Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)
Vol 2 Issue 5 No 1 Spring 2015

Evaluating the Effect of Stressful Incident Debriefing on Moral Distress of Nurses

Mirzazadeh G[1], Nourozi K[2], Fallahi M[3], Vaziri MH[4], Kiany T[5]

Abstract

Introduction: Moral Distress is a serious problem in nursing which contributes to nurses feelings of loss of integrity and dissatisfaction with their work environment.it affects relationships with patients and others and can affect the quality, quantity and cost of nursing care.

Methods: In this quasi experimental study, 70 nurses who worked in two Uromia hospitals selected using convenience sampling method. Data were collected with Corley and Hamric Moral Distress scale before and one month after intervention after pretest nurses in the intervention group participated in moral distress workshop and then after each stressful incident, debriefing sessions with seven phases Mitchell's technique were convened several times. One month later two groups completed the questionnaire once again and statistical analysis of data was carried out with SPSS ver.18.

Results: Results showed that frequency of moral distress experiences after stressful incident debriefing sessions in the intervention and control groups showed no significant differences.(p=0/448) While intensity of moral distress experiences after stressful incident debriefing sessions in the intervention group showed statistically significant reduction (p<0/001).

Conclusion: The results of this study showed that stressful incident debriefing sessions on moral distress effectively alleviates intensity of nursing staff moral distresses.

Keywords: moral distress, nurses, stressful incident debriefing

Received: 13 April 2015 Accepted: 21 July 2015

1- MSc student in nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
2- Assistant Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran. **(Corresponding Author)**
E-mail: dr.kian_nourozi@yahoo.com
3- Associate Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Science, Tehran, Iran.
4- Faculty Members of Health, safety and environment. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5- MSc in nursing, Department of Nursing, Faculty Paramedical Science, Brojerd, Iran.

[Downloaded from ijrn.ir on 2024-05-06]

پژوهش توانبخشی در پرستاری دوره دوم، شماره ۱ پاییز ۱۳۹۴ ۱۱-۱

بررسی تأثیر بازگویی واقعه استرس زا بر تنیدگی اخلاقی پرستاران

گلیا میرزازاده[۱]، *کیان نوروزی[۲]، مسعود فلاحی خشکناب[۳]، محمد حسین وزیری[۴]، تیام کیانی[۵]

چکیده

مقدمه: تنیدگی اخلاقی مشکل جدی در پرستاری است که در احساس از دست دادن یکپارچگی و نارضایتی پرستاران در محیط کارشان نقش دارد. تنیدگی اخلاقی بر روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت و کمیت و هزینه مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. بازگوئی واقعه استرس زا به عنوان یکی از مداخلات مطرح در این زمینه عنوان گردیده است.

روش: در این مطالعه مداخله‌ای نیمه تجربی ۷۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های شهر ارومیه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه تنیدگی اخلاقی کورلی و هامریک قبل و یک ماه بعد از مداخله جمع آوری شد. بعد از مرحله اول کارگاه آموزشی تنیدگی اخلاقی برای گروه مداخله برگزار و سپس جلسات بازگویی واقعه استرس زا با تکنیک هفت مرحله‌ای جفری میشل، طی چند جلسه بعد از هر واقعه استرس زا تشکیل گردید و پس از یک ماه مجدداً پرسشنامه‌ها در هر دو گروه تکمیل گردیدند و اطلاعات با نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تعداد دفعات مواجهه با تنیدگی اخلاقی بعد از برگزاری جلسات بازگویی واقعه استرس زا در گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری نداشت ($p=۰/۴۴۸$)؛ در حالی که بعد از برگزاری جلسات بازگویی واقعه استرس زا شدت تنیدگی اخلاقی در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد کاهش معنی داری را نشان می‌داد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: نتایج این بررسی نشان داد که جلسات بازگویی واقعه استرس زا بر تنیدگی اخلاقی پرستاران تاثیر مثبت دارد و در کاهش تنیدگی اخلاقی پرستاران مؤثر است

کلیدواژه ها: تنیدگی اخلاقی، پرستاران، بازگویی واقعه استرس زا.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱/۲۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۳۰

۱- کارشناس ارشد پرستاری، گرایش داخلی- جراحی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.(**نویسنده مسؤول**)

پست الکترونیکی: dr.kian_nourozi@yahoo.com

۳- دانشیار، گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۴- عضو هیات علمی دانشکده سلامت، ایمنی و محیط زیست دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،تهران،ایران

۵- کارشناس ارشد روان پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پیراپزشکی، بروجرد، ایران.

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

مقدمه

Jameton تنیدگی اخلاقی را احساسات دردناک یا عدم توازن و آرامش روانی تعریف کرده است. در وضعیت تنیدگی اخلاقی، پرستار به واسطه ویژگی‌های سازمانی و موانع موجود قادر به انجام آن چه که احساس می‌کند یا معتقد است که باید به عنوان اقدام مناسب اخلاقی و رفتاری صورت پذیرد، نمی باشد و یا این که پرستار از ملاحظات اخلاقی یک موقعیت مراقبتی مطلع است اما به واسطه موانع سازمانی از قبیل اندک بودن زمان، کمبود حمایت و پشتیبانی مدیران اجرایی، فوریت-های پزشکی، سیاست و خط مشی‌های سازمانی یا محدودیت‌های قانونی نمی‌تواند اقدام مراقبتی مناسب را انجام دهد (۱).

او معتقد است که منبع تنیدگی اخلاقی برای پرستاران در محیط‌های بهداشتی ایجاد تعارض بین تمایل پرستار برای انجام کارهای درست و اخلاقی از یک سو و قوانین سازمان در مورد اقدامات مجاز و غیر مجاز از سوی دیگر است (۲). به طور کلی تنیدگی اخلاقی مسئله جدی در پرستاری است که در احساس از دست دادن یکپارچگی و نارضایتی پرستاران در محیط کارشان نقش به سزایی دارد و همچنین بر روابط پرستار با بیماران و سایرین اثر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت، کمیت و هزینه مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد (۳).

Wilkinson در تعریف دیگری از این مفهوم می گوید تنیدگی اخلاقی عدم تعادل روانی و احساس منفی می باشد که زمانی اتفاق می افتد که فرد در یک موقعیت اخلاقی قرار گرفته و قادر نیست در آن موقعیت تصمیمی درست برای حل مشکل اخذ نماید (۴). در این راستا Corley تنیدگی اخلاقی را تجربه‌ای می داند که زمانی اتفاق می افتد که پرستار نمی تواند آن چه را که فکر می‌کند صحیح است انجام دهد. او همچنین "تئوری تنیدگی اخلاقی" را پیشنهاد نمود که در این تئوری در خصوص تنیدگی اخلاقی توضیحات مفصلی ارائه گردیده است و همچنین برای تعاریف فرد، عملکرد و دیدگاه سازمانی محدودیت هایی قائل شده است که این محدودیت ها شامل عواملی از قبیل خطای فردی در قضاوت و یا شرایط محیط درمان بود که فراتر از کنترل ارائه دهندگان خدمات درمانی می باشد (۵).

Corley در نظریه تنیدگی اخلاقی معتقد است که اهداف پرستاری به طور مسلم از اصول اخلاقی سرچشمه می گیرند ولی هنگامی که دستیابی به این اهداف مانند حفاظت از آسیب به بیماران، ارایه مراقبت شایسته و به موقع و حفظ محیط سالم با مانع مواجه می شود، پرستاران از تنیدگی اخلاقی رنج می‌برند؛ به نظر او تنیدگی اخلاقی زمانی رخ می دهد که به عنوان مثال نیروی انسانی ناکافی نبوده و سیاست‌ها و دستور العمل‌های سازمانی طوری تنظیم شده اند که برآورده شدن نیازهای بیماران و خانواده‌های آنان به دشواری یا حتی غیر ممکن می باشد (۵).

حاصل تحلیل‌های ساختارشناسی Wilkinson نیز توصیفی از تنیدگی اخلاقی می باشد که در آن چندین شاخص تجربی که مرتبط با شناخت، عواطف و ابعاد عملی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی می باشد طبقه بندی گردیده اند که عبارتند از:

۱- نوع موقعیت‌هایی که بیشتر باعث ایجاد تنیدگی اخلاقی می‌شوند.

۲- فراوانی و نوع تنیدگی‌های اخلاقی در ارتباط با ارزش‌های مورد احترام پرستار.

۳- محدودیت‌های داخلی و خارجی که اجازه انجام عمل اخلاقی را نمی‌دهد.

۴- احساسات منفی از قبیل احساس ناامیدی، عصبانیت و گناه.

۵- اثرات تنیدگی اخلاقی بر روی تمامیت پرستاران از قبیل از دست دادن احترام به نفس، بروز تنیدگی های جسمی و اختلال در ارتباطات فردی.

۶- اثراتی که تنیدگی اخلاقی بر روی رفتارهای مراقبت از بیماران بر جای می گذارد مانند دوری از بیمارانی که در ایجاد این تنیدگی سهیم می‌باشند و یا به صورت توجه بیش از حد به بعضی از بیماران.

۷- سازگاری با تنیدگی اخلاقی با استفاده از روش‌هایی از قبیل توجه به رفتارهای غیر اخلاقی سایر کارکنان و تغییر شغل.

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

Wilkinson سپس مدلی را ارائه نمود که در آن تعامل میان این شاخص‌ها و اهمیت تنیدگی اخلاقی تشریح گردیده است. او همچنین معادله تنیدگی را پیشنهاد داد که در آن به شرح تجربه تنیدگی اخلاقی و تاثیر رفتارهای مقابله‌ای با این تنیدگی و فراوانی مواردی که روی تمامیت فردی و مراقبت از بیمار تاثیر می‌گذارند پرداخته است (۴).

Corley و همکاران دریافتند که حد متعادلی از تنیدگی اخلاقی در پرستاران وجود دارد و گزارش کردند که سطح تحصیلات، سن و میزان تجربه کاری می‌تواند شدت تنیدگی اخلاقی را پیش بینی کند (۶،۷). Elpern و همکاران نیز دریافتند که پرستاران بخش مراقبت های ویژه میزان بالاتری از تنیدگی اخلاقی را درک می‌کنند و این امر ارتباط مستقیمی با میزان تجربه پرستار دارد (۸).

مطالعه Redman و همکاران نشان داد که از هر سه پرستار یک نفر تنیدگی اخلاقی را تجربه کرده است (۹). Nathaniel در مطالعه خود نشان داد که ۸۰-۳۳ درصد پرستاران تجربه تنیدگی اخلاقی را داشته‌اند (۱۰). در این رابطه، مطالعه Corley نیز نشان داد که حدود ۸۰ درصد پرستاران سطوح متوسط تا شدید تنیدگی اخلاقی را گزارش نموده اند(۱۱). در تحقیق Solomon و همکاران مشخص شد که با توجه به این که پرستاران فقط دستورات پزشکان را اجرا می‌کنند، نیمی از پرستاران در مراقبت از بیماران بدحال برخلاف باور اخلاقی خود عمل می‌کنند(۱۲).

مطالعه Millette نشان داد که نیمی از پرستاران مورد مطالعه بخش های خود یا حتی حرفه پرستاری را به علت تجربه تنیدگی اخلاقی ترک کرده‌اند (۱۳). تنیدگی اخلاقی منجر به اضطراب، رنج یا احساس عاطفی می گردد که پرستاران به ویژه در بخش آی سی یو آن را تجربه می‌کنند (۱۴).

مطالعات Corley و Elpern و همکاران نشان دادند که پرستاران شاغل در آی سی یو سطوح متوسط تا شدید تنیدگی اخلاقی را تجربه کرده‌اند (۱۵،۸). Corley و همکارانش دریافتند پرستارانی که در محیط کار با رعایت اصول اخلاقی کار می‌کردند میزان کمتری از تنیدگی اخلاقی را نشان داده‌اند (۷).

Fry و همکارانش در مطالعه‌ای بر روی پرستاران نظامی ارتش آمریکا دریافتند که پرستاران نظامی نیز مراحل تنیدگی اخلاقی Jameton را تجربه می کنند و در شرایط بحران نظامی در معرض خطر بیشتری از تنیدگی اخلاقی قرار دارند(۱۶). امروزه با پیشرفت های پزشکی و مراقبتی، پرستاران با موقعیت و تصمیمات دشواری مواجه می باشند که قبلا وجود نداشته است، کمبود پرستاران و منابع که منجر به احساس عدم کفایت آن ها در ارائه مراقبت مناسب از بیماران می شود و همچنین انجام درمان‌های گران قیمت و سنگین به جای ارائه مراقبت های تسکینی در مورد بیمارانی که به لحاظ پزشکی هیچ امیدی به بهبودی آن ها نیست نیز ممکن است موجب تنیدگی اخلاقی پرستاران گردد (۱۷).

در مطالعه وزیری و همکاران علاوه بر بالا بودن میزان تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش های اورژانس و آی سی یو نوزادان، پایین بودن صلاحیت عملکرد حرفه‌ای پزشک، تجویز غیرضروری و ناقص آزمایش ها و درمان ها، بی احترامی به ارزش ها و کرامت انسانی بیمار و کار کردن در وضعیت نا ایمن، پرستار را در معرض تنیدگی اخلاقی بیشتری قرار می‌دهد (۱۸). نتایج مطالعه مرقاتی خوئی و همکاران نشان داد که عواملی مانند جو حاکم بر بیمارستان های خصوصی، عدم حمایت لازم از پرستاران و عدم وجود مقررات، خط مشی و سیاست های مدون مراقبتی، درمانی و اخلاقی موجب افزایش تنیدگی و استرس محیط کار بوده و میزان تنیدگی اخلاقی را در پرستاران افزایش می دهد (۱۹). نتایج مطالعه شوریده و همکاران نشان داد که واکنش‌های روان تنی، معنوی و نیز روش های مقابله‌ای پرستاران در پاسخ به تنیدگی اخلاقی در بخش های مراقبت ویژه موثر است (۲۰).

مطالعه جولایی و همکاران نشان داد که ارتباط معنی داری بین عامل مدیران و فراوانی تنیدگی و نیز بین عامل بیماران با فراوانی و شدت تنیدگی پرستاران وجود دارد (۲۱)

شوریده و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که موانع سازمانی، مشکلات ارتباطی، خطاهای پزشکی و پایین بودن

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

مهارت های حرفه ای و مسئولیت پذیری از مهمترین عوامل تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش ویژه محسوب می شود (۲۲)

برای کاهش تنیدگی اخلاقی فعالیت ها و مداخلات متعددی توصیه شده است. از جمله این اقدامات می‌توان به تشویق پرستاران به مشارکت فعال در تصمیم گیری های اخلاقی و بالینی، توسعه سیستم‌های حمایتی، فراهم نمودن فرصت‌هایی جهت رشد حرفه ای، پرورش روحیه همکاری بین پزشک و پرستار به جای روابط سلسله مراتبی و دستوری و همچنین جلسات بازگویی (Debriefing sessions) اشاره نمود. بازگویی روانشناختی (Psychological debriefing) روشی است که در پیشگیری از بروز نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در آسیب‌های مختلف به کار می‌رود و در طی آن از روش‌هایی مانند عادی سازی پاسخ ها، تعدیل هیجان‌ها و نحوه مواجهه با نشانه‌های اختلال در یک جلسه گروهی استفاده می‌شود (۲۳).

Mitchell تکنیک هفت مرحله‌ای بازگویی فشار روانی ناشی از واقعه بحرانی (critical incident stress debriefing) را معرفی کرد که مراحل آن در جدول شماره ۱ ذکر گردیده است. وی این تکنیک بازگویی را برای اولین بار در یک برنامه توصیفی برای کارکنان خدمات اورژانس به کار برد (۲۴). نتایج پژوهشی Keene و همکاران نشان داد که جلسات بازگویی می‌تواند یک رویکرد موثر جهت حمایت از ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مدیریت غم و اندوه ناشی از مرگ یک کودک باشد (۲۵).

در پژوهش دیگری که توسط Beumer انجام شده بود نتایج بیانگر آن بود که کارگاه و آموزش مداوم در این زمینه، تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه را کاهش می‌دهد (۲۶). همچنین نتایج مطالعه Ireland و همکاران حاکی از آن بود که جلسات بازگویی بعد از احیاء ناموفق کودک باعث حل مسائل عاطفی و روحی – روانی پزشکان و پرستاران بخش اورژانس گردیده است (۲۷). علاوه بر نتایج مطالعه Hanna و همکاران بیانگر آن بود که بازگویی موجب کاهش اثرات تنیدگی اخلاقی پرستاران می‌شود (۲۸). از آن جایی که مطالعه ای در این زمینه در ایران انجام نشده است و با توجه به اهمیت تنیدگی اخلاقی در پرستاران، پژوهشگران بر آن شدند تا تأثیر جلسات بازگویی بر تنیدگی اخلاقی پرستاران را مورد بررسی قرار دهند.

جدول شماره ۱: بازگویی فشار روانی ناشی از واقعه بحرانی

مرحله معرفی	در طی این مرحله فرد هدایت کننده توضیحاتی در باره هدف از بازگویی، دستورالعمل ها بیان می‌کند.
مرحله واقعیات	یک توصیف واقعی از آنچه که اتفاق افتاده داده می‌شود ولی جزییات واقعه در این مرحله مورد توجه قرار نمی‌گیرد
مرحله افکار	افکار شرکت کنندگان در زمان بروز واقعه مورد توجه قرار می‌گیرد
مرحله واکنش ها	این مرحله برعواطف شرکت کنندگان در زمان بروز واقعه متمرکز است
مرحله نشانه ها	اگر مدت زیادی از زمان بروز واقعه گذشته باشد اعضاء گروه ممکن است نشانه‌هایی را تجربه کنند در این مرحله فرد هدایت کننده کمک می‌کند تا اعضاء گروه متوجه شوند که این واکنش ها چگونه زندگی شخصی و کاری آن ها را تحت تاثیر قرار داده است.
مرحله آموزش	در این مرحله هدایت کننده درباره راهبردهای سازگاری توصیه‌هایی را ارائه می‌کند
مرحله برنامه ریزی برای آینده و ختم جلسه	در این مرحله به افراد شرکت کننده فرصت داده می‌شود که سوالات خود را بپرسند، خلاصه ای از جلسه بازگویی ارائه می‌شود و پایان جلسه اعلام می‌گردد

روش مطالعه

در این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی، محیط پژوهش شامل بیمارستان آیت الله طالقانی و بیمارستان جنرال امام رضا (ع) ارومیه بودند که بیمارستان آیت الله طالقانی از میان نه بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به شکل تصادفی و بیمارستان جنرال امام رضا (ع) وابسته به سازمان تامین اجتماعی نیز به عنوان تنها بیمارستان از این نوع در شهر ارومیه انتخاب شدند. جامعه پژوهش مطالعه حاضر را پرستاران بخش های آی‌سی‌یو و اورژانس تشکیل می دادند.

حجم نمونه مورد نیاز با استفاده از فرمول حجم نمونه و با احتساب سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

حداکثر اختلاف مورد قبول یک و انحراف معیار ۱/۵ برای هر دو گروه ۷۰ نفر محاسبه شد که از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و سپس با روش تخصیص تصادفی به دو گروه ۳۵ نفری تقسیم شدند.

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}\right)^2 \pm^2}{d^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل سه سال سابقه کار بالینی و استخدام رسمی یا قراردادی بودند.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه ۳۸ گویه‌ای Corely بود که توسط Hamric به ۲۱ گویه تعدیل گردید که آزمودنی ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۵ نقطه ای لیکرت از صفر (هرگز مواجهه نشدم) تا ۴ (بسیار مواجه شدم) مشخص می کردند.

این پرسشنامه توسط وزیری از انگلیسی به فارسی روان ترجمه و روانسنجی آن انجام پذیرفت (۱۸).

در این مطالعه ابتدا پرسشنامه به همراه متن انگلیسی آن در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب نظر دانشگاه های تهران (مرکز اخلاق و تاریخ پزشکی)، دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی قرار گرفت. سپس برای استفاده از این پرسشنامه، با توجه به شرایط خاص سیستم ارائه خدمات در ایران تغییراتی در پرسشنامه با نظر اساتید و متخصصین اعمال گردید، به طوری که از ۲۱ گویه ۴ مورد آن که تناسبی با مسائل موجود در بیمارستان های ایران نداشت حذف و به جای آن هفت گویه دیگر جایگزین شد و یک پرسشنامه ۲۴ سؤالی طراحی گردید. پایایی این ابزار از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به بیمارستان های منتخب، ۷۰ نفر از پرستاران واجد شرایط شاغل در بخش های ای سی یو و اورژانس را به صورت دسترس انتخاب و سپس به صورت تخصیص تصادفی در دو گروه شاهد و مداخله تقسیم نمود و پس از ارائه آموزش ها و توضیحات لازم در خصوص اهداف مطالعه، روش اجرای آن، محرمانه ماندن اطلاعات و آزاد بودن آزمودنی ها در شرکت در مطالعه و همچنین اطمینان به مسئولین در خصوص در اختیار قرار گذاردن نتایج مطالعه و در نهایت پس از اخذ رضایت نامه آگاهانه از آن ها، ابتدا میزان تنیدگی اخلاقی افراد هر دو گروه مداخله و شاهد را اندازه گیری نمود. سپس کارگاه آموزشی تنیدگی اخلاقی برای پرستاران بخش های آی سی یو و اورژانس توسط پژوهشگر برگزار شد تا پرستاران گروه مداخله با مفهوم تنیدگی اخلاقی، علائم و نشانه‌ها و عوارض آن آشنا شوند. سپس جلسات بازگویی وقایع استرس زا بعد از واقعه استرس‌زا با همکاری سرپرستاران و سوپروایزرها بخش‌های آی سی یو و اورژانس و مشارکت نمونه‌های پژوهش به مدت دو ساعت هر دو هفته یک بار با حضور شش پرستار برگزار شد.

یک ماه بعد از برگزاری کلیه جلسات بازگویی واقعه استرس زا پرسشنامه مقیاس تنیدگی اخلاقی مجدداً در اختیار هر دو گروه مداخله و شاهد قرار داده شده و اطلاعات جمع آوری گردید.

در این مداخله پژوهشگر از تکنیک بازگویی فشار روانی ناشی از واقعه بحرانی Mitchell & Everley استفاده نمود. این روش بازگویی روانشناختی نوعی پیشگیری ثانویه و مداخله فوری و کوتاه مدت به دنبال حوادث است که به نام بازگویی استرس حوادث شدید نیز شناخته شده است و اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط Mitchell در ارتباط با پرسنل آمبولانس برای مواقع اورژانس ابداع و استفاده شد و امروزه به عنوان یکی از شایع‌ترین مداخلات فوری در تروماها محسوب می‌شود و اهداف آن اطلاع از برآورده شدن نیازهای اولیه فرد و اطمینان از اخذ کافی اطلاعات از وی و ترتیب دادن گروه های حمایتی و توضیح واکنش‌های طبیعی و غیرطبیعی به حادثه، آشنایی دادن با مکانیسم‌های سازگاری و کاهش اضطراب، تسهیل کارکردهای قبلی، مشخص نمودن افراد در معرض خطر می‌باشد (۲۹). چهارچوب و ساختار جلسات بازگویی واقعه استرس زا در این مطالعه در جدول ۲ ذکر شده است.

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

جدول شماره ۲: چهارچوب و ساختار جلسات بازگویی واقعه استرس زا

چهارچوب	ساختار
معرفی	بیان قواعد و اهداف جلسه، بررسی اجمالی و کلی جلسه
واقعیات	چه چیزی پیش آمده است؟ تجربه‌های عینی شرکت کنندگان(همه اعضای گروه شرکت می‌کنن)د.
افکار	حفظ ترتیب زمانی (ابتدا افکار اولیه سپس افکار بعدی) و تمرکز روی تصمیمات و فعالیت است
واکنشها	بررسی درباره افکار به پاسخ های عاطفی منجر می‌شود. در خصوص بدترین چیزی که روی داده سوال می‌شود.
نشانه ها	بررسی علایم و نشانه‌های شرکت کنندگان، بررسی تاثیر علایم روی زندگی شخصی و کاری اعضای گروه
آموزش	درباره راهبردهای سازگاری توصیه‌هایی ارائه می‌شود و مطالب به صورت کتبی به شرکت کنندگان ارائه می‌شود و همچنین به اعضای گروه جهت پرسیدن سوالات وقت داده می‌شود.
برنامه ریزی برای آینده و ختم جلسه	آموزش ها جمع بندی می‌گردد و در نهایت برنامه‌های جلسات پیگیری در صورت لزوم مشخص می شود.

داده ها پس از جمع آوری با استاده از نسخه ۱۸ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای ارائه داده‌های دموگرافیک از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شد. در این مطالعه از آزمون آماری تی زوجی برای مقایسه درون گروهی (در گروه مداخله و شاهد) و آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین تنیدگی اخلاقی بین گروه مداخله و شاهد استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که از ۷۰ شرکت کننده در پژوهش۵۳ نفر زن (۷۵/۷ درصد) و ۱۷ نفر مرد (۲۴/۳ درصد)، ۵۲ نفر متأهل (۷۴/۳ درصد) و ۱۸ نفر مجرد (۲۵/۷ درصد) بودند. میانگین سنی و انحراف معیار گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۳/۵۹±۳۱/۶۹ و ۶/۵۱ ±۳۰/۸۹ می باشد. همچنین نتایج نشان داد که در بررسی وضعیت آموزشی شرکت کنندگان ۶۷ نفر کارشناس پرستاری (۹۵/۷ درصد) و ۳ نفر کارشناس ارشد (۴/۳ درصد) بودند. از نظر وضعیت استخدامی ۴۶ نفر رسمی (۶۵/۷درصد)، ۱۱ نفر آزمایشی (۱۵/۷درصد) و ۱۳ نفر قراردادی (۱۸/۶درصد) بودند. از نظر وضعیت شیفت کاری تعداد ۴ نفر در شیفت ثابت صبح (۵/۷درصد)، ۲۲ نفر شیفت ثابت شب (۳۱/۴درصد) و ۴۴ نفر شیفت در گردش (۶۲/۹درصد) بودند. همچنین در بین شرکت کنندگان ۲۸ نفر (۴۰ درصد) در دوره‌های اخلاق در پرستاری شرکت داشته و ۴۲ نفر (۶۰ درصد) شرکت نداشته‌اند. در گروه مداخله، میانگین و انحراف معیار سابقه کاری در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۳/۸۴±۹/۳۷ سال و ۵/۸۴±۹/۰۷ سال بود.

همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد تعداد زن‌های شرکت کننده در مطالعه حاضر بیشتر از مردان بودند ولی به طور کلی بین گروه مداخله و شاهد از نظر جنس اختلاف معنی داری مشاهده نشد. اکثر نمونه‌ها در شیفت در گردش مشغول به کار بودند و در بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر شیفت کاری اختلاف معنی داری وجود نداشت، به طور کلی تفاوت معنی داری بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر سابقه کاری وجود نداشت (p=۰/۸۰۱).

نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات تعداد مواجهه با موقعیت‌های تنش زای اخلاقی گروه مداخله و شاهد در پیش از مداخله (p=۰/۸۶۹) و پس از مداخله (p=۰/۸۶۳) تفاوت آماری معنی داری نداشتند. همچنین در گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمرات تعداد مواجهه با موقعیت‌های تنش زای اخلاقی در مرحله قبل و بعد از مداخله وجود نداشته است (جدول ۳).

علاوه بر این نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات تنش اخلاقی گروه مداخله و شاهد در پیش از مداخله تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشته است (p=۰/۷۵۱) ولی میانگین نمرات تنش اخلاقی در گروه مداخله پس از انجام مداخله به طور معنی داری کمتر از گروه شاهد شده است (p=۰/۰۴۷)، همچنین نتایج نشان داد که میانگین تنش اخلاقی گروه مداخله پس از مداخله نسبت به قبل از آن کاهش معنی داری داشته است (p<۰/۰۰۱)، ولی تفاوت معنی داری بین میانگین موقعیت‌های تنش اخلاقی گروه شاهد قبل و بعد از مداخله مشاهده نشده است (p=۰/۰۸۰) (جدول ۴).

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

نتایج مطالعه نشان می دهد که نمرات پیش از مداخله تأثیر معنی داری بر نمرات پس از مداخله داشته است (p<۰/۰۰۱). پس از کنترل تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش از مداخله، انجام مداخله (بازگویی واقعه استرس‌زا) بر میانگین نمرات پس از مداخله اثر نگذاشته است یعنی تعداد دفعات مواجهه با تنش اخلاقی گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر نداشتند (p=۰/۴۴۸). بنابراین مداخله اثرگذار نبوده است به گونه‌ای که با تکیه بر مداخله می‌توانیم ۰/۰۰۱ درصد تغییرات متغیر وابسته (تعداد دفعات مواجهه با تنش اخلاقی) در پس آزمون را تبیین کنیم. به عبارتی ۰/۰۰۱ درصد تغییرات تعداد دفعات مواجهه با تنش اخلاقی در پس آزمون ناشی از مداخله بوده است (جدول ۵). نتایج نشان می‌دهد که نمرات پیش از مداخله تأثیر معنی داری بر نمرات پس از مداخله داشته است (p<۰/۰۰۱). پس از کنترل تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش از مداخله، انجام مداخله (بازگویی واقعه استرس‌زا) بر میانگین نمرات پس‌آزمون اثر معنی داری گذاشته است. یعنی شدت تنش اخلاقی گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی داری با یکدیگر داشته اند (p<۰/۰۰۱). بنابراین مداخله اثرگذار بوده است به گونه‌ای که با تکیه بر مداخله می‌توانیم ۲۳ درصد تغییرات متغیر وابسته (شدت تنش اخلاقی) در پس از مداخله را تبیین کنیم. به عبارتی ۲۳ درصد تغییرات شدت تنش اخلاقی در پس از مداخله ناشی از مداخله بوده است (جدول ۶).

جدول شماره ۳: میانگین تعداد مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی اخلاقی گروه مداخله و شاهد در قبل و بعد از مداخله

	تعداد	**قبل از مداخله**		**بعد از مداخله**		**آزمون t وابسته (زوجی)**	
گروه		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	p-value
مداخله	۳۵	۵۰/۲۰	۱۳/۱۵	۵۰/۸۵	۱۲/۴۴	-۰/۴۹۷	۰/۶۲۲
شاهد	۳۵	۵۰/۷۴	۱۴/۳۳	۵۰/۳۱	۱۳/۷۶	۱/۰۰	۰/۳۲۴
آزمون t مستقل	آماره	-۰/۱۶۵		۰/۱۷۳			
	p-value	۰/۸۶۹		۰/۸۶۳			

جدول شماره ٤: میانگین نمرات تنیدگی اخلاقی گروه مداخله و شاهد در قبل و بعد از مداخله

	تعداد	**قبل از مداخله**		**بعد از مداخله**		**آزمون t وابسته (زوجی)**	
گروه		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آماره	p-value
مداخله	۳۵	۵۲/۸۸	۱۸/۰۷	۴۷/۳۴	۱۶/۱۷	۴/۰۱	<۰/۰۰۱
شاهد	۳۵	۵۴/۲۰	۱۶/۳۸	۵۵/۶۰	۱۷/۸۶	-۱/۸۰	۰/۰۸۰
آزمون t مستقل	آماره	-۰/۳۱۹		-۲/۰۲			
	p-value	۰/۷۵۱		۰/۰۴۷			

جدول شماره ۵: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تعداد دفعات تجربه تنیدگی اخلاقی پرستاران در دوگروه پس از مداخله

منبع	**مجموع مجذورات**	**درجه آزادی**	**میانگین مجذورات**	**آماره F**	**مقدار احتمال**	**اندازه اثر**
پیش از مداخله	۹۶۴۳/۷۶	۱	۹۶۴۳/۷۶	۳۱۲/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۲
گروه	۱۷/۹۴	۱	۱۷/۹۴	۰/۵۸۲	۰/۴۴۸	۰/۰۰۱
خطا	۲۰۶۶/۰۶	۶۷				

جدول شماره ٦: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه شدت تنیدگی اخلاقی پرستاران در دو گروه پس از مداخله

منبع	**مجموع مجذورات**	**درجه آزادی**	**میانگین مجذورات**	**آماره F**	**مقدار احتمال**	**اندازه اثر**
بعد از مداخله	۱۶۹۱۲/۲۹	۱	۱۶۹۱۲/۲۹	۳۹۹/۸۰	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
گروه	۸۶۹/۸۷	۱	۸۶۹/۸۷	۲۰/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۳
خطا	۲۸۳۴/۱۵	۶۷				

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

بحث

همانگونه که نتایج پژوهش نشان داد تعداد زن‌های شرکت کننده در مطالعه ما بیشتر از مردان بودند و به طور کلی بین گروه مداخله و شاهد از نظر جنس اختلاف معنی داری مشاهده نشد. اکثر نمونه‌ها در شیفت در گردش مشغول به کار بودند و در بین دو گروه مداخله و شاهد از نظر شیفت کاری اختلاف معنی داری وجود نداشت. به طور کلی تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و شاهد از نظر سابقه کاری وجود نداشت که این نتیجه با نتیجه‌ای که وزیری و همکاران در مطالعه خود مبنی بر عدم تأثیر سابقه کاری در ایجاد تنیدگی اخلاقی در پرستاران گزارش نمودند کاملاً یکسان بود (۱۸)، ولی با نتیجه Elpern و همکاران همخوانی نداشت (۸).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که نمرات پیش آزمون، تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون داشت. پس از کنترل تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون گروه ها، مداخله (بازگویی واقعه استرس‌زا) بر میانگین نمرات پس آزمون اثر نگذاشته است یعنی تعداد دفعات مواجهه با تنیدگی اخلاقی گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی داری نداشته است.

از نظر تعداد مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی اخلاقی دوگروه قبل از مداخله یکسان بودند. میانگین نمرات تعداد مواجهه با موقعیت تنیدگی اخلاقی گروه مداخله و شاهد در پیش آزمون و پس‌آزمون تفاوت آماری معنی‌داری نداشت. همچنین، در گروه مداخله پس آزمون تفاوت آماری معنی‌داری با پیش‌آزمون نداشته است. میانگین تعداد مواجهه با موقعیت‌های تنیدگی اخلاقی گروه شاهد در پس آزمون تفاوت آماری معنی‌داری با پیش‌آزمون نداشته است.

نتایج تحلیل ها نشان داد که نمرات پیش آزمون، تأثیر معنی‌داری بر نمرات پس آزمون داشته است. پس از کنترل تفاوت میانگین نمرات گروه‌ها در پیش آزمون، مداخله (بازگویی واقعه استرس‌زا) بر میانگین نمرات پس‌آزمون اثر معنی‌داری داشته است. با توجه به اندازه اثر بدست آمده می توان تخمین زد که حدود ۲۳ درصد تغییرات شدت تنیدگی اخلاقی در پس آزمون ناشی از مداخله بوده است.

مطالعه ما با نتیجه‌ای که Beumer در مطالعه خود با هدف تعیین تاثیر کارگاه آموزشی بر کاهش تجربه تنیدگی اخلاقی در بخش مراقبت‌های ویژه بدست آورد، یکسان بوده وهمچنین با نتایج مطالعه‌ای که هانا و همکاران جهت تعیین تاثیر بازگویی بر تنیدگی اخلاقی پرستاران بخش آی‌سی‌یو انجام دادند نیز همخوانی داشت(۲۶, ۲۸).

نتایج تحقیقی که Keene و همکاران تحت عنوان تاثیر بازگویی به عنوان یک مداخله جهت حمایت از ارائه‌دهندگان مراقبت های بهداشتی در اداره غم و اندوه ناشی از مرگ یک کودک در بیمارستان جان هاپکینز انجام داد هم راستا بود (۲۵).

نتیجه گیری نهایی

در مجموع نتایج بدست آمده از مطالعه حاضرنشان داد که تنیدگی اخلاقی در پرستاران بخش های مراقبت‌های ویژه، داخلی و اورژانس مطرح بوده و جلسات بازگویی واقعه استرس زا به روش Mitchell & Everley شدت تنیدگی اخلاقی پرستاران این بخش‌ها را به میزان قابل ملاحظه ای کاهش داد. نتایج بدست آمده از این مطالعه در سه حیطه مدیریتی، آموزشی، درمانی قابل استفاده خواهد بود.

از آن جایی که مراقبت های بالینی پرستاری با چالش های متعدد روبرو است و همچنین با توجه به حضور مداوم پرستاران بر بالین بیمار و تاثیر این حضور بر کیفیت رضایت مندی بیمار از خدمات بهداشتی و درمانی می‌توان برگزاری جلسات بازگویی واقعه استرس زا را به عنوان یک استراتژی ساده ، کم هزینه و مؤثر جهت کاهش شدت تنیدگی اخلاقی پرستاران در بیمارستان های دولتی و خصوصی کشور مدنظر قرار داد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از بذل مساعدت مدیریت محترم درمان تأمین اجتماعی استان آذربایجان غربی و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه که مجوزهای لازم برای انجام پژوهش را صادر نمودند تشکر و قدردانی نمایند و همچنین از کلیه پرستاران

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس بیمارستان‌های امام رضـا (ع) و آیت الله طالقانی ارومیه که در این پژوهش مشارکت نموده‌انـد سپاسگزاری می‌کنند.

این مقالـه حاصـل بخشـی از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد پرستاری تحت عنـوان بررسـی تـأثیر جلسـات بـازگویی واقعـه استرس زا بر تنیدگی اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر ارومیه می‌باشد که با حمایـت دانشـگاه علـوم بهزیسـتی و توانبخشی اجرا شده است.

منابع

1- Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing. 1992;4(4):542-51.

2- Jameton A. Nursing practice: The ethical issues: Prentice Hall; 1984.

3- Maier-Lorentz MM, editor Invest in yourself: Creating your own ethical environment. Nursing Forum; 2000: Wiley Online Library.

4- Wilkinson JM, editor Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nursing forum; 1987: Wiley Online Library

5- Corley MC .Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. Nursing ethics. 2002;9(6):636-50.

6- Corley MC. Moral distress of critical care nurses. American Journal of Critical Care. 1995;4(4):280-5.

7- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. Nursing Ethics. 2005;12(4):381-90.

8- Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. American Journal of Critical Care. 2005;14(6):523-30

9- Redman BK, Fry ST. Nurses’ ethical conflicts: what is really known about them? Nursing Ethics. 2000;7(4):360-6.

10- Nathaniel A. Moral Distress among nurses[online].[cited 2007 Jan 2].A vailable from URL:www.nursingworld.org/ethics/update/vol 1no 3a.htm.2002.

11- Corley MC, Selig P. Prevalence of principled thinking by critical care nurses. Dimensions of Critical Care Nursing. 1994;13(2):96-103

12- Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, Guilfoy V, Wolf SM, Nolan K, et al. Decisions near the end of life: professional views on life-sustaining treatments. American Journal of Public Health. 1993;83(1):14-23

13- Millette BE. Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. Western Journal of Nursing Research. 1994;16(6):660-74

14- Erlen JA, Sereika SM. Critical care nurses, ethical decision- making and stress. Journal of advanced nursing. 1997;26(5):953-61

15- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. Journal of advanced nursing. 2001;33(2):250-6.

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]

16- Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. Nursing ethics. 2002;9(4):373-87.

17- Hamric AB, Davis WS, Childress MD. Moral distress in health care professionals. The Pharos of Alpha Omega Alpha-Honor Medical Society Alpha Omega Alpha. 2006;69(1):16

18- Vaziri MH, MerghatiKhoei E, Motevallian SA, Alizadegan S, Razzaghikashani OM, Kavousi A, Goushegir SA, Ghoroubi J. Development and Validation of Scale Measuring: Moral Distress among Iranian Nurses.TebVaTazkiyeh J. Autumn & Winter, 2008; 17(3-4): 46-55.(In persian).

19- Merghati Khoiee E, Vaziri MH, Alizadegan S, Motevallian SA, Razzaghi OM, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the Moral Distress Scale in the Population of Iranian Nurses. Iranian J Psychiatry.2008; 3(2):55-58.(In persian).

20- Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Response of ICUs nurses to moral distress: A qualitative Study. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011; 4(4):159 168.(In persian).

21- Joolaee S, Jalili HR, Rafii F, Hajibabaee F, Haghani H. Relationship between Moral Distress and Job Satisfaction among Nurses of Tehran University of Medical Sciences Hospitals .J of Hayat. 2012;18(1) : 42-51.(In persian).

22- Shorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses moral distress A content analysis. J of NursEthics. 2012; 19(4): 464-478. (In persian).

23- Parkinson F. Debriefing and research. J of Counselling and Psychotherapy Research. 2001; 1(3):177-180.

24- Irving P, Long A. Critical incident stress debriefing following traumatic life experiences. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2001;8(4):307-14.

25- Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: An intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. Pediatr Nurs. 2010;36(4):185-9.

26- Beumer CM. The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. J of Dimens crit care nurse. 2008; 27(6):263-267.

27- Ireland S, Gillchrist J. Debriefing after failed pediatric resuscitation. Emergency Medicine Journal. 2008; 25(6):328-330.

28- Hanna DR, Romana M. Debriefing after a crisis. Nursing Management. 2007;38(8):38-42.

29- Mitchell JT, Everley GS. 3Ed. Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD. Defusing and other Group Crisis Intervention Services .Ellicott City, MD: Chevron Publishing Corporation, 2001.www.info-trauma.org.

[Downloaded from ijrm.ir on 2024-05-06]