

Research Paper

Moral Distress Among Occupational Therapists in Tehran



Minoo Kalantari¹ , Mohammad Qomi¹ , Alireza Akbarzadeh Baghban² , *Mehdi Rezaee¹

1. Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Biostatistics, Proteomics Research Center, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



Citation Kalantari M, Qomi M, Akbarzadeh Baghban A, Rezaee M. [Moral Distress Among Occupational Therapists in Tehran (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2025; 14(3):352-361. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.14.3.3308>

doi <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.14.3.3308>

ABSTRACT

Background and Aims Moral distress is an ethical problem when therapists know what to do but cannot do it due to internal constraints, external barriers, or uncertainty. Moral distress is a significant concern in healthcare practice and can have significant personal, professional, and practical consequences. Given the negative consequences of moral distress on physical and mental health, this study aimed to investigate moral distress among occupational therapists in Tehran City, Iran.

Methods The present study was conducted cross-sectionally among 172 occupational therapists. The study population consisted of occupational therapists working in private and government centers in Tehran. They were recruited by cluster and random sampling from 22 districts of Tehran. The Moral Distress Questionnaires were completed in person. After collecting them, data analysis was performed using SPSS software, version 20.

Results The mean moral distress in occupational therapists was estimated to be 46.33 ± 6.22 . A comparison of moral distress in men and women showed a significant difference between the mean moral distress in the two groups ($P=0.001$), and men endured more distress. Moral distress was more important in occupational therapists working in government centers ($P<0.001$). There was also a significant positive correlation between moral distress and therapists' working hours ($P<0.05$).

Conclusion The results showed that occupational therapists face moral distress, which indicates the need to educate them about the concept of moral distress and strategies for dealing with it.

Keywords Moral distress, Moral tension, Occupational therapy

Received: 03 Dec 2024

Accepted: 17 Mar 2025

Available Online: 23 Jul 2025

*** Corresponding Author:**

Mehdi Rezaee, Associate Professor.

Address: Department of Occupational Therapy, School of Rehabilitation Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 77561721

E-Mail: arezaee2003@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Health care professionals are inherently vulnerable to moral distress due to their frequent work and empathy with people who are suffering or in crisis [1]. Moral distress is a type of moral problem that occurs when therapists know the right thing to do but cannot achieve it due to internal limitations, external obstacles, or uncertainty [2]. Moral distress is recognized as an important concern in health care practice and can have significant personal, professional, and practical consequences [3].

Unresolved moral distress and feelings of helplessness can compromise health care providers' ability to uphold ethical standards and reduce the physical and emotional energy needed to meet patients' needs [1] fully. This distress may lead to feelings of futility, sadness, contradiction, and suffering. These adverse effects have a psychological and physical burden on the therapist. In addition, moral distress is associated with burnout and lower rates of resilience [4]. People who continue to work despite moral distress are likely to quit, leading to understaffing and under-resources in the health care system [5]. Moral distress can severely affect a person's physical health, increase susceptibility to infectious diseases, and decrease response to vaccines [2].

To measure moral distress in occupational therapists, there is the moral distress scale-revised for occupational therapist (MDS-R-OT[A]) questionnaire prepared by Penny in 2016, and it is a modified questionnaire that was developed for nurses in hospital situations [8]. Since moral behavior is affected by each society's individual characteristics, politics, and culture [9], this questionnaire cannot measure the moral distress of Iranian occupational therapists. In 2019, Khaleghi et al. compiled a questionnaire for Iranian society, which was derived from qualitative research in various fields of service provision by Iranian occupational therapists [10], considering the importance of moral distress and its consequences, identifying and describing the level of moral distress for politics. The country's educational and medical institutions are necessary for proper planning. Therefore, due to insufficient research in the field of moral distress in Iran, this study aimed to investigate moral distress using the Iranian Moral Distress Questionnaire and its related factors among occupational therapists working in Tehran.

Methods

The present study was conducted cross-sectionally in 2021. The studied population were occupational therapists who graduated and worked in private and public centers in Tehran City, Iran. They were randomly selected from 22 districts of Tehran. For this purpose, firstly, the distribution of occupational therapy centers in the city of Tehran (through the medical system organization) was extracted according to the division of the city into five regions: North, Central, East, West, and South, respectively, 42, 25, 45, 21, and 9 centers were identified in these areas. According to the dispersion of the sampling centers in these areas, 17, 10, 18, 10, and 5 centers were randomly selected. On average, three therapists were examined from each selected center, and 172 people participated. The inclusion criteria were graduation in the occupational therapy field and clinical work experience of more than one year of practice. In case of non-response and cooperation in completing the questionnaires, the subjects were excluded from the research.

This study used a demographic questionnaire to collect demographic information, including age, gender, marital status, number of clients per day, number of working hours per week, type of center, work area, work experience, and moral distress questionnaire among staff. The questionnaire on moral distress among artists, which was formed according to qualitative studies in the field of ethics in Iran [11-13], contains 22 items, whose formal and content validity was assessed by Khaleghi et al. (2022) [10]. After the centers and samples were identified through face-to-face visits, the questionnaires were given to the occupational therapists for completion. Before starting the work, the research process and the study's objectives were explained to the participants, who completed the informed consent form. They were assured that there was no cost to participate in the research and that their information would not be disclosed. Due to the spread of the coronavirus, the health protocols for collecting the questionnaires were followed at the time of sampling.

Results

A total of 172 occupational therapists working in different fields participated in this study. The average moral distress was estimated at 46.33. Moral distress was compared in men and women using the independent t-test. The results of the independent t-test showed a significant difference between the average moral distress in the two groups ($P=0.001$) and men bear more distress. However, in the work of children and adults, the amount of moral distress was not significantly different. Also, the compari-

Table 1. Comparing the average moral distress based on gender and work area of occupational therapists

Variables		No. of Samples	Mean±SD	t	P
Gender	Male	80	48.087±6.560	3.463	0.0001
	Female	92	44.891±5.541		
Field work	Children	153	46.191±6.431	-1.539	0.134
	Adults	19	47.842±4.072		
Employment status	Private	133	45.353±6.010	-4.171	< 0.0001
	Government	39	49.871±5.731		

Scientific Journal of
Rehabilitation Medicine

son of the mean of the moral distress variable based on the employment status (public and private) showed a significant difference between the mean moral distress in the two groups ($P<0.001$), and the moral distress is higher in public sector occupational therapists than in private sector occupational therapists (Table 1).

Conclusion

The findings of this study show moral distress in Iranian occupational therapists, and its rate is significantly higher in government centers and among men. The findings also show some issues that occupational therapists encounter more often.

Recognizing and measuring moral stress is the first step in reducing it and using it for targeted educational and organizational interventions. Occupational therapists should play an active role in strengthening resilience in health care environments to avoid the negative effects of moral distress. Also, actions taken by health care organizations can help promote resilience in the workplace.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the Ethics Committee of Shahid Beheshti University of Medical Sciences (code IR.SBMU.RETECH.REC.1400.422). Written informed consent was obtained from participants. Their personal information was kept confidential.

Funding

This article was extracted from the master's thesis of Mohammad Qomi at the Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation, Shahid Beheshti

University of Medical Sciences. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for profit sectors.

Authors' contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection and analysis, interpretation of the results, and drafting of the manuscript. Each author approved the final version of the manuscript for submission.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank all the occupational therapists who participated in the present study for their cooperation.



مقاله پژوهشی

پیشانی اخلاقی در کاردرمانگران شهر تهران

مینو کلانتری^۱، محمد قمی^۱، علیرضا اکبرزاده باغبان^۲، مهدی رضائی^۱

۱. گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

Use your device to scan and read the article online



Citation Kalantari M, Qomi M, Akbarzadeh Baghban A, Rezaee M. [Moral Distress Among Occupational Therapists in Tehran (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2025; 14(3):352-361. <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.14.3.3308>

doi <https://dx.doi.org/10.32598/SJRM.14.3.3308>

چکیده

مقدمه و اهداف: پیشانی اخلاقی نوعی مشکل اخلاقی است و زمانی رخ می‌دهد که درمانگران کار درست را بدانند اما به دلیل محدودیت‌های داخلی، موانع بیرونی یا عدم اطمینان نمی‌توانند به آن دست یابند. دیسترس اخلاقی به عنوان یک نگرانی مهم در عملکرد مراقبت‌های بهداشتی شناخته شده است و می‌تواند پیامدهای شخصی، حرفه‌ای و عملی قابل توجهی داشته باشد. با توجه به تأثیر پیامدهای منفی پیشانی اخلاقی بر سلامت فیزیکی و روانی، هدف از این پژوهش بررسی پیشانی اخلاقی در بین کاردرمانگران شهر تهران بود.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به صورت مقطعی در بین ۱۷۲ نفر از کاردرمانگران انجام شد. جامعه مورد مطالعه کاردرمانگران شاغل در مراکز خصوصی و دولتی شهر تهران بودند و نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای و تصادفی از مناطق ۲۲ گانه تهران انجام شد. پرسش‌نامه‌های دیسترس اخلاقی به صورت حضوری تکمیل و پس از جمع‌آوری آن‌ها تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران $46/33 \pm 6/22$ برآورد شد. مقایسه دیسترس اخلاقی در مردان و زنان نشان داد اختلاف معناداری میان میانگین دیسترس اخلاقی در دو گروه وجود دارد ($P=0/001$) و مردان دیسترس بیشتری را تحمل می‌کنند. دیسترس اخلاقی در کاردرمانگرانی که در مرکز دولتی مشغول بودند ($P<0/001$) بیشتر و معنادار بود و همچنین همبستگی مثبت معنادار بین دیسترس اخلاقی با ساعات کاری درمانگران مشاهده شد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد کاردرمانگران با دیسترس اخلاقی مواجه هستند و همین مسئله لزوم آموزش به کاردرمانگران در رابطه با مفهوم دیسترس اخلاقی و راهکارهای مقابله با آن را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: پیشانی اخلاقی، تنش اخلاقی، کاردرمانی

تاریخ دریافت: ۱۳ آذر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۷ اسفند ۱۴۰۳

تاریخ انتشار: ۰۱ مرداد ۱۴۰۴

* نویسنده مسئول:

دکتر مهدی رضائی

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده علوم توانبخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: ۷۷۵۶۱۷۲۱ (۲۱) ۹۸+

رایانامه: arezaee2003@yahoo.com



Copyright © 2025 The Author(s);

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

مقدمه

۳. تضادهای بین فردی: به عنوان مثال، زمانی که نظر فرد با نظر تیم متفاوت است که به تنش بین مراجع محور بودن مداخله و به تعویق انداختن ترخیص تلقی منجر می شود [۷، ۶].

برای سنجش دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران پرسش نامه (مقیاس بازنگری شده پریشانی اخلاقی کاردرمانگران در مراکز بزرگسالان)^۱ وجود دارد که پنی در سال ۲۰۱۶ تهیه کرده است و تغییر یافته پرسش نامه ای است که برای پرستاران در موقعیت های بیمارستانی تدوین شده بود [۸]. از آنجایی که رفتار اخلاقی تحت تأثیر ویژگی فردی، سیاست و فرهنگ هر جامعه قرار می گیرد [۹]، استفاده از این پرسش نامه نمی تواند دیسترس اخلاقی کاردرمانگران ایرانی را به خوبی بسنجد. خالقی و همکاران در سال ۲۰۱۹ پرسش نامه ای برای جامعه ایرانی تدوین کردند که برگرفته از تحقیقات کیفی در حوزه های مختلف ارائه خدمت توسط کاردرمانگران ایرانی بود [۱۰]. با توجه به اهمیت دیسترس اخلاقی و پیامدهای ناشی از آن، شناسایی و توصیف میزان دیسترس اخلاقی برای سیاست گذاران آموزشی و درمانی کشور جهت برنامه ریزی مناسب ضروری است. بنابراین، با توجه به ناکافی بودن تحقیقات در زمینه دیسترس اخلاقی در ایران، هدف این پژوهش بررسی پریشانی اخلاقی با استفاده از پرسش نامه پریشانی اخلاقی ایرانی و عوامل مرتبط با آن در بین کاردرمانگران شاغل در تهران بود.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر به صورت مقطعی در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. جامعه مورد مطالعه کاردرمانگران فارغ التحصیل و شاغل در مراکز خصوصی و دولتی شهر تهران بودند و نمونه گیری به صورت خوشه ای و تصادفی از مناطق ۲۲ گانه تهران انجام شد. برای این منظور ابتدا توزیع مراکز کاردرمانی در سطح شهر تهران (از طریق سازمان نظام پزشکی) استخراج شد که با توجه به تقسیم شهر به پنج منطقه شمالی، مرکزی، شرقی، غربی و جنوبی به ترتیب ۴۲، ۲۵، ۴۵، ۲۱ و ۹ مرکز در این مناطق شناسایی شدند. با توجه به پراکندگی مراکز جهت نمونه گیری در این مناطق به ترتیب ۱۷، ۱۰، ۱۸، ۱۰ و ۵ مرکز به صورت تصادفی انتخاب شدند. به طور متوسط از هر مرکز انتخاب شده ۳ درمانگر بررسی شدند و در مجموع ۱۷۲ نفر در مطالعه شرکت داشتند. فارغ التحصیلی در رشته کاردرمانی و داشتن سابقه کار بالینی بیشتر از ۱ سال، معیارهای ورود به مطالعه بودند و در صورت عدم پاسخگویی و همکاری در کامل کردن پرسش نامه ها افراد از تحقیق خارج می شدند.

متخصصان مراقبت های بهداشتی به دلیل کار مکرر و همدلی با افرادی که رنج می برند یا در بحران هستند، ذاتاً در برابر پریشانی اخلاقی آسیب پذیر هستند [۱]. دیسترس اخلاقی نوعی مشکل اخلاقی است و زمانی رخ می دهد که درمانگران کار درست را بدانند اما به دلیل محدودیت های داخلی، موانع بیرونی یا عدم اطمینان نمی توانند به آن دست یابند [۲]. دیسترس اخلاقی به عنوان یک نگرانی مهم در عملکرد مراقبت های بهداشتی شناخته شده است و می تواند پیامدهای شخصی، حرفه ای و عملی قابل توجهی داشته باشد [۳].

دسترس اخلاقی حل نشده، همراه با احساس ناتوانی، می تواند توانایی ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی را برای حفظ استانداردهای اخلاقی به خطر بیندازد و انرژی فیزیکی و عاطفی مورد نیاز برای رفع کامل نیازهای بیماران را کاهش دهد [۱]. این دیسترس ممکن است به احساس بیهودگی، غم و اندوه، تناقض و رنج منجر شود. این اثرات نامطلوب برای درمانگر با بار روانی و جسمی همراه است. علاوه بر این، دیسترس اخلاقی با فرسودگی شغلی و نرخ پایین تر تاب آوری مرتبط است [۴]. افرادی که علی رغم احساس دیسترس اخلاقی به کار خود ادامه می دهند، احتمالاً کار خود را ترک می کنند و این امر به کمبود کارکنان و منابع در سیستم مراقبت های بهداشتی منجر می شود [۵]. دیسترس اخلاقی می تواند عواقب شدیدی برای سلامت جسمی فرد داشته باشد و حساسیت به بیماری های عفونی را افزایش و پاسخ به واکسن ها را کاهش دهد [۲].

اگرچه دیسترس اخلاقی مختص یک رشته نیست، اعضای حرفه های مختلف ممکن است به دلایل مختلف آن را تجربه کنند. شواهد محدود موجود نشان می دهد که کاردرمانگرها دیسترس اخلاقی را تجربه می کنند و این دیسترس ها ریشه در عملکرد مراجع محور، عدالت اجتماعی و مدل های اجتماعی مراقبت دارد. منابع اولیه دیسترس اخلاقی عبارتند از محدودیت های بیرونی (مانند محدودیت های بازپرداخت)، تضاد با سیاست های سازمانی و فشار برای برآورده کردن استانداردهای بهره وری [۳]. تحقیقات در کاردرمانگران نشان داده است که تنش های اخلاقی به موارد زیر مربوط می شود:

۱. محدودیت های منابع و سیستمی: به عنوان مثال، منابع اقتصادی ناکافی برای اجرای مداخلات با کیفیت و ارائه خدمت در سطح پایین تر به دلیل کمبود زمان؛

۲. حفظ اصول و ارزش های اخلاقی: به عنوان مثال، گیر کردن بین اولویت های مراجعان و اولویت های سازمان؛

پیرسون^۴ استفاده گردید. خطای نوع آزمون $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد، بنابراین مقادیر احتمال کمتر از آن از نظر آماری معنی دار تلقی گردید. تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۱۷۲ کاردرمانگر شاغل در حیطه‌های مختلف کاری شرکت کردند. در **جدول شماره ۱** آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی افراد حاضر در مطالعه به تفکیک سطوح هر متغیر نشان داده شده است. همان‌گونه که مشخص است ۵۳/۵ درصد از شرکت‌کنندگان در مطالعه زن و ۴۶/۵ درصد مرد بوده‌اند. ۶۱/۶ درصد از شرکت‌کنندگان متأهل و ۳۸/۴ درصد مجرد بوده‌اند. حیطه کاری ۸۹ درصد از کاردرمان‌ها کودکان و ۱۱ درصد بزرگسالان بوده است. ۷۷/۳ درصد از کاردرمان‌ها در بخش خصوصی و ۲۲/۷ درصد در بخش دولتی مشغول به کار بوده‌اند.

میانگین دیسترس اخلاقی ۴۶/۳۳ برآورد شد (**جدول شماره ۲**). در بررسی مجزای گویه‌ها مشخص گردید که کمترین میزان دیسترس اخلاقی در گویه‌های ۲، ۹ و ۸ است که شامل تداخل درمان با عقاید مذهبی مراجع، سکوت در برابر رفتارهای غیراخلاقی به دلیل ترس از به خطر افتادن موقعیت شغلی و انجام رفتارهای غیراخلاقی برای جلب نظر مسئول مرکز می‌شد و بیشترین میزان دیسترس اخلاقی در گویه‌های ۶، ۵ و ۷ است که شامل انتظارات غیرمعقول مراجع از نتایج درمانی، کاهش کیفیت خدمات درمانی به دلیل عدم همکاری مراجع و کاهش کیفیت خدمات درمانی به دلیل عدم توان مالی مراجع جهت پرداخت هزینه خدمات درمانی بود.

دیسترس اخلاقی با استفاده از آزمون تی مستقل^۵ در مردان و

در این مطالعه پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناسی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، تعداد مراجعین در روز، تعداد ساعت کار در هفته، نوع مرکز، حیطه کاری، سابقه کاری و پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران مورد استفاده قرار گرفتند. پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران که باتوجه به مطالعات کیفی در زمینه اخلاق در ایران [۱۱-۱۳] شکل گرفته است، حاوی ۲۲ گویه است که روایی صوری و محتوایی آن را خالقی و همکاران انجام داده‌اند. این پرسش‌نامه دارای یک مقیاس لیکرت ۴ نمره‌ای (اصلاً=نمره ۱، کم=نمره ۲، متوسط=نمره ۳، زیاد=نمره ۴) است که جمع نمرات پرسش‌نامه می‌تواند از ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد. افزایش جمع نمرات پرسش‌نامه نشان‌دهنده دیسترس اخلاقی بیشتر است. قبل از استفاده از پرسش‌نامه، پایایی آن در ۲۰ نفر کاردرمانگر بررسی و آلفای کرونباخ آن ۰/۶۸۲ به دست آمد.

پس از مشخص شدن مراکز و نمونه‌ها با مراجعه حضوری، پرسش‌نامه‌ها جهت تکمیل در اختیار کاردرمانگران قرار گرفت. قبل از شروع کار روند تحقیق و اهداف مطالعه برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و فرم رضایت‌نامه آگاهانه را تکمیل کردند. به آن‌ها اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه هزینه‌ایی نداشته و اطلاعات آن‌ها فاش نخواهد شد. باتوجه به شیوع ویروس کرونا در زمان نمونه‌گیری، پروتکل‌های بهداشتی جهت جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها رعایت گردید.

برای مقایسه دیسترس اخلاقی در سطوح مختلف، متغیرهای کیفی از قبیل جنسیت و رده شغلی از آزمون کای اسکور^۲ و دقیق فیشر^۳ استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی با متغیر کمی مثل سن، درآمد و تعداد مراجعین از ضریب همبستگی

4. Pearson correlation coefficient
5. Independent Samples T-Test

2. Chi-Square
3. Fishers exact test

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی کیفی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	سطح متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۸۰ (۴۶/۵)
	زن	۹۲ (۵۳/۵)
وضعیت تأهل	مجرد	۶۶ (۳۸/۴)
	متأهل	۱۰۶ (۶۱/۶)
حیطه کاری	کودکان	۱۵۳ (۸۹)
	بزرگسالان	۱۹ (۱۱)
نوع استخدامی	خصوصی	۱۳۳ (۷۷/۳)
	دولتی	۳۹ (۲۲/۷)

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی کمی شرکت‌کنندگان در مطالعه

متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	حداقل	حداکثر
سن	۳۲/۰۶۹ $\pm$ ۵/۸۹۹	۲۳	۵۲
ساعات کار در هفته	۳۸/۳۷۷ $\pm$ ۱۸/۲۵۳	۷	۱۴۴
سابقه کاری	۷/۹۴۷ $\pm$ ۵/۷۰۱	۱	۳۰
تعداد کیس مشاهده‌شده در روز	۹/۵۱۱ $\pm$ ۳/۰۵۲	۴	۲۰
دیسترس اخلاقی	۴۶/۳۳۷ $\pm$ ۶/۲۲۷	۳۳	۶۹

طب توانبخشی

بحث

میانگین نمره پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی کاردرمانگران در مطالعه حاضر نشان می‌دهد که دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران رخ می‌دهد. در این مطالعه بیشترین دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران به دلیل انتظارات غیرمعقول مراجع از نتایج درمانی، کاهش کیفیت خدمات درمانی به دلیل عدم همکاری مراجع و کاهش کیفیت خدمات درمانی به دلیل عدم توان مالی مراجع جهت پرداخت هزینه خدمات درمانی بود.

از آنجایی که این ابزار در سایر جمعیت‌های ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی استفاده نشده است، بنابراین نمی‌توان با نتایج آن‌ها مقایسه کرد. با این حال، بروز دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران توسط سایر محققین در کشورهای دیگر (غیر از ایران) با ابزارهای دیگری گزارش شده است [۱۶-۱۴]. در بعضی از مطالعات یکی از دیسترس‌های اخلاقی کاردرمانگران ناتوانی در ارائه خدمات درمانی بهینه به مراجعین به دلیل پوشش بیمه‌ای محدود یا قطع بیمه گزارش شده است [۱۱]. همچنین در

زنان با یکدیگر مقایسه شد. نتایج حاصل از آزمون تی مستقل نشان داد اختلاف معناداری میان میانگین دیسترس اخلاقی در دو گروه وجود دارد ($P=0/001$) و مردان دیسترس بیشتری را تحمل می‌کنند، اما در حیطه کاری کودکان و بزرگسالان، میزان دیسترس اخلاقی تفاوت معنی‌داری نداشت. همچنین مقایسه میانگین متغیر دیسترس اخلاقی براساس وضعیت استخدامی (دولتی و خصوصی) نشان داد اختلاف معناداری میان میانگین دیسترس اخلاقی در دو گروه وجود دارد ($P<0/001$) و دیسترس اخلاقی در کاردرمانگرهای بخش دولتی بیشتر از کاردرمانگرهای بخش خصوصی است (جدول شماره ۳).

با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون به بررسی ارتباط دیسترس اخلاقی با متغیرهای سن، ساعات کار در هفته، سابقه کاری و تعداد کیس‌های ویزیت‌شده توسط کاردرمانگر پرداخته شد. نتایج نشان داد متغیر دیسترس اخلاقی با متغیر ساعات کاری درمانگران دارای همبستگی مثبت ضعیف و معنی‌دار است و با افزایش ساعات کاری کاردرمانگران، میزان دیسترس اخلاقی آن‌ها نیز افزایش داشته است (جدول شماره ۴).

جدول ۳. مقایسه میانگین دیسترس اخلاقی براساس جنسیت و حیطه کاری کاردرمانگرها

نام متغیر	تعداد نمونه	میانگین $\pm$ انحراف معیار	t	P
جنسیت	مرد	۴۸/۰۸۷ $\pm$ ۶/۵۶۰	۳/۴۶۳	۰/۰۰۱
	زن	۳۴/۸۹۱ $\pm$ ۵/۵۴۱		
حیطه کاری	کودکان	۳۶/۱۹۱ $\pm$ ۶/۳۳۱	-۱/۵۲۹	۰/۱۳۴
	بزرگسالان	۳۷/۸۴۲ $\pm$ ۴/۰۷۲		
وضعیت استخدامی	خصوصی	۴۵/۳۵۳ $\pm$ ۶/۰۱۰	-۴/۱۷۱	۰۰۱/۰>
	دولتی	۳۹/۸۷۱ $\pm$ ۵/۷۳۱		

طب توانبخشی

جدول ۴. ضریب همبستگی متغیر دیسترس اخلاقی با متغیرهای دیگر

متغیر	سن		ساعات کاری		سابقه کاری		تعداد بیماران ویزیت‌شده	
	ضریب	معناداری	ضریب*	معناداری	ضریب	معناداری	ضریب	معناداری
دیسترس اخلاقی	۰/۰۲۲	۰/۷۷۹	۰/۱۸۰	۰/۰۱۸	-۰/۰۰۱	۰/۹۸۹	۰/۱۳۷	۰/۰۵۷

* به معنای معناداری متغیر در سطح اطمینان ۹۵ درصد است.

طب توانبخشی

مطالعه دیگری ۴ محدودیت سیستماتیک تحت عنوان تحمیل اقدامات درمانی، فرآیندهای ناکارآمد، محدودیت منابع و کمبود خدمات به عنوان تنش های اخلاقی کاردرمانگران ذکر شدند [۱۵]. تقاضای بهروری غیرمنطقی کارفرما که به اختلال در روند درمان منجر می شود از دیگر تنش های اخلاقی است که باعث دیسترس اخلاقی می شود [۶].

در این مطالعه دیسترس اخلاقی در کاردرمانگرانی که در بخش دولتی مشغول به کار بودند، به طور معنی داری بیشتر از کاردرمانگرانی بود که در بخش خصوصی فعالیت داشتند. به نظر می رسد در محیط دولتی عوامل سازمانی بیشتر در بروز دیسترس اخلاقی کاردرمانگران ایرانی نقش دارند، اما پنی و همکاران در بررسی دیسترس اخلاقی کاردرمانگرانی که در حیطه سالمندان فعالیت داشتند، عنوان کردند که کاردرمانگران شاغل در سازمان های انتفاعی، دیسترس اخلاقی بیشتری را نسبت به سازمان های غیرانتفاعی گزارش کردند و این یافته ممکن است به تأثیر بیشتر مدل های تجاری و ملاحظات مالی در سازمان های انتفاعی در مقایسه با سازمان های غیرانتفاعی مرتبط باشد [۱۴]. تفاوت این دو مطالعه می تواند به دلیل تفاوت قوانین و شرایط اجتماعی فرهنگی حاکم بر کاردرمانگران در این دو مطالعه باشد. به نظر می رسد در جامعه ایرانی، کاردرمانگرانی که در بخش خصوصی و انتفاعی فعالیت دارند در تصمیم گیری اخلاقی کمتر دچار تنش می شوند و آزادی عمل بیشتری دارند.

در این مطالعه، مردان دیسترس اخلاقی بیشتری نسبت به زنان داشتند. در مطالعه ای که با هدف تعیین تفاوت های جنسیتی در نمرات دیسترس اخلاقی پرستاران مراقبت های ویژه انجام شد، زنان دیسترس اخلاقی بالاتری را نسبت به مردان گزارش کرده بودند [۱۷]. باین حال، در یک مطالعه مروری عنوان شد نتایج مطالعات در بررسی تفاوت دیسترس اخلاقی مردان و زنان مختلف است. به عنوان مثال، در برخی از مطالعات، مردان دیسترس اخلاقی بالاتری را در مقایسه با زنان گزارش کردند، در حالی که در برخی دیگر، زنان دیسترس اخلاقی بالاتری را گزارش کردند. بنابراین نیاز به بررسی های بیشتر وجود دارد تا چگونگی تعامل جنسیت و نابرابری های ساختاری (مانند مواردی که توسط جنسیت گرایی حمایت می شود) را بر تجربیات اخلاقی روشن کند [۱۸].

یافته دیگر این مطالعه، همبستگی مثبت معنادار بین دیسترس اخلاقی با ساعات کاری درمانگران بود، اما ارتباط معناداری بین دیسترس اخلاقی با سابقه کاری و سن مشاهده نشد. پنی و همکاران ارتباط غیرمستقیم ضعیف و معنی داری بین سابقه کاری و سن با دیسترس اخلاقی گزارش کردند [۱۴]. در مطالعه آن ها میانگین سابقه کاری کاردرمانگران در مقایسه با مطالعه حاضر بیشتر بود ($7/94 \pm 5/7$ در مقایسه با $12/15 \pm 16/07$). همچنین میانگین سنی در مطالعه آن ها نیز بیشتر بود ($32/06 \pm 5/89$).

در مقایسه با $12/93 \pm 43/39$). بنابراین به نظر می رسد تفاوت قابل توجه سنی و سابقه کاری بین این دو مطالعه به نتایج متفاوت منجر شده است. به علاوه مطالعه آن ها تنها در مورد کاردرمانگران شاغل در حیطه سالمندان بود، در حالی که مطالعه حاضر کاردرمانگران حیطه کودکان و بزرگسالان را مورد بررسی قرار داد و شامل تمام بیماران ذهنی، روانپزشکی، ارتوپدی و نورولوژی بود.

دیسترس اخلاقی در میان کاردرمانگران باید برای جلوگیری از فرسودگی شغلی، کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی، اطمینان از نتایج با کیفیت مراقبت از بیمار و بهبود رفاه کاردرمانگر مورد توجه قرار گیرد. یافتن راه حل هایی برای کاهش دیسترس اخلاقی و ارتقای رفاه درمانگران در یک محیط مراقبت بهداشتی چند بعدی است. محدودیت های خارجی و موانع سازمانی که به دیسترس اخلاقی کمک می کنند به راحتی قابل حذف نیستند. باین حال، مهارت های مورد نیاز برای مقابله با تنش های اخلاقی را می توان آموزش داد. افزایش تاب آوری اخلاقی که مهارتی چند بعدی و قابل آموزش و یادگیری است، می تواند به طور فعال اثرات منفی دیسترس اخلاقی را در محیط کار خنثی کند [۲].

تاب آوری به عنوان توانایی کنار آمدن، یادگیری و رشد از تجربیات دشوار، انطباق درست با چالش ها، استرس ها، ناملایمات، یا آسیب ها و حفظ رفاه شخصی و حرفه ای در مواجهه با مشکلات و ناملایمات کاری مداوم، توصیف می شود. تاب آوری حرفه ای به کاردرمانگران این امکان را می دهد تا از چالش ها و ناملایمات به عنوان کاتالیزور برای رشد فردی و برای اقدام مثبت، در زمان های سخت استفاده کنند. فعالیت هایی که به متخصصان مراقبت های بهداشتی در پرورش تاب آوری کمک می کنند عبارت اند از: وقت گذاشتن برای خوداندیشی، تمرکز بر هدف و معنای کار، مستندسازی دستاوردهای خود، حفظ و بهبود مهارت ها و شایستگی های حرفه ای و عمل براساس شهود و ارزش های حرفه ای خود به جای کار براساس فشارهای بافتار [۱].

این پژوهش توصیفی بود و هدف آن ارائه تصویری از دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران ایرانی بود و علت بروز دیسترس اخلاقی را بررسی نکرده بود. با وجود نمونه گیری تصادفی، افراد با سابقه کاری بالاتر در این مطالعه کم بودند که ممکن است باعث عدم معناداری ارتباط دیسترس اخلاقی با سابقه کاری شده باشد. به علاوه نمونه ها از شهر تهران انتخاب شده بودند و ممکن است نتایج به شهرهای کوچک تر که تعداد کاردرمانگران کمتر است و احتمال دارد تحت تأثیر بار کاری و فشارهای سازمانی بیشتری باشند قابل تعمیم نباشد. انجام مطالعات طولی برای پاسخ به اینکه آیا سطوح پریشانی اخلاقی در طول زمان در نوسان است یا خیر و مطالعات تجربی برای بررسی مداخلاتی که بر دیسترس اخلاقی کاردرمانگران ایرانی تأثیر دارد، توصیه می شود.

6. intuition

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد دیسترس اخلاقی در کاردرمانگران ایرانی وجود دارد و میزان آن در بخش دولتی و بین مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر است. یافته‌ها همچنین نشان می‌دهند که برخی از موضوعات وجود دارند که کاردرمانگران بیشتر با آن‌ها مواجه می‌شوند.

شناخت و سنجش استرس اخلاقی اولین گام ضروری در کاهش آن و استفاده از آن برای مداخلات آموزشی و سازمانی هدفمند است. کاردرمانگران باید نقش فعالی در تقویت تاب‌آوری در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی داشته باشند تا از اثرات منفی دیسترس اخلاقی در امان بمانند. همچنین اقداماتی که سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی انجام می‌دهند، می‌تواند برای ارتقای تاب‌آوری در محیط کار کمک‌کننده باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1400.422 تأیید شده است. شرکت افراد در مطالعه با رضایت کامل و آگاهانه صورت گرفت و قبل از تکمیل پرسش‌نامه اطلاعات کافی به آن‌ها داده شد و رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. در جمع‌آوری اطلاعات نیز اصل رازداری رعایت شد.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد محمد قمی در گروه آموزشی کاردرمانی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است و هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیر انتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت‌نویسندگان

همه نویسندگان به‌طور یکسان در مفهوم و طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج و تهیه پیش‌نویس مقاله مشارکت داشتند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از کلیه کاردرمانگرانی که در این مطالعه شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

References

- [1] Rivard AM, Brown CA. Moral Distress and Resilience in the Occupational Therapy Workplace. *Safety*. 2019; 5(1):10. [\[Link\]](#)
- [2] Doherty RF, Rotelle O. Let's Talk About Ethics: Addressing Ethical Tensions and Building Moral Resilience in the Occupational Therapy Profession. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2024; 78(2):7802347010. [\[DOI:10.5014/ajot.2024.050566\]](#) [\[PMID\]](#)
- [3] Durocher E, Kinsella EA. Ethical tensions in occupational therapy practice: Conflicts and competing allegiances. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*. 2021; 88(3):244-53. [\[DOI:10.1177/00084174211021707\]](#) [\[PMID\]](#)
- [4] Tinkham L, Guyton KB, Eddy EZ, Erler KS. Moral Distress Among Occupational Therapy Practitioners Caring for Clients With Traumatic Brain Injury. *Annals of International Occupational Therapy*. 2021; 4(4):e184-90. [\[DOI:10.3928/24761222-20210601-01\]](#)
- [5] Goddard D. Moral Distress among Physical and Occupational Therapists: A Case Study. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2021; 39(3):316-24. [\[DOI:10.1080/02703181.2021.1887431\]](#)
- [6] Bushby K, Chan J, Druif S, Ho K, Kinsella EA. Ethical tensions in occupational therapy: A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015; 78(4):212-21. [\[Link\]](#)
- [7] Wressle E, Samuelsson K. High job demands and lack of time: A future challenge in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014; 21(6):421-8. [\[DOI:10.3109/11038128.2014.941929\]](#) [\[PMID\]](#)
- [8] Penny NH, Bires SJ, Bonn EA, Dockery AN, Pettit NL. Moral distress scale for occupational therapists: Part 1. Instrument development and content validity. *American Journal of Occupational Therapy*. 2016; 70(4):7004300020. [\[DOI:10.5014/ajot.2015.018358\]](#) [\[PMID\]](#)
- [9] Kinsella EA, Park AJ, Appiagyei J, Chang E, Chow D. Through the eyes of students: Ethical tensions in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2008; 75(3):176-83. [\[DOI:10.1177/000841740807500309\]](#) [\[PMID\]](#)
- [10] Khaleghi M, Kalantari M, Rezaei M, Akbarzadeh Baghban A. [Designing a moral distress questionnaire in occupational therapists and evaluating its face and content validities (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2022; 22(4):430-43. [\[DOI:10.32598/RJ.22.4.3232.1\]](#)
- [11] Rezaei M, Karbalaeei-Nouri A, Hosseini SA, Khankeh HR. Ethical issues of occupational therapist in the field of mental health. *Archives of Rehabilitation*. 2014; 14(4):82-9. [\[Link\]](#)
- [12] Kalantari M, Kamali M, Joolae S, Shafarodi N, Rassafiani M. Factors affecting ethical behavior in pediatric occupational therapy: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 29:282. [\[PMID\]](#)
- [13] Vahidi H, Shafaroodi N, Joolae S. [Occupational therapists' perception of unethical practice in adults' physical dysfunction field (Persian)]. *The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015; 4(2):70-8. [\[Doi:10.22037/jrm.2015.1100028\]](#)
- [14] Penny NH, Ewing TL, Hamid RC, Shutt KA, Walter AS. An investigation of moral distress experienced by occupational therapists. *Occupational Therapy in Health Care*. 2014; 28(4):382-93. [\[DOI:10.3109/07380577.2014.933380\]](#) [\[PMID\]](#)
- [15] Durocher E, Kinsella EA, McCorquodale L, Phelan S. Ethical tensions related to systemic constraints: Occupational Alienation in Occupational Therapy Practice. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2016; 36(4):216-26. [\[DOI:10.1177/1539449216665117\]](#) [\[PMID\]](#)
- [16] Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. Compassion satisfaction, compassion fatigue, worklife conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology*. 2013; 19:255-67. [\[DOI:10.1177/1534765612471144\]](#)
- [17] O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nursing Ethics*. 2015; 22(1):32-42. [\[DOI:10.1177/0969733013513216\]](#) [\[PMID\]](#)
- [18] Mürage A, Morgan R, Samji H, Smith J. Gendered and racial experiences of moral distress: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*. 2024; 80(4):1283-98. [\[DOI:10.1111/jan.15901\]](#) [\[PMID\]](#)