



Effectiveness of Empowerment Program on Nurses' Moral Distress in Intensive Care Units

Hamidreza SadeghiGandomani¹, Arezou Rezaei², MohammadJavad Azadchehr³, Mohammad Afshar^{4,*}

¹ Department of Nursing, Faculty of Boroujen, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

² Department of Nursing, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

³ Master of Science in Statistical Data Analysis, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

⁴ Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Afshar, Department of Operating Room, Faculty of Nursing and Midwifery, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. E-mail: afshar_m_1344@yahoo.com

Received: 09 Nov 2019

Accepted: 29 Feb 2020

Abstract

Introduction: One of the most common psychological and social problems among nurses working in the intensive care unit is moral distress. Moral distress can be characterized as a state of mental imbalance experienced when a person is aware of the practical implication that it is right to be deterred or forced to do something that he knows is wrong. Therefore, the present study aimed to determine the effect of empowerment program on nurses' moral distress in the intensive care unit.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 60 nurses working in intensive care units of Kashan Shahid Beheshti Hospital. The sampling method was randomized blocking. The intervention program was conducted during two consecutive weeks during a 2-day workshop. At baseline, immediately and one month after the intervention, demographic and moral distress questionnaires were completed for both groups. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics Such as independent t-test, chi-square, and Fisher's exact test in SPSSV.16 software.

Results: Before the intervention, the mean frequency and severity of moral distress in intervention and control group were 40.20 ± 5.05 and 40.53 ± 9.33 ($P \geq 0.05$) and 40.63 ± 5.48 and 41.27 ± 9.55 ($P \geq 0.05$), respectively. After the intervention, the mean frequency of moral distress in the intervention and control groups were 37 ± 4.99 and 39.10 ± 8.88 , respectively ($P = 0.226$) and the mean severity of moral distress was 37.17 ± 5.33 and 39.23 ± 0.90 ($P = 0.318$), respectively. There was a significant difference between the mean frequency of moral distress ($P = 0.012$) and the mean severity of moral distress ($P = 0.009$) one month later the intervention.

Conclusions: Given the high prevalence of nurses' moral helplessness, it seems planning and implementing empowerment programs maybe minimize the severity and frequency of moral distress among nurses.

Keywords: Empowerment, Moral distress, Intensive care unit, Nurse



اثربخشی برنامه توانمندسازی بر درماندگی اخلاقی پرستاران در بخش های مراقبت ویژه

حمیدرضا صادقی گندمانی^۱، آرزو رضایی^۲، محمدجواد آزاد چهر^۳، محمد افشار^{۴*}

^۱ واحد پرستاری، دانشکده پرستاری بروجن، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲ واحد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۳ کارشناسی ارشد آمار، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

^۴ گروه اتاق عمل، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

* نویسنده مسئول: محمد افشار، گروه اتاق عمل، مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران.

ایمیل: afshar_m_1344@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۱۸

چکیده

مقدمه: یکی از مشکلات روانی و اجتماعی شایع در بین پرستاران شاغل در واحد مراقبت ویژه درماندگی اخلاقی است. درماندگی اخلاقی را می توان وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که زمانی تجربه می شود که انسان از انجام عملی که می داند درست است بازداشته و یا مجبور به انجام کاری شود که می داند نادرست است. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی بر درماندگی اخلاقی پرستاران واحد مراقبت ویژه انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۶۰ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید بهشتی کاشان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. روش نمونه گیری از نوع بلوک بندی تصادفی بود. برنامه توانمندسازی اخلاقی طی یک کارگاه ۲ روزه برای گروه مداخله برگزار شد. در شروع، بلافاصله و ۱ ماه بعد از مداخله، پرسشنامه اطلاعات فردی و درماندگی اخلاقی برای هر دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و تحلیلی نظیر تی مستقل، کای اسکور و آزمون دقیق فیشر در نرم افزار آماری SPSSV ۱۶ انجام گرفت.

یافته ها: قبل از مداخله، میانگین فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی گروه مداخله و کنترل به ترتیب $40/53 \pm 9/33$ و $40/20 \pm 5/05$ ($P \geq 0/05$) و $40/63 \pm 5/48$ و $41/27 \pm 9/55$ ($P \geq 0/05$) بود. بعد از مداخله، میانگین فراوانی درماندگی اخلاقی گروه مداخله و کنترل به ترتیب $37 \pm 4/99$ و $39/10 \pm 8/88$ ($P = 0/263$) و میانگین شدت درماندگی اخلاقی به ترتیب $37/17 \pm 5/33$ و $39/9 \pm 23/90$ ($P = 0/318$) بود اما یک ماه بعد از آن، از نظر میانگین فراوانی درماندگی اخلاقی ($P = 0/012$) و میانگین شدت درماندگی اخلاقی ($P = 0/009$) تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای درماندگی اخلاقی پرستاران، به نظر می رسد با برنامه ریزی و اجرای برنامه های توانمندسازی شاید شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی در بین پرستاران را به حداقل رسانید.

کلیدواژه ها: توانمندسازی، درماندگی اخلاقی، واحد مراقبت ویژه، پرستار

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

می شود که انسان از انجام عملی که می داند درست است بازداشته و یا مجبور به انجام کاری شود که می داند نادرست است. این اجبار ممکن است به دلیل عوامل مربوط به فرد، وظیفه و یا سازمان ایجاد شود [۳].

مطالعات مختلف از قبیل مطالعات رادرت (Rathert)، وایتهد (Whitehead) و دودک (Dodek)، سطوح بالای درماندگی اخلاقی

پرستاران در طول فعالیت های روزانه خود، به طور مداوم با شرایطی که نیاز به دانش و مهارت در زمینه اخلاق حرفه ای و تصمیم گیری اخلاقی دارند، مواجه هستند [۱]. درماندگی اخلاقی در حرفه پرستاری یکی از مشکلات روانی و اجتماعی شایع است که پرستاران شاغل در کلیه بخش های مراقبتی را تحت تأثیر قرار می دهد [۲]. درماندگی اخلاقی را می توان وضعیتی از عدم تعادل روانی دانست که زمانی تجربه

لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر برنامه توانمندسازی بر درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل در بخش مراقبت های ویژه آی سی یو ۱ و ۲ و ۳ و آی سی یو قلب بیمارستان شهید بهشتی کاشان از در فروردین ماه ۱۳۹۸ انجام شد. بمنظور برآورد حجم نمونه، ضریب اطمینان ۹۵٪، ضریب توان آزمون ۸۰٪، و با توجه به مطالعه برهانی و همکاران که میانگین یکی از ابعاد حساسیت اخلاقی پرستاران را برای گروه مداخله (دریافت برنامه آموزشی) 0.41 ± 0.24 و برای گروه کنترل 0.66 ± 0.21 بدست آورده اند [۱۴] تعداد نمونه برای هر گروه، ۳۳ نفر برآورد گردید که با احتساب ۱۰ درصد ریزش احتمالی در گروه آزمون ۳۶ نفر و در گروه کنترل ۳۶ شرکت کردند.

معیار ورود به مطالعه، موافقت پرستاران بمنظور شرکت در پژوهش، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، و داشتن حداقل ۶ ماه تجربه کاری در بخش مراقبت های ویژه بود. معیارهای خروج شامل انصراف از ادامه شرکت در مطالعه، شرکت نکردن فرد مورد پژوهش در هر یک از کارگاه های آموزشی در زمینه موضوع درماندگی اخلاقی، تغییر محل خدمت به بخشی غیر از بخش مراقبت ویژه بود.

نمونه های تحت مطالعه بر اساس لیست تصادفی سازی به روش بلوک بندی تصادفی چهارتایی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابتدا برای هر دو گروه پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و درماندگی اخلاقی به روش خود گزارش دهی تکمیل شد.

برنامه توانمندسازی اخلاقی در این مطالعه با ایده گرفتن از تئوری حساب اخلاقی آلویتا ناتانیل [۱۲] در یک کارگاه ۲ روزه طی ۲ هفته متوالی (۴ ساعت در روز) در سالن کنفرانس بیمارستان شهید بهشتی کاشان برای گروه مداخله برگزار شد. این تئوری شامل سه مرحله سهولت، حل مشکل و بازتاب (تفکر) است.

اگر فرد نتواند مرحله سهولت را به خوبی پشت سر بگذارد دچار تضاد اخلاقی و به دنبال آن درماندگی اخلاقی می شود. بنابراین مداخلات ما که در قالب برنامه توانمندسازی ارائه شد از مرحله حل مشکل آغاز شد، البته در استراتژی ها به ویژگی های ذکر شده در مرحله سهولت نیز تاکید گردید و از آن ها تا حد امکان بهره گرفته شد ولی باید توجه داشت که در اجرای برنامه توانمندسازی اخلاقی فقط از برخی مراحل تئوری حساب اخلاقی استفاده شد و به دلیل عدم امکان انجام مداخله بر مواردی چون سیاست ها و خط مشی های سازمانی یا مثلاً فاکتورهای محیط کار و مواردی از این قبیل، این موارد حذف شدند. گام های برنامه توانمندسازی اخلاقی در جدول ۱ نشان داده شده است.

در پرستاران [۲، ۴، ۵]، به ویژه در مقایسه با پزشکان و سایر مراقبین [۲] را گزارش کرده اند. همچنین نتایج مطالعات انجام شده در ایران میزان درماندگی اخلاقی پرستاران را متوسط تا شدید برآورد کرده اند [۶، ۷]. بطور مثال ابراهیمی و همکاران [۸] دریافتند، ۵۳٪ پرستاران از درماندگی اخلاقی شدید رنج می برند. در بخش های مراقبت ویژه، مسئولیت های چندگانه و پیچیده پرستاران برای بیماران بدحال، شدت درماندگی اخلاقی را افزایش می دهند، زیرا در این بخش ها، علی رغم فشار فیزیکی، پرستاران با استرس شدید روانی روبرو هستند [۹]. درماندگی اخلاقی می تواند موجب کاهش همکاری سازمانی در کیفیت مراقبت از بیماران، کاهش رضایت مندی در محیط کار، فرسودگی شغلی و تغییرات کارکنان پرستاری می شود، و منجر به افزایش طول بستری و نیاز به مداخلات درمان اضافی می شود، ارائه مراقبت ضعیف به اعتبار سازمان آسیب می رساند [۱۰]. با توجه به تأثیر مستقیم درماندگی اخلاقی بر عملکرد حرفه ای پرستاران، فراهم کردن راهکارهای مقابله ای لازم است [۹].

مداخلات متعددی بمنظور کاهش درماندگی اخلاقی از جمله (۱) مداخلات آموزشی؛ (۲) مداخلات متمرکز بر ارتقاء محیط بخش مراقبت ویژه، شامل اجرای کمیته های اخلاق، سازماندهی جلسات اخلاقی چند رشته ای و تشکیل جلسات رسمی پس از وقایع اخلاقی (۳) ارائه شده است. با این وجود، این مداخلات باید مقرون به صرفه، همراه با آموزش و مطابق با شرایط کشور باشند. یکی از مداخلات چند بعدی، توانمندسازی پرستاران است [۱۱]. یکی از استراتژی هایی که باعث توانمندسازی اخلاقی پرستاران بمنظور رویارویی با درماندگی اخلاقی می شود استفاده از تئوری حساب اخلاقی آلویتا ناتانیل (Nathaniel Alviita) [۱۲] است. این تئوری یک تئوری منطقی و منظم در مدیریت درماندگی اخلاقی محسوب می شود و شامل شامل سه مرحله سهولت، حل مشکل و انعکاس (تفکر) است [۱۳]. این تئوری توسط آلن (Allen) (۲۰۱۶)، بروی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه (بزرگسالان و کودکان) بکار برده شد. یافته های این مطالعه نشان داد نمرات درماندگی اخلاقی در پرستاران ۳ ماه پس از مداخله کاهش یافت [۱۳] با توجه به شدت بالای درماندگی اخلاقی در پرستاران بخش ویژه و عوارض آن بر پرستار و بیمار و نیز فرسودگی، ترک شغل و کاهش کیفیت مراقبت از بیمار و این که پژوهش گر طی سال ها خدمت پرستاری در بخش مراقبت ویژه، به کرات شاهد موارد زیادی از درماندگی اخلاقی در خود و همکاران بوده است، اجرای یک روش برای کاهش درماندگی اخلاقی پرستاران بخش ویژه ضروری به نظر می رسد.

جدول ۱. خلاصه گام های برنامه توانمندسازی اخلاقی تئوری حساب اخلاقی آلویتا ناتانیل (۱۲)

خلاصه گام های برنامه توانمندسازی اخلاقی
تعریف درماندگی اخلاقی و علائم آن توسط متخصص اخلاق (بر اساس مرحله دوم تئوری: مرحله حل مشکل) که در قالب پمفلت قبل از کارگاه در اختیار پرستاران قرار گرفت.
شناسایی عواقب ناگوار درماندگی اخلاقی در پرستاران، حرفه پرستاری، و کیفیت مراقبت.
استراتژی های آموزشی برای مقابله با درماندگی اخلاقی با همکاری متخصص اخلاق بر اساس مطالعات موجود (بر اساس مرحله دوم تئوری: مرحله حل مشکل) از طریق استفاده از سخنرانی، پاورپوینت، بحث گروهی.
تلاش برای تقویت و اعمال استراتژی های مقابله با درماندگی اخلاقی تحت نظارت پژوهش گر و از طریق سازماندهی گروه های کوچک متمرکز و به اشتراک گذاری تجربه های درماندگی اخلاقی در قالب یک داستان (بر اساس مرحله سوم تئوری حساب اخلاقی: مرحله بازتاب)

جدول ۲. توزیع افراد بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	مداخله میانگین-انحراف معیار	کنترل میانگین-انحراف معیار	آماره P
سن	۳۵ (۵/۸)	۳۵/۴ (۶/۳۲)	۰/۸۰۱*
وضعیت تأهل			۰/۷۹۳**
مجرد	۱۲ (۴۰)	۱۳ (۴۳/۳)	
متاهل	۱۸ (۶۰)	۱۷ (۵۶/۷)	
سطح تحصیلات			۰/۵۱۴**
کارشناسی	۲۳ (۸۲/۱)	۲۳ (۸۸/۵)	
کارشناسی ارشد	۵ (۱۷/۹)	۳ (۱۱/۵)	
نوع بخش			۰/۷۵۲**
آی سی یو ۱	۸ (۲۶/۷)	۷ (۲۳/۳)	
آی سی یو ۲	۷ (۲۳/۳)	۹ (۳۰)	
آی سی یو ۳	۹ (۳۰)	۶ (۲۰)	
آی سی یو قلب	۶ (۲۰)	۸ (۲۶/۷)	
وضعیت استخدامی			۰/۵۸۵**
رسمی	۹ (۳۰)	۱۲ (۴۰)	
پیمانی	۱۸ (۶۰)	۱۴ (۴۶/۷)	
طرحی	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	
سابقه خدمت (سال)	۱۲/۵۸ (۳/۱۱)	۱۳/۵۸ (۴/۶)	۰/۳۶۳*
نوع شیفت کاری			۰/۳۱۳***
در گردش	۲۹ (۹۶/۷)	۳۰ (۱۰۰)	
فقط صبح	۱ (۳/۳)	۰	
وضعیت اقتصادی			۰/۴۸۸**
۲-۳ میلیون	۲۶ (۸۶/۷)	۲۴ (۸۰)	
بیش از ۳ میلیون	۴ (۱۳/۳)	۶ (۲۰)	

داده های داخل جدول برای متغیرهای سن و سابقه خدمت به صورت میانگین (انحراف معیار) و برای بقیه به صورت فراوانی (درصد) گزارش شده اند.

* آزمون تی مستقل/ ** آزمون کای دو/ *** آزمون دقیق فیشر

جدول ۳. نتایج بررسی اثر اجرای برنامه توانمندسازی بر فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی پرستاران

گروه	قبل میانگین (انحراف معیار)	بعد میانگین (انحراف معیار)	پیگیری میانگین (انحراف معیار)
فراوانی			
مداخله	۴۰/۲۰ (۵/۰۵)	۳۷/۰۰ (۴/۹۹)	۳۲/۱۷ (۴/۸۶)
کنترل	۴۰/۵۳ (۹/۳۳)	۳۹/۱۰ (۸/۸۸)	۳۶/۸۷ (۸/۶۵)
مقدار P	-	۰/۲۶۳	۰/۰۱۲
شدت			
مداخله	۴۰/۶۳ (۵/۴۸)	۳۷/۱۷ (۵/۳۳)	۳۲/۳۳ (۵/۱۹)
کنترل	۴۱/۲۷ (۹/۵۵)	۳۹/۲۳ (۹/۹۰)	۳۷/۷۷ (۹/۷۶)
مقدار P	-	۰/۳۱۸	۰/۰۰۹

در جدول ۲ مشاهده می شود دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی در نظر گرفته شده همگن هستند (P=۰/۰۵).

برای اجرا گام های فوق، پرستاران گروه مداخله در ۶ گروه ۵ نفره تقسیم شدند، سپس یک تجربه از میان تجارب ارائه شده توسط پرستاران در طول تجربه کاری شان توسط نماینده هر گروه بیان شد، و از هر گروه خواسته شد پس از آموزش های داده شده در خصوص استراتژی های مؤثر کاهش درماندگی اخلاقی به بیان راه کارهایی بمنظور مقابله با تجارب خود در زمینه درماندگی اخلاقی و راه حل هایی بمنظور کاهش درماندگی اخلاقی در مورد سناریوهای ارائه شده با هم فکری کلیه اعضای گروه بپردازند و در نهایت بهترین راه کار تحت هدایت و نظارت مدرسین در کارگاه انتخاب و اصلاح شد. همچنین، در

پایان کارگاه جزوه محتوای کارگاه درماندگی اخلاقی و راه کارهای مقابله با آن نیز به گروه مداخله داده شد. محتوای آموزشی مورد نظر در خصوص علائم و نشانه ها و عوارض درماندگی اخلاقی پس از تکمیل پرسشنامه های پس آزمون در اختیار گروه کنترل نیز قرار گرفت. بلافاصله بعد از اجرای برنامه توانمندسازی و یک ماه پس از آن، پرسشنامه درماندگی اخلاقی مجدداً توسط پرستاران گروه مداخله و کنترل تکمیل شد. اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بخش محل خدمت، وضعیت استخدام، سابقه خدمت، نوع شیفت کاری، وضعیت اقتصادی و سابقه شرکت در کارگاه اخلاق بود که روایی محتوایی آن به تایید ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه رسید. بمنظور سنجش درماندگی اخلاقی از پرسشنامه درماندگی اخلاقی که توسط کورلی (Corely) طراحی شده، استفاده شد.

علوم پزشکی کاشان مجوز لازم اخذ شد. قبل از نمونه گیری از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد.

بمنظور بررسی نرمالیت توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. بمنظور مقایسه وضعیت متغیرهای کمی نرمال بین گروهی از آزمون t مستقل (میانگین سنی و سابقه خدمت پرستاران)، بمنظور بررسی توزیع فراوانی جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، بخش محل خدمت، وضعیت استخدام، نوع شیفت کاری، وضعیت اقتصادی بین دو گروه از آزمون کای اسکور یا آزمون دقیق فیشر و بمنظور بررسی شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی بین دو گروه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری از نوع آمیخته استفاده شد. پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. در کلیه موارد سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها

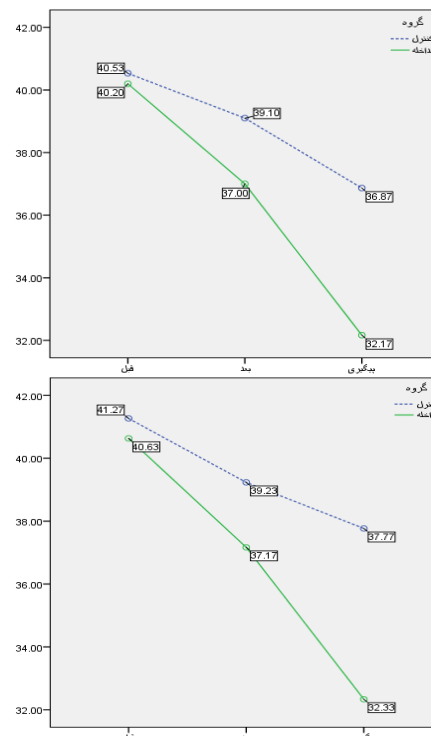
در این مطالعه ۶۰ پرستار در دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. در رابطه با مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه نتایج آزمون t مستقل؛ سن (۰/۸۰ = P) و سابقه خدمت (۰/۳۶ = P)؛ نتایج آزمون کای دو؛ از نظر وضعیت تأهل (۰/۷۹ = P)، سطح تحصیلات (۰/۵۱ = P)، نوع بخش (۰/۷۵ = P)، وضعیت استخدامی (۰/۵۸ = P)، وضعیت اقتصادی (۰/۴۸ = P)؛ نتایج آزمون دقیق فیشر از نظر نوع شیفت کاری (۰/۳۱ = P) تفاوت آماری معنی داری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی ها با هم همگن بودند (جدول ۲).

بر اساس نتایج بدست آمده، بعد از مداخله، میانگین فراوانی درماندگی اخلاقی گروه مداخله و کنترل به ترتیب $4/99 \pm 37$ و $8/88 \pm 39/10$ (۰/۲۶۳ = P) و میانگین شدت درماندگی اخلاقی به ترتیب $5/33 \pm 37/17$ و $9/90 \pm 39/23$ (۰/۳۱۸ = P) بود اما یک ماه بعد از آن، از نظر میانگین فراوانی درماندگی اخلاقی (۰/۱۲ = P) و میانگین شدت درماندگی اخلاقی (۰/۰۰۹ = P) تفاوت معناداری وجود داشت. (جدول ۳؛ نمودار ۱).

بحث

این مطالعه به منظور بررسی تأثیر برنامه توانمندسازی بر درماندگی اخلاقی پرستاران در بخش های مراقبت ویژه انجام شد. نتایج این مطالعه بیانگر آن است که قبل از شروع مطالعه شدت و فراوانی در هر دو گروه در سطح متوسط قرار دارد. این یافته همسو با یافته مطالعه جولایی و همکاران [۱۷]، بیک مرادی و همکاران [۱۸]، دودک و همکاران [۵] مشابه است و در تضاد با نتایج مطالعه مدیان [۱۹] در کشور آمریکا است که درماندگی اخلاقی را پایین گزارش کرد، که ممکن است ناشی از تفاوت محیط کاری پرستاران در ایران، مثلاً خودمختاری کم پرستاران و دموکراسی پزشک در جامعه، نادیده گرفتن پرستاران در بسیاری تصمیمات در مراقبت از بیمار، کمبود امکانات و موانع سازمانی ناشی از قوانین و سیاست موسسات است [۲۰-۲۲].

همچنین، یک ماه بعد از اجرای برنامه توانمندسازی بر مبنی تئوری حساب اخلاقی پرستاری آلویا ناتانیل میانگین فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی گروه مداخله کمتر از گروه کنترل بود. همسو با این



نمودار ۱. روند تغییرات میانگین فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی بلافاصله و یک ماه بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

این پرسشنامه اولین بار در سال ۱۹۹۵ توسط کورلی بمنظور سنجش درماندگی اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه طراحی و در سال ۲۰۰۷ بازنگری شد [۱۵]. پرسشنامه درماندگی اخلاقی کورلی شامل ۲۴ آیتم بوده که هر گزینه مربوط به یک موقعیت خاص در مراقبت های بیمارستانی می باشد. این پرسشنامه درک افراد از دو جنبه (شدت درماندگی اخلاقی) و (فراوانی موقعیت هایی که فرد در آن ها با تنش مواجه می شود) را مورد بررسی قرار می دهد. نحوه پاسخگویی به آیتم ها در مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از (۰ تا ۴) است؛ دامنه نمرات فرد بین صفر تا ۹۶ می باشد و هر چقدر نمره فرد بیش تر باشد نشانه شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی بیش تر در وی است. نمره به دست آمده از کل پرسشنامه به صورت کم (۰ - ۲۴)، متوسط (۲۴ - ۴۸)، زیاد (۴۸ - ۷۲) و خیلی زیاد (۷۲ - ۹۶) طبقه بندی شده است [۱۶].

روایی محتوایی این پرسشنامه توسط عباس زاده و همکاران مورد بررسی و شاخص روایی محتوا (Content Validity Index) ۰.۸۸٪ گزارش شده و مورد تأیید قرار گرفته است. بمنظور پایایی ابزار از ضریب همبستگی درون-رده ای (Intra Correlation Coefficient (ICC استفاده گردید، به این صورت که پرسشنامه ها توسط ۱۵ نفر از افراد شرکت کننده در پژوهش تکمیل شده و دو هفته بعد مجدداً نیز توسط همان افراد تکمیل گردیده است. در نهایت میزان ضریب همبستگی درون رده ای برابر ۰/۸۸ محاسبه شد. همچنین بمنظور تعیین ثبات درونی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است که برابر $A = 0.87$ بوده است [۶].

بمنظور رعایت مسائل اخلاقی، این مطالعه بر اساس دستورالعمل منتشر شده در بیانیه هلسینکی انجام شد. بمنظور انجام این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه

کارگاهی و پیگیری بر حساسیت اخلاقی پرستاران بر ۲۵ پرستار و آموزش کارگاهی ۲ روزه همراه با پیگیری آموزشی ۲ ماهه از طریق دریافت پیام های اخلاقی، نتایج نشان دهنده تاثیر آموزش در طول زمان بر افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران می باشد [۲۶]. بر اساس نتایج چندین مطالعه، آموزش اصول اخلاق پرستاری موجب افزایش قضاوت اخلاقی [۲۷] و حساسیت اخلاقی پرستاران شده که در تصمیم گیری های پرستاران تأثیر مثبت دارد [۲۸] و تقویت تصمیم گیری اخلاقی می تواند سبب کاهش درماندگی اخلاقی شود [۲۹] که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های این مطالعه، به نظر می رسد اجرای برنامه های توانمندسازی می تواند بر کاهش شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی در پرستاران تأثیر مطلوبی داشته باشد. لذا، با توجه به شیوع بالای درماندگی اخلاقی در بین پرستاران، برنامه ریزی بمنظور برگزاری کارگاه های توانمندسازی بویژه در پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه بشدت توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره مصوب دانشگاه علوم پزشکی کاشان با کد اخلاق ۰۵۲ IR.KAUMS.NUHEPM.REC.۱۳۹۷. مورخ ۱۳۹۷/۰۵/۲ می باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی صورت گرفته است. بدین وسیله محققان مراتب قدردانی و سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کاشان و پرستاران که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، اعلام می نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Butts JB, Rich KL. Nursing ethics: Jones & Bartlett Learning; 2019.
- Whitehead PB, Herbertson RK, Hamric AB, Epstein EG, Fisher JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. J Nurs Scholarsh. 2015;47(2):117-25. doi: 10.1111/jnu.12115 pmid: 25440758
- Woods M, Rodgers V, Towers A, La Grow S. Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. Nurs Ethics. 2015;22(1):117-30. doi: 10.1177/0969733014542679 pmid: 25106454
- Rathert C, May DR, Chung HS. Nurse moral distress: A survey identifying predictors and potential interventions. Int J Nurs Stud. 2016;53:39-49. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.10.007 pmid: 26515025
- Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years

یافته، عباسی و همکاران (۲۰۱۸) دریافتند، اجرای برنامه توانمندسازی اخلاقی برای پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه، دو هفته و یک ماه بعد از از مداخله موجب کاهش معنی دار شدت و فراوانی درماندگی اخلاقی پرستاران گروه مداخله شد در حالی که در گروه کنترل اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد [۲۳]. همچنین، نتایج این مطالعه همسو با یافته مطالعه ی آلن و بوتلر (۲۰۱۶) بر روی ۲۶ پرستار بخش ویژه بود. این مطالعه با استفاده از تئوری حساب اخلاقی، با هدف بررسی تأثیر استراتژی های کاهش درماندگی اخلاقی و رضایت شغلی پرستاران شاغل در بخش مراقبت های ویژه (بزرگسالان و کودکان) انجام شد. در مطالعه آلن و بوتلر ۳ ماه پس از مداخله، آموزش مواردی چون یادگیری مدل ۴A، مهارت های ارتباطی و استدلال اخلاقی و برنامه های عملی شخصی نمره درماندگی اخلاقی پرستاران را کاهش داد که مشابه نتایج ۱ ماه بعد مطالعه حاضر و موید تاثیر برنامه توانمندسازی در گذر زمان بود [۱۳]. در مقایسه با مطالعه بوتلر، در این مطالعه استراتژی های بیشتری بمنظور مقابله با درماندگی اخلاقی آموزش داده شد.

نتایج مطالعه میرزازاده و همکاران [۲۴] نیز نشان داد با عنوان تاثیر جلسات بازگویی واقعه استرس زا بر کاهش درماندگی اخلاقی پرستاران قبل و ۱ ماه بعد، از لحاظ بعد شدت درماندگی اخلاقی همانند نتایج ۱ ماه بعد مطالعه حاضر است که موید تاثیر برنامه توانمندسازی در گذر زمان است [۲۴]. در تایید این یافته، ملازم و همکاران (۲۰۱۳) گزارش کردند، آموزش بر مبنای "مدل ۴A" بر کاهش درماندگی اخلاقی پرستاران در بخش مراقبت ویژه قلبی ۱ ماه بعد از مداخله تاثیر معنی داری داشت [۲۵].

بر اساس یافته های مطالعه حاضر، کاهش میانگین نمره فراوانی و شدت درماندگی اخلاقی بین دو گروه بعد از مداخله معنادار نبود؛ اما پس از یک ماه معنادار شد. این یافته نشان می دهد که برای استفاده از استراتژی های آموزشی و تأثیر آن بر کاهش درماندگی اخلاقی، گذر زمان لازم است که باید در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد. بر اساس مطالعه مداخله ای برهانی و همکاران تحت عنوان تاثیر آموزش

of experience. J Crit Care. 2016;31(1):178-82. doi: 10.1016/j.jcrrc.2015.10.011 pmid: 26596697

- Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. J Med Ethics History Med. 2014;7.
- Abbaszadeh A, Borhani F, Kalantary S. The moral distress of nurses in health centers in the city of Bam in 1390. Med Ethic J. 2011;5(17):119-40.
- Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. Iran J Med Ethic History Med. 2013;6(4):80-8.
- Shafipour V, Esmaeili R, Heidari MR, Aghaei N, Saadatmehr SR, Sanagoo A. Investigating the level of moral distress and its related factors among nurses in mazandaran burn center. J Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(126):58-67.

10. Burston AS, Tuckett AG. Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*. 2013;20(3):312-24. **doi:** [10.1177/0969733012462049](https://doi.org/10.1177/0969733012462049) **pmid:** 23275458
11. Hekmat Afshar M, Jooybari L, Sanagou A, Kalantari S. Study of factors affecting moral distress among nurses: a review of previous studies. *J Educat Ethic Nurs*. 2013;1(1):22-8.
12. Nathaniel A. Theory of moral reckoning. *Middle Range Theory Nurs*. 2008:277-92.
13. Allen R, Butler E. Addressing moral distress in critical care nurses: a pilot study. *Int J Crit Care Emerg Med*. 2016;2(2). **doi:** [10.23937/2474-3674/1510015](https://doi.org/10.23937/2474-3674/1510015)
14. Borhani F, Abbas Zadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. The effect of workshop and fallow-up on ethical sensitivity of nurses. 2016;6(21):14.
15. Corley M, Hamric A. Information on shortened form of Corley's moral distress scale.: Unpublished manuscript, University of Virginia.; 2007.
16. Abbaszadeh A, Borhani F, Hoseinabadi FM, Ghasemi E, Naderi RN. Moral Distress among nurses of Shahid Beheshti university of medical scoences hospital in 2013.2014.
17. Joolae S, Jalili H, Rafiee F, Haggani H. The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. *J Med Ethic History Med*. 2011;4(4):56-66.
18. Beikmoradi A, Rabiee S, Khatiban M, Cheraghi MA. Nurses distress in intensive care unit: a survey in teaching hospitals. *J Med Ethic History Med*. 2012;5(2):58-69.
19. Maiden J. A quantitative and qualitative inquiry into moral distress, compassion fatigue, medication error, and critical care nursing: ProQuest; 2008.
20. Vafadar Z, Vanaki Z, Ebadi A. Barriers to implementation of team care and interprofessional education: The viewpoints of educational managers of iranain health system. *Iran J Med Educat*. 2015;14(11):943-56.
21. Mahmoodian F, Jafari SS, Keshmiri M, Azimi A, Vosoughi M. Nurses' experiences about the challenges of nurse-physician professional relationships, in 1390. *Sadra Med Sci J*. 2017;2(1).
22. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. *Nurs Ethics*. 2012;19(1):30-44. **doi:** [10.1177/0969733011408169](https://doi.org/10.1177/0969733011408169) **pmid:** 22140186
23. Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. *Nurs Ethics*. 2019;26(5):1494-504. **doi:** [10.1177/0969733018766576](https://doi.org/10.1177/0969733018766576) **pmid:** 29695198
24. Mirzazadeh G, Nourozi K, Fallahi M, Vaziri M, Kiany T. Evaluating the effect of stressful incident debriefing on moral distress of nurses. *Iran J Rehabilitat Res Nurs*. 2015;2(1):1-11.
25. Molazem Z, Tavakol N, Sharif F, Keshavarzi S, Ghadakpour S. Effect of education based on the "4A Model" on the Iranian nurses' moral distress in CCU wards. *J Med Eethic History Med*. 2013;6.
26. Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. Effect of workshop training and pursuit of ethical sensitivity nurses. *Med Ethic*. 2011;6(21):24-11.
27. Grady C, Danis M, Soeken KL, O'Donnell P, Taylor C, Farrar A, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *Am J Bioeth*. 2008;8(4):4-11. **doi:** [10.1080/15265160802166017](https://doi.org/10.1080/15265160802166017) **pmid:** 18576241
28. Yarbrough S, Klotz L. Incorporating cultural issues in education for ethical practice. *Nurs Ethics*. 2007;14(4):492-502. **doi:** [10.1177/0969733007077883](https://doi.org/10.1177/0969733007077883) **pmid:** 17562728
29. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. *J Med Ethic History Med*. 2011;4(5):58-64.