اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دیسترس اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران: یک مطالعه آزمایشی

سجاد خانجانی[۱]، وحید دنیوی[۲]، یوسف اسمری[۳]، مسلم رجبی[۴]

۱-گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران ۲- گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران.۳- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. نویسنده مسئول. ۴-گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی، زاهدان، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله
پژوهشی

تاریخچه مقاله
دریافت : ۹۶/۷۲۹
پذیرش : ۹۶/۱۰/۲

کلید واژگان
آموزش گروهی، درمان پذیرش و تعهد، آشفتگی اخلاقی، تاب آوری، پرستاران.

نویسنده مسئول
Email:
asmariyousef@yahoo.com

چکیده

مقدمه: از بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیشترین فشارکاری را متحمل می‌شوند، لذا انجام مداخلات روان درمانی در این گروه شغلی می‌تواند مفید واقع شود. بدین منظور هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری پرستاران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه جامعه آماری شامل ۳۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان امام سجاد (ع) ناجا تهران بود که از دو گروه آزمون و کنترل به تعداد ۱۵ نفر در هر گروه استفاده شد. روش کار از نوع کارآزمایی بالینی بود. پس از بررسی دو مؤلفه آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری به وسیله پرسشنامه‌های مربوطه، ۸ جلسه مداخله ۵/۱ ساعت برگزار شد. پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون پس آزمون و پیگیری سه ماهه توسط کلیه شرکت کنندگان تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت معناداری باعث کاهش میزان آشفتگی اخلاقی و افزایش تاب آوری، در مقایسه با گروه کنترل، شد ($P<۰/۰۵$)

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش میزان آشفتگی اخلاقی و افزایش تاب‌آوری پرستاران مؤثر می‌باشد.

مقدمه

از بین افراد شاغل در مراکز درمانی، پرستاران بیشترین فشارکاری را متحمل می‌شوند(۱, ۲). پرستاران، وضعیت سلامتی بیماران خود را بهبود می‌بخشند اما ممکن است خود بیمار شوند و اگر این روند ادامه پیدا کند روز به روز وضعیت تنیدگی و بیماری آن‌ها رو به وخامت خواهد گذاشت که این استرس به وجود آمده در پرستاران پیامدهای ناخوشایندی را برای آن‌ها به دنبال دارد(۳). یکی ازعوامل تاثیرگذار بر این روند در پرستاران، آشفتگی اخلاقی می‌باشد(۴).

منظور ازآشفتگی اخلاقی[۱] نشانگان استرس منفی است و در موقعیت‌های که ابعاد اخلاقی مطرح است و پرستار احساس می‌کند که نمی‌تواند تمامی ارزش‌ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می‌دهد(۵). تغییرات در سیستم‌های مراقبت بهداشتی مانند: افزایش تعداد قوانین حقوقی، پروتکل ها و دستوالعمل‌های بالینی، تأکید زیاد بر پاسخگویی، نیروی انسانی ناکافی، فشارکار و تقاضاهای اجتماعی بالاتر با میزان آشفتگی اخلاقی بالاتر در ارتباط بوده است(۶). در پژوهشی پرستاران شهر بیرجند، میانگین شدت آشفتگی اخلاقی را (۳/۵ از کل (۶-۰) و میانگین فراوانی آشفتگی اخلاقی را (۲/۷) از کل(۶-۰) گزارش کردند(۷). در پژوهشی دیگر در شهر تبریز، میانگین شدت آشفتگی اخلاقی (۲/۹۹) از کل(۶-۰) و میانگین فراوانی آشفتگی اخلاقی را (۲/۶۵) از کل (۶-۰) گزارش شد(۸). همچنین ویلکینسون(۹) و میلت(۱۰) نشان دادند که ۴۵ تا ۵۰ درصد از پرستاران مجبور به ترک بخش شده یا به اجبار و با آشفتگی اخلاقی مراقبت از بیماران را انجام دادند. در دو مطالعه‌ی شیوع شناسی دیگر سطح متوسطی از آشفتگی اخلاقی در پرستاران رایج بود(۱۱, ۱۲).

آشفتگی اخلاقی روی زندگی شخصی (خلق و خوی و تحریک پذیری) و زندگی شغلی (دشواری در تمرکز و احساسات عدم کارایی) پرستاران تأثیر می‌گذارد(۱۳). آشفتگی اخلاقی اغلب با کاهش رضایت شغلی و فرسودگی شغلی، کم خوابی، فقدان اشتها، احساس بی ارزشی، کابوس، تپش قلب، تغییرات در عملکرد جسمانی و سردرد همراه است(۱۴, ۱۵).

۱- Moral Distress

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

جیمتون[1] و ویلکنسون[2](۹, ۱۶)، در پژوهش‌های اولیه خود نشان دادند که که پرستاران برای مقابله با آشفتگی اخلاقی اساسی، راهکارهای گوناگونی را مورد استفاده قرار می دهند؛ نظیر تلاش به جهت نفوذ در رفتار و تصمیم گیری‌های درمانی پزشکان، تماس با سر پرستاران، تنظیم یک گزارش خطا یا بحث درباره‌ی مشکل با مسئول بخش. ارلن[3] نیز معتقد است که تسهیل مکالمه بین پزشکان و پرستاران، گسترش نظام حمایتی، ایجاد فرصت‌های گسترش حرفه ای و تجدید نظر در سیاست‌های سازمانی موجب کاهش آشفتگی اخلاقی می‌شود (۱۷). بومر[4] معتقد است برقراری کارگاه‌های آموزشی مربوط به شناخت و تحلیل آشفتگی اخلاقی در کاهش این پدیده اثر مثبت و ماندگاری دارد(۱۸). اخیراً در یک پژوهشی توسط بلویت[5] انجام گرفت نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و آسیب اخلاقی[6](که مفهومی مشابه آشفتگی اخلاقی است) دارای اثربخشی معناداری است(۱۹). از طرف دیگر برای مقابله با آشفتگی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران دمانس، تکنیک‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک استراتژی مناسب بیان شده است(۲۰).

یکی از ویژگی‌های شخصیتی تعدیل کننده در برابر شرایط استرس زا در پرستاران، تاب آوری[7] است. تاب آوری توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده می باشد(۲۱). والر[8] تاب‌آوری را سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار می‌داند(۲۲). در تعریفی از رزنیک[9](۲۰۱۱)، تاب آوری به ظرفیت باز گشت از چالش‌های اجتماعی، مالی و یا احساسی به تعادل مجدد اطلاق شده است که بیانگر توانایی فرد جهت سازش یافتگی مجدد در برابر غم، ضربه، شرایط نامطلوب و عوامل تنیدگی زای زندگی است. به عبارت دیگر تاب آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط مطلوب است(۲۳).

به دلیل اهمیت زیادی که تاب آوری در سلامت روان افراد دارد(۲۴)، همواره برای شناخت عوامل مؤثر در افزایش آن تلاش می‌شود، پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است(۲۱, ۲۵, ۲۶). تاب آوری تنها پایداری در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نمی‌باشد بلکه شرکت فعال و سازنده در محیط پیرامونی خود است. می‌توان گفت تاب‌آوری توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است(۲۷). منزس[10] و همکاران نشان دادند که پرستارانی که از تاب آوری بالاتری برخوردارند کمتر دچار فرسودگی شغلی می‌شوند(۲۸). ادوارد[11] و هرزلینسکی[12] نیز در پژوهش خود دریافتند که پرستارانی که از فنون تقویت کننده تاب‌آوری استفاده می‌کنند کمتر دچار فرسودگی شغلی و پیامدهای ناشی از آن می‌شوند (۲۹). پژوهشی دیگر بر روی پرستاران نشان داد که تاب آوری تعدیل کننده استرس و فرسودگی شغلی می باشد(۳۰). کهولیک[13] (۲۰۱۱) گزارش نمود که مهارت‌های شناختی و به ویژه فراشناختی مانند ذهن آگاهی می‌توانند با افزایش توانایی فرد برای تنظیم هیجانی و مهارت‌های کنارآمدن، تاب آوری او را بهبود بخشد(۳۱). درمان پذیرش و تعهد یکی از درمان های است که بر مفاهیمی مانند ذهن آگاهی تأکید می کند(۳۲). نتایج پژوهش دهقانی(۲۰۱۵) نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب افزایش تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به اختلال یاد گیری می‌شود(۳۳). یکی از درمان‌هایی که اثربخشی آن بر بهبود وضعیت سلامت روان و کیفیت زندگی پرستاران مورد تأیید می‌باشد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است(۳۴, ۳۵).

درمان پذیرش و تعهد[14] (ACT) شکل جدید رفتار درمانی است و مبتنی بر نظریه چارچوب رابطه‌ای است. هدف کلی ACT به جای ازبین بردن آسیب شناسی، افزایش انعطاف پذیری روانشناختی است که از طریق شش فرآیند اصلی: پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، عمل متعهدانه، ارزش‌ها و تماس با زمان حال صورت می‌گیرد(۳۶). انعطاف پذیری روانشناختی عبارت است از توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه لحظه‌های زندگی، هنگامی که در دستیابی به هدف های ارزشمند مفید واقع می‌شود. درمان ACT به وسیله ی افزایش انعطاف پذیری روانشناختی به دنبال کاهش اجتناب تجربه ای است، فرآیندی شامل هر رفتاری که کارکرد آن جلوگیری یا کنترل تجارب درونی مانند افکار، احساسات و حس های فیزیولوژیک است(۳۷). پژوهش‌هایی که به بررسی اثربخشی ACT پرداختند نشان داده‌اند این درمان می‌تواند در مورد مشکلات متنوع اثربخشی با اندازه اثر متوسط تا بزرگ داشته باشد. خیمنز[15] در یک متاآنالیز با هدف بررسی تأثیر ACT در ۱۶ جلسه، میانگین اندازه اثر برای آن ۰/۳۷، معنی‌دار و مطلوب، به دست آمد(۳۸). در متاآنالیز تجمعی و زنجیره‌ای هکر، استون، مکبث[16] شواهدی مبنی بر اثر بخشی ACT برای اضطراب و افسردگی در مقایسه با سایر شرایط کنترل فعال وجود داشت

۱- Jameton
۲- Wilkinson
۳- Erlen
۴- Beumer
۵- Bluett
۶- moral injury
۷- Resiliency
۸- Waller
۹- Resnick
۱۰- Menezes
۱۱- Edward
۱۲- Hercelinsky
۱۳- Coholic
۱۴- Acceptance and Commitment therapy
۱۵- Jiménez
۱۶- Hacker, Stone, MacBeth

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

(۳۹). نتایج متاآنالیز اُست[1] (۲۰۱۴) نشان داد یکی از زمینه‌هایی که ACT به صورت گروهی احتمالاً می‌تواند در آن زمینه اثربخشی داشته باشد، استرس‌های شغلی است(۴۰) که نشان از اثربخشی این روش درمانی در حیطه‌ی شغلی می‌دهد. بنابر یافته‌های فوق و اثرات زیانبار آشفتگی اخلاقی در پرستاران مثل افسردگی(۴۱) و فرسودگی شغلی وهیجانی(۴۲) که برای آن‌ها به وجود می آورد و تقویت تاب‌آوری به عنوان یک متغیر محافظت کننده[2] در برابر فشارهای شغلی(۴۳) همچنین باتوجه به اینکه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر متغیرهای مهمی همچون آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری که نقش مهمی در سلامت روان پرستاران دارد، مورد غفلت محققان داخلی بوده است این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی اخلاقی و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی یکی از بیمارستان‌های انتظامی انجام پذیرفت.

مواد و روش

این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی کنترل شده است، بدین معنی که ویژگی‌های دستکاری، جایگزینی تصادفی و کنترل را در خود دارد. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از تمامی پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی بیمارستان امام سجاد (ع) در سال ۱۳۹۴ است. از این تعداد ۳۰ نفر به صورت غیر تصادفی در دسترس انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم بندی گردیدند. ملاک های ورود: ۱) دامنه سنی بین ۳۰ تا ۵۰ سال ۲) تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی ۳) کارشناسان پرستاری شاغل در بخش‌های درمانی. ملاک‌های خروج: ۱) تشخیص ابتلا به اختلالات بالینی و بیماری‌های شدید جسمانی ۲) عدم تمایل به ادامه درمان ۳) سابقه مصرف طولانی مدت داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب. جهت اجرای پژوهش از نمونه انتخاب شده، قبل از اجرای آموزش گروهی یک مصاحبه براساس DSM-5 جهت اطمینان از نبود اختلالات بالینی گرفته شد. سپس براساس جنسیت و نوبت کاری در گروه‌های آزمایش و کنترل به صورت تصادفی همتا شدند، سپس برای هر دو گروه در ابتدای جلسه اول درمانی پیش آزمون (پرسشنامه های آشفتگی اخلاقی و تاب آوری) اجرا شد. برنامه گروهی با رویکرد پذیرش و تعهد به مدت ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه برای گروه آزمون (۳۷, ۴۴-۴۶) به صورتی که در جدول ۱ آمده است، اجرا گردید و برای گروه کنترل در این مدت هیچ برنامه‌ای اجرا نشد. پس از پایان جلسات آموزش به منظور مقایسه اثربخشی مداخله از هر دو گروه پس آزمون گرفته و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. دوره پیگیری سه ماه پس از اجرای مداخله درمانی انجام گردید. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره پژوهش و اهمیت همکاری اعضاء گروه و ادامه آن، گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش و اجرای پروتکل درمانی در شیفت‌های کاری پرستاران، در اجرا و پاسخ دهی آزمون‌ها افت آزمودنی وجود نداشت. برای سنجش و کنترل روایی مداخله، در طول جلسات از گروه آزمون خواسته شد خلاصه شفاهی از مطالب و مداخله‌های ارائه شده را ارائه دهند تا منطبق بودن آن با ساختار و پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. نتایج داد که خلاصه شرکت کنندگان با ساختار جلسات همخوان است. طرح این پژوهش به صورت یک سویه کور و توسط پژوهشگر اجرا همچنین در مورد قوانین شرکت در پژوهش از قبیل رازداری، رعایت نظم و حضور منظم در جلسات آموزش به شرکت کنندگان توضیح داده شد و روند کلی برنامه ها و جلسات آموزش برای آنها تشریح گردید. پس از اتمام طرح پژوهشی به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش برنامه گروهی با رویکرد پذیرش و تعهد برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در ضمن، پژوهشگر دوره مقدماتی و پیشرفته درمان پذیرش و تعهد را زیر نظر متخصصان درمان پذیرش و تعهد گذرانده است. پروتکل این پژوهش از نظر روایی محتوایی به تأیید متخصصان این حوزه رسید. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده ها از شاخص‌های آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس و SPSS -20 استفاده شد.

جدول ۱- جلسات درمان پذیرش و تعهد

جلسات	عناوین جلسات
جلسه اول	آشنایی گروه با یکدیگر و برقراری رابطه درمانی، سنجش شیوه‌های کنترلی و ایجاد درماندگی خلاق.
جلسه دوم	بررسی دنیای درون و بیرون در درمان ACT؛ کنترل مسأله است نه راه حل، و معرفی کردن جایگزینی برای کنترل یعنی تمایل.
جلسه سوم	شناسایی ارزشهای افراد؛ تصریح ارزشها؛ تصریح اهداف؛ تصریح اعمال و تصریح موانع.
جلسه چهارم	بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی.
جلسه پنجم	تفهیم آمیختگی و گسلش و انجام تمارینی برای گسلش.
جلسه ششم	تفهیم آمیختگی به خود مفهوم سازی شده و آموزش چگونگی گسلش از آن.
جلسه هفتم	ذهن آگاهی و تأکید برای در زمان حال بودن.
جلسه هشتم	بررسی داستان زندگی و عمل متعهدانه.

۱- Öst
۲- Protective variable

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

ابزارهای پژوهش

از پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته (شامل سن، جنسیت، نوبت کاری و سابقه کاری)، مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون و آشفتگی اخلاقی جیمتون برای جمع آوری داده‌های این پژوهش استفاده شد.

مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون (CD-RISC)

یک ابزار ۲۵ سوالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره وی صد است. نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است(۲۷). این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شد و روایی و پایایی آن به دست آمد. در این تحقیق برای تعیین روایی ابتدا همبستگی هرگویه با نمره کل مقوله محاسبه و سپس، از روش تحلیل عامل استفاده شد. محاسبه همبستگی هر نمره با نمره کل نشان داد که به جز مورد (گویه۳) ضرایب بین ۰/۶۴ تا ۰/۴۱بودند. در مرحله بعد گویه های مقیاس با استفاده از روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. مقدار(KMO) برابر ۰/۸۷و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان داد. به منظور تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری از روش آلفای کرونباخ استفاده شده و ضریب پایایی حاصله برابر۰/۸۹ بود(۴۷). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۸به دست آمد.

مقیاس آشفتگی اخلاقی

مقیاس آشفتگی اخلاقی جیمتون اولین مقیاس سنجش پریشانی اخلاقی در جامعه‌ی پرستاران است. این پرسش نامه شامل ۲۸ سؤال بود که میزان پریشانی اخلاقی که پرستاران در شرایط و موقعیت‌های خاص تجربه می‌کنند، را اندازه گیری می‌کند. نمره دهی این ابزار با استفاده از معیار ۷ گزینه ای لیکرت برای سطوحی از پریشانی اخلاقی به ترتیب از خیلی کم تا خیلی زیاد انجام شد. در متن پرسش نامه قید شد که درخصوص موضوعاتی که تجربه نکرده‌اند آن گویه را بدون پاسخ بگذارند و در صورت مواجه با مشکل اخلاقی میزان آن را بر روی طیفی از کم‌ترین (۱) تا بیش‌ترین (۷) نشان دهند. نمره ی پرسش نامه از ۲۸ تا ۱۹۶ بود که هر چه نمره بالاتر باشد آشفتگی اخلاقی بیشتر است. اعتبار و اعتماد ابزار پریشانی اخلاقی توسز دکتر وزیری و همکارانش اندازه گیری شده است که از طریق آزمون مجدد آلفای کرونباخ آن ۰/۸۶ تعیین شده است(۴۸). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۰به دست آمد.

یافته‌ها

شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد توزیع متغیرهای سن و سابقه کاری در دو گروه در یکسان است، در نتیجه نیاز به کنترل آنها بر متغیرهای وابسته نیست. میانگین و انحراف استاندارد آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری شرکت کنندگان در پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد، میانگین پس آزمون نسبت

جدول ۲- شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل		آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
سن	۳۷/۴۷	۲/۶۴	۳۷/۴۰	۳/۱۳	T=۰/۶۰	P=۰/۹۵
سابقه کاری	۱۱/۵۳	۲/۹۹	۱۲/۰۶	۲/۵۲	T=-۰/۵۳	P=۰/۶۰

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری درگروه‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آشفتگی اخلاقی	آزمایش	۷۵/۹۳	۷/۷۱	۶۷/۴۷	۸/۵۲	۶۵/۹۷	۷/۶۱
	کنترل	۷۵/۶۰	۹/۳۱	۷۵/۸۰	۹/۸۰	۷۵/۴۲	۹/۵۱
تاب آوری	آزمایش	۵۶/۵۳	۱۴/۵۸	۶۴/۰۰	۹/۶۸	۶۵/۱۳	۹/۲۶
	کنترل	۵۶/۲۶	۱۶/۶۰	۵۷/۰۶	۱۵/۳۶	۵۷/۲۰	۱۵/۶۶

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

به پیش آزمون گروه آزمون در آشفتگی اخلاقی کاهش یافته، و نمره تاب‌آوری افزایش یافته است. این در حالی است که که برای گروه کنترل چنین تغییری دیده نمی‌شود. همچنین بررسی حاصل پیگیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری گروه آزمون تفاوت چندانی با پس آزمون ندارد. براساس نتایج مندرج در جدول ۳ می‌توان به این توصیف دست زد که استفاده از آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تغییر در آشفتگی اخلاقی و تاب آوری در گروه آزمون شده است.

در بخش استنباطی به منظور تحلیل فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر طرح ۳×۲ استفاده شد. در این تحلیل، دوگروه شرکت کننده در پژوهش (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی و زمان اندازه گیری متغیرهای آشفتگی اخلاقی و تاب‌آوری به عنوان عامل درون آزمودنی در نظر گرفته شدند. قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نیز پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع و همگنی واریانس‌ها محاسبه شد. نتایج آماره در آزمون لون برای هیچ کدام از متغیرهای ملاک معنا دار نبود ($P\geq ۰/۰۵$)، بنابراین فرض همسانی واریانس نمرات برقرار بود. در نهایت آزمون کولموگروف اسمیرنف ($P\geq ۰/۰۵$) نشان دهنده توزیع نرمال داده‌ها بود. همچنین استفاده از آزمون موچلی نشان داد که مفروضه کرویت برای اثرهای مربوط به زمان، زمان و گروه و گروه رعایت شده است. بنابراین می‌توان بیان کرد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی برای تمام متغیرها رعایت شده است ($P\geq ۰/۰۵$)

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای آشفتگی اخلاقی و تاب آوری

	منبع تغییر	SS	df	F	Sig	اندازه اثر	توان آماری
آشفتگی اخلاقی	زمان	۹۴/۲۳	۱	۷/۷۹	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۷۷
	زمان*گروه	۱۱۲/۷۶	۱	۸/۴۷	۰/۰۱	۰/۲۳	۰/۹۹
	گروه	۲۳۴/۵۳	۱	۱۰/۷۴	۰/۰۰۷	۰/۲۷	۰/۸۷
تاب آوری	زمان	۲۷۳/۰۷	۱	۱۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
	زمان*گروه	۱۶۶/۶۷	۱	۷/۶۵	۰/۰۱	۰/۲۲	۰/۷۶
	گروه	۴۹۹/۵۹	۱	۱۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۷

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات آشفتگی اخلاقی معنی دار نیست، و نیز اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار ($F(۱،۲۸)=۸/۴۷،P<۰/۰۵$) است. می توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات آشفتگی اخلاقی در زمان‌های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات آشفتگی اخلاقی معنی‌دار است ($F(۱،۲۸)=۱۰/۷۴،P<۰/۰۵$)، می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات آشفتگی اخلاق گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. از آنجایی که اثر تعامل بین عامل درون گروهی زمان اندازه گیری و عامل بین گروهی معنی دار بود، اثر ساده بین گروهی با توجه به سطوح عامل درون گروهی با استفاده از تصحیح بن فرونی مورد بررسی قرارگرفت. نتایج نشان داد که در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی داری بین میانگین نمرات آشفتگی اخلاقی گروه‌های آزمایش و کنترل وجود نداشت. اما در مرحله پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات آشفتگی اخلاقی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است و این امر نشان می‌دهد که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش آشفتگی اخلاقی پرستاران مؤثر بوده است.

با توجه به جدول ۴؛ تأثیر زمان اندازه گیری بر نمرات تاب‌آوری معنی‌دار ($F(۱،۲۸)=۱۲/۵۳،P<۰/۰۰۱$) است، می‌توان بیان کرد که صرف نظر از گروه آزمایشی بین میانگین نمرات تاب‌آوری در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اثر تعامل بین زمان و گروه نیز معنی‌دار ($F(۱،۲۸)=۷/۶۵،P<۰/۰۵$) می باش. بنابراین می‌توان بیان کرد که تفاوت میانگین نمرات تاب آوری در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیر گروه متفاوت است. همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر گروه نیز بر نمرات تاب‌آوری معنی‌دار است ($F(۱،۲۸)=۱۴/۱۵،P<۰/۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از زمان اندازه گیری بین میانگین نمرات تاب‌آوری گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها به کمک آزمون تعقیبی مقایسه‌های جفتی نشان داد که حتی پس از اعمال تصحیح بنفرونی و تعدیل آلفا با این تصحیح، تفاوت پیش آزمون با پس آزمون و پیش آزمون با پی گیری معنی‌دار است، به بیان دیگر میزان تاب‌آوری در پرستارانی که آموزش گروهی درمان مبتنی

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

بر پذیرش و تعهد دریافت کرده‌اند افزایش یافته است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر آشفتگی اخلاقی و تاب آوری در پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی انجام شد. نتایج نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان آشفتگی اخلاقی در گروه آزمون، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی دار بود. به عبارت دیگر، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش و تعدیل آشفتگی اخلاقی در پرستاران گروه آزمون شد. همسو با نتایج پژوهش بلویت[1] نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان اختلال استرس پس از سانحه و آسیب اخلاقی دارای اثربخشی معناداری است(۱۹). همچنین مطالعه‌ی گالاهرگزارش نمود برای مقابله با آشفتگی اخلاقی در پرستاران مراقب بیماران دمانس، تکنیک‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک استراتژی مؤثر می باشد(۲۰).

نتایج این پژوهش تأییدی بر نظریه‌های آشفتگی اخلاقی(۱۷, ۱۸) مبنی بر اینکه با ارائه راهکارهایی(از قبیل تکنیک های روانشناختی) می‌توان این پدیده شایع را در پرستاران کاهش داد و نیز تأییدی پژوهش‌های پیشین اُست(۴۰) و هکر و همکاران(۳۹) مبنی بر اینکه درمان پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های مؤثر گروهی است که می‌تواند درحیطه‌ی شغلی بکار بسته شوند است.

با توجه به اینکه اخلاقیات ریشه در ارزش های افراد دارد، براساس نتایج می‌توان گفت که عمل کردن مراجعان در جهت ارزش‌های شغلی خود، موجب می‌شود که تمایل داشته باشند، خیلی از هیجانات، احساسات و افکار منفی خود را در موقعیت‌هایی که باعث برانگیختن آشفتگی اخلاقی می شود، تجربه کنند. در عین حال ذهن آگاه بودن به موقعیت و گسلش شناختی موجب می‌شود که فرد خود را افکار، احساسات و هیجانات خود نداند و براساس آنچه را که مطابق با ارزش های وی در قبال بیماران یا مراجعان است، انجام دهد.

همچنین نتایج نشان داد که تغییرات ایجاد شده در میزان تاب‌آوری در گروه آزمایش، نسبت به تغییرات ایجاد شده در گروه کنترل معنی‌دار بود. به عبارت دیگر، آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش تاب آوری در پرستاران گروه آزمون شد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دهقانی(۳۳) و کهولیک(۳۱) همسو است که بیانگر این است که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری شود. براساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که عمل همسو با ارزش‌ها موجب می‌شود که فرد بسیاری از ناملایمات و افکار و احساساتی که همراه با شغل وی است، را بپذیرد. در عین حال تعیین اهداف و اعمالی در جهت همسویی با ارزش‌های خود همراه با ذهن آگاهی کامل نسبت به شرایط و خود را جدا از افکار و هیجانات دانستن، موجب افزایش انعطاف پذیری روانشناختی فرد و به نوبه‌ی خود افزایش تاب‌آوری در فرد می‌شود(۴۹, ۵۰). با توجه به اینکه هدف درمان پذیرش و تعهد افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و خزانه رفتاری فرد در مواجه با افکار، احساسات و رفتارهای ناخوشایند است، بنابراین می‌توان گفت که آموزش گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف پذیری روانشناختی و خزانه رفتاری، افزایش تاب‌آوری را به دنبال خواهد داشت.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این درمان، هدف از تاکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آنها کمک کنیم تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد برنامه‌ی فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند(۳۷). در این درمان تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش آشفتگی اخلاقی و افزایش تاب‌آوری شد. بنابراین نتایج این پژوهش را می‌توان به عنوان راهکاری جهت جلوگیری و کاهش آشفتگی اخلاقی و افزایش تاب‌آوری در پرستاران به کار گرفت.

از محدودیت‌های این پژوهش، کوچک بودن نمونه ی مورد بررسی، عدم کنترل ارتباط گروه آزمون و کنترل در بین جلسات آموزش گروهی در محیط بیمارستان و عدم نظارت بر انجام تکالیف تمرینی خارج از جلسه آموزش بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی این موارد را مد نظر قرار دهند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت محترم بیمارستان امام سجاد (ع) ناجای تهران و پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی آن به خاطر همکاری ارزشمند آنها در اجرای این پژوهش قدردانی می شود.

۱- Bluett

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

References

1. Lay J, V L. Job satisfaction among intensive care nurses from the people's Republic ofChina. International Nursing Review. 2008;55:34-9.
2. Santos SR, Simon SD, Carroll CA, Bainbridge L, Cox KS, Cunningham M, et al. A Four□Site Study of Stress, Strain, and Coping for Inpatient Registered Nurses: Baby Boomer Nurses Bearing the Burden of Care. Journal of Nursing Administration. 2003;33 (4):243-50.
3. Günüşen N, Üstün B. An RCT of coping and support groups to reduce burnout among nurses. International nursing review. 2010;57 (4):485-92.
4. shakerinia I. Moral distress, burnout and mental health nurses
Yazd city. Figh of Medicine Journal. 2012;11,12:168.
5. Kälvemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. Social science & medicine. 2004;58(6):1075-84.
6. Ulrich CM, Soeken KL, Miller N. Ethical conflict associated with managed care: Views of nurse practitioners. Nursing Research. 2003;52(3):168-75.
7. Borhani F, Abbass Zadeh A, Arab M, Faramarz Pour M. Moral distress of nurses working in teaching hospitals in Birjand. Journal of Medical Ethics seventh year. 2013;6 (24):135-57.
8. Mohammadi J, Ghadam Pour E , A A. Assessment the relationship between moral turmoil with job demand-control in Tabriz hospitals nurses. Journal of Education and Ethics in Nursing. 2014;3(3):23-30.
9. Wilkinson JM, editor Moral distress in nursing practice: experience and effect. Nursing forum; 1987: Wiley Online Library.
10. Millette BE. Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. Western Journal of Nursing Research. 1994;16 (6):660-74.
11. Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. Nursing ethics. 2009;16(5):561-73.
12. Curtis JR, Burt RA. Why are critical care clinicians so powerfully distressed by family demands for futile care? Journal of critical care. 2003;18(1):22-4.
13. McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. Dimensions of critical care nursing. 2007;26(5):199-206.
14. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. Journal of Nursing Scholarship. 2005;37(2):173-7.
15. Pendry PS. Moral distress: Recognizing it to retain nurses. Nursing economics. 2007;25 (4):217.
16. 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.
17. Erlen JA. Moral distress: a pervasive problem. Orthopaedic Nursing. 2001;20(2):76-80.
18. Beumer CM. Innovative solutions: The effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting. Dimensions of Critical Care Nursing. 2008;27(6):263-7.
19. Bluett EJ. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Posttraumatic Stress Disorder and Moral Injury: Utah State University; 2017.
20. Gallagher A. Mindfulness, moral distress and dementia care. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2016.
21. Garmezy N, Masten AS. The protective role of competence indicators in children at risk. 1991.
22. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. American Journal of Orthopsychiatry. 2001;71(3):290.
23. Resnick B. The relationship between resilience and motivation. Resilience in Aging: Springer; 2011. p. 199-215.
24. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. Clinical psychology review. 2010;30(5):479-95.
25. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. American journal of orthopsychiatry. 1987;57(3):316.
26. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. American psychologist. 2001;56(3):227.
27. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor□ Davidson resilience scale (CD□RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.
28. Menezes dLCV, Fernández CB, Hernández ML, Ramos CF, Contador CI. [Resilience and the burnout-engagement model in formal

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

caregivers of the elderly]. Psicothema. 2006;18 (4):791-6.
29. Edward K-l, Hercelinskyj G. Burnout in the caring nurse: learning resiiient beiiaviours. British Journal of Nursing. 2007;16(4).
30. Sheykholeslami A. The relationship between resilience and self-esteem with academic achievement of boys and girls in first year high school students in the city of Shahriar in 2009-2010. tehran: Allameh Tabatabaei; 2010.
31. Coholic DA, editor Exploring the feasibility and benefits of arts-based mindfulness-based practices with young people in need: Aiming to improve aspects of self-awareness and resilience. Child & Youth Care Forum; 2011: Springer.
32. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change: Guilford Press; 2011.
33. dehghani h. Effectiveness treatment Based on acceptance and commitment on Children mothers resiliency
with learning disorders First Scientific Congress promote education and psychology, sociology and social and cultural sciences iran. 2015.
34. Kaipainen K, Välkkynen P, Kilkku N. Applicability of acceptance and commitment therapy-based mobile app in depression nursing. Translational behavioral medicine. 2016:1-12.
35. BAHRAINIAN A, KHANJANI S, MASJEDI AA. THE EFFICACY OF GROUP ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY (ACT)-BASED TRAINING ON BURNOUT IN NURSES. 2016.
36. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. Prevention Science. 2008;9 (3):139-52.
37. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006;44(1):1-25.
38. Jiménez FJR. Acceptance and commitment therapy versus traditional cognitive behavioral therapy: A systematic review and meta-analysis of current empirical evidence. International journal of psychology and psychological therapy. 2012;12(3):333-58.
39. Hacker T, Stone P, MacBeth A. Acceptance and commitment therapy–Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. Journal of affective disorders. 2016;190:551-65.
40. Öst L-G. The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: an updated systematic review and meta-analysis. Behaviour research and therapy. 2014;61:105-21.
41. Borhani F, Abbaszadeh A, Nakhaee N, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress, professional stress, and intent to stay in the nursing profession. Journal of medical ethics and history of medicine. 2014;7.
42. Keighobadi F, Sadeghi H, Keighobadi F, Tabaraei Y. The relationship between moral distress and emotional exhaustion in nurses. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014;7(3):36-47.
43. Shatté A, Perlman A, Smith B, Lynch WD. The Positive Effect of Resilience on Stress and Business Outcomes in Difficult Work Environments. Journal of occupational and environmental medicine. 2017;59(2):135.
44. Wilson K, Hayes S, Strosahl K. Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 2003.
45. Dahl J, Wilson KG, Nilsson A. Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. Behavior therapy. 2004;35(4):785-801.
46. HOR M, AGHAEI A, ABEDI A, ATTARI A. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression in patients with type 2 diabetes. 2013.
47. Mohammadi M. Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse. Tehran, Iran: University of Welfare and Rehabilitation. 2006.
48. Motevallian SA, Alizadegan S, hossein Vaziri M, Khoiee EM, Goushegir SA, Ghoroubi J. Developing the Moral Distress Scale in the population of Iranian nurses. Iranian Journal of Psychiatry. 2008;3(2):55-8.
49. Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions for resilience enhancement in adults (Protocol). Cochrane database of systematic reviews (Online: Update Software). 2017;2017(2):CD012527-CD.
50. Ernst MM, Mellon MW. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to Foster Resilience in Pediatric Chronic Illness. Child and Adolescent Resilience Within Medical Contexts: Springer; 2016. p. 193-207.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]

The effectiveness of group training Acceptance and Commitment therapy on Moral Distress and Resiliency in Nurses

Khaanjani.S (PhD Candidate), Donyavi.V (MD), Asmari.Y (PhD Candidate)*, Rajabi.M (MSc)

Abstract

Introduction: nurses incur the maximum working pressure, of the people working in health centers. Therefore psychotherapy interventions can be helpful in this occupational group. The purpose of this study was to examine the efficacy of Group Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Moral Distress and Resiliency in Nurses.

Materials and Methods: Thirty Nurses Imam Sajjad (AS) Tehran police participated in this study and were placed in two groups of experiment and control, 15 each. Methods of clinical trial. After the two components of Moral Distress and Resiliency were assessed by relevant questionnaire. Then, intervention therapy consisted of 8 sessions of one hour and half was carried out for the experimental group only. All participants completed the Questionnaires as the pre-test, post-test and the follow up stage after a 3 months interval. Data was analyzed through ANOVA with repeated measures.

Results: The results showed that Acceptance and Commitment Therapy, was significantly reduced the rate of Moral Distress and increased the rate Resiliency, compared with the control group ($P < 0/05$).

Conclusion: These results shows that acceptance and commitment therapy will be effective on decreasing in Moral Distress and increasing in Resiliency in nurses.

Keywords: Group training, Acceptance and Commitment Therapy, Moral Distress, Resiliency, Nurses

---

*Corresponding Author, PhD student in Clinical Psychology of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences in Tehran, Iran, Email:asmariyuosef@yahoo.com

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2025-08-23]