیدگی اخلاقی و خستگی از شفقت در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه (ICU-CCU) در تهران، ایران انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است. تعداد ۲۲۳ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU-CCU) از ۸ بیمارستان وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر شامل مقیاس تنیدگی اخلاقی همریک و مقیاس کیفیت زندگی حرفه‌ای فیگلی جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، تحلیل همبستگی و مدل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها: اکثر پرستاران سطوح بالایی از تنیدگی اخلاقی (۳/۶۷ درصد)، و سطوح متوسط خستگی از شفقت (۶۳/۲ درصد) را گزارش کردند. تنیدگی اخلاقی به‌طور معنی‌داری با خستگی از شفقت ($r=0/567$ ، $P<0/001$) مرتبط بود. تحلیل رگرسیون نشان داد که خستگی از شفقت پیش‌بینی‌کننده معنادار تنیدگی اخلاقی است که ۳۲ درصد از واریانس را توضیح می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع بالای تنیدگی اخلاقی و خستگی از شفقت و ارتباط قوی آن‌ها، ضروری است که مسئولین پرستاری به بهبود شرایط محل کار و فراهم آوردن محیطی حمایتی و آرام برای پرستاران توجه ویژه‌ای داشته باشند. همچنین، برگزاری دوره‌های آموزشی در زمینه فرآیندهای تصمیم‌گیری اخلاقی می‌تواند به کاهش تنیدگی اخلاقی کمک کند. به‌علاوه، ایجاد سیستم‌های پشتیبانی عاطفی برای پرستاران می‌تواند موجب کاهش فشارهای روانی و بهبود کیفیت مراقبت‌ها شود.

کلیدواژه‌ها: تنیدگی اخلاقی، خستگی از شفقت، پرستاری مراقبت ویژه، پایان عمر

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره یازدهم، پی‌درپی ۱۸۴، بهمن ۱۴۰۳، ص ۹۶۴-۹۵۴

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران، تلفن: ۰۲۱۶۶۴۱۸۵۸۷

Email: norouzadeh@shahed.ac.ir

مقدمه

پرستاری از مهم‌ترین حرفه‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت با هدف حفظ ارزش‌ها و کرامت تمام انسان‌های نیازمند مراقبت محسوب می‌شود (۱، ۲). انگیزه پرستاران برای برطرف کردن نیازهای جسمی، روانی و عاطفی در عین اینکه اقدامی رضایت‌بخش است (۳) ولی می‌تواند به‌عنوان محرکی آسیب‌زا، سلامت جسمی و روانی پرستاران را به مخاطره بیندازد (۴). به‌نحوی که مواجهه و مراقبت از بیماران رنج‌دیده شرایط پیچیده‌ای را به لحاظ اخلاقی

برای پرستاران به وجود می‌آورد (۵). یکی از این چالش‌ها، تنیدگی اخلاقی است. تنیدگی اخلاقی موقعیتی است که فرد راه درست انجام کار را می‌داند ولی موانع سازمانی یا فردی انجام درست کار را بر او غیرممکن می‌سازد و یا وی را مجبور به انجام کاری نماید که می‌داند غلط است (۶). بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دارای سطح هوشیاری پایینی هستند، زندگی آنان با تهدید مواجه است و در نتیجه نیاز به مراقبت‌های دقیق ۲۴ ساعته دارند (۷). لذا به علت نیاز گسترده به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۲ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^۳ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

در وضعیت‌های بحرانی مثل پایان عمر بروز تنیدگی اخلاقی افزایش می‌یابد (۸، ۹).

برخی منابع حاکی از آن است تنیدگی اخلاقی پرستاران در مواجهه با بیماران در مراحل پایان زندگی بستری در بخش مراقبت ویژه می‌تواند توأم با خستگی از شفقت که به‌عنوان درماندگی فیزیکی، روانی و خستگی ناشی از مراقبت، گردد (۱۰-۱۲). فیگلی^۱ (۲۰۰۲) بیان می‌کند که خستگی از شفقت، توانایی است که فرد مراقبت‌کننده در ازای کمک به بیماران پرداخت می‌کند (۱۳). در این راستا کراس^۲ (۲۰۱۹) اظهار می‌دارد که پرستاران ICU به‌کرات به دلیل ناتوانی و محدودیت در تصمیم‌گیری دچار خستگی و فرسودگی شغلی می‌گردند (۱۴، ۱۵). استرس مراقبتی بالاتر در مراحل پایان زندگی بیمار، با خستگی از شفقت مرتبط است که به‌نوبه خود تأثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی و نگرش‌های حرفه‌ای داشته که منجر به کاهش کیفیت خدمات پرستاری، احتمال بالاتر خطاهای پرستاری و تغییر محل شغل می‌شود (۱۶، ۱۷).

مطالعات پیشین ارتباط تنیدگی اخلاقی را با صلاحیت بالینی، جو اخلاقی، شجاعت اخلاقی و مراقبت ایمن پرستاری بررسی کرده‌اند (۱۸-۲۱). برخی مطالعات نیز به ارتباط تنیدگی اخلاقی با جنبه‌های زیستی پرستاران همچون کیفیت خواب (۲۲) تمرکز نموده‌اند. از طرفی دانش ما از این منظر که پرستاران بخش مراقبت ویژه به دلیل تنیدگی اخلاقی دچار خستگی از شفقت می‌گردند و یا اینکه خستگی از شفقت پیش‌بینی‌کننده تنیدگی اخلاقی است، ناکافی است.

این تجربیات آزاردهنده اخلاقی در سناریوهای پایان عمر، حوادث مجزا نیستند، بلکه می‌توانند مکرر و تجمعی برای پرستاران مراقبت‌های ویژه باشند. تحقیقات موجود به‌طور گسترده شیوع و تأثیر تنیدگی اخلاقی را در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله مراقبت‌های ویژه، مستند کرده است. مطالعات ارتباط آن را با فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، قصد ترک حرفه و به خطر انداختن مراقبت از بیمار نشان داده‌اند. باین‌حال، بسیاری از این تحقیقات، تنیدگی اخلاقی را به‌عنوان یک پدیده عمومی، اغلب بدون تشریح تظاهرات و پیامدهای آن در زمینه‌های پرمخاطره و بار عاطفی مراقبت پایان عمر در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان، بررسی می‌کنند.

با توجه به مطالب فوق‌الذکر به نظر می‌آید وجود تنیدگی اخلاقی در پرستاران مراقبت ویژه جنبه‌هایی از عملکرد حرفه‌ای و فردی آن‌ها را دستخوش تأثیر قرار داده که از این منظر این مطالعه

ارتباط بین تنیدگی اخلاقی با خستگی از شفقت پرستاران بخش مراقبت ویژه بزرگسالان را در موقعیت‌های پایان عمر بررسی می‌کند.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی است که از اردیبهشت تا مرداد ۱۴۰۳ در بیمارستان‌های آموزشی تهران انجام شد. محقق پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه و با مراجعه به بیمارستان‌های منتخب و کسب مجوزهای لازم، از پرستاران دارای شرایط ورود به مطالعه درخواست کرد که پرسشنامه‌ها را به‌صورت کتبی تکمیل کرده و در اختیار محقق قرار دهند. بعد از دادن توضیحات به افراد تأکید شد که اطلاعات آنان کاملاً محرمانه در نظر گرفته می‌شوند. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در انجام پژوهش، داشتن حداقل دو سال سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه، داشتن حداقل مدرک کارشناسی در رشته پرستاری، نداشتن سابقه ترک خدمت، نداشتن سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی و ضد اضطراب طبق خوداظهاری، تجربه وضعیت استرس‌زا طی ۶ ماه گذشته مانند مرگ عزیزان و طلاق بودند. پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص که حداقل به ۱۰ درصد از گویه‌ها پاسخ نداده بودند از مطالعه خارج می‌شدند. به‌منظور محاسبه حجم نمونه از نرم‌افزار G*power و در نظر گرفتن سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان ۸۵ درصد و یک اندازه اثر تقریباً متوسط ($f^2 = ۰/۰۵$) برای بررسی اثر ۲ متغیر مستقل خستگی از شفقت و فرسودگی شغلی، حجم نمونه موردنیاز برابر ۲۲۳ نفر محاسبه گردید.

انتخاب نمونه‌ها به‌صورت چندمرحله‌ای بود. ابتدا محیط پژوهش به چهار طبقه (دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران و سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران) تقسیم شد. سپس از هر یک از طبقات به روش خوشه‌ای نمونه‌گیری انجام شد. به‌این‌ترتیب که در هر طبقه بیمارستان‌های دارای بخش مراقبت ویژه به‌عنوان خوشه در نظر گرفته شد و با نوشتن نام بیمارستان‌ها بر روی کاغذ و توسط فردی خارج از تیم تحقیق دو بیمارستان از بین بیمارستان‌های هر طبقه به تصادف انتخاب شد. پژوهشگر از بین پرستاران واجد شرایط شاغل در بخش‌های CCU و ICU به‌صورت تصادفی نمونه‌گیری کرد. لازم به ذکر است که سهم هر بیمارستان به نسبت افراد واجد شرایط در هر بیمارستان و پس از تهیه لیستی از واجدین شرایط در هر بیمارستان مشخص شد. لذا درنهایت ۸ بیمارستان به‌عنوان محیط پژوهش برای انتخاب نمونه‌ها مشخص شد. به‌عنوان مثال، از دانشگاه

^۱. Figley

^۲. Cross

علوم پزشکی تهران دو بیمارستان شریعتی (دارای ۱۸۷ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه) و بهارلو (دارای ۷۶ پرستار شاغل در بخش مراقبت ویژه) انتخاب شدند. سهم پرستاران واجد شرایط از دو بیمارستان مذکور به ترتیب ۵۰ و ۲۶ پرستار بود. ابزار گردآوری داده‌ها شامل:

برگه اطلاعات جمعیت شناختی (شامل سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت استخدامی، وضعیت تأهل، سابقه خدمت در بخش مراقبت‌های ویژه، سمت شغلی، وضعیت شیفت کاری، متوسط ساعت کار ماهانه).

پرسشنامه تنیدگی اخلاقی همریک^۱ (ترجمه توسط اطافی، به نقل از عرب و بزرگزی (۱۳۹۳)) با ۱۸ گویه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱-۵) که از دو بعد شدت و تکرار به تنش‌های اخلاقی امتیاز می‌دهد سنجیده شد؛ آلفای کرونباخ کل ۰/۷۵ است. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه در مطالعه خوشکباری و همکاران (۲۰۲۲) مورد تأیید قرار گرفته است. میزان اثر تنیدگی اخلاقی هر عبارت از حاصل ضرب نمره‌ی شدت تنیدگی اخلاقی و نمره‌ی فراوانی تنیدگی اخلاقی آن عبارت محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده میزان تنیدگی اخلاقی بیشتری است. ترکیب امتیازهای دو زیر طبقه فراوانی در شدت برای تنیدگی اخلاقی کلی انجام می‌شود. در نهایت نمره دهی ۱۸ گویه تنیدگی اخلاقی بین (۲۸۸-۰) است (۲۳).

پرسشنامه کیفیت زندگی حرفه‌ای فیگلی^۲ (ترجمه گرجی و همکاران (۱۳۹۷)) با ۳۰ گویه در سه زیرمقیاس (خستگی از شفقت، رضایت از شفقت و ترومای ثانویه) در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱-۵) سنجیده شد؛ آلفای کرونباخ کل ۰/۷۳ و شاخص روایی محتوای ابزار برابر ۰/۹۱ گزارش گردید. آستانه جمع کل بر اساس صدک ۲۵ و ۷۵ به شرح زیر است؛ محدوده ۲۲ یا کمتر در هر زیر مقیاس نشان‌دهنده رضایت شفقت پایین یا خستگی از شفقت پایین‌تر و یا استرس ترومای ثانویه کمتر است. محدوده ۲۳ تا ۴۱ در حد متوسط قرار می‌گیرد و بیشتر از ۴۲ نشان‌دهنده رضایت از شفقت بالاتر یا خستگی از شفقت بیشتر و یا استرس ترومای ثانویه بیشتر است. افرادی که نمره بیش‌تر از ۴۵ را کسب کنند رضایت از شفقت بالا، افرادی که نمره کم‌تر از ۳۲/۶ کسب کنند، رضایت از شفقت پایین و افرادی که نمره بین ۳۲/۶-۴۵ کسب کنند دارای رضایت از شفقت متوسط می‌باشند. افرادی که نمره بیش‌تر از ۱۸/۱۶ را کسب کنند خستگی از شفقت بیشتر، افرادی که نمره کم‌تر از ۸/۷۴ کسب کنند خستگی از شفقت کمتر و افرادی که نمره بین ۸/۷۴-۱۸/۱۶ کسب کنند دارای خستگی از شفقت متوسط می‌باشند. افرادی که نمره بیش‌تر از ۳۲/۷۲ را کسب کنند استرس ترومای ثانویه بالا، افرادی

که نمره کمتر از ۲۱/۵۲ کسب کنند استرس ترومای ثانویه پایین و افرادی که نمره بین ۲۱/۵۲-۳۲/۷۲ کسب کنند دارای استرس ترومای ثانویه متوسط می‌باشند (۲۴).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل آماری انجام گرفت. جهت بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش از چولگی و کشیدگی استفاده گردید و بازه مجاز برای چولگی (۳ و -۳) و برای کشیدگی (۵ و -۵) در نظر گرفته شد. جهت بررسی ارتباط نمرات ابزارها از ضریب همبستگی و مدل رگرسیون خطی استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های پژوهش $36/753 \pm 7/71$ سال است و سابقه خدمت دارای میانگین $8/856 \pm 6/79$ است و متوسط ساعت کاری نیز دارای میانگین $57/08 \pm 20/549$ است (جدول ۱).

نتایج نشان داد که ۵۴/۷ درصد پرستاران نمونه پژوهش، زن بودند. از نظر تأهل، ۶۲/۳ درصد پرستاران نمونه پژوهش، متأهل بودند. یافته‌ها نشان داد ۸۳/۹ درصد پرستاران نمونه پژوهش، دارای تحصیلات در سطح کارشناسی بودند، ۴۸/۹ پرستاران وضعیت استخدامی رسمی داشتند، ۶۳/۲ آن‌ها پرستار عادی و ۴۸ درصد آن‌ها شیفت در گردش داشتند. ۶۰/۱ درصد پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش در بخش ICU فعالیت داشتند (جدول ۲).

از مجموع پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، ۶۷/۳ درصد دارای پریشانی اخلاقی بالا بودند. شدت پریشانی اخلاقی در ۴۸ درصد افراد متوسط و فراوانی آن در ۵۷/۴ درصد موارد متوسط گزارش شد. همچنین، هیچ موردی با سطح پایین پریشانی اخلاقی مشاهده نگردید. نتایج توزیع فراوانی نشان داد که بیشترین درصد پرستاران در حیطه رضایت از شفقت در سطح متوسط (۵۴/۳ درصد) و در حیطه خستگی از شفقت نیز بیشترین درصد در سطح متوسط (۶۳/۲ درصد) قرار داشتند. در حیطه استرس ترومای ثانویه، اکثریت پاسخ‌دهندگان (۶۳/۲ درصد) در سطح متوسط قرار داشتند، درحالی‌که کمترین درصد در هر سه حیطه مربوط به سطح پایین عملکرد بود. بیشترین درصد عملکرد بالا مربوط به رضایت از شفقت (۳۹/۵ درصد) و کمترین آن مربوط به استرس ترومای ثانویه (۳۲/۷ درصد) بود.

مدل رگرسیونی نشان داد ۳۲ درصد تغییرات تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه به وسیله خستگی از شفقت قابل پیش‌بینی است. همچنین، به اندازه یک واحد افزایش خستگی از شفقت، تنیدگی اخلاقی ۰/۵۶۷ واحد افزایش می‌یابد ($p < 0/001$)

^۱. Hamric

^۲. Figley

(جدول ۳). مدل رگرسیونی نشان داد از میان متغیرهای جمعیت شناختی، سمت شغلی، سابقه خدمت، متوسط ساعت کاری و شیفت (صبح و شب)، توانستند تنیدگی اخلاقی را پیش‌بینی کنند. در متغیر سمت شغلی مسئول شیفت و جانشین سرپرستار سهم بیشتری در پیش‌بینی مستقیم تنیدگی اخلاقی داشتند ($\beta = 0/219$). سابقه خدمت ارتباط معکوس با تنیدگی اخلاقی داشت ($\beta = -0/284$). ولی متوسط ساعت کاری ارتباط مستقیم در پیش‌بینی تنیدگی اخلاقی داشت ($\beta = 0/148$). همچنین، از نظر

شیفت کاری، شیفت صبح سهم بیشتری ($\beta = 0/197$) در پیش‌بینی تنیدگی اخلاقی نسبت به شیفت عصر داشت (جدول ۴). از میان متغیرهای جمعیت شناختی، سن و شیفت توانستند خستگی از شفقت را پیش‌بینی کنند. به ازای هر واحد افزایش سن، خستگی از شفقت ۰/۲۹۸ سهم کاهش یافت. همچنین، از نظر شیفت کاری، شیفت صبح ۰/۱۷۱ سهم در پیش‌بینی خستگی از شفقت داشت (جدول ۵).

جدول (۱): آماره‌های توصیفی متغیر سن و سابقه خدمت و متوسط ساعت کاری پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در سال ۱۴۰۳

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	چولگی	کشدگی
سن	۳۶/۷۵۳	۷/۷۱	۵۵	۲۶	۰/۳۷۴	-۰/۹۶۲
سابقه خدمت	۸/۸۵۶	۶/۷۹	۳۰	۲	۱/۰۷۵	-۰/۱۸۹
متوسط ساعت کاری	۲۰۹/۵۴۲	۵۷/۰۸	۴۵۰	۱۱۰	۱/۶۱۹	۲/۴۶۷

جدول (۲): توزیع فراوانی وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام، سمت شغلی، نوع شیفت و بخش محل کار در پرستاران

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	زن مرد (۱۲۲(۵۴/۷) ۱۰۱(۴۵/۳))
وضعیت تاهل	مجرد (۷۵ (۳۳/۶)) متاهل (۱۳۹ (۶۲/۳)) همسر فوت‌شده (۲ (۰/۹)) همسر جداشده (۷ (۳/۱))
میزان تحصیلات	کارشناسی (۱۸۷ (۸۳/۹)) کارشناسی ارشد (۳۶ (۱۶/۱))
وضعیت استخدام	رسمی (۱۰۹ (۴۸/۹)) طرحی (۹ (۴)) پیمانی (۲۹ (۱۳)) شرکتی (۵۵ (۲۴/۷)) قراردادی (۲۱(۹/۴))
سمت شغلی	پرستار (۱۴۱ (۶۳/۲)) مسئول شیفت (۵۶ (۲۵/۱)) جانشین سرپرستار (۱۳ (۵/۸)) سرپرستار (۱۳ (۵/۸))
نوع شیفت	صبح (۵۴ (۲۴/۲)) عصر (۱۳ (۵/۸)) شب (۴۹ (۲۲)) در گردش (۱۰۷ (۴۸))
بخش محل کار	ICU (۱۳۴ (۶۰/۱)) CCU (۸۹ (۳۹/۹))

جدول (۳): بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی تنیدگی اخلاقی با خستگی از شفقت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در سال ۱۴۰۳

متغیر پیش‌بین		R ²	B	β	t	P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B	
سطح بالا							سطح پایین	سطح بالا
خستگی از شفقت		۰/۳۲۱	۳/۴۲۵	۰/۵۶۷	۱۰/۲۲۲	<۰/۰۰۱	۲/۷۶۵	۴/۰۸۵

جدول (۴): بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی بر تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در سال ۱۴۰۳

متغیر پیش‌بین (متغیر ثابت)		R ²	B	β	t	P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B	
سن							سطح پایین	سطح بالا
جنس (زن)								
مرد								
وضعیت تأهل (متأهل)								
مجرد								
همسر فوت‌شده								
همسر جداشده								
میزان تحصیلات (کارشناسی)								
کارشناسی ارشد								
وضعیت استخدام (رسمی)								
شرکتی								
قراردادی								
پیمانی								
طرحی								
سمت شغلی (مسئول شیفت)								
پرستار								
جانشین سرپرستار								
سرپرستار								
سابقه خدمت								
متوسط ساعت کاری								
صبح								
عصر								
شب								
بخش (CCU)								
ICU								

جدول (۵): بررسی میزان پیشگویی‌کنندگی متغیرهای جمعیت شناختی بر خستگی از شفقت پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران در سال ۱۴۰۳: مدل رگرسیون

متغیر پیش‌بین (متغیر ثابت)		R ²	B	β	t	P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B	
سطح بالا							سطح پایین	سطح بالا
سن								
جنس (زن)								
مرد								
مجرد								
وضعیت تأهل (متأهل)								
همسر فوت‌شده								
همسر جداشده								

متغیر پیش‌بین (متغیر ثابت) سطح بالا		R ²	B	β	t	P	فاصله اطمینان ۹۵٪ برای B	
میزان تحصیلات (کارشناسی)	کارشناسی ارشد						سطح پایین	سطح بالا
وضعیت استخدام (رسمی)	شرکتی	۰/۲۱۱	۰/۱۶۱	۰/۱۸۵۶	۰/۶۳۴	۰/۵۲۷	۰/۱۴۴	۰/۲۸۱
سمت شغلی (مسئول شیفت)	قراردادی	۰/۱۵۵	۰/۰۸۰	۰/۱۰۹۵	۰/۲۷۵	۰/۰۶۵	۰/۴۳۵	۰/۰۱۳
	پیمانی	۰/۲۳۴	۰/۱۴۰	۰/۱۷۶۰	۰/۰۸۰	۰/۴۹۶	۰/۱۲۴	۰/۰۲۸
	طرحی	۰/۲۷۶	۰/۰۹۶	۰/۳۲۷	۰/۱۸۶	۰/۶۸۵	۰/۱۳۴	۰/۰۴۰
سابقه خدمت	پرستار	۰/۱۶۰	۰/۱۳۷	۰/۱۵۷۸	۰/۱۱۶	۰/۳۶۰	۰/۴۴۲	۰/۲۷۷
	جانشین سرپرستار	۰/۰۸۲	۰/۰۳۴	۰/۴۵۱	۰/۶۵۳	۰/۳۰۵	۰/۴۴۱	۰/۴۴۱
	سرپرستار	۰/۰۶۸	۰/۰۲۸	۰/۳۶۱	۰/۷۱۸	۰/۳۰۵	۰/۴۴۱	۰/۴۴۱
متوسط ساعت کاری		۰/۰۰۳	۰/۰۴۱	۰/۴۰۸	۰/۶۸۴	۰/۰۲۰	۰/۰۱۳	۰/۰۱۳
شیفت (در گردش)		۰/۰۰۱	۰/۱۳۰	۱/۷۲۷	۰/۰۸۶	۰	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳
بخش (CCU)	صبح	۰/۲۲۴	۰/۱۷۱	۲/۱۷۲	۰/۰۳۱	۰/۰۲۱	۰/۴۲۸	۰/۴۲۸
	عصر	۰/۰۴۸	۰/۰۲۰	۰/۲۸۳	۰/۷۷۷	۰/۲۸۶	۰/۳۸۲	۰/۳۸۲
	شب	۰/۰۸۴	۰/۰۶۲	۰/۸۳۱	۰/۴۰۷	۰/۱۱۵	۰/۲۸۴	۰/۲۸۴
ICU	۰/۱۴۰	۰/۱۲۱	۰/۱۷۴۱	۰/۰۸۳	۰/۲۹۸	۰/۰۱۸	۰/۰۱۸	۰/۰۱۸

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین پریشانی اخلاقی با خستگی از شفقت پرستاران بخش مراقبت ویژه در موقعیت‌های پایان عمر انجام شد. با توجه به نتایج اکثریت پرستاران از سطح پریشانی اخلاقی بالایی برخوردار بودند. در این راستا نتایج پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها مقایسه شد: شوریده و همکاران (۱۳۹۴) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر تهران تنیدگی اخلاقی بالایی را در پرستاران بخش مراقبت ویژه گزارش کردند (۲۵)، براونینگ^۱ (۲۰۱۳) در پرستاران مراقبت‌های ویژه بزرگسالان که از بیماران در موقعیت پایان زندگی مراقبت می‌کردند، به ترتیب شدت و فراوانی تنیدگی اخلاقی را بالا و متوسط گزارش کردند (۲۶). اگرچه این مطالعه مانند مطالعه حاضر در مورد پرستارانی است که در موقعیت‌های پایان زندگی مراقبت می‌کنند، اما تمرکز اصلی آن بر شدت و فراوانی تنیدگی اخلاقی بوده و به جنبه‌های دیگر مانند خستگی از شفقت نمی‌پردازد. آلن^۲ و همکاران (۲۰۰۵) در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه یک مرکز آموزشی در شیکاگو سطح بالای تنیدگی اخلاقی را گزارش کردند (۲۷). بر خلاف مطالعه حاضر، مطالعه فوق‌الذکر تنها به گزارش سطح تنیدگی

اخلاقی در محیط ICU محدود می‌گردد. همچنین، دودک^۳ و همکاران (۲۰۱۶) در کشور کانادا (۲۸) و فونیس^۴ و همکاران (۲۰۱۷) در کشور برزیل (۲۹) تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه را نسبت به دیگر پرسنل کادر درمان بخش مراقبت ویژه بالا گزارش کردند. دو مطالعه اخیر به بررسی سطح تنیدگی اخلاقی در پرستاران پرداخته‌اند و از ابزارهای مختلفی برای ارزیابی این موضوع استفاده کرده‌اند. هیچ‌یک از این دو مطالعه خستگی از شفقت یا رابطه آن با پریشانی اخلاقی را بررسی نکرده‌اند. این مطالعات نیز سطح بالایی از تنیدگی اخلاقی را در پرستاران بخش مراقبت ویژه گزارش کرده‌اند، اما به دلیل عدم تمرکز بر موقعیت‌های پایان عمر و خستگی از شفقت، نتایج آن با مطالعه حاضر تفاوت دارد.

در پژوهش حاضر میزان خستگی از شفقت پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه در سطح متوسط بود. باغچه جی اوغلو^۵ و همکاران (۲۰۲۴) در ترکیه خستگی از شفقت را در پرستاران مراقبت تسکینی در حد متوسط گزارش کردند (۳۰). هونساکر^۶ و همکاران (۲۰۱۴) در پرستاران بخش اورژانس سراسر ایالت متحده آمریکا سطح پایین تا متوسط خستگی از شفقت را گزارش کردند (۳۱) ولی،

4. Funis

5. Bahçecioğlu

6. Hunsaker

1. Browning

2. Ellen

3. Dodek

نوقانچی صالح و همکاران (۲۰۱۹) با بررسی پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان میزان بالای خستگی از شفقت را گزارش کردند (۳۲). علت تفاوت نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر می‌تواند در نوع بخش (بخش مراقبت ویژه نوزادان) باشد. چون در بخش مراقبت ویژه نوزادان، پرستاران با نوزادانی که از حساسیت بالایی برخوردار هستند و همچنین با خانواده آن‌ها در ارتباط هستند که می‌تواند بر روی خستگی از شفقت آن‌ها تأثیرگذار است. شوای^۱ و همکاران (۲۰۲۴) در چین نشان دادند خستگی از شفقت پرستاران کارورز در سطح پایین بود (۳۳). علت این تواند این باشد که نمونه پژوهش آن‌ها پرستاران کارورز بودند که به دلیل هنوز به صورت مستقل مشغول به کار نشده بودند پس خستگی از شفقت آن‌ها کمتر بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد خستگی از شفقت ۳۲ درصد واریانس تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به وسیله خستگی از شفقت پیش‌بینی می‌شود شوای و همکاران (۲۰۲۴) در چین نشان دادند که تنیدگی اخلاقی و خستگی از شفقت همبستگی پرستاران کارورز مستقیم و معناداری داشت (۳۳) و البقاوی^۲ و الشمری^۳ (۲۰۲۴) در عربستان نشان دادند خستگی از شفقت تأثیر مستقیم بر تنیدگی اخلاقی پرستاران دارد (۳۴). محمدی و همکاران (۱۳۹۳) در کرمان گزارش کردند بین تنیدگی اخلاقی و خستگی از ارائه مراقبت به بیماران، ارتباط مثبت معنی‌داری وجود داشت (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین تنیدگی اخلاقی با سمت شغلی، سابقه خدمت، متوسط ساعت کاری و شیفت ارتباط داشت. در متغیر سمت شغلی مسئول شیفت و جانشین سرپرستار سهم بیشتری در پیش‌بینی مستقیم تنیدگی اخلاقی داشتند. سابقه خدمت ارتباط معکوس با تنیدگی اخلاقی داشت. ولی متوسط ساعت کاری ارتباط مستقیم در پیش‌بینی تنیدگی اخلاقی داشت. همچنین، از نظر شیفت کاری، شیفت صبح سهم بیشتری در پیش‌بینی تنیدگی اخلاقی نسبت به شیفت عصر داشت. در این راستا، احمد^۴ و همکاران (۲۰۲۴) با مرور سیستماتیک مشخص کردند ویژگی شخصی پرستاران در تنیدگی اخلاقی تأثیر دارد (۳۶). شوریده و همکاران (۱۳۹۴) با بررسی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های علوم پزشکی ایران نشان دادند بین سابقه کاری و تنیدگی اخلاقی رابطه مستقیم وجود دارد ولی، بین شیفت کاری با تنیدگی اخلاقی رابطه وجود ندارد (۲۵). دودک^۵ و همکاران (۲۰۱۶) در کانادا نشان دادند بین تنیدگی اخلاقی کادر درمان بخش مراقبت ویژه و سال‌های تجربه کاری ارتباط مستقیم و سن ارتباط

معکوس وجود دارد (۲۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد سن و شیفت توانستند خستگی از شفقت را پیش‌بینی کنند. همسو با این یافته، در مطالعه کلتوف^۶ و همکاران (۲۰۱۷) پرستاران جدید یک بیمارستان سالمندان در ایالت غرب میانه آمریکا سطوح بالاتری از خستگی از شفقت را نسبت به پرستاران باتجربه گزارش کردند (۳۷).

نتیجه‌گیری

یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد که خستگی از شفقت و متغیرهای جمعیتی خاص به‌طور قابل‌توجهی بر تنیدگی اخلاقی تجربه‌شده توسط پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان تأثیر می‌گذارد. پرستاران با سطوح بالای خستگی از شفقت، تنیدگی اخلاقی بیشتری را نشان دادند. علاوه بر این، پرستاران جوان‌تر با تجربه کمتر، ساعات کاری زیاد و شیفت‌های صبح بیشترین نقش را در ایجاد تنیدگی اخلاقی در میان پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه دارند. رسیدگی به عوامل مؤثر بر تنیدگی اخلاقی و خستگی از شفقت در میان پرستاران برای مدیران و مسئولان مربوطه ضروری است. این امر شامل رسیدگی به مسائل رفاهی و معیشتی، رفع تبعیض، تضمین عدالت، جذب کادر پرستاری کافی، برقراری ارتباط مؤثر با پرستاران، تهیه تجهیزات لازم و بهبود طراحی و ساختار بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان است. پیشنهاد می‌شود با ایجاد یک محیط کاری حمایتی، کاهش فشارهای شغلی و فراهم کردن امکانات مناسب، از بروز تنیدگی اخلاقی جلوگیری شود. همچنین، برگزاری دوره‌های آموزشی در زمینه تصمیم‌گیری اخلاقی و راهکارهای مقابله با استرس می‌تواند نقش مؤثری در کاهش این مشکلات داشته باشد. علاوه بر این، ایجاد سیستم‌های پشتیبانی عاطفی و مشاوره‌ای برای پرستاران، به افزایش رضایت شغلی و بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری کمک خواهد کرد. بر اساس نتایج تحقیق، پرستاران شیفت صبح که سن کمتری داشتند و تجربه کمتری داشتند، عملکرد ضعیف‌تری را در بین متغیرهای مورد مطالعه نشان دادند. این یافته‌ها با سیاست‌هایی با هدف جذب پرسنل پرستاری کافی و حصول اطمینان از منطبق بودن سطح کارکنان با حجم کار، به‌ویژه در شیفت‌های صبح، مطابقت دارند و درعین حال انگیزه را در نیروی کار جوان تر تقویت می‌کنند.

عدم همکاری پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه به دلیل کمبود وقت و بارکاری زیاد از محدودیت‌های این مطالعه بودند، که سعی شد با ایجاد انعطاف در زمان پاسخ‌گویی و قدردانی از زمانی که به این کار اختصاص داده شد نهایتاً نمونه‌های مورد نیاز تکمیل شوند.

⁴. Ahmad
⁵. Dodek
⁶. Kolthoff

¹. Shuai
². Albaqawi
³. Alshammari

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی دانشگاه شاهد با شناسه اخلاق IR.SHAHED.REC.1403.020 است.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که تعارض منافع ندارند.

حمایت مالی

این مطالعه حمایت مالی ندارد.

تعداد زیاد آیت‌های پرسشنامه‌ها بر مقدار دقت پاسخ‌های شرکت‌کنندگان نیز بی‌تأثیر نبوده است. پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابه در جامعه آماری غیر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان در بیمارستان‌های آموزشی تهران و سایر شهرها انجام شود.

تشکر و قدردانی

لازم است از پرستاران محترم بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران که ما را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی به عمل آید.

References

1. Ghorbani AR, Etemadi R, Jafari Golestan N. Study the responsibility of nurses (professional ethics and human), the recovery rate of patients. *Mil Caring Sci* 2014;1(1): 57-62. (Persian)
<https://doi.org/10.18869/acadpub.mcs.1.1.57>
2. Parvan K, Zamanzadeh V. Professional values of the nursing students' perspective in type 1 universities of medical sciences. *Q J Nurs Manag* 2012;1(1): 69-82. (Persian)
3. Harris C, Griffin MTQ. Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *J Christ Nurs* 2015;32(2): 80-7.
<https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000155>
4. Branch C, Klinckenberg D. Compassion fatigue among pediatric healthcare providers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2015;40(3): 160-6.
<https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000133>
5. Amos VK, Epstein E. Moral distress interventions: an integrative literature review. *Nurs Ethics* 2022;29(3): 582-607. <https://doi.org/10.1177/09697330211035489>
6. Habibzadeh SM, Reza Masouleh S, Mitra Chehrzad M, Kazemnejad Leili E. Moral Distress and Related Factors in Nurses Working in Intensive Care Units. *J Holist Nurs Midwifery* 2020;30(3): 166-73.
10.32598/jhnm.30.3.1092 (Persian)
<https://doi.org/10.32598/jhnm.30.3.1092>
7. Donald F, Martin-Misener R, Carter N, Donald EE, Kaasalainen S, Wickson-Griffiths A, et al. A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *J Adv Nurs* 2013;69(10): 2148-61.
<https://doi.org/10.1111/jan.12140>
8. Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012;5(2): 58-69. (Persian)
9. Safdari A, Sharifi A. Ethical challenges in futile care during health crises: lessons from pandemic experiences. *Nurs Midwifery J* 2024;22(9): 728-32.
10.61186/unmf.22.9.728 (Persian)
<https://doi.org/10.61186/unmf.22.9.728>
10. Peters E, editor. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum* 2018: Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
11. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. *Treating compassion fatigue*: Routledge; 2013. p. 107-19.
12. Malliarou M, Nikolentzos A, Papadopoulos D, Bekiari T, Sarafis P. ICU nurse's moral distress as an occupational hazard threatening professional quality of life in the time of pandemic COVID 19. *Mater Sociomed* 2021;33(2): 88.
<https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.88-93>
13. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol* 2002;58(11): 1433-41. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
14. Cross LA. Compassion fatigue in palliative care nursing: a concept analysis. *J Hosp Palliat Nurs* 2019;21(1): 21-8.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000477>

15. Asgari H, Khalkhali H, Mohebbi I. Analytical survey on relation between workload with occupational burnout dimensions in icu nurses. *Nurs Midwifery J* 2016;14(1): 30-8. (Persian)
16. Lee J-H, Park J-S. End of life care stress and nursing work environment in geriatric hospitals nurses affect burn out. *J Korea Acad-Ind Coop Soc* 2017;18(6): 449-58.
17. Asgari G, Etemadinia M, Farshbaf Minisefat F. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction group therapy on compassion fatigue and empathy of nurses. *Nurs Midwifery J* 2023;21(2): 98-107. 10.61186/unmf.21.2.98 (Persian) <https://doi.org/10.61186/unmf.21.2.98>
18. Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, HosseinKhani Z, Soleimani MA. The predictive factors of job performance in nurses' moral distress. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2021;29(1): 61-71. (Persian) <https://doi.org/10.30699/ajnm.29.1.61>
19. Kaya E, Molu NG. Relationship between moral distress, compassion fatigue, and burnout levels of psychiatric nurses. *J Psychiatr Nurs* 2023;14(2): 103. <https://doi.org/10.14744/phd.2023.09582>
20. Karampourian A, Nasirizadeh R, Khatiban M, Khazaei S. Relationship between Moral Distress and Moral courage in nurses working in selected hospitals of Hamadan University of Medical Sciences during the Covid-19 pandemic. *Avicenna J Nurs Midwifery Care* 2023;31(1): 18-28. (Persian) <https://doi.org/10.32592/ajnm.31.1.18>
21. Moghadam F, Pazokian M, AbbasZadeh A, FaghihZadeh E. The relationship between moral distress and safe nursing care in emergency wards nurses. *J Nurs Educ* 2020;9(4): 11-21. (Persian)
22. Rezaeefard Z, Azadi A, Mozafari M, Khorshidi A. The association between nurses' moral distress and sleep quality and their influencing factor in hospitals. *Technol Res Inf Syst* 2020;3(3): 0-. (Persian)
23. Khoshkbari Z, Rejeh N, Tadrissi SD. Relationship between Moral Distress and Job Burnout in Nurses of Critical Care Units of Hospitals. 2022;16(47).
24. Ghorji M, Keshavarz Z, Ebadi A, Nasiri M. Persian translation and psychometric properties of professional quality of life scale (ProQOL) for health care providers. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2018;28(163): 93-106. (Persian)
25. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics* 2015;22(1): 64-76. (Persian) <https://doi.org/10.1177/0969733014534874>
26. Browning AM. CNE article: Moral distress and psychological empowerment in critical care nurses caring for adults at end of life. *Am J Crit Care* 2013;22(2): 143-51. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013437>
27. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J Crit Care* 2005;14(6): 523-30. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.6.523>
28. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care* 2016;31(1): 178-82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>
29. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care* 2017;7: 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13613-017-0293-2>
30. Bahçecioğlu Turan G, Yanmış S, Özer Z. Investigation of the Relationship between in Care Difficulties and Compassion Fatigue of Palliative Care Nurses. *Gevher Nesibe J Med Health Sci* 2024.
31. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency

- department nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(2): 186-94. (Persian) <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
32. Saleh ZN, Loghmani L, Rasouli M, Nasiri M, Borhani F. Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit. *Electron J Gen Med* 2019;16(2): 4. <https://doi.org/10.29333/ejgm/93473>
33. Shuai T, Xuan Y, Jiménez-Herrera MF, Yi L, Tian X. Moral distress and compassion fatigue among nursing interns: a cross-sectional study on the mediating roles of moral resilience and professional identity. *BMC Nurs* 2024;23(1): 638. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02307-y>
34. Albaqawi HM, Alshammari MH. Resilience, compassion fatigue, moral distress and moral injury of nurses. *Nurs Ethics* 2024: 09697330241287862. (Persian) <https://doi.org/10.1177/09697330241287862>
35. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Compassion fatigue in nurses of intensive care unit. *Med Ethics J* 2015;9(33): 85-102.
36. Ahmad AM, Bani-Issa W, Refaat F. Factors contributing to moral distress among intensive care nurses: A scoping review. *F1000Research* 2024;11: 1574. <https://doi.org/10.12688/f1000research.127120.1>
37. Kolthoff KL, Hickman SE. Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatr Nurs* 2017;38(2): 106-9. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.08.003>

THE RELATIONSHIP BETWEEN MORAL DISTRESS AND COMPASSION FATIGUE AMONG INTENSIVE CARE UNIT NURSES IN END-OF-LIFE SITUATIONS IN TEACHING HOSPITALS OF TEHRAN, 2024

Mohadeseh Salimi¹, Mayam Jadid Milani², Reza Norouzadeh^{3*}

Received: 28 February, 2025; Accepted: 25 March, 2025

Abstract

Background & Aims: Nurses working in critical care units frequently experience moral distress and compassion fatigue, particularly when providing end-of-life care. This study aimed to examine the relationship between moral distress and compassion fatigue among nurses working in Intensive Care Units (ICUs) and Coronary Care Units (CCUs) in Tehran, Iran.

Materials & Methods: In this descriptive, cross-sectional correlational study, a random sample of 223 ICU/CCU nurses was selected from eight teaching hospitals affiliated with medical sciences universities in Tehran. Data were collected using validated instruments: Hamric's Moral Distress Scale-Revised and Figley's Professional Quality of Life Scale (ProQOL). Data analysis included descriptive statistics, Pearson correlation, and linear regression.

Results: The majority of nurses reported high levels of moral distress (67.3%) and moderate levels of compassion fatigue (63.2%). A significant positive correlation was found between moral distress and compassion fatigue ($r = 0.567$, $p < 0.001$). Regression analysis revealed that compassion fatigue significantly predicted moral distress, accounting for 32% of the variance ($R^2 = 0.32$).

Conclusion: The high prevalence of moral distress and compassion fatigue among ICU nurses, along with their strong association, underscores the need for organizational interventions. Nursing administrators should implement workplace improvements, establish support systems, and provide ethics training to mitigate these psychological burdens. Such measures may enhance nurses' well-being and improve the quality of end-of-life care.

Keywords: Moral distress, compassion fatigue, intensive care nurses, end-of-life care, psychological stress

Address: Shahed University, opposite Holy shrine of Imam Khomeini, Khalij Fars Expressway, Tehran, Iran

Tel: +982166418587

Email: norouzadeh@shahed.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc in intensive Care Nursing, Nursing and midwifery faculty, Shahed University, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Nursing and midwifery faculty, Shahed University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Nursing and midwifery faculty, Shahed University, Tehran, Iran (Corresponding Author)