AJNMC
Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care
Avicenna J Nurs Midwifery Care, 2026; 34(3): 236-252 Doi: 10.53208/ajnmc.34.3.236
https://nmj.umsha.ac.ir
UMSHA Press

Original Article

Multidimensional Analysis of Quiet Quitting among Nurses and Strategies for Restoring Organizational Commitment

Nasrin Imanifar[1,2], Khadijeh Heydari-zadeh[3], Milad Kazemi Najm [4], Tahereh Toulabi[5*]

[1] Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, USERN Office, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[2] Department of Nursing, Khor.C., Islamic Azad University, Khorramabad, Iran
[3] Research Center for Social Determinants of Health, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran
[4] Student Research Center, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran
[5] Social Determinants of Health Research Center, Cardiovascular Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Article history:
Received: May 14, 2026
Revised: June 06, 2026
Accepted: August 18, 2026
ePublished: September 20, 2026

***Corresponding author:**
Tahereh Toulabi, Social Determinants of Health Research Center, Cardiovascular Research Center, School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Email: toulabi_t@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Quiet Quitting is a prevalent phenomenon among healthcare providers, particularly nurses, defined as the withdrawal from tasks beyond one's formal job description. To prevent the emergence of this phenomenon and its negative consequences on patient safety and health, it is essential to identify its dimensions and contributing factors. Therefore, the present study aims to conduct a multidimensional analysis of Quiet Quitting among nurses and explore strategies for restoring organizational commitment.

Materials and Methods: This narrative review was conducted through a purposeful search of Persian scientific databases, including SID and Magiran, as well as international databases such as PubMed, Scopus, ScienceDirect, Springer, and Google Scholar. Keywords such as "Quiet Quitting," "soft quitting," "work disengagement," "clinical staff," "healthcare worker," "healthcare professional," and "nurse," along with their Persian equivalents, were used individually or in combination with Boolean operators (AND/OR/NOT). The literature search covered the period from 2019 through 2026.

Results: Based on the overall findings, five main themes were identified: 1. Nature and Dimensions, 2. Individual/Demographic Factors, 3. Organizational/Work Environment Factors, 4. Outcomes, and 5. Strategies. These themes provided a framework for deeper coding and analysis. Generally, this phenomenon is associated with high job pressure, an unfavorable work environment, and a lack of organizational support. Conversely, interactive leadership, support for innovation, and high resilience can help reduce Quiet Quitting.

Conclusion: Quiet Quitting entails multifaceted negative consequences, including diminished quality of care, heightened burnout, and increased organizational costs. Nevertheless, as a manageable phenomenon, it can be effectively mitigated through workplace enhancements, supportive leadership practices, and innovative institutional support systems, thereby facilitating the restoration of organizational commitment and the mitigation of quiet resignation.

Keywords: Multidimensional analysis, Nurses, Organizational commitment, Quiet quitting

Copyright © 2026 Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite

Extended Abstract

Background and Objective

Quiet Quitting behavior among healthcare workers has become inevitable due to unfavorable working conditions, economic recession, high workload, wage inequality, significant risk of infection, physical and verbal violence, anxiety, depression, burnout, and work-life balance disorders. Therefore, this concept is spreading and, despite the fact that it undermines the efficiency and quality of healthcare services, it continues to be selected as a solution by many nurses, but it is not enough for them to stay in the profession and they announce their readiness to leave the service as soon as the first opportunity is available. The consequences of Quiet Quitting have been extended to three levels: individual, team, and organizational: the individual level includes reduced effort, motivation, and creativity, hindering nurses' professional growth, and a 58% reduction in innovative behaviors; the team level includes weakened cohesion and teamwork, increased medical errors, and reduced quality of patient care; and the organizational level includes increased recruitment costs, reduced productivity and job satisfaction, weakened organizational culture, reduced efficiency, weakened organizational commitment, and negative effects on organizational culture. These consequences indicate that Quiet Quitting is not just an individual behavior, but a systemic challenge to the sustainability of health systems. Therefore, the present study aims to conduct a multidimensional analysis of Quiet Quitting among nurses and explore strategies for restoring organizational commitment.

Materials and Methods

This narrative review aimed to analyze the dimensions of the Quiet Quitting phenomenon among nurses and propose strategies for restoring organizational commitment. A targeted search was conducted in Persian-language scientific databases, including SID and Magiran, as well as international databases, including PubMed, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar, and Springer Publishing. Inclusion criteria included: 1. Articles that directly addressed the concept of "Quiet Quitting" in nursing or healthcare settings 2. Articles that specifically addressed nurses or healthcare workers 3. Original articles (quantitative, qualitative, or mixed studies) or theoretical articles that rigorously analyzed the conceptual phenomenon 4. Articles written in English or Persian 5. Articles with accessible full texts 6. Articles published or in press from 2019 to 2026. The exclusion criteria included: 1. Articles that addressed related yet different concepts; however, did not specifically address "Quiet Quitting" 2. Articles whose study population did not include nurses or healthcare workers 3. Articles that discussed concepts related to "Quiet Quitting" in non-medical fields and unrelated concepts 4. Articles with no full texts. The article selection process was carried out in four stages: Stage 1: Initial collection of articles from databases based on the specified keywords. Stage 2: Removal of duplicate articles using EndNote software. Stage 3: Review of the title and abstract of the articles by two independent researchers to determine compliance with the inclusion and exclusion criteria. Stage 4: Review of the full text of the selected articles by two independent researchers. In cases of disagreement at any stage, a third researcher acted as a mediator, and the final decision was made based on group consensus. Finally, considering the inclusion and exclusion criteria, 112 articles were identified. After initial screening, 62 articles were selected for review of the title and abstract, and after screening the full text and meeting the required conditions, 23 articles were selected.

Results

The findings obtained revealed that the articles reviewed were mainly from countries, such as Greece and Turkey, and were all written in English. The research methodologies used in the reviewed articles are as follows: The largest percentage of articles (n=16) were conducted with a cross-sectional study design, indicating a focus on examination of the relationships between variables at a specific time. Two articles were conducted with the concept analysis method, which defined and explained the concept of Quiet Quitting. One article was conducted with the systematic review method, which comprehensively reviewed the literature related to Quiet Quitting. Four articles were conducted with the scale development and validation method, which aimed to examine the reliability, validity, and localization of Quiet Quitting measurement tools. Based on the overall findings, five main themes were identified: 1. Nature and dimensions, 2. Individual/population factors, 3. Organizational factors/work environment, 4. Consequences, and 5. Solutions. These themes provided a framework for deeper coding and analysis.

Discussion

The present review represents a fundamental paradigm shift in the understanding and management of Quiet Quitting among nurses. The findings suggest that Quiet Quitting should not be viewed as an individual flaw, a decline in work ethics, or a generational issue; rather, it is a warning sign of the erosion of the psychological contract between the nurse and the organization. Quiet Quitting is in fact a defense and survival mechanism against defective job structure, unreasonable workload, and negative work environments. Therefore, any intervention that focuses solely on modifying individual behavior or enhancing personal resilience is doomed to failure. A sustainable solution is to move from person-centered approaches to system reengineering, where organizational justice, supportive leadership, and effort-reward balance are considered prerequisites for maintaining organizational commitment and ultimately ensuring patient safety. From a practical perspective, a return to organizational commitment requires a synergistic approach in which policymakers and health managers focus on the effective, engaged, and safe presence of nurses rather than on their physical retention in the organization. According to the results of the present study, evidence-based organizational solutions to counter Quiet Quitting in the Iranian health system encompass multiple domains. These include participatory and transformational leadership via joint decision-making meetings and recognition of nurses' contributions, workload reduction through standardized nurse-to-patient ratios and removal of tasks unrelated to the

nurse's job description, organizational support with equitable reward systems to mitigate demotivation, emotional intelligence and resilience training to prevent burnout, focused attention on high-risk groups (such as private-sector nurses, rotating shift workers, and younger professionals), and the implementation of safe reporting policies to address psychological violence and reality distortion.

Please cite this article as follows: Imanifar N, Heydari-zadeh Kh, Kazemi Najm M, Toulabi T. Multidimensional Analysis of Quiet Quitting among Nurses and Strategies for Restoring Organizational Commitment. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(3): 236-252. DOI: 10.53208/ajnmc.34.3.236

AJNMC
مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا
دوره ۳۴، شماره ۳، تابستان ۱۴۰۵، صفحات: ۲۵۲-۲۳۶
https://nmj.umsha.ac.ir

مقاله پژوهشی

تحلیل چندبعدی پدیدهٔ استعفای خاموش در پرستاران و راهکارهای بازگشت به تعهد سازمانی: یک مطالعهٔ مروری

نسرین ایمانی‌فر[۱،۲]، خدیجه حیدری‌زاده[۳]، میلاد کاظمی نجم[۴]، طاهره طولابی[۵*]

۱. کمیتهٔ تحقیقات دانشجویی، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دفتر یوسرن، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
۲. گروه پرستاری، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران
۳. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران
۴. مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشکدهٔ پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
۵. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۵/۲/۲۴
تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۱۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۵/۲۷
تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۶/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* **نویسنده مسئول:** طاهره طولابی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، مرکز تحقیقات قلب و عروق، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران

ایمیل: toulabi_t@yahoo.com

چکیده

سابقه و هدف: استعفای خاموش پدیده‌ای شایع در میان مراقبان سلامت و به‌طور خاص پرستاران است که برای جلوگیری از ایجاد و پیامدهای منفی آن در ایمنی و سلامت بیماران، شناسایی ابعاد و عوامل مؤثر در آن ضروری است. لذا، مطالعهٔ حاضر با هدف تحلیل چندبعدی پدیدهٔ استعفای خاموش در میان پرستاران و راهکارهای بازگشت به تعهد سازمانی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعهٔ حاضر مرور روایتی است. جست‌وجوی هدفمند در پایگاه‌های دادهٔ علمی فارسی‌زبان شامل SID و Magiran و پایگاه‌های دادهٔ بین‌المللی شامل PubMed، Scopus، ScienceDirect و موتور جست‌وجوی Google Scholar و انتشارات Springer با استفاده از واژگان کلیدی، نظیر «quiet quitting»، «soft quitting»، «work disengagement»، «clinical staff»، «healthcare worker»، « healthcare professional»، و «nurse» و معادل‌های فارسی آن‌ها به‌صورت جداگانه یا ترکیبی با عملگرهای بولین (NOT/AND/OR) انجام شد؛ جست‌وجوی ادبیات از سال ۲۰۱۹ تا سال ۲۰۲۶ انجام شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌های کلی، پنج درون‌مایهٔ اصلی شناسایی شد: ۱. ماهیت و ابعاد، ۲. عوامل فردی/جمعیتی، ۳. عوامل سازمانی/محیط کاری، ۴. پیامدها، ۵. راهکارها. این درون‌مایه‌ها چهارچوبی برای کدگذاری و تحلیل عمیق‌تر فراهم کردند. به‌صورت کلی، این پدیده با فشار شغلی زیاد، محیط کار نامناسب و کمبود حمایت سازمانی مرتبط است. در مقابل، رهبری تعاملی، حمایت نوآوری و تاب‌آوری زیاد می‌توانند به کاهش استعفای خاموش کمک کنند.

نتیجه‌گیری: استعفای خاموش پیامدهای منفی چندسطحی، ازجمله کاهش کیفیت مراقبت، افزایش فرسودگی و هزینه‌های سازمانی، دارد. بااین‌حال، به‌عنوان پدیده‌ای قابل‌مدیریت، با بهبود محیط کار، رهبری حمایت‌گرانه و نوآوری در سیستم‌های حمایتی، می‌توان به بازگشت به تعهد سازمانی و کاهش آن دست یافت.

واژگان کلیدی: استعفای خاموش، تحلیل چندبعدی، پرستاران، تعهد سازمانی

استناد: ایمانی‌فر، نسرین؛ حیدری‌زاده، خدیجه؛ کاظمی نجم، میلاد؛ طولابی، طاهره. تحلیل چندبعدی پدیدهٔ استعفای خاموش در پرستاران و راهکارهای بازگشت به تعهد سازمانی: یک مطالعهٔ مروری. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، تابستان ۱۴۰۵؛۳۴(۳): ۲۵۲-۲۳۶

مقدمه

استعفای خاموش به‌عنوان رفتار کاری پایدار (نه روند زودگذر) تعریف می‌شود که در آن، فرد با حضور فیزیکی در محل کار، از نظر روانی از فرایند شغلی جدا شده، مشارکت داوطلبانه و تعهد حرفه‌ای خود را کاهش داده است و تنها مسئولیت‌های حداقلی شرح وظایف را انجام می‌دهد [۱، ۲]. این پدیده با ترک خدمت (انصراف فیزیکی از شغل) تفاوت دارد؛ چراکه در استعفای خاموش، فرد همچنان در

سازمان باقی می‌ماند، اما از تعهد سازمانی و انگیزه حرفه‌ای خود کاسته است. همچنین، با فرسودگی شغلی، که سندرم روان‌شناختی با علائمی مانند سوختگی عاطفی و کاهش اثربخشی شناختی است، متمایز است؛ چراکه استعفای خاموش رفتارِ انتخابی و آگاهانه برای مقابله با شرایط سازمانی نامطلوب است. همچنین، با بی‌تفاوتی سازمانی (بی‌توجهی به اهداف سازمانی) تفاوت دارد؛ زیرا در استعفای خاموش فرد به‌طور فعال از تعهد و مشارکت حرفه‌ای خود خودداری می‌کند، درحالی‌که بی‌تفاوتی سازمانی معمولاً رفتاری غیرفعال و پاسیو است [۳، ۴].

استعفای خاموش مفهومی جدید است، اما پدیده‌ای نوظهور نیست [۳]. این پدیده به‌طور خاص در حرفهٔ پرستاری، جایی که به‌دلیل فشارهای شغلی، استرس‌های روانی و فرسودگی شغلی، نارضایتی‌ها بسیار زیاد است، بیشتر مشهود است[۵، ۸]رفتار مرتبط با استعفای خاموش در میان کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، به‌دلیل شرایط کاری نامطلوب، رکود اقتصادی، حجم زیاد کار، نابرابری دستمزد، خطر عفونت قابل‌توجه، خشونت فیزیکی و کلامی، اضطراب، افسردگی، فرسودگی شغلی و اختلال در تعادل کار و زندگی، اجتناب‌ناپذیر شده است [۹]. لذا، این مفهوم درحال گسترش است و باوجود اینکه کارایی و کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی را تضعیف می‌کند، همچنان بسیاری از پرستاران آن را به‌عنوان راهکار انتخاب می‌کنند، اما برای ماندن آن‌ها در این حرفه کافی نیست و به محض فراهم‌شدن اولین فرصت، آمادگی خود را برای ترک خدمت اعلام می‌کنند [۸].

Al-Dossary در مطالعهٔ خود بیان کرد ۶۷/۴ درصد از پرستاران استعفای خاموش داشته‌اند، درحالی‌که استعفای خاموش در پزشکان و دیگر کارکنان مراقبت بهداشتی به‌ترتیب ۵۳/۸ و ۴۰/۳ درصد بود [۱۰]. در مطالعات دیگری نیز ذکر شد که پرستاران در مقایسه با دیگر متخصصان سلامت، با نرخ بالاتری استعفای خاموش را تجربه می‌کنند [۱، ۴]. براساس مطالعات، تا ۴۷ درصد از کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در ایالات متحده قصد دارند تا سال ۲۰۲۵ از سمت خود استعفا کنند و این درصد برای پرستاران به ۹۰ درصد می‌رسد [۱۱، ۱۲]، در مطالعه‌ای دیگر، که روی ۱۷۶۰ کارمند مراقبت‌های بهداشتی انجام شد، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۷/۹ درصد) به‌عنوان استعفادهندگان توصیف شدند [۴]، درحالی‌که این نرخ در میان پرستاران به‌طور خاص ۶۰/۹ درصد گزارش شده است [۱۱].

دربارهٔ علل ایجاد این پدیده، اگرچه برخی استعفای خاموش را مشکل نسلی [۱۳، ۱۴]، مشکل اخلاق کاری، که اخلاق حرفه‌ای را نقض می‌کند [۳، ۱۳، ۱۴]، یا مشکل مدیریتی بیان کرده‌اند [۱۳، ۱۴]، به نظر می‌رسد در حرفهٔ پرستاری، شرایط کاری آنان بسترساز این رفتار است [۸]. ازجمله می‌توان به فرسودگی شغلی [۶، ۷، ۱۱، ۱۵، ۱۷]، فقدان مشوق‌های مالی، قدردانی‌نکردن، زمان ناکافی، حمایت‌نشدن، نابرابری دستمزد، حجم زیاد کار، تعارض نقش، فشار شغلی و بار زیاد کاری اشاره کرد [۷،۱۷]. Ng و همکاران بحران نیروی کار را یکی از عوامل اصلی استعفای خاموش در حرفهٔ پزشکی فعلی شناسایی کردند [۱۸]. در مطالعه‌ای دیگر، حجم کاری بیش از حد و فقدان حمایت سازمانی را با رفتارهای استعفای خاموش مرتبط دانستند [۳]. مروری بر مطالعات سازمانی، نارضایتی شغلی، نبود پیشرفت شغلی و فرهنگ کاری غیرحمایتی را به‌عنوان عوامل پیش‌زمینه‌ای رایج برای استعفای خاموش شناسایی کرده است [۶].

به‌صورت کلی، پیامدهای استعفای خاموش در سه سطح فردی، تیمی و سازمانی گسترش یافته است. سطح فردی شامل کاهش تلاش، انگیزه و خلاقیت [۱۹]، مانع رشد حرفه‌ای پرستاران [۶] و کاهش ۵۸ درصد رفتارهای نوآورانه [۲۰] است. سطح تیمی شامل تضعیف انسجام و کار تیمی [۱۹]، افزایش خطاهای پزشکی و کاهش کیفیت مراقبت‌های بیمار [۱۹] است و سطح سازمانی شامل افزایش هزینه‌های جذب نیروی جدید، کاهش بهره‌وری و رضایت شغلی [۲۱]، تضعیف فرهنگ پویایی سازمانی [۶] کاهش کارایی، تضعیف تعهد سازمانی و تأثیرات منفی در فرهنگ سازمانی [۲۲] است. این پیامدها نشان می‌دهد که استعفای خاموش تنها رفتار فردی نیست، بلکه چالش سیستمی برای پایداری سیستم‌های بهداشتی است [۱۱].

همان‌طور که ذکر شد، باوجود اینکه پیشینهٔ استعفای خاموش بیش از یک دهه است، اما مفهوم جدیدی در میان کارکنان است. ادبیات موجود هم دربارهٔ این مسئلهٔ مهم همچنان محدود و تحقیقات در این زمینه هنوز در مراحل اولیهٔ خود قرار دارد و بسیار محدود است [۶، ۲۳، ۲۴]. لذا، درک ویژگی‌های کلیدی و عوامل مؤثر در آن برای تضمین ثبات نیروی کار در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی حیاتی است [۳]. از طرفی، استعفای خاموش پدیده‌ای چندبعدی است که به بررسی جامع و چندروشی نیاز دارد [۵، ۶، ۲۵]. لذا، با توجه به اهمیت این پدیده و شکاف‌های موجود در دانش، این مطالعه در سه جنبهٔ کلیدی نوآوری دارد: ۱. تحلیل چندبعدی پدیده: برخلاف مرورهای قبلی که عمدتاً بر عوامل فردی یا سازمانی تمرکز داشتند [۲۳، ۲۴]، این مطالعه برای اولین بار ابعاد فردی، رهبری، محیط کاری و فرهنگ سازمانی را در چهارچوب یکپارچه بررسی می‌کند؛ ۲. تمرکز بر پرستاران: برخلاف مطالعات گسترده‌تر در حوزه‌های عمومی [۳]، این مرور به‌طور خاص بر ویژگی‌های منحصربه‌فرد شغل پرستاری، مانند فشار روانی زیاد، خشونت شغلی و نیاز به همکاری تیمی، تمرکز دارد، ۳. ارائهٔ راهکارهای عملی برای بازگشت به تعهد سازمانی: درحالی‌که مرورهای قبلی عمدتاً بر شناسایی عوامل خطر تمرکز داشتند [۶]؛ چراکه تعهد سازمانی کارکنان یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در افزایش بهره‌وری در سازمان است، به‌طوری که این عامل با افزایش کیفیت کاری، تمایل به ماندن در سازمان، وجدان کاری و تلاش برای پیشبرد اهداف و سوددهی سازمان همراه

خواهد بود [۲۶]، این مطالعه راهکارهای قابل‌اجرا، مانند رهبری حمایت‌گرانه و نوآوری در سیستم‌های حمایتی، را برای بازگشت به تعهد سازمانی ارائه می‌دهد؛ چراکه براساس شکاف‌های دانشی موجود [۲۳]، تنها ۱۷ درصد از سازمان‌های بهداشتی جهانی راهکارهای مؤثر برای مقابله با استعفای خاموش دارند [۱۱]. بنابراین، این مطالعه با بررسی ۲۳ مقالهٔ معتبر در این زمینه، به دنبال بررسی جامع و تحلیل چندبعدی پدیدهٔ استعفای خاموش در میان پرستاران و ارائهٔ راهکارهای مؤثر برای مقابله با آن و بازگشت به تعهد سازمانی انجام شد.

روش کار

مطالعهٔ **مرور روایتی** (Narrative Review) **حاضر** با هدف تحلیل ابعاد پدیدهٔ استعفای خاموش در میان پرستاران و راهکارهای بازگشت به تعهد سازمانی انجام شد. جست‌وجوی هدفمند در پایگاه‌های دادهٔ علمی فارسی‌زبان شامل SID و Magiran و پایگاه‌های داده بین‌المللی شامل PubMed، Scopus و ScienceDirect و موتور جست‌وجوی Google Scholar و انتشارات Springer انجام شد. استراتژی جست‌وجو در جدول ۱ شرح داده شده است. خاطر نشان می‌شود طبق پیشنهاد برخی مطالعات، در این مطالعه از عناصری از روش‌شناسی مرور نظام‌مند، مانند جست‌وجوی جامع در پایگاه‌های داده و ثبت فرایند انتخاب مقالات، برای افزایش شفافیت و کاهش سوگیری انتخابی استفاده شد، اما الزاماً به پروتکل PRISMA پایبند نیست [۲۷].

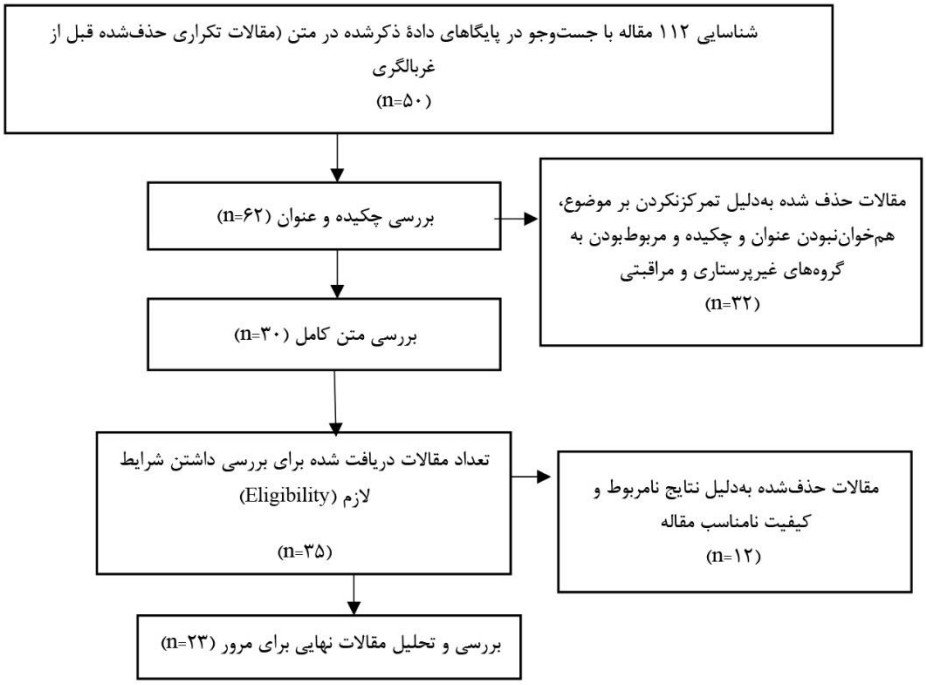
جدول ۱. روش جست‌وجوی مقالات مورد بررسی

عنوان	شرح روش
استراتژی جست‌وجو	("quiet quitting" OR "soft quitting" OR "silent resignation" OR "work disengagement" NOT"turnover" OR "Job Burnout") AND ("organizational commitment" OR "work commitment") AND ("nurse" OR "healthcare professional" OR "healthcare worker" OR "clinical staff") AND ("hospital" OR "clinical setting" OR "healthcare organization") («استعفای خاموش» یا «ترک آرام» یا «کناره‌گیری بی‌صدا» یا «انفصال شغلی») نه («ترک خدمت» یا «فرسودگی شغلی») و («تعهد سازمانی» یا «تعهد کاری/شغلی») و («پرستار» یا «کارکنان بهداشتی» یا «کارکنان بالینی») و («بیمارستان» یا «بخش‌های بالینی» یا «سازمان‌های مراقبتی»)

جست‌وجوی ادبیات از سال ۲۰۱۹ تا سال ۲۰۲۶ انجام شد. شروع این بازهٔ زمانی مصادف بود با همه‌گیری کووید ۱۹ که در آن، بیشتر به‌طور جدی، به مفهوم «استعفای خاموش» در مراقبت‌های بهداشتی پرداخته و توجه‌ها به آن جلب شده است [۱، ۱۵، ۲۸، ۲۹] و تحقیقات عمدتاً در دوران پس از همه‌گیری آغاز شده‌اند [۲۳]. البته، خود مفهوم استعفای خاموش را در سال ۲۰۰۹ مارک بولدگر (Mark Boldger) معرفی کرد، ولی در هر صورت، این پدیده پس از پاندمی کووید-۱۹، پس از یک دهه مبهم‌باقی‌ماندن پدیدار شد و حتی اگر کووید-۱۹ علت مستقیم آن نباشد، قطعاً به شکل‌گیری آن کمک کرده است [۲۲، ۳۰]. لذا، شروع جست‌وجوی مقالات از سال ۲۰۱۹ انجام شد.

در مقالات مرور روایتی نیز محققان باید مرزها و محدودهٔ موضوع خود را به‌طور صریح مشخص کنند [۳۱]. لذا، معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. مقالاتی که به‌طور مستقیم به مفهوم «استعفای خاموش» در محیط‌های پرستاری یا مراقبت‌های بهداشتی اشاره کرده‌اند؛ ۲. مقالاتی که به‌طور خاص دربارهٔ پرستاران یا کارکنان سلامت بود؛ ۳. مقالات اصیل (مطالعات کمی، کیفی یا ترکیبی) یا مقالات نظری که به‌طور دقیق به تحلیل مفهومی پدیده پرداخته بودند؛ ۴. مقالات با زبان انگلیسی یا فارسی؛ ۵. مقالات با متن کامل دسترسی‌پذیر؛ ۶. مقالات چاپ‌شده یا دردست‌چاپ (in press) از سال ۲۰۱۹ تا ۲۰۲۶. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ۱. مقالاتی که به مفاهیم مرتبط، اما متفاوت پرداخته بودند، اما به‌طور خاص به «استعفای خاموش» اشاره نکرده بودند؛ ۲. مقالاتی که جمعیت مطالعهٔ آن‌ها شامل پرستاران یا کارکنان سلامت نبودند؛ ۳. مقالاتی که دربارهٔ مفاهیم مرتبط با «استعفای خاموش» در حوزه‌های غیرپزشکی و مفاهیم نامرتبط بحث کرده بودند؛ ۴. مقالاتی که متن کامل نداشتند. در نهایت، با درنظرگرفتن معیارهای ورود و خروج، ۱۱۲ مقاله شناسایی شد. **بعد از غربالگری اولیه، برای بررسی عنوان و چکیده ۶۲ مقاله و بعد از غربالگری متن کامل و** احراز شرایط، **۲۳ مقاله انتخاب شدند** (نمودار ۱).

به‌صورت کلی، فرایند انتخاب مقالات در چهار مرحله انجام شد. مرحلهٔ اول: جمع‌آوری اولیه مقالات از پایگاه‌های داده براساس کلیدواژه‌های تعیین‌شده؛ مرحلهٔ دوم: حذف مقالات تکراری با استفاده از نرم‌افزار EndNote؛ مرحلهٔ سوم: بررسی عنوان و چکیده مقالات توسط دو پژوهشگر مستقل برای تعیین مطابقت با معیارهای ورود و خروج؛ مرحلهٔ چهارم: بررسی متن کامل مقالات منتخب توسط دو پژوهشگر مستقل. در صورت وجود اختلاف‌نظر در هر مرحله، پژوهشگر سوم به‌عنوان داور میانجی عمل می‌کرد و تصمیم نهایی براساس اجماع گروهی گرفته می‌شد.



نمودار ۱. نحوهٔ انتخاب مقالات منتخب

استخراج داده‌ها

داده‌های مربوط به هر مقالهٔ انتخاب‌شده را دو پژوهشگر مستقل با استفاده از فرم استاندارد، استخراج کردند. این فرم شامل اطلاعات زیر بود: اطلاعات کلی مقاله (نام نویسندگان، سال انتشار، کشور)، روش‌شناسی مطالعه (طراحی مطالعه، روش‌های جمع‌آوری داده‌ها)، جمعیت مطالعه (تعداد شرکت‌کنندگان، ویژگی‌های جمعیت)، یافته‌های کلیدی مرتبط با استعفای خاموش، نتایج مهم دربارهٔ عوامل مؤثر در استعفای خاموش.

ارزیابی کیفیت مقالات در مرورهای روایتی تفسیری است و نه مبتنی‌بر چک‌لیست‌های استاندارد [۳۱]. لذا، کیفیت مطالعات انتخاب‌شده از طریق تحلیل نقدی (تمرکز بر انسجام روش‌شناختی، ارتباط با سؤال پژوهش، استحکام نظری) و بازتاب‌گری پیش‌فرض‌ها و تأثیرات احتمالی پژوهشگران در انتخاب و تفسیر مطالعات انجام شد. همچنین، کیفیت مطالعات انتخاب‌شده با استفاده از روش‌های مناسب برای هر نوع مطالعه نیز مجدداً ارزیابی شد. برای مطالعات مقطعی از راهنمای گزارش‌دهی مقالات مشاهده‌ای از چک لیست STROBE، برای مطالعات مرور نظام‌مند از چک لیست PRISMA و برای مطالعات طراحی و توسعهٔ ابزار از چک‌لیست COSMIN استفاده شد. برای مطالعات مفهومی نیز از معیارهای ارزیابی مطابق با روش واکر و آوانت استفاده شد [۳۲].

برای اطمینان از اشباع و شناسایی مقالات مرتبط از مراجع منابع اولیه بهره گرفته شد، به این صورت که در مرحلهٔ اول، فهرست منابع تمامی مقالاتی که وارد مرحلهٔ غربالگری متن کامل شده بودند، به‌دقت بررسی شدند. هر مقاله‌ای که در فهرست منابع این مقالات، حاوی حداقل یکی از مفاهیم کلیدی تحقیق بود و معیارهای ورود مطالعه را داشت، شناسایی و به فهرست مقالات مورد بررسی اضافه شد. در مرحلهٔ بعد، از ابزارهای «Cited by» موجود در پایگاه‌های داده، مانند Google Scholar و Scopus استفاده شد تا مقالات جدیدتری که پس از انتشار مقالهٔ اصلی به آن استناد کرده‌اند و موضوع آن‌ها مرتبط با سؤال تحقیق بود، شناسایی و به فرایند بررسی وارد شوند.

فرایند تحلیل داده‌ها، شامل بررسی اولیهٔ متن مقالات برای شناسایی تم‌های اصلی، کدگذاری داده‌ها براساس تم‌های شناسایی‌شده، تحلیل روابط بین تم‌ها، بررسی ارتباطات بین عوامل مؤثر در استعفای خاموش و پیامدهای آن و تحلیل ترکیبی یافته‌ها برای ارائهٔ تصویر جامع از این پدیده در پرستاری، ارائه شدند. برای کاهش سوگیری تفسیری و افزایش اعتبار یافته‌ها، از راهکارهایی مانند توجه متوازن به دیدگاه‌های موافق و مخالف و تعریف شفاف معیارهای انتخاب منابع اشتفاده شد. همچنین، مطالعات منتخب به‌گونه‌ای تحلیل شدند که هر دو رویکرد، حتی اگر با نظریهٔ اولیه پژوهشگر در تعارض بودند، با استدلال‌هایشان در تلفیق گنجانده و مقایسه شدند.

نتایج

نتایج نشان داد که مقالات بررسی‌شده عمدتاً در بازهٔ زمانی ۲۰۲۳ تا ۲۰۲۶ از کشورهایی مانند یونان و ترکیه و همگی به زبان انگلیسی بود. مقالات استفاده‌شده و نتایج آن‌ها در جدول ۲ ذکر شده است. روش‌شناسی‌های پژوهشی در مقالات بررسی‌شده به این شرح است:

بیشترین درصد مقالات (۱۶ مقاله) با طرح مطالعات مقطعی

(Cross-sectional) انجام شده بودند که نشان‌دهندهٔ تمرکز بر بررسی روابط بین متغیرها در یک زمان خاص بود. دو مقاله با روش تحلیل مفهومی (Concept analysis) انجام شده بودند که مفهوم استعفای خاموش را تعریف و تشریح کرده بودند. یک مقاله با روش مرور سیستماتیک (Systematic review) انجام شده بود که به بررسی جامع ادبیات مربوط به استعفای خاموش پرداخته بود. چهار مقاله با روش توسعه و اعتبارسنجی مقیاس‌ها (Scale development and validation) انجام شده بودند که بررسی پایایی، روایی و بومی‌سازی ابزارهای سنجش استعفای خاموش را هدف گرفته بودند. مقالات در چندین حوزهٔ اصلی شامل توسعه و اعتبارسنجی مقیاس، عوامل مؤثر در استعفای خاموش، پیامدهای استعفای خاموش و راهکارهای مقابله با استعفای خاموش متمرکز بودند.

تحلیل داده ها در جدول شماره ۳ توضیح داده شده است و همچنین تم های استخراجی حاصل از مصاحبه توضیح داده شده‌اند.

جدول ۲. خلاصهٔ نتایج مقالات بررسی‌شده

ردیف	نام نویسندگان	عنوان مقاله	سال و مکان انجام مطالعه	طرح یا نوع مطالعه	نتایج اصلی مقاله
1-	Othman,AA.et al [۷]	Covering loyalty policy in quiet firing workplace: the association between quiet quitting, intention to leave, and nurses' loyalty	مصر ۲۰۲۵	مطالعهٔ مقطعی	- بین استعفای خاموش و اخراج آرامِ درک‌شده، هم‌بستگی مثبت و قوی و همچنین بین استعفای خاموش و قصد ترک کار رابطهٔ مثبت معنادار مشاهده شد. به‌عبارتی، هرچه پرستاران بیشتر احساس کنند به‌طور غیرمستقیم کنار گذاشته می‌شوند، احتمال گرایش آنان به استعفای خاموش و در نهایت، قصد ترک شغل افزایش می‌یابد. - به‌طور کلی، نتایج نشان می‌داد استعفای خاموش می‌تواند نشانه‌ای از نارضایتی پنهان و کاهش تعهد سازمانی باشد که در صورت تداوم، احتمال ترک واقعی شغل را افزایش می‌دهد.
2-	Tok and Uzun [۱۹]	Investigating quiet quitting tendencies among nursing students: a descriptive study	ترکیه ۲۰۲۵	مطالعهٔ مقطعی	- میانگین استعفای خاموش در دانشجویان متوسط است. دانشجویان کاملاً بی‌تفاوت یا کاملاً بی‌انگیزه نیستند، اما درگیر، متعهد، یا مشارکت‌جو نیز نیستند. - دانشجویان مرد به‌طور معناداری سطوح بالاتری از استعفای خاموش دارند. - استعفای خاموش پدیده‌ای پایدار در طول آموزش است. - در دانشجویانی که با انگیزهٔ بیرونی (اجبار خانواده، بازار کار، امنیت شغلی) وارد شدند، استعفای خاموش بیشتر بود. - دانشجویانی که از بخش‌های بالینی، تعامل استادان، کیفیت آموزش، و فضای یادگیری رضایت بیشتری داشتند، به کناره‌گیری ذهنی و کاهش انگیزه تمایل کمتری داشتند.
3-	et al.Galanis, P [۸]	Quiet Quitting among Nurses Increases Their Turnover Intention: Evidence from Greece in the Post-COVID-19 Era	یونان ۲۰۲۴	مطالعهٔ مقطعی	- در این مطالعه، ۶۰/۹ درصد از پرستاران به‌عنوان استعفادهندهٔ خاموش در نظر گرفته شدند. - سطوح بالاتر استعفای خاموش، قصد ترک شغل را افزایش می‌داد. - قصد ترک شغل در میان زنان، شیفت چرخشی، پرستاران در بخش خصوصی و کسانی که محل کار خود را دارای کمبود نیرو می‌دانستند، بالاتر بود.
4-	Moisoglou, I. et	Resilience	یونانَ ۲۰۲۵a	مطالعهٔ	- نتایج سطوح استعفای خاموش متوسط را نشان

داد. - رابطهٔ منفی بین تاب‌آوری و استعفای خاموش مشاهده شد. لذا، تاب‌آوری در برابر استعفای خاموش در پرستاران نقش محافظت‌کننده را دارد.	مقطعی		Nurses Protects from Workplace Gaslighting and Quiet Quitting, and Improves Their Work Engagement: A Cross-Sectional Study in Greece	[۲۰] .al	
ـ فرسودگی شغلی در رابطهٔ بین حمایت سازمانی و استعفای خاموش نقش میانجی دارد. ـ حمایت سازمانی تأثیر منفی معنی‌داری در استعفای خاموش را نشان داد. ـ فرسودگی شغلی تأثیر مثبتی در رفتار استعفای خاموش داشت.	مطالعهٔ مقطعی	ترکیه ۲۰۲۵a	Mediating Effect of Job Burnout on the Relationship Between Organisational Support and Quiet Quitting in Nurses	[۱۵] Gün, I. et al	5-
ـ نتایج بین فرسودگی شغلی و استعفای خاموش ارتباط مثبت معناداری نشان داد. - نیت ترک شغل در قصد استعفای خاموش پرستاران تأثیر مثبت و معنی‌داری داشت. - نیت ترک شغل در رابطهٔ بین فرسودگی شغلی و استعفای خاموش نقش میانجی دارد.	مطالعهٔ مقطعی	ترکیه ۲۰۲۵b	Mediating Effect of Turnover Intention on the Relationship Between Job Burnout and Quiet Quitting in Nurses	[۳۳] Gün, I. et al	6-
ـ شناسایی ویژگی‌های کلیدی استعفای خاموش در پرستاری شامل حداقل انطباق با انتظارات شغلی، جدایی روانی و عاطفی، ارائه‌نکردن تلاش اختیاری و ماندن در نقش باوجود نارضایتی است. ـ پیش‌زمینه‌های آن شامل محیط‌های کاری ناسالم، فشار روانی ـ اجتماعی (مانند فرسودگی شغلی، پریشانی اخلاقی) و تأثیرات فردی/جمعیتی (مانند سن و راهبردهای مقابله‌ای) است. ـ پیامدهای آن شامل اختلال در پویایی تیمی، کاهش کیفیت مراقبت و زوال سازمانی و افزایش تمایل به ترک شغل است. ـ استعفای خاموش شکلی ظریف از بی‌تعهدی است که با فرسودگی شغلی و ترک شغل متفاوت است. این رفتار، پاسخی انطباقی به نارضایتی پایدار و انتظارات برآورده‌نشده است.	تحلیل مفهومی	بین‌المللی ۲۰۲۵	Staying but Struggling: A Concept Analysis of Quiet Quitting in Nursing Practice	Yasin, Y. M. et [۳۰] al	7-
ـ نتایج استرسِ فناوری را به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ قابل‌توجه برای استعفای خاموش تأیید کرد. ـ استعفای خاموش ممکن است نشانهٔ رفتاری اولیه از بارگذاری بیش از حد دیجیتال باشد.	مطالعهٔ مقطعی	عربستان ۲۰۲۵	Navigating Quiet Among Quitting Critical Care Nurses in the Digital Era: The Impact of Techno-Stress and Digital Resilience	et al El-Sayed, [۳۴]	8-
-پس از بررسی شانزده مقاله، نتایج نشان داد استعفای خاموش با کاهش تعهد، انجام حداقل وظایف، اجتناب از مسئولیت‌های اضافی و بی‌تفاوتی سازمانی مشخص می‌شود. - این رفتارها به کاهش تلاش، انگیزه و خلاقیت منجر می‌شود که در نتیجه، رشد حرفه‌ای	تحلیل مفهوم (رویکرد واکر و اَوُنت)	ایران ۲۰۲۶	Quiet quitting in nursing: a concept analysis	Jalali, R. et al [۶]	9-

	پرستاران متوقف می‌شود، قصد ترک شغل افزایش و کیفیت مراقبت کاهش می‌یابد و نارضایتی شغلی ایجاد می‌شود.				
10-	Moisoglou, I. et al [۱]	Engaging Leadership Reduces Quiet Quitting and Improves Work Engagement: Evidence from Nurses in Greece	یونان ۲۰۲۵b	مطالعهٔ مقطعی	- نتایج نشان داد بین رهبری مشارکتی و استعفای خاموش رابطه‌ای منفی وجود دارد. افزون‌بر این، پس از حذف عوامل مخدوش‌کننده، رهبری مشارکتی با درگیری شغلی رابطه‌ای مثبت نشان داد. - دیگر یافته‌ها بیانگر آن است که سطوح بالاتر رهبری مشارکتی موجب کاهش استعفای خاموش و بهبود درگیری شغلی می‌شود. مدیران پرستاری باید سبک رهبری مشارکتی را در پیش گیرند تا انگیزش پرستاران افزایش یابد و در نتیجه، پیامدهای بالینی نیز بهبود پیدا کند.
11-	et al.Galanis, P [۳۵]	Workload increases nurses' quiet quitting, turnover intention, and burnout: job evidence from Greece.	یونان۲۰۲۵	مطالعهٔ مقطعی	ـ نتایج نشان‌دهندهٔ بار کاری بالا (۸۰/۷ درصد) در بین پرستاران مورد مطالعه بود. ـ درصد پرستاران استعفادهندهٔ خاموش۷۴/۳ درصد بود. - بار کاری زیاد با استعفای خاموش، قصد ترک شغل و فرسودگی شغلی در میان پرستاران ارتباط داشت.
12-	et al.Galanis, P [۳۶]	Emotional intelligence protects nurses against quiet quitting, turnover intention, and job burnout	یونان۲۰۲۴	مطالعهٔ مقطعی	ـ نتایج نشان داد هوش هیجانی استعفای خاموش، قصد ترک شغل و فرسودگی شغلی را در پرستاران کاهش داد. ـ پرستارانی که سطوح بالاتری از هوش هیجانی داشتند، سطوح کمتری از استعفای خاموش را تجربه کردند. -۷۴/۴ درصد (۷۳۸ نفر) از پرستاران به‌عنوان افراد استعفادهندهٔ خاموش در نظر گرفته شدند.
13-	et al.Galanis, P [۱۲]	The quiet quitting scale: development and initial validation	یونان۲۰۲۳ b	مطالعهٔ توسعه و اعتبارسنجی مقیاس	- اعتبارسنجی موفقیت‌آمیز و معتبر، کوتاه و قابل‌اجرای مقیاس استعفای خاموش (QQS) در زبان یونانی. سه عامل برای نه گویه شناسایی شد. - جدایی (Detachment): به معنای گسست عاطفی از نگرانی‌ها و افکار مربوط به کار. - ابتکار عمل نداشتن (Lack of initiative): به معنای کاهش تمایل درونی و نبود مشوق‌های لازم برای کار. - انگیزه‌نداشتن (Lack of motivation): به معنای ازدست‌دادن توانایی یا تمایل برای انجام کارهایی فراتر از وظایف مشخص‌شده.
14-	Ventura-Silva, J.M.A. et al [۶]	Quiet Quitting Scale: Adaptation and Validation for the Portuguese Nursing Context	پرتقال۲۰۲۵	مطالعهٔ بومی‌سازی و اعتبارسنجی مقیاس	- نسخهٔ QQS-PT به‌عنوان ابزاری کوتاه و از نظر روان‌سنجی مستحکم برای ارزیابی استعفای خاموش در میان پرستاران شناخته شد. - ساختار اصلی سه‌بعدی شامل ابعاد جدایی/ علاقه‌مندنبودن، فقدان ابتکار و فقدان انگیزه تکرار شد.
15-	& Rinaldi, S [۲۳] Pomarolli E	Quiet Quitting Among Nurses:	ایتالیا ۲۰۲۵	مطالعهٔ مقطعی	- تحلیل داده‌ها نشان داد ۴۰/۴ درصد در گروه استعفادهندگان خاموش قرار داشتند.

		A Case Study in a Northern Italian Hospital			- بالاترین میانگین نمره برای استعفای خاموش در بعد «فقدان انگیزه» مشاهده شد که نشان می‌دهد این بُعد از استعفای خاموش در گروه مورد مطالعه برجسته‌ترین بوده است. - سن کمتر و سابقهٔ کاری کمتر با احتمال بیشتر استعفای خاموش مرتبط بوده است، ولی به‌تنهایی پیش‌بینی‌کننده‌های قوی رفتار استعفای خاموش نیستند. - نمرات QQS نشان‌دهندهٔ گرایش خفیف به کاهش با افزایش تجربهٔ کاری تا حدود ده تا پانزده سال است. - این موضوع نشان می‌دهد پرستارانی که سابقهٔ خدمت کمتری دارند، به گزارش نمرات QQS کمی بالاتر تمایل دارند. - افراد دارای استعفای خاموش به‌طور ویژه با تمایل بیشتر به تفویض کارها، انگیزهٔ کاری و الهام/انگیزش کمتر مشخص می‌شوند. -گرایش به بیان‌نکردن ایده‌های مرتبط با کار به‌دلیل این باور که این پیشنهادها در محیط کاری تغییر مثبتی ایجاد نخواهند کرد.
16-	Toska, A. et al [۳۷]	Quiet Quitting in Hospital the Context: Investigating Conflicts, Organizational Support, and Professional Engagement in Greece	یونان ۲۰۲۵	مطالعهٔ مقطعی	- نتایج نشان داد که ۶۲ درصد از شرکت‌کنندگان ویژگی‌های استعفای خاموش داشتند، به‌طوری که «فقدان انگیزه» بالاترین نمره را در بین زیرمقیاس‌های QQS داشت. - ادراک کارکنان از میزان توجه مدیران به تلاش‌هایشان به‌عنوان پیش‌بینی‌کنندهٔ کلیدی استعفای خاموش و فقدان انگیزه شناسایی شد. - «فقدان انگیزه» یکی از دلایل اصلی کاهش بعد ابتکار عمل در کارکنان است. - کارکنانی که احساس می‌کنند پاداش‌ها به‌طور منصفانه توزیع شده‌اند، کمتر دچار کمبود انگیزه می‌شوند. -شرکت‌کنندگان زن (۶۶/۷ درصد) به رفتارهای جدایی و تعهدنداشتن (استعفای خاموش) تمایل بیشتری نشان دادند. - کارکنان رسمی (۶۰/۲ درصد) نیز تمایلات قابل توجهی به استعفای خاموش نشان دادند. این نکته حائز اهمیت است که امنیت شغلی طولانی‌مدت به‌تنهایی مانع از کاهش تعهد نمی‌شود.
17-	Moisoglou, I. et al [۳۸]	Innovation Support Reduces Quiet Quitting and Improves Innovative Behavior and Innovation Outputs among Nurses in Greece	یونان ۲۰۲۴	مطالعهٔ مقطعی	- نتایج نشان داد بیشتر شرکت‌کنندگان در دسته‌بندی استعفای خاموش قرار می‌گیرند. - اگرچه اکثر شرکت‌کنندگان ویژگی‌های «استعفای خاموش»، ازجمله سطوح بالاتر بی‌تعهدی، فقدان ابتکار عمل و فقدان انگیزه را نشان دادند، هم‌زمان رفتارهای نوآورانه‌ای نیز از خود بروز دادند. - حمایت قوی از نوآوری نه‌تنها احتمال استعفای خاموش را کاهش می‌دهد، بلکه رفتار نوآورانه را

	نیز تشویق می‌کند و نتایج نوآوری را بهبود می‌بخشد.				
18-	Zhang et al. [۳]	Psychometric properties of the Chinese version of the Quiet Quitting Scale	چین ۲۰۲۵	مطالعهٔ روان‌سنجی مقیاس	نسخهٔ چینی مقیاس استعفای خاموش (QQS) اعتبار و قابلیت اعتماد زیادی را نشان داد که آن را به ابزاری ارزشمند برای سنجش رفتارهای ترک خاموش در میان پرستاران در زمینه‌های بالینی و مدیریتی تبدیل می‌کند.
19-	Boy, Y. et al [۲۵]	Prevalence and predictors of quiet quitting among healthcare professionals: a scale development and validation study	ترکیه ۲۰۲۶	مطالعهٔ توسعه و اعتبارسنجی مقیاس	- اعتبارسنجی موفقیت‌آمیز به مقیاس اصلاح‌شدهٔ بیست‌گویه‌ای منجر شد که شامل دو زیرمقیاس «عدم تعهد شغلی کارمند» و «فرسودگی عاطفی و مسخ شخصیت» است. - نسخهٔ نهایی برای ارزیابی شیوع و علل «استعفای خاموش» (QQ) روی نمونهٔ بزرگ‌تری متشکل از ۴۳۶ نفر از متخصصان حوزهٔ سلامت اجرا شد. یافته‌ها نشان داد که ۲۹/۴ درصد از شرکت‌کنندگان، «استعفای خاموش» شدید را تجربه کرده‌اند. این وضعیت به‌طور معناداری با سن، جنسیت، سطح تحصیلات، حرفه، تجربهٔ کاری و وضعیت والدینی (داشتن فرزند) مرتبط بود. - عوامل مؤثر در این پدیده شامل افزایش حجم کاری (۹۳/۸ درصد)، شرایط‌کاری نامطلوب (۹۰/۶ درصد)، خشونت روانی از سوی مدیران (۹۰/۶ درصد) و دستمزد کم (۹۰/۶ درصد) بودند. - استعفای خاموش به‌عنوان سندرمی چندبعدی ظاهر می‌شود که نارضایتی، فرسودگی عاطفی و جدایی از مسئولیت‌های حرفه‌ای را در بر می‌گیرد. ـ مقیاس استعفای خاموش برای متخصصان سلامت (QQS-HP) ویژگی‌های روان‌سنجی قدرتمندی را نشان می‌دهد و ابزاری معتبر در محیط‌های مراقبت‌های بهداشتی فراهم می‌کند.
20-	Moisoglou I, et [۳۹] al	Association Between Workplace Gaslighting and Perceived Quality of Care, Patient Safety and Quiet Quitting: A Cross-Sectional Study Among Nurses in Greece	یونان ۲۰۲۶	مطالعهٔ مقطعی	-وارونه‌سازی واقعیت (Gaslighting) در محیط کار به‌طور معناداری با استعفای خاموش ارتباط مثبت داشت. - توصیه به اتخاذ سیاست‌های روشن که کارکنان را به گزارش چنین رفتارهایی تشویق کند که باعث دست‌کاری روان‌شناختی کارکنان می‌شود.
21-	Ventura-Silva JMA, et al [۴۰]	Quiet Quitting and Professional Burnout: Contemporary Challenges for Nursing Leadership	پرتقال ۲۰۲۶	مطالعهٔ مقطعی	- نتایج بین استعفای خاموش و فرسودگی شغلی کلی در تمام حوزه‌ها هم‌بستگی مثبتی نشان دادند. فرسودگی شغلی پس از تعدیل (عوامل جامعه‌شناختی و شغلی)، همچنان ارتباط معناداری با استعفای خاموش کلی داشت. - الگوی نتایج برای خستگی جسمی و شناختی و همچنین فقدان انگیزه قوی‌تر بود که از تفسیر

					همبستگی مهمِ فشار شغلی با استعفای شغلی در حرفهٔ پرستاری حمایت می‌کند و نیاز به استراتژی‌های سازمانی و رهبری را برای کاهش خستگی و حفظ تعهد حرفه‌ای تقویت می‌کند.
22-	Geng R, [۴۱] et al.	Identifying Key Antecedents of Quiet Quitting Among Nurses: A Cross-Profession Meta-Analytic Review	چین ۲۰۲۶	مرور سیستماتیک	- **حمایت ادراک‌شده در محیط کار، احتمال استعفای خاموش را کاهش می‌دهد**. برعکس، تعارضات محیط کار، بی‌عدالتی ادراک‌شده، فرسودگی شغلی و استرس، با استعفای خاموش همبستگی مثبت دارند. - مشارکت سازمانی، رضایت شغلی و بهزیستی به‌طور قابل‌توجهی رفتارهای استعفای خاموش را کاهش می‌دهند.
23-	Galanis, P et al. [۴]	Nurses quietly quit their job more often than healthcare other workers: an alarming issue for healthcare services	یونان ۲۰۲۴	مطالعهٔ مقطعی	ـ ۶۷/۴ درصد از پرستاران استعفای خاموش داشتند، درحالی‌که شیوع استعفای خاموش برای پزشکان و دیگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی به‌ترتیب ۵۳/۸ درصد و ۴۰/۳ درصد بود. ـ فرسودگی شغلی بیشتر به استعفای خاموش کمک می‌کرد، درحالی‌که رضایت کمتر به معنای استعفای خاموش بیشتر بود. کارکنان مراقبت‌های بهداشتی که به‌صورت شیفتی کار می‌کنند و کسانی که در بخش خصوصی کار می‌کنند، سطوح بالاتری از استعفای خاموش را تجربه کردند.

جدول ۳. تحلیل یافته‌ها

مرحله تحلیل/تم شناسایی‌شده	توضیحات و نتایج کلیدی
۱. بررسی اولیهٔ متن مقالات و شناسایی درون‌مایه‌های اصلی	شناسایی پنج درون‌مایهٔ اصلی: ۱. ماهیت و ابعاد، ۲. عوامل فردی/جمعیتی، ۳. عوامل سازمانی/محیط‌کاری، ۴. پیامدها ۵. راهکارها این درون‌مایه‌ها چهارچوبی برای کدگذاری و تحلیل عمیق‌تر فراهم کردند.
۲. کدگذاری داده‌ها براساس درون‌مایه‌های شناسایی‌شده	درون‌مایهٔ ۱ ماهیت و ابعاد: استعفای خاموش به‌عنوان کاهش تعهد، فقدان ابتکار و انگیزه و همچنین سندرم چندبعدی (نارضایتی، فرسودگی، جدایی) تعریف شده است. درون‌مایهٔ ۲ (فردی/جمعیت): گرایش بیشتر زنان، تفاوت شیوع در گروه‌های شغلی (پرستاران > پزشکان/ سایر)، نقش تجربهٔ کاری و وضعیت والدینی. درون‌مایهٔ ۳ (سازمانی/محیط‌کاری): عوامل پیش‌زمینه‌ای قوی شامل حجم کاری زیاد، شرایط کاری نامطلوب، خشونت روانی مدیران، دستمزد کم، ادراک از عدالت پاداش، کیفیت مراقبت ادراک‌شده، وارونه‌سازی واقعیت در محیط کار و فرسودگی شغلی. درون‌مایهٔ ۴ (پیامدها): فقدان انگیزه، ارتباط با خستگی جسمی/شناختی، فشار شغلی و تأثیر منفی در کیفیت ادراک‌شدهٔ مراقبت و ایمنی بیمار. درون‌مایهٔ ۵ (راهکارها): افزایش حمایت ادراک‌شده، توجه مدیران، توزیع منصفانهٔ پاداش، حمایت از نوآوری، کاهش تعارضات، بی‌عدالتی و استرس.
۳. تحلیل روابط بین درون‌مایه‌ها	ارتباط درون‌مایهٔ ۳ با درون‌مایهٔ ۱ و ۴: شرایط‌کاری نامطلوب، حجم کار زیاد، خشونت روانی و دستمزد پایین (درون‌مایهٔ ۳) مستقیماً به کاهش تعهد، فقدان انگیزه و فرسودگی (درون‌مایهٔ ۱) منجر می‌شود و بر کیفیت مراقبت (درون‌مایهٔ ۴) پیامدهای منفی دارند. ارتباط درون‌مایهٔ ۲ با درون‌مایهٔ ۱ و ۳: تفاوت شیوع استعفای خاموش بین گروه‌ها (درون‌مایهٔ ۲) در کنار تفاوت در مواجهه با عوامل سازمانی (درون‌مایهٔ ۳) قابل‌تفسیر است (مثلاً پرستاران بیشتر در معرض عوامل استرس‌زای درون‌مایهٔ ۳ قرار دارند).
۴. بررسی ارتباطات بین عوامل مؤثر در استعفای خاموش و پیامدهای آن	محرک‌های اصلی: حجم کاری زیاد، شرایط کاری نامطلوب، خشونت روانی مدیران، دستمزد کم و بی‌عدالتی ادراک‌شده از قوی‌ترین عوامل زمینه‌ساز استعفای خاموش محسوب می‌شوند. مکانیسم‌های میانی: فرسودگی شغلی، خستگی جسمی و شناختی، فقدان انگیزه، استرس و جدایی سازمانی نقش

	واسطه‌ای ایفا می‌کنند. پیامدهای کلیدی: کاهش ابتکار عمل، افت کیفیت ادراک‌شدهٔ مراقبت و ایمنی بیمار که نشان‌دهندهٔ اهمیت راهبردی این پدیده‌اند.
۵. تحلیل ترکیبی یافته‌ها برای ارائهٔ تصویر جامع از پدیده	استعفای خاموش پدیدهٔ رایج و پیچیده با شیوع قابل‌توجه در مشاغل سلامت است. این پدیده عمدتاً ناشی از ضعف در ساختار شغل، رهبری ناکارآمد و محیط کاری نامناسب است. پیامدهای آن فراتر از کاهش عملکرد فردی می‌رود و در کیفیت خدمات و ایمنی بیمار تأثیر می‌گذارد. راهکارها باید بر اصلاحات سازمانی و مدیریتی متمرکز باشند، نه صرفاً اقدامات فردی.

بحث

یافته‌های مطالعهٔ حاضر در درون‌مایهٔ اول نشان می‌دهد که استعفای خاموش در پرستاران نه افت موقت انگیزه و نه‌صرفاً کناره‌گیری رفتاری، بلکه مکانیسم دفاعی و خودحفاظتی در برابر فرسایش تدریجی روانی است. تحلیل انتقادی ادبیات موجود نشان می‌دهد که این پدیده در نقض قرارداد روانی بین پرستار و سازمان ریشه دارد [۲۳]. هنگامی که محیط کار با حجم کاری زیاد، ساعات طولانی و فشارهای فیزیکی همراه می‌شود [۲۱، ۴۲]، پرستار برای جلوگیری از فروپاشی کامل عاطفی، به‌طور ناخودآگاه سطح درگیری روانی خود را کاهش می‌دهد. در واقع، استعفای خاموش در اینجا نه به معنای تنبل‌شدن، بلکه به معنای توقف سرمایه‌گذاری عاطفی اضافی برای بقا در محیط منفی است [۵]، این تفسیر نشان می‌دهد که استعفای خاموش در پرستاری، بیشتر نشانه‌ای از بیماری سازمان است تا مشکل فردی.

بررسی تفاوت‌های جمعیتی در این مطالعه، لایه‌های پنهانی از فشارهای ساختاری را نشان می‌دهد. تحلیل یافته‌ها نشان می‌دهد که استعفای خاموش در زنان و جوانان در تضاد نقش‌ها و تفاوت نسل‌ها در انتظارات شغلی ریشه دارد. دربارهٔ زنان، شواهد نشان می‌دهد که بار مضاعف مسئولیت‌های خانوادگی و انتظارات اجتماعی [۴۳] ظرفیت شناختی آن‌ها را کاهش و کیفیت زندگی کاری را در ابعاد روانی و جسمی به‌شدت تحت‌الشعاع قرار می‌دهد [۱۹، ۴۲] ، بااین‌حال، نکتهٔ تحلیلی مهمی در تناقضات موجود نهفته است. مطالعاتی که سطوح بالاتر استعفای خاموش را در پرستاران مرد گزارش کرده‌اند [۳۵، ۴۴] ، به پدیدهٔ بیگانگی حرفه‌ای اشاره دارند. مردان در محیطی که به‌طور سنتی زنانه شناخته می‌شود، ممکن است به‌دلیل تضاد هویتی و عدم تعلق، دچار جدایی عاطفی شوند [۱۹]. از سوی دیگر، شیوع این پدیده در نسل Z [۴۳] نشان‌دهندهٔ شکاف نسلی در قرارداد روانی است. نسل جدید دیگر حاضر نیست فرسودگی شغلی را به‌عنوان بهای اجتناب‌ناپذیر بپذیرد و در شرایط نامطلوب، به‌جای مقاومت، ترجیح می‌دهد از درون کناره‌گیری کند.

درون‌مایهٔ سوم مطالعه پیامی قوی و انتقادی دارد. استعفای خاموش بیشتر ناشی از طراحی معیوب شغل و مدیریت ناکارآمد است، نه ضعف تاب‌آوری فردی. عواملی مانند دستمزد کم، حس بی‌عدالتی در پاداش و نادیده‌گرفتن واقعیت در محیط کار در تعادل تلاش و پاداش تأثیر می‌گذارد و بی‌اعتمادی نظام‌مند ایجاد می‌کنند. بررسی نقش رهبری در این مسائل بسیار مهم است. برای مثال، رضایت شغلی پرستاران تحت‌تأثیر نوع سبک رهبری سرپرستاران قرار می‌گیرد [۴۵]. شواهد همچنین نشان می‌دهند رهبری مشارکتی و تعاملی با ایجاد حس ارزشمندی و دیده‌شدن می‌تواند تا ۳۷ درصد استعفای خاموش را کاهش دهد [۲۰، ۴۲]، در مقابل، رهبری سلطه‌گر [۱] و پدیدهٔ منفی اخراج خاموش (ایجاد عمدی محیط منفی توسط کارفرما) نه‌تنها مشکل را حل نمی‌کند، بلکه با افزایش بی‌توجهی سازمانی درک‌شده، چرخهٔ معیوب عدم مشارکت را تشدید می‌کند [۷، ۴۶] . این تناقض (اینکه اخراج خاموش می‌تواند باعث افزایش اضطراب و تلاش موقتی شود، اما در نهایت به بی‌مشارکتی منجر می‌شود) نشان می‌دهد که مدیریت براساس ترس در حرفه‌ای که نیازمند تعهد داخلی است، کاملاً شکست می‌خورد. همچنین، فرسودگی شغلی که در این مطالعه به‌عنوان محرک سازمانی شناسایی شد [۶، ۱۵، ۳۵]. در واقع، پیوندی بین فشارهای سازمانی و رفتار استعفای خاموش است.

درون‌مایهٔ چهارم یکی از مهم‌ترین نتایج این مطالعه، یعنی توضیح ارتباط استعفای خاموش با کاهش کیفیت مراقبت است. پرستاری حرفه‌ای است که به‌شدت به انگیزهٔ درونی و درگیری شناختی وابسته است [۴۷]. زمانی که پرستار دچار خستگی شناختی و عاطفی می‌شود، ممکن است وظایفش را به‌صورت فنی و روتین انجام دهد (حضور فیزیکی)، اما قضاوت بالینی، دقت در جزئیات و هوشیاری پیشگیرانهٔ او به‌شدت افت می‌کند (غیبت شناختی). این پدیده، استعفای خاموش را از چالش منابع انسانی به تهدید مستقیم برای ایمنی بیمار تبدیل می‌کند. توزیع ناعادلانهٔ پاداش (۳۷) و کاهش کیفیت زندگی کاری [۴۲] دقیقاً همین انگیزهٔ درونی را هدف قرار می‌دهند و زنجیره‌ای از پیامدهای منفی را از سطح فرد تا تیم درمان و سازمان گسترش می‌دهند [۲۳].

درون‌مایهٔ پنجم و بخش راهکارها نتیجه‌گیری مهمی را تأیید می‌کنند: نمی‌توان مشکل سیستمی را با راهکارهای فردی حل کرد. آموزش تاب‌آوری [۲۸، ۳۷] یا توانمندسازی روانی زمانی مؤثر است که در کنار اصلاحات ساختاری قرار گیرد. بحران کووید-۱۹ نه علت، بلکه کاتالیزور بود که نقص‌های موجود در سیستم بهداشت را نمایان کرد [۹، ۲۲، ۴۸، ۴۹]. برخلاف مشاغل دیگر که امکان دورکاری و کاهش فشار را داشتند، پرستاران در خط مقدم هیچ سپر محافظتی‌ای نداشتند [۱۶]. به همین دلیل، استعفای خاموش در این گروه واکنشی منطقی برای حفظ خود در برابر سیستم فرساینده

محسوب می‌شود [۳۵]. در این میان، نقش مدیران در حمایت از نوآوری [۱] بسیار کلیدی است؛ زیرا نوآوری به امنیت روانی نیاز دارد و استعفای خاموش نشان‌دهندهٔ فقدان این امنیت در سازمان است.

به‌صورت کلی، با توجه به نتایج مطالعهٔ حاضر برای مقابله با استعفای خاموش در سیستم سلامت ایران، راهکارهای سازمانی مبتنی‌بر شواهد، شامل رهبری مشارکتی و تحول‌گرا [۱، ۳۷]، با ایجاد جلسات تصمیم‌گیری مشترک و تقدیر و دیده‌شدن تلاش‌های پرستاران، کاهش بار کاری آنان [۲۵، ۳۵] با استانداردسازی نسبت پرستار به بیمار و کاهش وظایف غیرمرتبط با شرح وظایف پرستار و حمایت سازمانی با سیستم‌های پاداش‌دهی عادلانه و شفاف برای کاهش فقدان انگیزه [۲۰، ۳۷]، آموزش‌های هوش هیجانی و تاب‌آوری برای پیشگیری از فرسودگی شغلی [۲۰، ۳۶]، تمرکز بر گروه‌های پرخطر (پرستاران بخش خصوصی، شیفت در گردش و جوانان) [۴، ۲۲، ۲۳]، مبارزه با خشونت روانی و وارونه سازی واقعیت [۲۵، ۳۹]، از طریق اتخاذ سیاست‌های گزارش‌دهی ایمن ارائه می‌شود.

از محدودیت‌های مطالعهٔ حاضر این است که اکثر مطالعات توصیفی‌مقطعی است و به نظر مطالعات کیفی به غنای نتایج می‌افزاید. از طرفی، اگرچه کاملاً تصادفی، اکثریت مقالات بررسی‌شده مربوط به یک کشور و فرهنگ‌اند. لذا، بررسی مطالعات با زبان و تنوع فرهنگی بیشتر توصیه می‌شود. همچنین، ممکن است مطالعهٔ حاضر همهٔ ادبیات مرتبط با موضوع استعفای خاموش را شامل نشود. لذا، انجام مطالعات دیگر خالی از لطف نیست؛ اگرچه این محدودیت در مطالعات مرور روایتی پذیرفته شده است و موضوعات مرورهای روایتی قابل‌تکرارند و نویسندگان مختلف احتمالاً به بینش‌ها و تفسیرهای متفاوتی خواهند رسید [۳۱].

نتیجه‌گیری

مطالعهٔ مروری حاضر نشان‌دهندهٔ تغییر پارادایم بنیادین در درک و مدیریت استعفای خاموش در میان پرستاران است. یافته‌ها نشان می‌دهند که استعفای خاموش نباید به‌عنوان نقص فردی، افت اخلاق کاری یا مسئلهٔ نسلی تلقی شود، بلکه این پدیده نشانهٔ هشدار از فرسایش قرارداد روانی میان پرستار و سازمان است. استعفای خاموش مکانیسم دفاعی و بقا در برابر طراحی معیوب شغل، بار کاری غیرمنطقی و محیط‌های کاری منفی است. بنابراین، هرگونه مداخله‌ای که صرفاً بر اصلاح رفتار فرد یا افزایش تاب‌آوری شخصی تمرکز داشته باشد، محکوم به شکست است. راهکار پایدار، گذار از رویکردهای فردمحور به‌سمت مهندسی مجدد سیستم است؛ جایی که عدالت سازمانی، رهبری حمایتگرانه و تعادل تلاش و پاداش به‌عنوان پیش‌نیازهای حفظ تعهد سازمانی و در نهایت، تضمین ایمنی بیمار در نظر گرفته می‌شوند.

از منظر کاربردی، بازگشت به تعهد سازمانی نیازمند رویکرد هم‌افزاست که در آن، سیاست‌گذاران و مدیران بهداشتی به‌جای تمرکز بر نگهداشت فیزیکی پرستاران در سازمان، در حضور مؤثر، درگیرانه و ایمن آن‌ها تمرکز کنند. این موضوع مستلزم ایجاد ساختارهایی است که در آن، تلاش‌های پرستاران نه‌تنها دیده و قدردانی می‌شود، بلکه رفاه روانی آن‌ها به‌عنوان خط مقدم کیفیت مراقبت، در اولویت استراتژیک سازمان قرار می‌گیرد. با توجه به ماهیت نوظهور، پیچیده و چندبعدی این پدیده، ادبیات موجود هنوز در مراحل اولیهٔ خود قرار دارد. لذا، پژوهش‌های آینده باید از توصیف صرف فراتر بروند و بر محورهای مطالعات طولی و هم‌گروهی (برای کشف روابط علیتی و بررسی سیر تحول استعفای خاموش در طول زمان)، طراحی و ارزیابی مداخلات سازمانی (انجام کارآزمایی‌های سازمانی برای سنجش اثربخشی مدل‌های مشخص مدیریتی مانند رهبری تحول‌گرا و مداخلات ساختاری کاهش بار کاری در شاخص‌های استعفای خاموش)، مطالعات کیفی عمیق و پدیدارشناختی (برای مثال، واکاوی تجربهٔ زیسته پرستاران به‌ویژه نسل Z از استعفای خاموش) و مطالعات بین‌فرهنگی و مقایسه‌ای متمرکز شوند.

تشکر و قدردانی

مطالعهٔ حاضر مصوب طرح پژوهشی با کد ۵۰۰۰-۹۹-۱-۱۳۹۷ دانشگاه علوم پزشکی لرستان و مصوب کمیتهٔ اخلاق این دانشگاه است. از تمامی افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، مراتب قدردانی و تشکر را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان هرگونه تضاد منافع احتمالی را درخصوص تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله رد می‌کنند.

ملاحظات اخلاقی

مطالعهٔ حاضر مصوب کمیتهٔ اخلاق دانشگاه علوم پزشکی لرستان با کد اخلاق به شمارهٔ IR.LUMS.REC.1405.092 است. همچنین، مرور همهٔ مقالات بررسی‌شده با رعایت اصول اخلاقی انجام شد.

سهم نویسندگان

همه نویسندگان در تمامی مراحل انجام پژوهش، شامل طراحی، جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه‌وتحلیل داده‌ها و نگارش همهٔ بخش‌های مقاله، مشارکت داشتند و مسئولیت کامل محتوا را بر عهده می‌گیرند.

حمایت مالی

پژوهشگران برای انجام این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی دریافت نکردند.

REFERENCES

1. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Papathanasiou IV, Konstantakopoulou O, Katharaki M, Malliarou M, et al. Engaging leadership reduces quiet quitting and improves work engagement: evidence from nurses in Greece. *Nurs Rep*. 2025;**15**(7):247. PMID: 40710942 DOI: 10.3390/nursrep15070247
2. Tok HH, Uzun LN. Investigating quiet quitting tendencies among nursing students: a descriptive study. *BMC Nurs*. 2025;**24**(1):902. PMID: 40646584 DOI: 10.1186/s12912-025-03565-0
3. Zhang D, Zheng H, Zeng Y, Yu X, Zhao Y, Gan Y, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the quiet quitting scale. *BMC Nurs*. 2025;**24**(1):270. PMID: 40069793 DOI: 10.1186/s12912-025-02921-4
4. Galanis P, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsoulas T, et al. Nurses quietly quit their jobs more often than other healthcare workers: An alarming issue for healthcare services. *Int Nurs Rev*. 2024;**71**(4):850-9. PMID: 38193567 DOI: 10.1111/inr.12931
5. Ventura-Silva JMA, Ribeiro MP, Barros SCDC, Castro SFM, Sanches DMM, Trindade LL, et al. Quiet quitting scale: adaptation and validation for the Portuguese nursing context. *Nurs Rep*. 2025;**15**(12):411. PMID: 41441341 DOI: 10.3390/nursrep15120411
6. Jalali R, Fatahi S, Kolehjoubi AA. Quiet quitting in nursing: a concept analysis. *BMC Nurs*. 2026;**25**(1):163. PMID: 41593580 DOI: 10.1186/s12912-026-04335-2
7. Othman A, Mahran H, Ismail Ali H. Covering loyalty policy in quiet firing workplace: the association between quiet quitting, intention to leave, and nurses loyalty. *BMC Nurs*. 2025;**24**(1):662. PMID: 40542367 DOI: 10.1186/s12912-025-03301-8
8. Galanis P, Moisoglou I, Malliarou M, Papathanasiou I, Katsiroumpa A, al. Ve. Quiet quitting among nurses increases their turnover intention: Evidence from Greece in the post-COVID-19 era. *Healthcare*. 2023;12(1):79. PMID: 38200985 DOI: 10.3390/healthcare12010079
9. Yıldız A, Ekingen E, Gün I, Yıldırım M. Validity and reliability study of the Turkish version of the quiet quitting scale in healthcare workers. *BMC Psychol*. 2024;**12**(1):730.. PMID: 39639345 DOI: 10.1186/s40359-024-02106-9
10. Al-Dossary R. The relationship between nurses' quality of work-life on organizational loyalty and job performance in Saudi Arabian hospitals: a Cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022;**10**:918492. PMID: 35903381 DOI: 10.3389/fpubh.2022SSS
11. Galanis P, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Katsoulas T, et al. The influence of job burnout on quiet quitting among nurses: the mediating effect of job satisfaction. *Int J Nurs Pract*. 2025;**31**(5):e70057. PMID: 40937525 DOI: 10.1111/ijn.70057
12. Galanis P, Katsiroumpa A, Vraka I, Siskou O, Konstantakopoulou O, Moisoglou I, et al. The quiet quitting scale: development and initial validation. *AIMS Public Health*. 2023;**10**(4):828–48. PMID: 38187899 DOI: 10.3934/publichealth.2023055
13. Newport C. The year in quiet quitting. The New Yorker. 2022. Link
14. Klotz A, Bolino M. When quiet quitting is worse than the real thing. . Harvard Business Review September 15, 2022.:Accessed October 3, 2023. Link
15. Gün İ, Balsak H, Ayhan F. Mediating effect of job burnout on the relationship between organisational support and quiet quitting in nurses. *J Adv Nurs*. 2025;**81**(8):4644-52. PMID: 39498691 DOI: 10.1111/jan.16599
16. Arneja JS, MS. G. Quiet Quitting: Why Is It Worse in Healthcare and What Do We Do About It? *Plast Surg*. 2023;**31**(4):319-20. PMID: 37915354 DOI: 10.1177/22925503231208495
17. Forrester N. Fed up and burnt out: 'quiet quitting'hits academia. *Nature*. 2023;**615**(7953):751–3. PMID: 36869111 DOI: 10.1038/d41586-023-00633-w
18. Ng I, Goh W, Thong C, Teo K. Quiet quitting among medical practitioners: a hallmark of burnout disillusionment and cynicism. *J R Soc Med*. 2025;**118**(3):73-7. PMID: 39946171 DOI: 10.1177/01410768241311059
19. Tok HH, Uzun LN. Investigating quiet quitting tendencies among nursing students: a descriptive study. *BMC Nurs*. 2025;**24**(1):902. PMID: 40646584 DOI: 10.1186/s12912-025-03565-0
20. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Konstantakopoulou O, Papathanasiou I, Prasini I, Rekleiti M, et al. Resilience protects nurses from workplace gaslighting and quiet quitting, and improves their work engagement: a cross-sectional study in Greece. *Healthcare* (Basel). 2025;**13**(16):2064. PMID: 40868680 DOI: 10.3390/healthcare13162064
21. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Katsapi A, Konstantakopoulou O, Galanis P. Poor nurses' work environment increases quiet quitting and reduces work engagement: A Cross-Sectional study in Greece. *Nurs Rep*. 2025;**15**(1):19. PMID: 39852641 DOI: 10.3390/nursrep15010019
22. Kang J, Kim H, Cho O. Quiet quitting among healthcare professionals in hospital environments: a concept analysis and scoping review protocol. *BMJ Open*. 2023;**13**(11):e077811. PMID: 37984954 DOI: 10.1136/bmjopen-2023-077811
23. Rinaldi S, Pomarolli E. Quiet quitting among nurses: A case study in a Northern Italian Hospital. *NursRep*. 2025;**15**(7):239. PMID: 40710934 DOI: 10.3390/nursrep15070239
24. Alami R, Stachowicz-Stanusch A, Agarwal S, Al Masaeid T. Predicting quiet quitting: machine learning insights into silent resignations in healthcare industry. *J Ecohum*. 2024;**3**(4):3444-62. DOI: 10.62754/joe.v3i4.3864
25. Boy Y, Sürmeli M, Çam F. Prevalence and predictors of quiet quitting among healthcare professionals: a scale development and validation study. *BMC Psychol*. 2026;**14**(1):457:2-12. PMID: 41742297 DOI:10.1186/s40359-026-04209-x
26. Bijan B, Rezaei J, Ashtarian H, Hashemian AH, Azami H. The relationship between clinical competence and organizational commitment and factors affecting it in nurses working in intensive care units of Kermanshah public hospitals in 2017. *Avicenna J Nurs Mid Care*. 2024;**32**(1):29-38. DOI: 10.32592/ajnmc.32.1.29
27. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Med writing*. 2015;**24**(4):230-5. DOI: 10.1179/2047480615Z.000000000329
28. Lu M, Al Mamun A, Chen X, Yang Q, M. M. Quiet quitting during COVID-19: the role of psychological empowerment. *Humanit Social Sci Commun*. 2023;**10**(1):1-16. DOI: 10.1057/ s41599-023-02012-2
29. Karrani M, Bani-Melhem S, Mohd-Shamsudin F. Employee quiet quitting behaviours: conceptualization, measure development, and validation. *Serv Ind J*. 2024;**44**(3-4):218–36. DOI: 10.1080/02642069.2023.2286604.
30. Yasin YM, Al-Hamad A, Yasin L, Kehyayan V. Staying but struggling: a concept analysis of quiet quitting in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2025. PMID: 41145316 DOI: 10.1111/jan.70319
31. Sukhera J. Narrative reviews: flexible, rigorous, and practical. *J Grad Med Educ*. 2022;**14**(4):414-7. PMID: 35991099 DOI: 10.4300/jgme-d-22-00480.1
32. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. 5th ed. Boston. Prentice Hall. 2011;157-79. Link
33. Gun I, Cetinkaya KF, Soyuk S. Mediating effect of

turnover intention on the relationship between job burnout and quiet quitting in nurses. *J Adv Nurs*. 2025;**81**(10):6569-77. PMID: 39930081 DOI: 10.1111/jan.16807
34. El-Sayed B, Asal M, El-Sayed A. Navigating quiet quitting among critical care nurses in the digital era: the impact of techno-stress and digital resilience. *Nurs Crit Care*. 2026;**31**(1):e70273. PMID: 41457052 DOI: 10.1111/nicc.70273
35. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Gallos P, Kalogeropoulou M, Meimeti E, et al. Workload increases nurses' quiet quitting, turnover intention, and job burnout: evidence from Greece. *AIMS Public Health*. 2025;**12**(1):44–55. PMID: 40248406 DOI: 10.3934/publichealth.2025004
36. Galanis P, Katsiroumpa A, Moisoglou I. Emotional intelligence protects nurses against quiet quitting, turnover intention, and job burnout. *AIMS Public Health*. 2024;**11**(2):601-13. PMID: 39027384 DOI: 10.3934/publichealth.2024030
37. Toska A, Dimitriadou I, Togas C. Quiet quitting in the hospital context: investigating conflicts, organizational support, and professional engagement in Greece. *Nurs Rep*. 2025;**15**(2):38. PMID: 39997774 DOI: 10.3390/nursrep15020038
38. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Prasini I, Gallos P, Kalogeropoulou M, Galanis P. Innovation Support Reduces Quiet Quitting and Improves Innovative Behavior and Innovation Outputs among Nurses in Greece. *Nurs Rep*. 2024;**14**(4):2618-28. PMID: 39449430 DOI: 10.3390/nursrep14040193
39. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Papathanasiou IV, Konstantakopoulou O, Yfantis A, Katsapi A, et al. Association between workplace gaslighting and perceived quality of care, patient safety and quiet quitting: a cross-sectional study among nurses in Greece. *Healthcare* (Basel). 2026;**14**(4). PMID: 41753962 DOI: 10.3390/healthcare14040450
40. Ventura-Silva JMA, Ribeiro O, Forte ECN, Trindade LL, Castro SFM, Ribeiro MP, et al. Quiet quitting and professional burnout: contemporary challenges for nursing leadership. *Nurs Rep*. 2026;16(4). PMID: 42042667 DOI: 10.3390/nursrep16040140
41. Geng R, Geng X, Geng S. Identifying Key antecedents of quiet quitting among nurses: a cross-profession meta-analytic review. *J Adv Nurs*. 2026;**82**(1):913-33. PMID: 40167291 DOI: 10.1111/jan.16934
42. Stankovic M, Slavkovic M. Quality of work life determinants of healthcare professionals' quiet quitting: towards individual differences. *Healthcare*. 2025;**13**(13):1547. PMID: 40648572 DOI: 10.3390/healthcare13131547
43. Yılar Erkek Z, Öztürk Altınayak S. Factors causing the development of quiet quitting in female employees and the role of motherhood: the case of Türkiye. *Health Care Women Int*. 2026;**47**(7):750-66. PMID: 39946096 DOI: 10.1080/07399332.2025.2463081
44. Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vraka I, Kalogeropoulou M, Gallos P, Prasini I, et al. Quiet quitting threatens healthcare organizations and services: alarming evidence from a cross-sectional study with nurses in Greece. *Int J Caring Sci*. 2024;**17**(2):1115–22. DOI: 10.21203/RS.3.RS-4593376/V1
45. Bakhtiari Z, Sadeghi A, Maleki Jamasbi M, Tapak L. The relationship between head nurses' authentic leadership style and nurses' job satisfaction and the quality of nursing services at the educational – therapeutic centers of Hamadan University of Medical Sciences. *Avicenna J Nurs Mid Care*. 2024;**32**(2):130-9. DOI: 10.32592/ajnmc.32.2.130
46. Karadas A, Çevik C. Psychometric analysis of the quiet quitting and quiet firing scale among Turkish healthcare professionals. *J Eval Clin Pract*. 2025;**31**(2):e14136. PMID: 39279539. DOI: 10.1111/jep.14136
47. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A. Impact of workplace bullying on quiet quitting in nurses: the mediating effect of coping strategies. *Healthcare* (Basel). 2024;**12**(7):797. PMID: 38610219 DOI: 10.3390/healthcare12070797
48. Alawi H, Sankar P, Ali Akbar J, Natarajan V. Factors influencing turnover intention among healthcare employees during the COVID-19 pandemic in the private hospitals of Bahrain. *Bottom Line*. 2023;**36**(2):135–60. DOI: 10.1108/BL-01-2022-0018
49. Labrague L, de Los Santos J. Fear of COVID-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *J Nurs Adm Manag*. 2021;**29**(3):395–403. PMID: 32985046 DOI: 10.1111/jonm.13168