Clinical Excellence

Review

# Moral Disengagement and Its Related Factors among Nurses: A Scoping Review

Sahar Haghighat[1], Hedayat Jafari[2], Masoume Arab[3], Ravanbakhsh Esmaeili[4*]

1. Assistant Professor, Department of Medical-Surgical Nursing, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2 .Professor of Nursing, Traditional and Complementary Medicine Research Center,Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3 .Assistant Professor, PhD in Nursing Education, Community Health Nursing Department, Nasibeh Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences.
4. Professor, Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*Corresponding Author: E-mail: r.esmaeili90@gmail.com

(Received 6 July 2026 Accepted 11 September 2026)

## Abstract

**Background and Objectives:** Moral disengagement is a cognitive mechanism through which individuals may selectively disengage from their internal moral standards under certain circumstances and engage in behaviors inconsistent with their ethical values. Nurses, particularly those working in high-pressure clinical settings, may be vulnerable to moral disengagement because of continuous exposure to ethical conflicts, workload pressures, resource limitations, and urgent decision-making. Given the scattered evidence in the existing literature, this scoping review aimed to identify and categorize factors associated with moral disengagement among nurses.

**Methods:** This scoping review was conducted according to the five-stage framework of Arksey and O'Malley and reported in accordance with the PRISMA-ScR guideline. A comprehensive search was performed in PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Google Scholar, SID, and Magiran for studies published from January 2016 to August 2026. The population interest comprised clinical nurses working in hospital settings, and the concept of interest was moral disengagement. Following screening and application of the inclusion and exclusion criteria, methodological quality was assessed using the CASP and MMAT tools. Data were descriptively synthesized and thematically categorized based on conceptual similarities.

**Results**: Out of 3,790 records identified, 15 studies were included in the final review, comprising 11 quantitative studies, one mixed-methods study, and three qualitative studies. The studies were conducted in Iran, China, Italy, Saudi Arabia, Malaysia, and Turkey. The findings indicated that moral disengagement is a multidimensional phenomenon associated with five major domains: demographic, individual, and occupational factors; psychological factors; managerial factors and leadership styles; organizational and work environment factors; and the level of moral disengagement. Moral distress, psychological fatigue, presenteeism, anger, and negative affect were among the major factors associated with higher moral disengagement, whereas moral resilience, moral courage, and moral identity appeared to play protective roles. Exploitative leadership, organizational bullying, compulsory organizational citizenship behaviors, staff shortages, heavy workload, inadequate nurse-to-patient ratios, and insufficient organizational support were also associated with moral disengagement. Conversely, ethical leadership and a supportive organizational environment may protect against its activation.

**Conclusion:** Moral disengagement among nurses should not be viewed solely as a sign of individual moral weakness; rather, it is a dynamic and context-dependent phenomenon arising from the interaction of individual characteristics, psychological states, professional identity, power relations, leadership styles, and organizational conditions. Therefore, prevention and reduction of moral disengagement require a multilevel approach involving strengthening nurses' ethical and psychological capacities, professional ethics education, improvement of the ethical climate, reform of leadership practices, reduction of workload, and adequate provision of human resources and organizational support. Given the predominance of cross-sectional studies and the heterogeneity of measurement instruments, future longitudinal, multicenter, and intervention studies are recommended to determine causal relationships and evaluate the effectiveness of preventive interventions.

***Keywords:*** *Demographic Factors, Moral Disengagement, Nurses, Organizational Factors, Psychological Factors.*

**ClinExc 2026;16(70-89) (Persian).**

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

# بررسی گسست اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران: یک مرور دامنه‌ای

سحر حقیقت[۱]، هدایت جعفری[۲]، معصومه عرب[۳]، روانبخش اسمعیلی[۴*]

## چکیده

**مقدمه:** گسست اخلاقی به‌عنوان سازوکار شناختی، به فرد امکان می‌دهد در شرایط خاص، معیارهای اخلاقی درونی خود را به‌طور انتخابی غیرفعال کند و رفتارهایی مغایر با ارزش‌های اخلاقی انجام دهد. پرستاران، به‌ویژه در محیط‌های بالینی پرفشار، به‌دلیل مواجهۀ مداوم با تعارض‌های اخلاقی، فشار کاری، محدودیت منابع و تصمیم‌گیری‌های فوری، در معرض این پدیده قرار دارند. با توجه به پراکندگی یافته‌های مطالعات موجود، این مرور دامنه‌ای با هدف شناسایی و دسته‌بندی عوامل مرتبط با گسست اخلاقی در پرستاران انجام شد.

**روش کار:** مطالعه نوعی مرور دامنه‌ای بود که براساس چهارچوب پنج‌مرحله‌ای آرکسی و اومالی و مطابق دستورالعمل PRISMA-ScR انجام شد. جست‌وجوی منابع در پایگاه‌های خارجی PubMed، Scopus، Web of Science، CINAHL و موتور جست‌وجوی Google Scholar، پایگاه‌های داخلی SID و Magiran برای مطالعات منتشرشده از ژانویه ۲۰۱۶ تا آگوست ۲۰۲۶ انجام گرفت. جمعیت بررسی‌شده شامل پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌ها و مفهوم مورد مطالعه گسست اخلاقی بود. پس از غربالگری و ارزیابی معیارهای ورود و خروج، کیفیت مطالعات با استفاده از ابزارهای CASP و MMAT ارزیابی و داده‌ها به‌صورت توصیفی و با رویکرد تحلیل و طبقه‌بندی موضوعی بررسی شدند.

**یافته‌ها:** از مجموع ۳۷۹۰ مورد شناسایی‌شده، در نهایت پانزده مطالعه شامل یازده مطالعۀ کمی، یک مطالعه با روش ترکیبی و سه مطالعۀ کیفی وارد مرور شدند. مطالعات در ایران، چین، ایتالیا، عربستان سعودی، مالزی و ترکیه انجام شده بودند. یافته‌ها نشان دادند که گسست اخلاقی پدیده‌ای چندوجهی است و عوامل مرتبط با آن در پنج طبقۀ اصلی، شامل عوامل جمعیت‌شناختی، فردی و شغلی؛ عوامل روان‌شناختی؛ عوامل مدیریتی و سبک‌های رهبری؛ عوامل سازمانی و محیط کار؛ و سطح گسست اخلاقی قرار می‌گیرند. آشفتگی اخلاقی، خستگی روانی، حضورگرایی، خشم و عواطف منفی از مهم‌ترین عوامل مرتبط با افزایش گسست اخلاقی بودند، درحالی‌که تاب‌آوری اخلاقی، شجاعت اخلاقی و هویت اخلاقی نقش محافظتی داشتند. همچنین، رهبری استثمارگرانه، قلدری سازمانی، رفتارهای شهروندی اجباری، کمبود نیروی انسانی، بار کاری سنگین، تناسب‌نداشتن نسبت پرستار به بیمار و ضعف حمایت سازمانی با گسست اخلاقی ارتباط داشتند. در مقابل، رهبری اخلاقی و محیط سازمانی حمایتی می‌توانند از فعال‌شدن این سازوکار جلوگیری کنند.

**نتیجه‌گیری:** گسست اخلاقی در پرستاران را نمی‌توان صرفاً نشانۀ ضعف اخلاقی فرد دانست، بلکه این پدیده در تعامل میان ویژگی‌های فردی، وضعیت روان‌شناختی، هویت حرفه‌ای، روابط قدرت، سبک رهبری و شرایط سازمانی شکل می‌گیرد. بنابراین، پیشگیری و کاهش آن نیازمند رویکردی چندسطحی شامل تقویت توانمندی‌های اخلاقی و روان‌شناختی پرستاران، آموزش اخلاق حرفه‌ای، بهبود جو اخلاقی، اصلاح سبک‌های رهبری، کاهش فشار کاری و تأمین منابع و نیروی انسانی کافی است. با توجه به غلبۀ مطالعات مقطعی و ناهمگونی ابزارهای اندازه‌گیری، انجام مطالعات طولی، چندمرکزی و مداخله‌ای برای تعیین روابط علّی و ارزیابی اثربخشی مداخلات پیشنهاد می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** گسست اخلاقی، پرستاران، عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل روان‌شناختی، عوامل سازمانی.

۱. استادیار، گروه پرستاری داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. استاد، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل با گرایش اعتیاد، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۳. استادیار، دکتری تخصصی آموزش پرستاری، گروه پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴. استاد، مرکز تحقیقات ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
*نویسنده مسئول: مازندران، ساری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات ارتوپدی Email: r.esmaeili90@gmail.com
تاریخ دریافت:۱۴۰۵/۰۴/۱۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۵/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۰

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

## مقدمه

پرستاری حرفه‌ای اخلاقی است و از پرستاران انتظار می‌رود در شرایط مختلف، به ارزش‌ها و استانداردهای حرفه‌ای خود پایبند باشند. این پایبندی از بخش‌های اساسی عملکرد حرفه‌ای پرستاران است و در کدهای اخلاق پرستاری، بر ارزش‌ها، مسئولیت‌ها و پاسخ‌گویی‌های حرفه‌ای آنان تأکید شده است (۱). باوجوداین، پرستاران در محیط های بالینی با موقعیت‌های پیچیده و تعارض‌های اخلاقی مختلفی روبه‌رو می‌شوند که می‌تواند تصمیم‌گیری حرفه‌ای و پایبندی آنان به ارزش های اخلاقی را دشوار کند (۲).

براساس نظریهٔ شناختی‌اجتماعی بندورا، افراد رفتار خود را تا حد زیادی براساس معیارهای اخلاقی درونی‌شده و سازوکارهای خودتنظیمی کنترل می‌کنند (۳). بااین‌حال، این سازوکارها همیشه فعال باقی نمی‌مانند و ممکن است فرد در برخی شرایط، کنترل اخلاقی خود را به‌طور انتخابی غیرفعال کند (۴). در این وضعیت، فرد می‌تواند رفتاری خلاف معیارهای اخلاقی خود انجام دهد، بدون اینکه الزاماً احساس سرزنش اخلاقی کند؛ این فرایند گسست اخلاقی نامیده می‌شود (۵). گسست اخلاقی از طریق سازوکارهایی مانند توجیه اخلاقی رفتار، استفاده از زبان ملایم‌تر، جابه‌جایی یا تقسیم مسئولیت، کم‌اهمیت جلوه‌دادن پیامدها و سرزنش یا غیرانسانی‌سازی دیگران شکل می‌گیرد (۴).

در نظام سلامت امروز، پرستاران با افزایش حجم کار، فشار زمانی، محدودیت منابع و تعارض بین اولویت‌ها مواجه‌اند (۶). همچنین، ظهور بیماری‌های نوپدید نیز با ایجاد عدم قطعیت دربارهٔ روند درمان و پیامد بیماری بر این فشارها افزوده است (۷). این چالش‌ها در بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس اهمیت بیشتری می‌یابند؛ چراکه پرستاران این بخش‌ها به‌طور مداوم با بیماران بدحال، تصمیم‌های پیچیده و اغلب فوری روبه‌رو هستند که فرصت کافی برای تأمل اخلاقی به آنان نمی‌دهد (۸). وقتی پرستار بارها در چنین شرایطی، مجبور می‌شود سریع و تحت‌فشار تصمیم‌گیری کند، به‌مرور ممکن است زمینهٔ بروز گسست اخلاقی در او فراهم شود. در نتیجه، گسست اخلاقی می‌تواند با فاصله‌گرفتن پرستاران از ارزش‌ها و اصول اخلاقی حرفه‌ای، پیامدهای نامطلوبی برای رفتار حرفه‌ای پرستاران و همچنین کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار به‌همراه داشته باشد (۹، ۱۰). بر همین اساس، بررسی عوامل مرتبط با گسست اخلاقی می‌تواند اطلاعات مفیدی برای طراحی مداخلات مؤثر در اختیار مدیران پرستاری قرار دهد (۹).

مطالعات دربارهٔ گسست اخلاقی در پرستاران، چند دسته عامل مرتبط با بروز آن را نشان داده‌اند؛ ازجمله ویژگی‌های فردی مانند هویت اخلاقی (۱۱) و ویژگی‌های شخصیتی (۱۲)، روابط محیط کار مانند سبک رهبری (۱۳، ۱۴) و شرایط سازمانی مانند بدرفتاری در محیط کار است (۱۵). بااین‌حال، این یافته‌ها عمدتاً به‌صورت پراکنده و جداگانه گزارش شده‌اند و هر مطالعه معمولاً تنها یک یا دو عامل را بررسی کرده است، بدون آنکه تصویری یکپارچه از سطوح مختلف عوامل مرتبط ارائه شود. برای طراحی راهکارهایی که از یکپارچگی اخلاقی پرستاران محافظت کند، جمع‌بندی یکپارچه از دانش موجود دربارهٔ این عوامل ضروری است (۱۶).

پرستاران امروز، هم‌زمان با فشار کاری بیشتر، در مقایسه با گذشته با تصمیم‌های اخلاقی دشوارتری روبه‌رو هستند. به همین دلیل، داشتن شناخت دقیق و مشترک از ماهیت گسست اخلاقی و عوامل مؤثر در آن، برای پرستاران، مدیران و پژوهشگران اهمیت ویژه‌ای دارد. مرور عوامل مرتبط با گسست اخلاقی در پرستاران می‌تواند زمینه‌ساز توصیه‌های مبتنی بر شواهد برای تغییرات سازمانی و آموزشی لازم باشد، تا پرستاران بتوانند در عین سازگاری با تحولات مداوم نظام سلامت، عملکرد اخلاقی خود را حفظ کنند. بر همین اساس، این مرور دامنه‌ای با هدف مروری بر گسست اخلاقی و عوامل مرتبط با آن در پرستاران انجام شد.

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

## روش کار

این مطالعه نوعی مرور دامنه‌ای است که با پیروی از چهارچوب پنج‌مرحله‌ای آرکسی و اُمالی[1] طراحی (۱۷) و با پیروی از دستورالعمل گزارش‌دهی مرورهای دامنه‌ای[2] گزارش شده است (۱۸).

### سؤال پژوهش

سؤال پژوهش این مرور دامنه‌ای عبارت است از: «چه عواملی با گسست اخلاقی پرستاران مرتبط است؟»

### راهبرد جست‌وجوی منابع

جست‌وجوی جامع منابع علمی در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی PubMed، Scopus، Web of Science، CINAHL و موتور جست‌وجوی Google Scholar و پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی SID، Magiran در بازهٔ زمانی ژانویهٔ ۲۰۱۶ تا آگوست ۲۰۲۶ انجام شد. راهبرد جست‌وجو براساس چهارچوب جمعیت، مفهوم و زمینه[3] PCC تدوین شد. جمعیت شامل پرستاران شاغل در بخش‌های بالینی بیمارستانی، مفهوم متمرکز بر گسست اخلاقی[4] و زمینهٔ مربوط به محیط‌های بالینی و بیمارستانی بود.

راهبرد جست‌وجو با ترکیب عملگرهای بولی از کلیدواژه‌های انگلیسی ("Nurse" OR "Nursing" OR "Nurses") AND ("Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement") AND ("Ethics" OR "Moral") و معادل‌های فارسی («گسست اخلاقی») و («پرستار» یا «پرستاران» یا «پرستاری») ساخته شد. جست‌وجو به مقالات منتشرشده بین ژانویه ۲۰۱۶ تا آگوست ۲۰۲۶ محدود شد. راهبرد کامل جست‌وجو در جدول ۱ ارائه شده است.

### انتخاب مطالعات و معیارهای ورود و خروج

این مرور دامنه‌ای بر عوامل مرتبط با گسست اخلاقی در میان پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌ها تمرکز داشت. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. مطالعات کمی، کیفی یا ترکیبی اصیل که گسست اخلاقی را به‌طور مستقیم و به‌عنوان پیامد اصلی در جامعهٔ پرستاران بالینی بررسی کرده باشند؛ ۲. استفاده از ابزار روا و پایا برای سنجش کمی این پدیده یا به‌کارگیری رویکرد کیفی معتبر برای کاوش تجربهٔ گسست اخلاقی؛ ۳. انتشار به زبان انگلیسی یا فارسی؛ ۴. انتشار در مجلات دارای داوری علمی. معیارهای خروج عبارت بودند از: ۱. مقالات مروری؛ ۲. نامه به سردبیر و چکیده‌های همایشی؛ ۳. مطالعاتی که گسست اخلاقی را صرفاً به‌صورت مفهومی و بدون سنجش تجربی مطرح کرده بودند. طراحی مطالعات واردشده شامل مطالعات کمی، کیفی و ترکیبی بود و بازهٔ انتشار به ده سال اخیر (۲۰۱۶ تا زمان انجام جست‌وجو در آگوست ۲۰۲۶) محدود شد. مطالعاتی که جامعهٔ پژوهش آن‌ها شامل دانشجویان پرستاری یا کارکنان دیگر حوزهٔ سلامت بود، یا مطالعاتی که نمونهٔ پژوهش آن‌ها خارج از محیط بالینی بود، از مطالعه خارج شدند. در مرحلهٔ بررسی متن کامل، مطالعاتی که معیارهای ورود را نداشتند حذف شدند. فرایند انتخاب مطالعات مطابق دستورالعمل PRISMA-ScR در نمودار ۱ ارائه شده است.

### ارزیابی کیفیت روش‌شناختی

کیفیت مطالعات با استفاده از چک‌لیست برنامهٔ مهارت ارزیابی انتقادی[5] برای مطالعات مقطعی و کیفی ارزیابی شد (۱۹). برای ارزیابی مطالعات با روش ترکیبی از نسخهٔ ۲۰۱۸ ابزار ارزیابی روش‌های ترکیبی[6] استفاده شد (۲۰). براساس چک‌لیست‌های ارزیابی کیفیت، مطالعاتی که کیفیت نامطلوبی داشتند، یعنی امتیاز کمتر از ۵۰ درصد کسب کرده بودند، از مرحلهٔ استخراج داده‌ها حذف شدند. دو ارزیاب کیفیت مطالعات را بررسی کردند.

[1] Arksey and O'Malley's
[2] PRISMA -ScR
[3] Population, Concept, Context
[4] Moral/Ethical Disengagement
[5] Critical Appraisal Skills Programme (CASP)
[6] Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)

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

جدول ۱. راهبرد جست‌وجو

| | Databases | Search Strategy |
|---|---|---|
| 1 | PubMed | ((("morale"[MeSH Terms] OR "morale"[All Fields] OR "morales"[All Fields] OR "moralism"[All Fields] OR "moralities"[All Fields] OR "morality s"[All Fields] OR "moralization"[All Fields] OR "moralize"[All Fields] OR "moralized"[All Fields] OR "moralizing"[All Fields] OR "morally"[All Fields] OR "morals"[MeSH Terms] OR "morals"[All Fields] OR "moral"[All Fields] OR "morality"[All Fields]) AND ("disengage"[All Fields] OR "disengaged"[All Fields] OR "disengagement"[All Fields] OR "disengagements"[All Fields] OR "disengages"[All Fields] OR "disengaging"[All Fields])) OR (("ethic s"[All Fields] OR "ethical"[All Fields] OR "ethicality"[All Fields] OR "ethically"[All Fields] OR "ethics"[MeSH Terms] OR "ethics"[All Fields] OR "ethic"[All Fields] OR "ethics"[MeSH Subheading]) AND ("disengage"[All Fields] OR "disengaged"[All Fields] OR "disengagement"[All Fields] OR "disengagements"[All Fields] OR "disengages"[All Fields] OR "disengaging"[All Fields]))) AND ("nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields] OR ("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[All Fields] OR "nursings"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Subheading] OR "nursing s"[All Fields]) OR ("nurse s"[All Fields] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nurses"[All Fields] OR "nurse"[All Fields] OR "nurses s"[All Fields])) |
| 2 | Web of science | TI=(Moral Disengagement OR Ethical Disengagement) AND (Nurses)) |
| 3 | Scopus | TITLE-ABS-KEY("Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement") AND TITLE-ABS-KEY(Nurse OR Nursing OR Nurses) |
| 4 | CINAHL | TI ("Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement") OR AB ("Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement") AND TI (Nurse OR Nursing OR Nurses) OR AB (Nurse OR Nursing OR Nurses) |
| | Google Scholar | "Moral Disengagement" AND “Nurse” |
| 5 | SID | "Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement" AND Nurse OR Nursing OR Nurses |
| 6 | Magiran | "Moral Disengagement" OR "Ethical Disengagement" AND Nurse OR Nursing OR Nurses |

### *استخراج داده‌ها و تحلیل یافته‌ها*

از هر مطالعهٔ واجد شرایط، اطلاعات مربوط به نویسنده(گان) و سال انتشار، کشور محل انجام مطالعه، هدف پژوهش، طراحی مطالعه، حجم نمونه و محیط پژوهش، ابزار اندازه‌گیری گسست اخلاقی و یافته‌های کلیدی استخراج و در قالب جدول خلاصهٔ توصیفی (جدول ۲) ارائه شد. فرایند غربالگری عنوان و چکیده، بررسی متن کامل مقالات، استخراج داده‌ها و ارزیابی کیفیت روش شناختی را دو نویسنده به‌طور مستقل انجام دادند و هرگونه ابهام یا اختلاف‌نظر از طریق بحث و گفت‌وگو بین آن‌ها برطرف و در صورت نیاز، با پژوهشگر سوم مشورت انجام شد. تحلیل داده‌ها با هدف شناسایی همسویی‌ها و ناهم‌خوانی‌های موجود میان یافته‌های مطالعات صورت گرفت و تمرکز اصلی آن بر عوامل مرتبط با گسست اخلاقی در پرستاران بود. با توجه به ماهیت مرور دامنه‌ای مطالعهٔ حاضر، یافته‌ها به‌صورت توصیفی گزارش شدند. برای تحلیل و طبقه‌بندی موضوعی یافته‌ها، عوامل شناسایی‌شده براساس شباهت مفهومی در پنج طبقهٔ اصلی دسته‌بندی شدند: سطح و میزان گسست اخلاقی در پرستاران، عوامل جمعیت‌شناختی، فردی و شغلی، عوامل روان‌شناختی، عوامل مدیریتی و سبک‌های رهبری، عوامل سازمانی و محیط کار مرتبط با گسست اخلاقی.

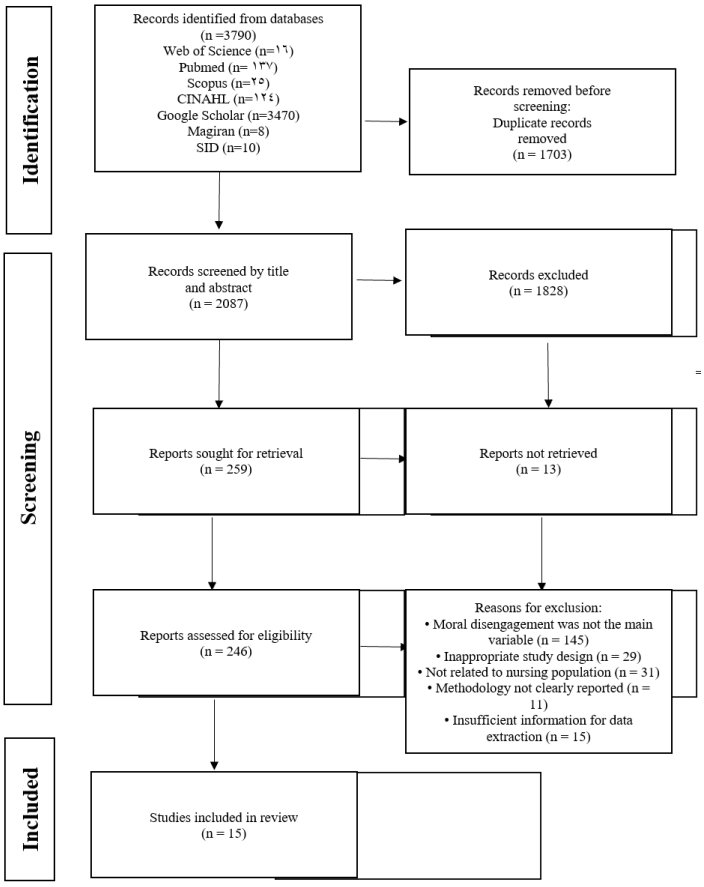
[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-11 ]

### ارزیابی کیفیت روش‌شناختی

کیفیت مطالعات با استفاده از چک‌لیست برنامهٔ مهارت ارزیابی انتقادی برای مطالعات مقطعی و کیفی ارزیابی شد (۱۹). برای ارزیابی مطالعات با روش ترکیبی از نسخهٔ ۲۰۱۸ ابزار ارزیابی روش‌های ترکیبی استفاده شد (۲۰). براساس چک‌لیست‌های ارزیابی کیفیت، مطالعاتی که کیفیت نامطلوبی داشتند، یعنی امتیاز کمتر از ۵۰ درصد کسب کرده بودند، از مرحلهٔ استخراج داده‌ها حذف شدند. دو ارزیاب کیفیت مطالعات را بررسی کردند.

### استخراج داده‌ها و تحلیل یافته‌ها

از هر مطالعهٔ واجد شرایط، اطلاعات مربوط به نویسنده(گان) و سال انتشار، کشور محل انجام مطالعه، هدف پژوهش، طراحی مطالعه، حجم نمونه و محیط پژوهش، ابزار اندازه‌گیری گسست اخلاقی و یافته‌های کلیدی استخراج و در قالب جدول خلاصهٔ توصیفی (جدول ۲) ارائه شد. فرایند غربالگری عنوان و چکیده، بررسی متن کامل مقالات، استخراج داده‌ها و ارزیابی کیفیت روش شناختی را دو نویسنده به‌طور مستقل انجام دادند و هرگونه ابهام یا اختلاف‌نظر از طریق بحث و گفت‌وگو بین آن‌ها برطرف و در صورت نیاز، با پژوهشگر سوم مشورت انجام شد. تحلیل داده‌ها با هدف شناسایی همسویی‌ها و ناهم‌خوانی‌های موجود میان یافته‌های مطالعات صورت گرفت و تمرکز اصلی آن بر عوامل مرتبط با گسست اخلاقی در پرستاران بود. با توجه به ماهیت مرور دامنه‌ای مطالعهٔ حاضر، یافته‌ها به‌صورت توصیفی گزارش شدند. برای تحلیل و طبقه‌بندی موضوعی یافته‌ها، عوامل شناسایی‌شده براساس شباهت مفهومی در پنج طبقهٔ اصلی دسته‌بندی شدند: سطح و میزان گسست اخلاقی در پرستاران، عوامل جمعیت‌شناختی، فردی و شغلی، عوامل روان‌شناختی، عوامل مدیریتی و سبک‌های رهبری، عوامل سازمانی و محیط کار مرتبط با گسست اخلاقی.




**نمودار ۱.** نحوهٔ انتخاب مطالعات

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

## یافته‌ها

### نتایج جست‌وجوی مطالعات

درمجموع، ۳۷۹۰ مقاله از پایگاه‌های اطلاعاتی الکترونیکی شناسایی شدند. پس از حذف موارد تکراری، ۲۰۸۷ مقاله براساس عنوان و چکیده از نظر واجدشرایط‌بودن غربالگری شدند. سپس متن کامل ۲۵۹ مقاله دریافت شد و ۲۴۶ مقاله از نظر واجدشرایط‌بودن ارزیابی شدند. در نهایت، پانزده مقاله که با دامنه و معیارهای تعیین‌شده مطابقت داشتند، در مرور دامنه‌ای نهایی وارد شدند. جریان فرایند انتخاب مطالعات براساس پریزما در نمودار ۱ ارائه شده است.

### ویژگی‌های مطالعات

در مجموع، پانزده مقالهٔ پژوهشی اصیل در این مرور دامنه‌ای وارد شدند که شامل یازده مطالعهٔ کمی، یک مطالعه با روش ترکیبی و سه مطالعهٔ کیفی بودند. این مطالعات در کشورهای مختلف انجام شده بودند: یک مطالعه در ایتالیا، هفت مطالعه در ایران، چهار مطالعه در چین، یک مطالعه در عربستان سعودی، یک مطالعه در مالزی و یک مطالعه در ترکیه انجام شده بود. خلاصهٔ ویژگی‌های مطالعات در جدول ۲ ارائه شده است.

### کیفیت روش‌شناختی مطالعات

کیفیت روش‌شناختی مطالعات واردشده در این مرور دامنه ای در سطح خوب و متوسط ارزیابی شد. به‌منظور اطمینان از اعتبار نتایج، مطالعاتی که امتیاز ارزیابی کیفیت آن‌ها کمتر از ۵۰ درصد بود، از مرور حذف شدند. امتیازات ارزیابی کیفیت براساس ابزار CASP برای یازده مطالعهٔ مقطعی بین ۸ تا ۱۱ امتیاز از مجموع یازده آیتم متغیر بود. بیشتر مطالعات از روش‌های مناسب برای پاسخ به سؤال پژوهش، ابزارهای اندازه‌گیری معتبر و تحلیل‌های آماری مناسب استفاده کرده بودند. ارزیابی کیفیت سه مطالعهٔ کیفی با استفاده از CASP در سطح متوسط بود و یکی از سه مطالعه امتیاز ۶ از ۱۰ و دو مطالعهٔ دیگر امتیاز ۷ از ۱۰ را کسب کردند. همچنین، مطالعه با روش ترکیبی، یک مطالعهٔ کیفیت خوب با امتیاز ۱۵ از ۱۵ بود و کیفیت آن براساس چک‌لیست MMAT ارزیابی شد.

### ابزارهای سنجش گسست اخلاقی

ابزارهای مختلفی برای اندازه‌گیری گسست اخلاقی استفاده شده است. مقیاس گسست اخلاقی پرستاری فیدا[7] و همکاران با استفاده در هفت مطالعه، پرتکرارترین ابزار شناسایی‌شده بود (۹). این پرسش‌نامه ابزاری معتبر و پرکاربرد برای اندازه‌گیری گسست اخلاقی پرستاران است که به زبان‌های مختلف ترجمه و اعتبارسنجی شده و در چندین مطالعه استفاده شده است (۱۱، ۱۵، ۲۱، ۲۳). نسخهٔ فارسی این مقیاس را نیز محمدپور و همکاران ترجمه و بومی‌سازی کرده‌اند و از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی بررسی شده است (۲۱). مقیاس ۲۲گویه‌ای فیدا و همکاران به‌طور اختصاصی برای بررسی گسست اخلاقی در زمینهٔ حرفهٔ پرستاری طراحی شده است (۹)، درحالی‌که مقیاس ۲۴ گویه‌ای در زمینهٔ رفتارهای کاری استفاده می شود (۳۱). مقیاس هشت‌گویه‌ای گسست اخلاقی مور[8] و همکاران (۳۲) در چند مطالعه استفاده شده بود (۱۴، ۲۶). این مقیاس ابزاری یک‌بعدی برای سنجش گسست اخلاقی است. همچنین، در دو مطالعه با نمونه‌گیری یکسان، اما عناوین متفاوت، از مقیاس گسست اخلاقی مدنی/شهروندی[9] کاپرارا[10] و همکاران نسخهٔ چینی ترجمه و اصلاح‌شدهٔ وانگ[11] و همکاران استفاده شده است (۲۲، ۲۷). این مقیاس شامل ۳۲ گویه است (۳۳).

[7] Fida
[8] Moore
[9] Civic/Citizen's Moral Disengagement Scale
[10] Caprara
[11] Wang

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

جدول شماره ۲. مشخصات مطالعات وارد شده در مرور دامنه‌ای

| نویسنده(گان) و سال | کشور | هدف پژوهش | طراحی مطالعه | حجم نمونه و محیط پژوهش | ابزار سنجش | یافته کلیدی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fida و همکاران، ۲۰۱۶ (۹) | ایتالیا | طراحی و اعتباریابی مقیاس گسست اخلاقی پرستاری و بررسی ارتباط گسست اخلاقی با رفتارهای ضدبهره‌ور کاری و رفتار شهروندی سازمانی در پرستاران | مطالعهٔ ترکیبی (کیفی‌کمی)؛ طراحی و اعتباریابی ابزار و مدل معادلات ساختاری | ۶۰ مشارکت‌کننده در مرحلهٔ کیفی + ۴۳۴ پرستار در مرحلهٔ کمی از بیمارستان‌های مختلف ایتالیا | طراحی مقیاس گسست اخلاقی پرستاران (۲۲ گویه) | مقیاس گسست اخلاقی پرستاران توسعه و اعتبارسنجی شد. ساختار مقیاس تأیید شد و گسست اخلاقی با رفتارهای ضد بهره‌ور کاری رابطهٔ مثبت و با رفتار شهروندی سازمانی رابطهٔ منفی داشت. |
| Mohammadpour و همکاران، ۲۰۲۳ (۲۱) | ایران | تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخهٔ فارسی مقیاس گسست اخلاقی پرستاری (ترجمه، بومی‌سازی و ارزیابی روایی و پایایی) | مطالعهٔ روش‌شناختی با طراحی مقطعی ارزیابی روان‌سنجی شامل تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی | ۴۴۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های شهر مشهد | نسخهٔ فارسی مقیاس گسست اخلاقی Fida و همکاران (۲۰۱۶) پرستاران (۲۲ گویه) | نسخهٔ فارسی مقیاس گسست اخلاقی پرستاران شامل ۲۲ گویه و ۴ بعد (تحریف رفتار، تحریف عاملیت، تحریف پیامدها و انسان‌زدایی) تأیید شد. روایی سازه با تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مطلوب بود. پایایی ابزار با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و ثبات نسبی ۰/۸۹ تأیید شد. |
| Juanfeng و همکاران، ۲۰۲۶ (۲۲) | چین | بررسی نقش واسطه‌ای گسست اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) در ارتباط میان تاب‌آوری اخلاقی و آشفتگی اخلاقی | مقطعی‌هم‌بستگی با تحلیل مدل معادلات ساختاری (SEM) | ۳۰۵ پرستار مراقبت ویژهٔ بزرگ‌سالان از چند بیمارستان | مقیاس تاب‌آوری اخلاقی، مقیاس گسست اخلاقی Civic و Caprara و همکاران نسخهٔ Wang و همکاران ۲۰۱۳ (۳۲ گویه) و مقیاس آشفتگی اخلاقی | تاب‌آوری اخلاقی با گسست اخلاقی و آشفتگی اخلاقی رابطهٔ منفی و معنادار داشت ($p<۰/۰۵$)، درحالی‌که گسست اخلاقی با آشفتگی اخلاقی رابطهٔ مثبت و معنادار داشت ($p<۰/۰۵$). گسست اخلاقی رابطهٔ بین تاب‌آوری اخلاقی و آشفتگی اخلاقی را به‌طور معناداری میانجی‌گری کرد و اثر میانجی ۴۵/۳۹ درصد از اثر کل را تشکیل داد. |
| Besharaty و همکاران، ۲۰۲۵ (۱۵) | ایران (ایلام) | تعیین ارتباط بین قلدری سازمانی با آشفتگی اخلاقی و گسست اخلاقی در پرستاران بخش‌های اورژانس | مطالعه مقطعی توصیفی‌تحلیلی | ۲۶۶ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های دولتی و خصوصی استان | پرسش‌نامهٔ قلدری سازمانی Einarsen، مقیاس آشفتگی اخلاقی Hamric، مقیاس گسست اخلاقی نسخهٔ فارسی Fida (۲۲ گویه) | قلدری سازمانی با آشفتگی اخلاقی رابطهٔ مثبت و معنادار داشت ($r=۰/۱۸۶$، $p=۰/۰۱۱$). همچنین قلدری سازمانی با گسست اخلاقی ($r=۰/۲۳۵۸$، $p=۰/۰۰۰۶$) و آشفتگی اخلاقی با گسست اخلاقی ($r=۰/۶۴۷$، $p<۰/۰۰۱$) رابطهٔ مثبت و معنادار داشتند. |
| Kazemi و | ایران | بررسی ارتباط میان حضورگرایی، | مقطعی‌تحلیلی با | ۳۲۰ پرستار شاغل در دو | مقیاس حضورگرایی پرستاری، | حضورگرایی پیش‌بینی‌کنندهٔ مثبت گسست اخلاقی بود ($\beta=۰/۵۰۸$) و |

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

| نویسنده(گان) و سال | کشور | هدف پژوهش | طراحی مطالعه | حجم نمونه و محیط پژوهش | ابزار سنجش | یافته کلیدی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| همکاران، ۲۰۲۵ (۲۳) | (گناباد) | شجاعت اخلاقی و گسست اخلاقی در پرستاران | تحلیل مدل معادلات ساختاری (SEM/PLS-SEM) | بیمارستان آموزشی شهر گناباد | مقیاس گسست اخلاقی نسخهٔ فارسی Fida (۲۲ گویه)، مقیاس شجاعت اخلاقی حرفه‌ای | با شجاعت اخلاقی حرفه‌ای رابطهٔ منفی داشت (β=-۰/۶۸۷). حضورگرایی با شجاعت اخلاقی هم‌بستگی منفی و قوی داشت (r=-۰/۶۵۰، p<۰/۰۰۱) و با گسست اخلاقی هم‌بستگی مثبت و متوسط نشان داد (r=۰/۴۴۵، p<۰/۰۰۱). |
| Ke و Li، ۲۰۲۵ (۱۱) | چین | بررسی تأثیر گسست اخلاقی در رفتار ضدبهره‌ور کاری و بررسی نقش تعدیلگر (مهارکننده) هویت اخلاقی در این رابطه | مطالعهٔ کمی‌مقطعی | ۵۰۰ پرسش‌نامه، پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان | مقیاس گسست اخلاقی Fida (۲۲ گویه)، مقیاس هویت اخلاقی، مقیاس رفتارهای کاری ضدبهره‌وری (با دو بُعد رفتار ضدبهره‌ور معطوف به سازمان و معطوف به افراد) | گسست اخلاقی با رفتارهای کاری ضدبهره‌وری علیه سازمان رابطهٔ مثبت و معنادار داشت (β=۰/۲۰۰، p<۰/۰۱) و با رفتارهای کاری ضدبهره‌وری علیه افراد نیز رابطهٔ مثبت نشان داد (β=۰/۳۴۷، p<۰/۰۰۱). هویت اخلاقی رابطهٔ بین گسست اخلاقی و رفتارهای کاری ضدبهره‌وری علیه افراد را به‌طور معکوس تعدیل کرد (β=-۰/۱۸۵، p<۰/۰۱). |
| Abou Zeid و همکاران، ۲۰۲۵ (۱۳) | عربستان سعودی | بررسی نقش واسطه‌ای گسست اخلاقی در ارتباط میان رهبری استثمارگر و رفتارهای کناره‌گیری از کار در پرستاران، در چهارچوب نظریهٔ شناختی‌اجتماعی و نظریهٔ تبادل اجتماعی | کمّی، مقطعی، با تحلیل مدل معادلات ساختاری با رویکرد PLS-SEM | ۲۲۳ پرستار از دو مرکز بهداشتی‌درمانی | مقیاس رهبری استثمارگر، مقیاس گسست اخلاقیMoore و همکاران ۲۰۱۲ (۸ گویه)، مقیاس کناره‌گیری از کار | رهبری استثمارگر تأثیر مثبت و معناداری در گسست اخلاقی داشت (β=۰/۶۱۶، p<۰/۰۰۱). همچنین کناره‌گیری از کار را افزایش داد (β=۰/۴۲۱، p<۰/۰۰۱). گسست اخلاقی نیز با کناره‌گیری از کار رابطهٔ مثبت داشت (β=۰/۱۹۶، p<۰/۰۵). اثر غیرمستقیم رهبری استثمارگر در کناره‌گیری از کار از طریق گسست اخلاقی نیز معنادار بود (β=۰/۱۲۱، p<۰/۰۵) که نشان‌دهندهٔ نقش واسطه‌ای جزئی گسست اخلاقی است. |
| Xia و Zhao، ۲۰۱۹ (۱۴) | چین | بررسی تأثیر حالات عاطفی منفی پرستاران بر رفتار پنهان‌سازی دانش، از طریق گسست اخلاقی و بررسی نقش تعدیلگر رهبری | کمّی؛ شامل دو مطالعهٔ پرسش‌نامه‌ای جداگانهٔ مقطعی | مطالعهٔ اول: ۳۲۳ پرستار از یک بیمارستان مطالعهٔ دوم: ۳۱۷ پرستار از پنج بیمارستان | حالات عاطفی منفی مقیاس واتسون و همکاران؛ مقیاس گسست اخلاقی اصلاح‌شده توسط Moore و همکاران | حالات عاطفی منفی با گسست اخلاقی (β=۰/۳۳، p<۰/۰۱) و گسست اخلاقی با رفتار پنهان‌سازی دانش رابطهٔ مثبت و معنادار داشت (β=۰/۳۲، p<۰/۰۱). اثر مستقیم حالات عاطفی منفی در پنهان‌سازی دانش، پس از کنترل |

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

| نویسنده(گان) و سال | کشور | هدف پژوهش | طراحی مطالعه | حجم نمونه و محیط پژوهش | ابزار سنجش | یافته کلیدی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | اخلاقی در این رابطه | | | ۲۰۱۲) (۸ گویه)؛ رهبری اخلاقی مقیاس براون و همکاران؛ پنهان‌سازی دانش مقیاس کانلی و همکاران | گسست اخلاقی، غیرمعنادار شد که نشان‌دهندهٔ میانجی‌گری کامل گسست اخلاقی است. اثر غیرمستقیم معنادار بود (β=۰/۱۱، p<۰/۰۱). رهبری اخلاقی نیز رابطهٔ حالات عاطفی منفی و گسست اخلاقی را به‌طور معناداری تعدیل کرد (β=-۰/۲۴، p<۰/۰۱). |
| Mansor و همکاران، ۲۰۲۳ (۲۴) | مالزی | بررسی تأثیر خشم صفتی و عاطفهٔ منفی در رفتار منحرفانه در محیط کار پرستاران، با نقش میانجی گسست اخلاقی | مطالعهٔ کمی مقطعی‌هم‌بستگی؛ مدل‌سازی معادلات ساختاری | ۳۸۷ پرستار شاغل در بیمارستان‌های عمومی | مقیاس خشم صفتی، عاطفهٔ منفی، گسست اخلاقی Fida (۲۴ گویه) و رفتار انحرافی محیط کار | گسست اخلاقی رابطهٔ بین خشم صفتی و رفتار انحرافی محیط کار را میانجی‌گری کرد (β=۰/۰۵۹، p=۰/۰۰۶). همچنین، رابطهٔ بین عاطفهٔ منفی و رفتار انحرافی محیط کار را میانجی‌گری کرد (β=۰/۰۶۳، p=۰/۰۰۳). مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که خشم صفتی به‌طور معناداری در رفتار انحرافی محیط کار تأثیر می‌گذارد (β=۰/۲۴۵، p=۰/۰۰۱). |
| Mohammadi Berengestaneki و همکاران، ۲۰۲۳ (۲۵) | ایران (مازندران) | تعیین رابطهٔ بی‌اشتیاقی اخلاقی با کیفیت مراقبت پرستاری در پرستاران مراقبت‌کننده از بیماران مبتلابه کووید-۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه | توصیفی‌مقطعی، از نوع هم‌بستگی | ۱۵۰ پرستار مراقبت‌کننده از بیماران کووید-۱۹ بستری در بخش مراقبت ویژه مراکز آموزشی-درمانی | مقیاس گسست اخلاقی Fida (۲۲ گویه) و مقیاس کیفیت مراقبت پرستاری | میانگین نمرهٔ گسست اخلاقی ۸/۶۴±۴۰/۵۸ بود. بین گسست اخلاقی و کیفیت مراقبت پرستاری رابطهٔ معناداری مشاهده نشد (p>۰/۰۵). |
| Yildiz و همکاران، ۲۰۲۲ (۲۶) | ترکیه | بررسی تأثیر رفتارهای شهروندی اجباری در گسست اخلاقی در پرستاران، با نقش میانجی خشم نسبت به سازمان طی همه‌گیری کووید-۱۹ | کمی مقطعی؛ تحلیل با مدل‌سازی معادلات ساختاری و تحلیل میانجی‌گری | ۲۹۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی | مقیاس رفتار شهروندی اجباری، خشم به سازمان، مقیاس گسست اخلاقی Moore و همکاران ۲۰۱۲ (۸ گویه) | رفتارهای شهروندی اجباری سازمانی با گسست اخلاقی رابطهٔ مثبت و معنادار داشت (r=۰/۲۱، p<۰/۰۱). خشم به سازمان نیز با گسست اخلاقی رابطه مثبت داشت (r=۰/۲۳، p<۰/۰۱). خشم سازمانی در رابطهٔ رفتارهای شهروندی اجباری و گسست اخلاقی نقش میانجی داشت (اثر غیرمستقیم= ۰/۰۴۸۲، p=۰/۰۰۴) |
| Heو همکاران، ۲۰۲۵ (۲۷) | چین | بررسی وضعیت گسست اخلاقی پرستاران مراقبت ویژه و عوامل | کمی‌مقطعی هم‌بستگی پیرسون و | ۳۰۵ پرستار مراقبت ویژه از بیمارستان‌های عمومی | مقیاس گسست اخلاقی Citizen's و Caprara و | میانگین نمرهٔ گسست اخلاقی ۹۱.۴۰±۳۴.۳۷ بود. تاب‌آوری اخلاقی پیش‌بین منفی گسست اخلاقی بود (β=-۱۸/۴۵۲، p<۰/۰۰۱) |

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

| نویسنده(گان) و سال | کشور | هدف پژوهش | طراحی مطالعه | حجم نمونه و محیط پژوهش | ابزار سنجش | یافته کلیدی |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | مؤثر در آن | رگرسیون | | همکاران نسخهٔ Wang و همکاران ۲۰۱۳ (۳۲ گویه)، مقیاس تاب‌آوری اخلاقی، مقیاس آشفتگی اخلاقی | و آشفتگی اخلاقی پیش‌بین مثبت آن بود (β=۵/۵۲۳، p<۰/۰۰۱). |
| Talebianو همکاران، ۲۰۲۵ (۲۸) | ایران | بررسی تجربهٔ زیستهٔ پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه و اورژانس از گسست اخلاقی به‌عنوان راهبرد شناختی برای نادیده‌گرفتن استانداردهای اخلاقی | مطالعهٔ کیفی؛ پدیدارشناسی با رویکرد ون‌منن | ۹ پرستار بخش مراقبت ویژه و اورژانس از سه بیمارستان آموزشی | مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته | تجربهٔ زیسته پرستاران از گسست اخلاقی در چهار مضمون اصلی تبیین شد: ارزیابی سودمندی وظایف، توجیه‌گری، شکاف بین خودِ نمایشی و خودِ واقعی و سرایت‌پذیری گسست اخلاقی. |
| Khanipour-Kenchaو همکاران، ۲۰۲۵ (۲۹) | ایران | بررسی گسست اخلاقی در پرستاران مراقبت ویژه از طریق کاوش تجربیات آن‌ها در مواجهه با چالش‌های اخلاقی | مطالعهٔ کیفی؛ تحلیل محتوای قراردادی به روش Graneheim & Lundman (۲۰۰۴) | ۳۰ مصاحبه با ۲۵ پرستار بخش مراقبت ویژهٔ بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی | مصاحبهٔ عمیق بدون ساختار و نیمه‌ساختاریافته | سه مقولهٔ اصلی تجربهٔ گسست اخلاقی در پرستاران شناسایی شد: توجیه شناختی رفتار غیراخلاقی، راهبردهای حفاظتی برای امنیت شخصی و عادی‌سازی رویه‌های غیرمتعارف. |
| Karamiو همکاران، ۲۰۲۶ (۳۰) | ایران | بررسی و تبیین تجربیات پرستاران از گسست اخلاقی در مواجهه با موقعیت‌ها و چالش‌های اخلاقی در محیط بالینی | مطالعهٔ کیفی؛ پدیدارشناسی تفسیری | ۱۸ پرستار شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی | مصاحبهٔ عمیق و نیمه‌ساختاریافته | تجربهٔ پرستاران از گسست اخلاقی در چهار مضمون اصلی، شامل فاصله‌گرفتن از نظام ارزش‌های اخلاقی، بی‌ثباتی اخلاقی ناشی از چالش‌های حرفه‌ای، حضور بدون تعهد و ضرورت احیای ارزش‌های اخلاقی فراموش‌شده تبیین شد. |

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

## سطح گسست اخلاقی در پرستاران

باوجود تفاوت در ابزار، جامعه و کشور محل مطالعه، مقایسهٔ نسبی نمرات براساس درصدی از حداکثر نمرهٔ ممکن، هر ابزار الگوی قابل‌توجه را آشکار می‌کند. سه مطالعهٔ ایرانی با ابزار فیدا (۱۵، ۲۳، ۲۵)، یک مطالعه از ترکیه با ابزار مور (۲۶) و یک مطالعهٔ چینی با ابزار مور (۱۴)، سطح گسست اخلاقی در محدودهٔ پایین تا متوسط (۳۵/۴ تا ۴۴/۴ درصد از حداکثر ممکن) قرار داشت. در مقابل، در نمونهٔ پرستاران اورژانس چین سنجیده‌شده با ابزار فیدا (۱۱) و نمونهٔ پرستاران مراقبت ویژه چین سنجیده‌شده با ابزار کاپرارا (۲۲، ۲۷) و همچنین نمونهٔ عربستان سعودی (۱۳)، سطحی نزدیک به بالا یا بالاتر از نیمهٔ دامنهٔ ممکن (۵۰/۲ تا ۵۸/۳ درصد) گزارش شد. بااین‌حال، به‌دلیل تفاوت بنیادین در ابزار اندازه‌گیری، طراحی مطالعات و جوامع پژوهش، این مقایسه باید صرفاً به‌عنوان الگوی توصیفی اولیه در نظر گرفته شود و ادغام آماری، مانند متاآنالیز، به‌دلیل ناهمگونی شدید ابزارها در این مرور دامنه‌ای انجام نشد.

## عوامل جمعیت شناختی، فردی و شغلی

عوامل دموگرافیک و شغلی مرتبط با گسست اخلاقی پرستاران در مطالعات متعددی گزارش شده‌اند (۱۱، ۱۵، ۲۵، ۲۶). متغیرهایی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقهٔ کار بالینی، سطح تحصیلات، درآمد ماهانه و نوع بیمارستان ارتباطات متفاوتی را با میزان گسست اخلاقی نشان داده‌اند (۱۱، ۱۵، ۲۵، ۲۷). در مطالعه‌ای روی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیماران کووید-۱۹ در ایران، افزایش سن به‌طور مستقیم با گسست اخلاقی بیشتر مرتبط بود، درحالی‌که سابقهٔ کار بالینی طولانی‌تر ارتباط معکوس معناداری با گسست اخلاقی نشان داد (۲۵). مطالعهٔ دیگری روی پرستاران بخش اورژانس در ایران نشان داد که گسست اخلاقی به‌طور معناداری در پرستاران جوان‌تر (گروه سنی ۲۳ تا ۳۰ سال) و افراد دارای یک تا سه سال سابقهٔ کار بالینی بیشتر است (۱۵).

در پژوهش دیگری روی پرستاران بخش مراقبت ویژه در چین گزارش شد پرستارانی که در مرحلهٔ میانی دورهٔ شغلی خود (شش تا ده سال سابقهٔ کار) قرار دارند، سطح معنادار بالاتری از گسست اخلاقی را بروز می‌دهند (۲۷). نمرهٔ گسست اخلاقی در میان پرستاران متأهل و بیوهٔ بخش مراقبت ویژه در چین به‌طور معناداری بالاتر بود، اما در مطالعات ایران تفاوت آماری معناداری برحسب وضعیت تأهل مشاهده نشد (۱۵، ۲۳، ۲۷).

در رابطه با سطح تحصیلات، مطالعات نشان می‌دهند که داشتن تحصیلات بالاتر به‌عنوان عامل محافظتی در برابر گسست اخلاقی عمل می‌کند. مطالعات روی پرستاران بخش اورژانس و مراقبت ویژه در چین نشان داده‌اند پرستاران با مدارک کاردانی و کارشناسی در مقایسه با پرستاران با مدارک کارشناسی ارشد و دکتری، به‌طور معناداری نمرات گسست اخلاقی بالاتری کسب می‌کنند (۱۱، ۲۷). مطالعه‌ای در ایران نشان داد پرستاران زن در مقایسه با پرستاران مرد، به‌طور معناداری گسست اخلاقی کمتر و شجاعت اخلاقی بیشتری دارند (۲۳). در مقابل، مطالعات در چین هم‌بستگی منفی معناداری بین جنسیت و گسست اخلاقی گزارش کردند، درحالی‌که در نمونهٔ پرستاران اورژانس در چین تفاوت آماری معناداری بین دو جنس یافت نشد (۱۱، ۱۴). مطالعه‌ای در ترکیه گزارش داد جنسیت با گسست اخلاقی هم‌بستگی معناداری دارد (۲۶). مطالعه‌ای در چین گزارش داد درآمد ماهانهٔ کم و اشتغال در بیمارستان‌های غیرآموزشی درجهٔ دو به‌طور معناداری با گسست اخلاقی بیشتر در پرستاران بخش مراقبت ویژه همراه بود (۲۷). در ایران نیز پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی در مقایسه با پرستاران بخش خصوصی نمرات گسست اخلاقی معنادار بالاتری کسب کردند (۱۵).

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

## عوامل روان‌شناختی

حالات روان‌شناختی فردی، فشارهای هیجانی و مکانیسم‌های خودتنظیمی شناختی پیوند تنگاتنگی با گسست اخلاقی پرستاران دارند (۲۳، ۲۴، ۲۷). آشفتگی اخلاقی، خستگی مزمن روانی، حضورگرایی (حضور در محل کار با وجود بیماری جسمی یا روانی)، خشم صفتی و حالات عاطفی منفی به‌عنوان محرک‌های اصلی گسست اخلاقی عمل می‌کنند، درحالی‌که تاب‌آوری اخلاقی، شجاعت اخلاقی و هویت اخلاقی مکانیسم‌های محافظتی درونی محسوب می‌شوند (۱۱، ۱۵، ۲۲-۲۴، ۲۷). مطالعات در چین آشفتگی اخلاقی را به‌عنوان پیش‌بین مستقیم و قوی گسست اخلاقی گزارش کرده‌اند (۲۲، ۲۷). در نتایج مطالعه‌ای در ایران نیز این رابطه هم‌بستگی مستقیم و قوی نشان داد (۱۵). مطالعات کیفی این رابطه میان آشفتگی اخلاقی و گسست اخلاقی را به‌صورت واضح‌تری توضیح دادند که چگونه آشفتگی اخلاقی شدید، فروپاشی هویت درونی و جنگ داخلی درون فرد، پرستاران را به خاموش‌کردن وجدان اخلاقی و اتخاذ مکانیسم‌های توجیه‌گر برای مواجهه با فشارهای بالینی مجبور می‌کند (۲۹، ۳۰). در مقابل، توانمندی‌های اخلاقی مانند شجاعت اخلاقی، تاب‌آوری اخلاقی و هویت اخلاقی به‌طور مؤثری مانع گسست شناختی پرستاران می‌شوند (۲۲، ۲۳، ۲۷).

پژوهش‌ها در چین نشان داد که تاب‌آوری اخلاقی بالاتر مستقیماً با گسست اخلاقی کمتر همراه است و گسست اخلاقی نقش میانجی‌گری را در کاهش اثر تاب‌آوری در آشفتگی اخلاقی ایفا می‌کند (۲۲، ۲۷). مطالعه‌ای در ایران گزارش کرد که شجاعت اخلاقی حرفه‌ای با گسست اخلاقی هم‌بستگی منفی قوی دارد و آثار نامطلوب حضورگرایی در گسست اخلاقی را به‌طور جزئی میانجی‌گری می‌کند (۲۳). حالات عاطفی منفی در پرستاران چین، خشم سازمانی در پرستاران ترکیه و ترکیبی از خشم صفتی و عواطف منفی در پرستاران مالزی مستقیما گسست اخلاقی را به‌عنوان مکانیسم انطباقی شناختی ثانویه فعال کردند که به رفتارهای انحرافی در محیط کار منجر می‌شود (۱۴، ۲۴، ۲۶). درخصوص خودپندارهٔ اخلاقی، مطالعه روی پرستاران اورژانس در چین نشان داد که هویت اخلاقی رابطهٔ بین گسست اخلاقی و رفتارهای ضدبهره‌ور کاری نسبت به افراد را به‌طور معکوس تعدیل می‌کند. نتایج نشان داد هویت اخلاقی قوی مانع از بروز گسست اخلاقی به‌صورت انحرافات بین‌فردی می‌شود (۱۱). پژوهش‌های کیفی مکانیسم‌های شناختی مشخصی ازجمله بیرونی‌سازی مسئولیت، توجیه اخلاقی‌شناختی، بازتعریف مثبت و ارزیابی ذهنی بی‌فایده‌بودن وظایف را به‌عنوان استراتژی‌های ذهنی اصلی پرستاران برای توجیه رفتارهای نادرست بدون احساس گناه شناسایی کردند (۲۸، ۲۹).

## عوامل مدیریتی و سبک‌های رهبری

رفتارهای مدیریتی و سبک‌های رهبری در شکل‌گیری گسست اخلاقی پرستاران در محیط‌های بالینی مختلف نقش مهمی دارند (۱۳، ۱۵، ۲۶، ۲۸، ۳۰). سبک‌های رهبری استثمارگرانه، قلدرمآبی سازمانی و رفتارهای شهروندی اجباری (اجبار پرستاران به انجام وظایف داوطلبانهٔ خارج از وظایف رسمی) به‌عنوان محرک‌های بیرونی اصلی گسست اخلاقی شناسایی شده‌اند (۱۳، ۱۵، ۲۶). در مطالعه‌ای در عربستان سعودی، رهبری استثمارگرانه اثر مستقیم و قوی در گسست اخلاقی نشان داد (۱۳). نتایج مطالعات کیفی در بیمارستان‌های ایران نیز گزارش داد که محدودیت‌های ساختاری، فشار بار کاری و سلسله‌مراتب قدرت در محیط‌های بالینی، فضایی تحت‌عنوان «بردگی حرفه‌ای»[12] ایجاد کرده است (۳۰) و پرستاران را به بیرونی‌سازی مسئولیت به مدیران و تبانی اجباری[13] برای پوشش دادن کمبودها یا خطاهای پزشکی و اداری مجبور می‌کند (۲۸، ۲۹). مطالعات نشان داده‌اند آزار در محیط کار و تحمیل وظایف خارج از شرح وظایف شغلی نیز گسست اخلاقی را تشدید می‌کنند (۱۵، ۲۶).

[12] Professional Enslavement
[13] Forced Collusion

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

مطالعه روی پرستاران اورژانس در ایلام نشان داد که قلدرمآبی سازمانی هم به‌صورت مستقیم و هم به‌صورت غیرمستقیم از طریق نقش میانجی آشفتگی اخلاقی با گسست اخلاقی هم‌بستگی مثبت دارد (۱۵). در ترکیه، پژوهش روی پرستاران در دوران پاندمی کووید-۱۹ مشخص کرد که رفتارهای شهروندی اجباری مستقیماً موجب افزایش گسست اخلاقی می‌شود و از طریق ایجاد خشم به سازمان، مکانیسم‌های گسست اخلاقی را فعال می‌کند (۲۶). روایت‌های کیفی پرستاران بخش‌های ویژه و اورژانس در ایران نیز این یافته‌ها را تأیید کرد و نشان داد که «تفویض نادرست اختیارات» و بار کاری اضافه، پرستاران را به‌سمت حذف آگاهانهٔ برخی مراقبت‌ها، به‌آینده‌موکول‌کردن وظایف و عادی‌سازی میان‌برهای مراقبت سوق می‌دهد (۲۸، ۲۹). در مقابل، رهبری اخلاقی به‌عنوان سپر محافظتی عمل می‌کند. نتایج مطالعه‌ای در چین نشان داد که سرپرستاران و مدیران پرستاری اخلاق‌مدار اثر مستقیم حالات عاطفی منفی پرستاران در گسست اخلاقی را تضعیف کردند و اگر پرستاران دچار حالات عاطفی منفی، مثل استرس، نگرانی یا عصبانیت شوند، حضور سرپرستار اخلاق‌مدار مانع از آن می‌شود که پرستار به‌سمت گسست اخلاقی و رفتارهایی مانند پنهان‌سازی دانش از همکاران سوق پیدا کند (۱۴).

### عوامل سازمانی و محیط کار

ساختار سازمانی، فرهنگ محیط کار، رویه‌های اداری، کمبود امکانات و تخصیص‌ندادن عادلانهٔ امکانات به‌طور معناداری در شیوع و سرایت گسست اخلاقی در میان پرستاران تأثیر می‌گذارند (۲۷-۳۰). در میان پیش‌بین‌های ساختاری، مطالعه‌ای در چین، دریافت‌نکردن آموزش اخلاق حرفه‌ای را به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بین سازمانی گسست اخلاقی بالاتر در پرستاران مراقبت ویژه شناسایی کرد (۲۷). مطالعات کیفی در ایران گزارش کردند که تناسب‌نداشتن نسبت پرستار به بیمار، کمبود مزمن نیرو و فشارهای اداری، که ثبت مستندات را بر مراقبت مستقیم بالینی اولویت می‌دهند، شرایطی ایجاد می‌کنند که در آن، رعایت کامل پروتکل‌های استاندارد مراقبت غیرممکن می‌شود (۲۸-۳۰). تحت این محدودیت‌های سازمانی، پرستاران به «نقض استراتژیک مقررات برای بقا» دست می‌زنند و برای ثبت‌های نادرست، مانند دست‌کاری علائم حیاتی یا پرونده‌سازی صوری و حداقل‌سازی وظایف، اقدام می‌کنند تا به‌عنوان مکانیسم‌های دفاعی از موقعیت شغلی خود محافظت کنند و به ثبات روانی برسند (۲۸، ۲۹).

علاوه‌بر این، فرهنگ محیط کار به عادی‌سازی و سرایت اجتماعی گسست اخلاقی دامن می‌زند. همچنین، نتایج مطالعات کیفی پدیدارشناسی پدیده‌ای تحت عنوان هم‌رنگ جماعت شدن را مطرح کردند که در آن، پرستاران از قصورهای مراقبتی گسترده، تحویل شیفت‌های صوری و رفتارهای غیراخلاقی همکاران و پزشکان تبعیت می‌کنند (۲۸، ۳۰). از نظر پیامدهای سازمانی، مطالعات کمی در ایتالیا، چین، عربستان سعودی و مالزی نشان دادند پرستارانی که دچار گسست اخلاقی هستند، میزان بیشتری از رفتارهای ضدبهره‌ور کاری را در برابر سازمان و افراد، رفتارهای کناره‌گیری از کار، پنهان‌سازی دانش و رفتارهای انحرافی شغلی دارند، درحالی‌که رفتارهای شهروندی سازمانی مانند نوع‌دوستی و وظیفه‌شناسی در آن‌ها به‌شدت کاهش می‌یابد (۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهند مداخلات سازمانی با تمرکز بر آموزش اخلاق، نسبت‌های مناسب پرستار به بیمار، سیستم‌های گزارش‌دهی شفاف و فضای حمایتی در بخش‌ها برای شکستن چرخهٔ سیستماتیک گسست اخلاقی در محیط‌های مراقبت سلامت ضروری هستند (۱۵، ۲۷، ۳۰).

## بحث

یافته‌های این مرور دامنه‌ای نشان داد که گسست اخلاقی در پرستاران پدیده‌ای چندوجهی است که تحت‌تأثیر تعامل عوامل جمعیت‌شناختی، فردی و شغلی،

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

روان‌شناختی، مدیریتی و سازمانی شکل می‌گیرد و نمی‌توان آن را صرفاً به ویژگی‌های شخصی پرستار نسبت داد. اگرچه مطالعات بررسی‌شده سطوح متفاوتی از گسست اخلاقی را گزارش کرده‌اند، به‌طور کلی یافته‌ها نشان می‌دهد که قرارگرفتن مداوم پرستاران در موقعیت‌هایی که میان ارزش‌های اخلاقی و الزامات یا محدودیت‌های محیط کار تعارض ایجاد می‌شود، می‌تواند زمینهٔ فعال‌شدن گسست اخلاقی را فراهم کند. مطالعات کمی و کیفی نشان دادند که گسست اخلاقی در پرستاران اغلب در شرایطی بروز می‌کند که فرد برای حفظ عملکرد خود در محیطی پرتنش، میان آنچه از نظر اخلاقی درست می‌داند و آنچه در عمل امکان انجام آن را دارد، فاصله ایجاد می‌کند.

درخصوص سطح گسست اخلاقی، یافته‌ها نتایج متفاوتی را نشان دادند. در برخی مطالعات انجام‌شده در ایران، ترکیه و چین، سطح گسست اخلاقی پایین تا متوسط گزارش شده بود، درحالی‌که در تعدادی دیگر از مطالعات انجام‌شده در چین و عربستان سعودی، میزان آن بیشتر از نقطهٔ میانی ابزار اندازه‌گیری بود. این تفاوت را نمی‌توان صرفاً از تفاوت کشورها دانست؛ زیرا مطالعات از ابزارهای مقیاس گسست اخلاقی فیدا، مقیاس مور و ابزارهای مبتنی‌بر مفهوم گسست اخلاقی کاپرا استفاده کرده‌اند و در محیط‌های بالینی متفاوتی، مانند بخش‌های اورژانس و مراقبت‌های ویژه، انجام شده‌اند. همسو با نتایج مطالعهٔ حاضر، در جمعیتی غیر از پرستاران بالینی، پژوهش شیخی و همکاران در دانشجویان سال آخر پرستاری در ایران، با مقیاس فیدا، میانگینی در همان دامنهٔ پایین تا متوسط گزارش کرده‌اند. نتایج میانگین مشابه گزارش مطالعات از میانگین گسست اخلاقی پرستاران بالینی بود (۳۴).

از سوی دیگر، مطالعهٔ کیفی شولی و همکاران روی استادان پرستاری در کرانهٔ باختری فلسطین نشان داد این سازوکار به بالین محدود نیست و در محیط آموزش پرستاری نیز فعال می‌شود (۳۵). این یافتهٔ دامنهٔ جغرافیایی و جمعیتی بحث را فراتر از کشورهای پوشش‌داده‌شده در این مرور گسترش می‌دهد. قرارگرفتن گسست اخلاقی در دامنهٔ پایین تا متوسط از یک سو، نشان‌دهندهٔ باقی‌ماندن نسبی تعهد اخلاقی در بخش زیادی از پرستاران و از سوی دیگر، بیانگر وجود ظرفیت برای فعال‌شدن این سازوکار در شرایط نامطلوب است. بنابراین، یافته‌های متفاوت مربوط به سطح گسست اخلاقی بیش از آنکه متناقض باشند، بازتاب تفاوت در شرایط حرفه‌ای، ویژگی‌های نمونه و ابزارهای اندازه‌گیری‌اند.

یافته‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، فردی و شغلی نیز نشان داد که گسست اخلاقی در همهٔ گروه‌های پرستاری به یک شکل تجربه نمی‌شود و عواملی مانند سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقهٔ کار، سطح تحصیلات، درآمد و نوع بیمارستان می‌توانند با آن ارتباط داشته باشند. در برخی مطالعات افزایش سن با گسست اخلاقی بیشتر و در برخی محیط‌ها سن کمتر با میزان بیشتر گسست اخلاقی همراه بود. همچنین، سابقهٔ کار بیشتر با سطح پایین‌تر گسست اخلاقی همراه بود، حال آنکه در مطالعه‌ای در چین، پرستاران با سابقهٔ کاری میانی بیشترین میزان گسست اخلاقی را نشان دادند. این تفاوت به گسست اخلاقی محدود نیست. مطالعهٔ مرور دامنه‌ای مولایی و همکاران دربارهٔ شجاعت اخلاقی پرستاران نیز نشان داد که سن، سابقهٔ کار، وضعیت تأهل و آموزش اخلاق در این پدیده اثرگذارند، اما این اثر یکنواخت نیست و همواره متأثر از عوامل فرهنگی و سازمانی است (۳۶). این تفاوت نشان می‌دهد که سن و سابقهٔ کار به‌تنهایی نمی‌تواند عامل تعیین‌کننده‌ای در بروز گسست اخلاقی باشد، بلکه اهمیت آن احتمالاً در تعامل با عواملی مانند تجربهٔ حرفه‌ای، نوع محیط کاری و میزان مواجههٔ فرد با موقعیت‌های چالش‌برانگیز اخلاقی معنا پیدا می‌کند.

در خصوص جنسیت، یافته‌ها در مطالعات یکسان نبودند. همچنین، ارتباط سطح تحصیلات بالاتر با گسست اخلاقی کمتر در برخی مطالعات گزارش شده بود. این یافته می‌تواند با نقش آموزش در تقویت تفکر اخلاقی،



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

افزایش حساسیت به پیامدهای رفتار و توانایی تحلیل موقعیت‌های پیچیدهٔ اخلاقی مرتبط باشد. بااین‌حال، این ارتباط در همهٔ مطالعات ارتباط یکسانی ندارد. در مطالعه‌ای که روی پرستاران بالینی شاغل در بیمارستان‌های مالاوی انجام شد، هیچ ارتباط معناداری میان متغیرهای جمعیت‌شناختی، ازجمله جنسیت، سطح تحصیلات و نوع بیمارستان با سطح شایستگی اخلاقی پرستاران مشاهده نشد (۳۷). این تفاوت نشان می‌دهد که رابطهٔ میان تحصیلات و توانمندی‌های اخلاقی احتمالاً به بافت فرهنگی، سازمانی و نوع ابزار اندازه‌گیری وابسته است و نباید آن را به‌عنوان قاعدهٔ ثابت برداشت کرد.

پرستاری حرفه‌ای است که تصمیم‌گیری در آن تنها به دانش بالینی محدود نمی‌شود، بلکه نیازمند توانایی تشخیص تعارض‌های اخلاقی و حفظ هویت حرفه‌ای در شرایط دشوار نیز هست. مطالعهٔ حقیقت و همکاران نیز نشان داد که شایستگی‌های اخلاقی با شکل‌گیری هویت حرفه‌ای دانشجویان پرستاری ارتباط دارد. بر این اساس، هم‌بستگی مثبت میان رشد اخلاقی و هویت حرفه‌ای در دانشجویان پرستاری، این فرضیه را تقویت می‌کند که پرورش هم‌زمان شایستگی اخلاقی و هویت حرفه‌ای از مراحل آموزش اولیه می‌تواند به‌عنوان راهبرد پیشگیرانه در برابر آسیب‌پذیری‌های اخلاقی آتی عمل کند (۳۸) و در شرایط تعارض‌آمیز، فرد را کمتر به‌سمت سازوکارهای گسست اخلاقی سوق می‌دهد. براساس مطالعهٔ مالووا [14] و همکاران، برای ارتقای شایستگی اخلاقی پرستاران، آموزش اخلاق باید به‌صورت اجباری در برنامه‌های درسی و آموزش مداوم حرفه‌ای گنجانده شود (۳۷).

وضعیت تأهل، درآمد و نوع بیمارستان نیز باید در زمینهٔ ساختار سازمانی و شرایط کاری بررسی شود. در مطالعهٔ روی پرستاران بخش‌های ویژهٔ چین، میزان گسست اخلاقی در تحلیل اولیه به‌طور معناداری در پرستاران دارای درآمد ماهانه پایین‌تر و شاغل در بیمارستان‌های سطح پایین‌تر، بالاتر بود، اما در مدل نهایی این دو متغیر دیگر پیش‌بین مستقلی برای گسست اخلاقی نبودند. نتایج مشابه در مطالعهٔ دسالگن[15] و همکاران روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی اتیوپی گزارش شد. آن‌ها گزارش کردند درآمد کمتر و حمایت سازمانی ضعیف‌تر در تحلیل اولیه با آشفتگی اخلاقی بالاتر همراه بود، اما پس از کنترل اثر محیط کار و رضایت شغلی، این ارتباط دیگر معنادار نماند (۳۹). تکرار این الگو در دو محیط کاملاً متفاوت (چین و اتیوپی) به‌روشنی تأیید می‌کند که درآمد و نوع بیمارستان به‌طور مستقل موجب گسست اخلاقی نمی‌شوند، بلکه انعکاسی از شرایط سازمانی زیربنایی مانند بار کاری، محیط کار نامساعد و حمایت سازمانی ناکافی‌اند.

عوامل روان‌شناختی یکی دیگر از عوامل تعیین‌کنندهٔ مهم گسست اخلاقی است. نتایج نشان دادند آشفتگی اخلاقی، خستگی روانی مزمن، حضورگرایی، خشم و عواطف منفی با افزایش گسست اخلاقی همراه بودند. درحالی‌که تاب‌آوری اخلاقی، شجاعت اخلاقی و هویت اخلاقی نقش محافظتی داشتند. این الگو را می‌توان در چهارچوب نظریهٔ بندورا تبیین کرد؛ وقتی پرستار به‌طور مکرر با موقعیت‌هایی مواجه می‌شود که در آن می‌داند چه اقدامی درست است، اما به دلایل مختلف، مانند کمبود منابع، فشار کاری یا محدودیت‌های ساختاری قادر به انجام آن نیست، تعارض میان معیارهای اخلاقی و عملکرد واقعی افزایش می‌یابد. تداوم این وضعیت به آشفتگی اخلاقی منجر می‌شود و فرد برای کاهش این فشار روانی به راهکارهای شناختی گسست اخلاقی متوسل می‌شود. مطالعهٔ کیفی پدیدارشناختی ایرانی نشان داد پرستاران بی‌ثباتی اخلاقی خود را مستقیماً در سایهٔ چالش‌های حرفه‌ای و ناتوانی در عمل به آنچه درست می‌دانستند تجربه می‌کنند (۳۰). در همین زمینه، مطالعهٔ یانگ[16] و همکاران نشان داد سطح کلی تاب‌آوری اخلاقی پرستاران در حد متوسط است، اما ضعیف‌ترین بُعد آن

[14] Maluwa

[15] Desalegn
[16] Yang

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

توانایی پاسخ‌دهی متناسب به تعارض اخلاقی است؛ همان مؤلفه‌ای که باید در برابر فعال‌شدن گسست اخلاقی محافظت کند. از آنجا که این بعد در مواجهۀ مستقیم با چالش‌های اخلاقی نقش کلیدی ایفا می‌کند و با گسست اخلاقی هم‌بستگی منفی معناداری دارد، ضعف در آن تبیین می‌کند که چرا حتی پرستارانی با سطح تاب‌آوری متوسط نیز در مواجهه با فشارهای بالینی دچار گسست اخلاقی می‌شوند. در واقع، ظرفیت محافظتی فرد دقیقاً در نقطه‌ای که بیشترین کاربرد را دارد، دچار آسیب‌پذیری است (۴۰).

شجاعت اخلاقی و هویت اخلاقی نیز به‌عنوان موانع گسست اخلاقی عمل می‌کنند، در حالی‌که عواطف منفی و خشم سازمانی ظرفیت خودتنظیمی اخلاقی را کاهش می‌دهند. کویلمن و همکاران نشان دادند پایداری شخصیتی (ترکیب وجدان‌گرایی، سازگاری و ثبات هیجانی) از طریق تقویت خودکنترلی اخلاقی، گرایش به گسست اخلاقی را کاهش می‌دهد و سطح استدلال اخلاقی در دوراهی‌های بالینی را ارتقا می‌بخشد. همچنین، عملکرد اخلاقی علاوه‌بر پاسخی به بسترهای محیطی، تا حدی در ابعاد پایدار شخصیت فرد ریشه دارد (۱۲).

نتایج مرور حاضر نشان داد که سبک‌های مدیریتی می‌تواند در گسست اخلاقی نقش مؤثری داشته باشد. سبک رهبری مخرب مانند رهبری استثمارگرانه، قلدری سازمانی و رفتارهای شهروندی اجباری از محرک‌های بیرونی اصلی گسست اخلاقی پرستاران هستند. همسو با نتایج حاضر، لو[17] و همکاران نشان دادند که مدیریت سوءاستفاده‌گرانه هم به‌طور مستقیم و هم از طریق افزایش ادراک بی‌عدالتی، به افزایش رفتارهای کاری ضدبهره‌ور در میان پرستاران منجر می‌شود (۴۱). همچنین، دراه[18] و همکاران نشان دادند که برخی ابعاد رهبری سمی، ازجمله پیش‌بینی‌ناپذیری رهبر و رهبری اقتدارگرایانه، با افزایش رفتارهای کناره‌گیری فیزیکی کارکنان بخش بهداشت و درمان مرتبط هستند (۴۲). همان‌طور که یافته‌های این مطالعه نشان دادند، در مقابل، رهبری اخلاقی می‌تواند از طریق ایجاد الگوی رفتاری مناسب، افزایش حمایت سازمانی، تقویت عدالت و فراهم‌کردن فضای امن برای بیان نگرانی‌های اخلاقی، از فعال‌شدن گسست اخلاقی جلوگیری کند. همسو با نتایج مطالعه حاضر، منگ و گو[19] نشان دادند که ادراک سرپرستاران از رهبری اخلاقی مدیران ارشد با افزایش حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی آنان رابطۀ مثبت دارد و حساسیت اخلاقی نیز در رابطۀ بین رهبری اخلاقی مدیران ارشد و شجاعت اخلاقی سرپرستاران، نقش میانجی جزئی ایفا می‌کند. همچنین، کیفیت اخلاقی مدیران ارشد، استانداردهای اخلاقی سرپرستاران را شکل می‌دهد، سپس در رفتار پرستاران بالینی تأثیر می‌گذارد و در نهایت به شکل‌گیری فرهنگ اخلاقی سازمان منجر می‌شود (۴۳).

عوامل سازمانی و محیط کار نیز در گسست اخلاقی نقش مهمی دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که عوامل سازمانی و محیطی مانند کمبود مزمن نیروی انسانی، بار کاری سنگین، تناسب‌نداشتن نسبت پرستار به بیمار و اولویت‌دهی به مستندات اداری، بستر اصلی فعال‌شدن گسست اخلاقی و نقض مقررات هستند. تحت این فشارهای سیستمی، پرستاران برای محافظت از موقعیت شغلی و دستیابی به ثبات روانی، به ثبت‌های صوری و دستکاری اطلاعات بالینی دست می‌زنند. این یافته‌ها با نتایج مطالعه حقیقت و همکاران نیز همسو است که یکی از مهم‌ترین چالش‌های پرستاران را کمبود منابع به‌عنوان مانع اصلی کیفیت مراقبت گزارش کردند (۴۴). کمبود مزمن نیرو و امکانات سازمانی می‌تواند پرستار را به‌تدریج به حذف، تعویق یا ساده‌سازی مراقبت و سپس توجیه آن با عباراتی مانند اجتناب‌ناپذیربودن شرایط سوق دهد. این فشار در شرایط بحرانی مانند پاندمی کووید ۱۹ تشدید می‌شود؛ جایی‌که ناامنی و فرسودگی کارکنان شکاف میان

[17] Low
[18] Durrah
[19] Meng & Guo



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

استاندارد مطلوب و عملکرد امکان‌پذیر را افزایش می‌دهد. فرهنگ سازمانی نیز در گسترش گسست اخلاقی نقش کلیدی دارد. وقتی رفتارهای غیراخلاقی مکرراً بدون واکنش مناسب دیده شوند، به هنجار غیررسمی تبدیل می‌شوند و گسست از تجربه‌ای فردی به پدیده‌ای جمعی بدل می‌شود. همسو با نتایج این مرور، سرایت سازمانی با نتایج مطالعهٔ پدیدارشناسی اعضای هیئت‌علمی پرستاری نیز همسو است (۳۵). بنابراین، محیطی که رفتارهای اخلاقی را تقویت و رفتارهای غیراخلاقی را محدود نمی‌کند، می‌تواند زمینهٔ مناسبی برای تداوم گسست اخلاقی فراهم کند. پیامدهای گزارش‌شدهٔ گسست اخلاقی نشان می‌دهد که اهمیت این پدیده تنها به وضعیت روان‌شناختی پرستار محدود نمی‌شود و می‌تواند در عملکرد حرفه‌ای، سازمان و کیفیت مراقبت نیز اثرگذار باشد. ارتباط گسست اخلاقی با رفتارهای مخرب سازمانی، کناره‌گیری از کار، پنهان‌کردن دانش و رفتارهای انحرافی نشان می‌دهد که این سازوکار شناختی می‌تواند فاصلهٔ میان فرد و سازمان را افزایش دهد.

### محدودیت‌های مطالعه

این مرور با محدودیت‌هایی همراه است. تعداد مطالعات کمی که به‌طور مستقیم و با ابزار استاندارد گسست اخلاقی را در پرستاران سنجیده باشند هنوز محدود است. همچنین، طراحی مقطعی غالب مطالعات واردشده امکان استنتاج روابط علّی میان گسست اخلاقی و عوامل مرتبط را فراهم نمی‌کند. از سوی دیگر، به‌دلیل ناهمگونی روش‌شناختی و تنوع محدود پیامدهای اندازه‌گیری‌شده، امکان انجام متاآنالیز کمی فراهم نشد و یافته‌ها با رویکرد مرور دامنه‌ای گزارش شدند. افزون بر این، جست‌وجو به مقالات منتشرشده به زبان انگلیسی و فارسی محدود بود و امکان دارد مطالعات مرتبط منتشرشده به زبان‌های دیگر از این مرور جا مانده باشند. در نهایت، برخی از مطالعات واردشده از نمونه‌گیری در دسترس استفاده کرده بودند که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود کند.

### کاربرد یافته‌ها در عمل بالینی و مدیریت پرستاری

یافته‌های این مرور برای مدیران پرستاری، آموزش‌دهندگان و سیاست‌گذاران سلامت کاربردهای متعددی دارد. با توجه به نقش مهم عوامل سازمانی در بروز گسست اخلاقی، توصیه می‌شود مدیران پرستاری بر بهبود جو اخلاقی بخش‌ها، جلوگیری از قلدری سازمانی و اصلاح سبک‌های رهبری تمرکز کنند. برنامه‌های آموزشی مبتنی‌بر افزایش آگاهی پرستاران از مکانیسم‌های گسست اخلاقی، تقویت هویت اخلاقی، شجاعت اخلاقی و شایستگی اخلاقی می‌تواند نقش پیشگیرانه داشته باشد. همچنین، بومی‌سازی کامل و استفادهٔ گسترده‌تر از مقیاس گسست اخلاقی پرستاری در ارزیابی‌های دوره‌ای بیمارستانی می‌تواند به شناسایی زودهنگام بخش‌هایی کمک کند که بیشتر در معرض خطر این پدیده هستند.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که گسست اخلاقی را نباید صرفاً به‌عنوان نشانهٔ ضعف اخلاقی پرستار در نظر گرفت، بلکه باید آن را پدیده‌ای پویا و زمینه‌مند دانست که در نقطهٔ تلاقی ویژگی‌های فردی، وضعیت روانی، هویت حرفه‌ای، روابط قدرت، سبک رهبری و شرایط سازمانی شکل می‌گیرد. این نگاه از یک سو مانع فردمحورشدن مسئله و مقصردانستن پرستاران برای رفتارهایی می‌شود که ممکن است در محدودیت‌های ساختاری ریشه داشته باشند و از سوی دیگر، اهمیت تقویت منابع درونی فرد برای حفظ خودتنظیمی اخلاقی را نادیده نمی‌گیرد. بنابراین، کاهش گسست اخلاقی مستلزم رویکردی چند سطحی است که در آن، پرستار از نظر اخلاقی و روان‌شناختی توانمند شود و هم‌زمان سازمان نیز شرایط لازم برای عمل اخلاقی را فراهم کند.

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

با توجه به اینکه بخش قابل‌توجهی از مطالعات موجود مقطعی هستند و در برخی موارد نیز از ابزارهای متفاوت برای سنجش گسست اخلاقی استفاده شده است، انجام مطالعات طولی و چندمرکزی و نیز مطالعات مداخله‌ای می‌تواند در آینده به روشن‌ترشدن جهت روابط و تعیین اثربخشی مداخلات کمک کند. همچنین، انجام پژوهش های کیفی عمیق‌تر می‌تواند به شناسایی دقیق‌تر فرایندهایی کمک کند که طی آن، پرستاران از تعارض اخلاقی اولیه به توجیه، عادی‌سازی و در نهایت گسست اخلاقی می‌رسند. چنین شواهدی می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات سازمانی و آموزشی متناسب با واقعیت‌های محیط‌های بالینی فراهم کند.

## تعارض منافع

نویسندگان مطالعه اعلام می کنند هیچ تعارض منافعی وجود ندارد.

## References

1. International Council of Nurses. The ICN Code of Ethics for Nurses Geneva: International Council of Nurses; 2021 [cited 6 Sep 2026] [Available from: https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses.
2. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. Nurs Ethics. 2020;27(1):258-272.
3. Bandura A, Barbaranelli C, Caprara GV, Pastorelli C. Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. J Pers Soc Psychol. 1996;71(2):364-374.
4. Bandura A. Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. J Moral Educ. 2002;31(2):101-119.
5. Bandura A. Moral disengagement: how people do harm and live with themselves. New York: Worth Publishers; 2016.
6. Waterfield D, Barnason S. The integration of care ethics and nursing workload: A qualitative systematic review. J Nurs Manag. 2022;30(7):2194-2206.
7. Lam SK, Kwong EW, Hung MS, Pang SM, Chien WT. A qualitative descriptive study of the contextual factors influencing the practice of emergency nurses in managing emerging infectious diseases Int J Qual Stud Health Well-being. 2019;14(1):1626179.
8. Afenigus AD, Sinshaw MA. Ethical dilemmas and decision-making in emergency and critical care nursing in Western Amhara region, Northwest Ethiopia: a multi-method qualitative study. BMC Nurs. 2025;24(1):295.
9. Fida R, Tramontano C, Paciello M, Kangasniemi M, Sili A, Bobbio A, et al. Nurse moral disengagement. Nurs Ethics. 2016;23(5):547-64.
10. Hyatt J. Recognizing moral disengagement and its impact on patient safety. J Nurs Regul. 2017;7(4):15-21.
11. Ke Y, Li F. Moral disengagement, moral identity, and counterproductive work behavior among emergency nurses. Nurs Ethics. 2025;32(1):111-124.
12. Kuilman L, Jansen GJ, Middel B, Mulder LB, Roodbol PF. Moral reasoning explained by personality traits and moral disengagement: A study among Dutch nurse practitioners and physician assistants. J Adv Nurs. 2019;75(6):1252-1262.
13. Abou Zeid MAG, Al-Sabeely AA, Ibrahim IA. The Impact of Exploitative Leadership and Moral Disengagement on Nurses' Work Withdrawal Behaviors: A Mediation Model Using the Partial Least Squares Approach. J Nurs Manag. 2025;2025(1):e6932401.
14. Zhao H, Xia Q. Nurses' negative affective states, moral disengagement, and knowledge hiding: The moderating role of ethical leadership. J Nurs Manag. 2019;27(2):357-370.
15. Besharaty L, Jackson AC, Rahmaty Z, Nia MN, Bahramnezhad F. Association Between Organizational Bullying, Moral Distress, and Disengagement Among Emergency Department Nurses in Ilam Hospitals: A Cross Sectional Study. J Nurs Manag. 2025;2025:5230876.
16. Azimpour A, Karimian N, Azarnioushan M, Johari L. Moral disengagement in medicine and nursing: a narrative review. J Med Ethics. 2022;16(47).
17. Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19-32.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.
19. Critical Appraisal Skills Programme. CASP Checklists; 2018 [Available from: https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/.
20. Hong QN, Fàbregues S, Bartlett G, Boardman F, Cargo M, Dagenais P, et al. The Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) version 2018 for information professionals and researchers. Educ Inf. 2018;34(4):285-91.

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

21. Mohammadpour A, Salehi H, Moghaddam MB. Psychometric properties of the Persian version of the nursing moral disengagement scale. J Med Ethics Hist Med. 2023;16.
22. Juanfeng H, Ke K, Yalin Z, Pan L, Xi Z. The mediating role of ICU nurses' moral disengagement between moral resilience and moral distress. BMC Nurs. 2026;25(1):374.
23. Kazemi S, Gholizadeh M, Rajaee M, Yousefnezhad M, Kakhki SK. Presenteeism, moral courage, and moral disengagement among nurses: a cross-sectional structural equation modeling study. BMC Nurs. 2025;24(1):1126.
24. Mansor M, Afthanorhan A, Ibrahim RM, Mohd SAM. The mediating role of moral disengagement in predicting deviant workplace behavior among nurses in Malaysia. J Client-Centered Nurs Care. 2023;9(2):143-156.
25. Mohammadi Berengestaneki Z, Emami Zeydi A, Sharif Nia SH, Heidari Gorji MA. Relationship between Moral Disengagement and Quality of Care in Nurses Caring for Covid-۱۹Patients Hospitalized in the Intensive Care unit of the Medical-educational Centers of Mazandaran University of Medical Sciences (2021-2022). J Mazandaran Univ Med Sci. 2023;33(2):117-28.
26. Yildiz B, Yildiz H, Ozbilgin M. How do compulsory citizenship behaviors affect moral disengagement in organizations? Significance of anger toward the organization during the COVID-19 pandemic. Front Psychol. 2022;13:1038860.
27. He J, Zhang Y, Zhang F, Yang X, Zhang X. Analysis of the current situation of ICU nurses' moral disengagement and influencing factors. BMC Med Ethics. 2025;26(1):80.
28. Talebian F, Vejdani H, Sanagoo A, Jouybari L. Lived experiences of moral disengagement among intensive care and emergency department nurses: A phenomenological study. SAGE Open Nurs. 2025;11:23779608251395004.
29. Khanipour-Kencha A, Jackson AC, Barati-Rizi S, Bahramnezhad F. Moral disengagement in critical care nurses: a conventional content analysis. BMC Med Ethics. 2025;26(1):127.
30. Karami F, Eghbal Manesh A, Mazaheri M, Nikbakht Nasrabadi A. Nurses' experiences of moral disengagement: A phenomenological study. Nurs Ethics. 2026;33(4):1181-1195.
31. Fida R, Paciello M, Tramontano C, Fontaine RG, Barbaranelli C, Farnese ML. An integrative approach to understanding counterproductive work behavior: The roles of stressors, negative emotions, and moral disengagement. J Bus Ethics. 2015;130(1):131-44.
32. Moore C, Detert JR, Klebe Treviño L, Baker VL, Mayer DM. Why employees do bad things: Moral disengagement and unethical organizational behavior. Pers Psychol. 2012;65(1):1-48.
33. Xingchao W, Jiping Y, Ling G. The Chinese version of civic moral disengament scale. Studies of Psychology and Behavior. 2013;11(6):838.
34. Sheikhi MR, Soleimani MA, Alimoradi Z, Shadin H, Asadi M. Emotional exhaustion and psychological well-being as predictors of moral disengagement in nursing students: a cross-sectional study. BMC Med Educ; 2026.
35. Shouli M, Aqtam I, Ayed A, Harazneh L, Ejheisheh MA, Batran A. Lived Experiences of Moral Disengagement Among Nursing Faculty in the West Bank: A Hermeneutic Phenomenological Study. SAGE Open Nurs. 2026;12:23779608261459904.
36. Mollaei M, Metanat F, Javazm AR, Motie M. Exploring the foundations and influences of nurses' moral courage: a scoping review. BMC Med Ethics. 2025;26(1):43.
37. Maluwa VM, Maluwa AO, Mwalabu G, Msiska G. Assessment of ethical competence among clinical nurses in health facilities. Nurs Ethics. 2022;29(1):181-19.
38. Haghighat S, Borhani F, Ranjbar H. Is there a relationship between moral competencies and the formation of professional identity among nursing students? BMC nursing. BMC Nurs. 2020;19:49.
39. Desalegn L, Gela D, Boka A. Moral distress and associated factors among nurses working in public hospitals in West Arsi Zone, Ethiopia. a cross-sectional study. BMC Nurs. 2026;25:727.
40. Yang C, Xue K, Shang J, Pan L, Shi H, Jin Y, et al. Moral resilience among nurses: A systematic review and meta-analysis. Nurs Ethics. 2026;33(2):450-464.
41. Low YM, Sambasivan M, Ho JA. Impact of abusive supervision on counterproductive work behaviors of nurses. Asia Pac J Hum Resour. 59(2):250-278.
42. Durrah O, Alkhalaf T, Sharbatji O. Toxic leadership as a predictor of physical and psychological withdrawal behaviours in the healthcare sector. J Soc Psychol. 2024;164(6):1159-1177.
43. Meng J, Guo X. The relationship between ethical leadership, moral sensitivity, and moral courage among head nurses. BMC Nurs. 2025;24(1):538.
44. Haghighat S, Yazdi K, Mahmoodi-Shan GR, Sabzi Z. The challenges of nursing care for patients with lumbar discectomy: A qualitative study. Nurs Open. 2024;11(3):e213.


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