اخلاق و تاریخ پزشکی ایران، سال ۱۴۰۴ ، دوره ۱۸، مقاله شماره ۱۰

مقاله پژوهشی

بررسی تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر مدل دانش تا عمل بر دیسترس اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه

محمدمهدی پژاوند[۱]، معصومه برخورداری شریف‌آباد[۲*]، خدیجه نصیریانی[۳]

۱. کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران؛ دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده‌ی علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۳. استاد، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، پژوهشکده بیماری‌های غیرواگیردار، دانشگاه علوم پزشکی شهیدصدوقی، یزد، ایران.

چکیده

شناسایی راهکار مقابله‌ای مؤثر برای دیسترس اخلاقی، به‌عنوان پدیده‌ای مهم و شایع در پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه، ضروری به نظر می‌رسد. مدل دانش تا عمل، با هدف شناسایی روش‌های مؤثر برای پیاده‌سازی شواهد در عمل بالینی است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر مدل دانش تا عمل، بر دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه انجام شد. این پژوهش از نوع تجربی بود و پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه‌ی بیمارستان نمازی شهر شیراز، جامعه‌ی آماری آن را تشکیل دادند. تعداد صد پرستار واجد شرایط، به‌شیوه‌ی در دسترس انتخاب شدند؛ سپس، به‌طورتصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله، مدل دانش تا عمل اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی دیسترس اخلاقی هامریک، قبل و یک ماه بعد از مداخله، توسط هر دو گروه گردآوری و سپس با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS19 تحلیل شد. بر اساس یافته‌ها، هر دو گروه، قبل از مداخله، از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی یکسان بودند. بعد از مداخله، میانگین نمره‌ی دیسترس اخلاقی در گروه مداخله، در بعد فراوانی (۲/۱۲±۰/۳۴) و در بعد شدت (۲/۳۲±۰/۴۶) در مقایسه با گروه کنترل (بعد فراوانی: ۰/۴۳ ± ۲/۵۱، بعد شدت: ۲/۵۷±۰/۵۵) به‌طور معناداری کاهش یافته بود ($p<0/001$). یافته‌ها نشان داد، اجرای مدل دانش تا عمل، موجب کاهش دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه می‌شود؛ لذا اجراکردن این مدل، برای ارتقاء کیفیت مراقبت، به مدیران پرستاری پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، بخش مراقبت ویژه، دیسترس اخلاقی، مدل دانش تا عمل.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۵/۲۶

*** نویسنده‌ی طرف مکاتبه:**

معصومه برخورداری شریف‌آباد

آدرس: یزد، بلوار شهدای گمنام، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده‌ی علوم پزشکی، گروه پرستاری

کد پستی: ۸۹۱۶۸۷۱۹۶۷

تلفن: ۰۳۵ - ۳۸۲۱۰۵۴۰

Email: barkhordary.m@gmail.com

آدرس دهی مقاله:

پژاوند م م ، برخورداری شریف م، نصیریانی خ. بررسی *تأثیر مداخله‌ی مبتنی بر مدل دانش تا عمل، بر دیسترس اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه*. اخلاق و تاریخ پزشکی ایران. ۱۴۰۴؛ ۱۸(۱۰)، ۱-۱۳.

DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

مقدمه

پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)[1] بیش از سایر پرستاران با دیسترس اخلاقی مواجه هستند (۱). این امر می‌تواند به دلیل وجود بیماران بد حال با پیش آگهی ضعیف، انتظارات بالای خانواده بیماران، حمایت ناکافی از کارکنان از سوی سازمان‌های درمانی و حمایتی، درمان‌های بیهوده، استفاده از فناوری پیشرفته، مرگ و میر بالا و عوارض فراوان بیماران باشد (۲-۴). دیسترس اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که یک فرد بداند عملکرد درست چیست، اما محدودیت‌های سازمانی، انجام پیگیری و عمل صحیح مطابق با ارزش‌های اخلاقی را تقریباً غیرممکن می‌سازد (۵).

عوارض و تبعات دیسترس اخلاقی جدی، ولیکن تدریجی است و در اغلب مواقع پرستاران نه‌تنها راهکارهای پیشگیرانه‌ای ندارند، بلکه به وجود آن نیز پی نمی‌برند (۶). دیسترس اخلاقی می‌تواند کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار را به خطر بیاندازد و به عنوان مانعی برای دستیابی به اهداف توسعه‌ی فردی و اجتماعی پرستاران عمل کند (۷)، حتی باعث ترک حرفه پرستاری و کاهش نیروی انسانی شود (۸). با وجود این پیامدها، نتایج مطالعات حاکی از سطح متوسط تا شدید دیسترس اخلاقی است (۹-۱۱). از اینرو شناسایی راهکارهای مقابله‌ای ضروری به نظرمی‌رسد (۱۲).

مدل دانش تا عمل با هدف شناسایی روش‌های کارآمد و مؤثر برای پیاده سازی شواهد در عمل بالینی است (۱۳)، که در دهه ۲۰۰۰ توسط گراهام[2] و همکاران در کشور کانادا توسعه یافت. این چارچوب پاسخی به تنوع و سردرگمی موجود در اصطلاحات مربوط به فرآیند انتقال دانش به عمل بود (۱۴). مدل از دو بخش مجزا اما مرتبط -خلق دانش و چرخه عمل- تشکیل شده است. هر یک از این دو بخش از چند مرحله تشکیل شده‌اند که با یکدیگر هم‌پوشانی داشته و ممکن است به‌صورت تکرارشونده اجرا شوند (۱۵). چرخه عمل، فرآیندی را جهت فعالیت‌های مورد نیاز برای به‌کارگیری دانش در عمل ترسیم می کند. در این فرآیند، دانش با محیط اجرایی انطباق داده شده و موانع و تسهیل‌کننده‌های استفاده از آن به‌طور مشخص ارزیابی می‌شوند. مشارکت ذی‌نفعان و تطبیق دانش با نیاز گروه

پیام‌های کلیدی

- دیسترس اخلاقی، پدیده‌ای رو به رشد در حرفه پرستاری به ویژه در بخش مراقبت ویژه است که پیامدهای منفی برای پرستاران و بیماران دارد.
- مدل «دانش تا عمل» یک چارچوب برنامه ریزی شده جهت پیاده سازی شواهد در عمل بالینی است.
- مدیران پرستاری می‌توانند از این مدل برای کاهش دیسترس اخلاقی و پیشگیری از پیامدهای منفی آن در محیطهای پراسترس نظیر بخش مراقبت ویژه بهره‌مند شوند.

1. Intensive Care Units

2. Graham

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

هدف، نقشی حیاتی دارد (۱۴). به عبارت دیگر، مدل دانش تا عمل یا ترجمان دانش، فرآیندی است که اطلاعات و نتایج تحقیقات را به محل استفاده واقعی آنها منتقل می‌کند و باعث بهبود سطح سلامت جامعه و تقویت نظام مراقبت می‌شود. در فرایند ترجمان دانش، تعامل و ارتباط میان محققان و ذینفعان بسیار مهم است و ارتقای تعامل و کوتاه کردن فرآیند ترجمان دانش می‌تواند تاثیرگذاری بیشتری در تصمیم‌گیری‌ها داشته باشد (۱۶). به طور کلی، مراحل این مدل شامل شناسایی مشکل، تطبیق دانش با شرایط موجود، ارزیابی موانع و تسهیل کننده‌های استفاده از دانش، انتخاب و اجرای مداخلات، نظارت بر استفاده از دانش و ارزیابی نتایج و در نهایت حفظ دانش با استفاده از آموزش و جهت‌دهی مستمر می‌باشد (۱۷, ۱۸).

بکارگیری چرخه دانش تا عمل در علوم مختلف به ویژه در حوزه بهداشت و سلامت کاربرد موثر داشته و می‌تواند توانمندسازی اخلاقی پرستاران را به‌منظور رویارویی با دیسترس اخلاقی در بر داشته باشد (۱۸). نتایج مطالعه‌ای در این زمینه حاکی از آن بود که ترجمان دانش در افزایش مهارت‌های شغلی و دانش فرد شاغل در حوزه سلامت تاثیر مستقیم دارد (۱۹). همچنین یافته مطالعه دیگری نیز نشان داد که استفاده از یک برنامه بهبود کیفیت مبتنی بر شواهد می‌تواند دیسترس اخلاقی را به طور قابل توجهی کاهش و اعتماد اخلاقی را افزایش دهد (۱۸).

علیرغم میزان بالای دیسترس اخلاقی در پرستاران بخش مراقبت ویژه و پیامدهای ناخوشایند آن بر کیفیت مراقبت، مطالعات انجام شده بیشتر به بررسی میزان دیسترس اخلاقی عوامل وابسته به آن و پیشنهاد راه حل‌هایی جهت کاهش دیسترس اخلاقی در مطالعات آینده پرداخته‌اند (۲۰-۲۲)؛ و مطالعه مداخله‌ای منطبق با مدل ترجمان دانش و چارچوب دانش تا عمل برای کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه محدود می‌باشد. از اینرو این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر مدل دانش تا عمل بر دیسترس اخلاقی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بیمارستان نمازی شهر شیراز انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع تجربی بوده که جامعه آماری را پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بیمارستان نمازی شیراز تشکیل می‌دهند. تعداد نمونه با در نظر گرفتن سطح معنی دار ۵ درصد و توان آزمون ۸۰٪ و نتایج مطالعه عباسی و همکاران (۲۳)، حداقل حجم نمونه هر گروه ۴۷ نفر و با در نظر گرفتن ۱۰ درصد ریزش، تعداد ۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه برای هر گروه تعیین شد. بدین ترتیب، تعداد ۱۰۰ پرستار واجد شرایط با توجه به معیارهای ورود و خروج، به صورت در دسترس انتخاب و سپس با استفاده از روش بلوک جایگشتی تصادفی۴ تایی، به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. معیار ورود به مطالعه، تمایل به شرکت در مطالعه، مدرک تحصیلی کارشناسی و بالاتر، حداقل شش ماه سابقه کار در بخش مراقبت‌های ویژه بود. معیار خروج شامل شرکت در پژوهش‌های مشابه و غیبت پرستاران در هنگام نمونه گیری به هر علتی (استعلاجی، مرخصی و...) بود.

در مرحله پیش آزمون برای هر دو گروه پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه دیسترس اخلاقی هامریک [1]

1. Hamric

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

تکمیل شد. در ابتدا پژوهشگر، توضیحات اجمالی در خصوص دیسترس اخلاقی، تأثیر و روش‌های کاهش دیسترس اخلاقی بر اساس شواهد موجود نظیر استفاده از مهارت‌های ارتباطی و برنامه مراقبت شخصی شامل مهارت‌های اجتماعی در روابط بین فردی، آموزش مهارت ابراز وجود و رفتار جرأتمندانه، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری، به روش سخنرانی، بحث گروهی و با کمک گرفتن از ابزارهای کمک‌آموزشی طی دو جلسه سه ساعته برای گروه مداخله ارائه داد. سپس مداخله بر اساس گام های مدل دانش تا عمل (۱۸) انجام شد.

گام اول: هدف این مرحله، شناسایی مشکلات و بررسی شکاف‌های موجود بین دانش تا عمل بود. از پرستاران خواسته شد مواردی که سبب دیسترس اخلاقی در آنان شده بود را بازاندیشی و بیان کنند. در جمع‌بندی مطالب، همگی اتفاق نظر داشتند که در موقعیت‌های بازاندیشی شده، یکی از علل دیسترس اخلاقی، کمبود شدید پرستار در سالهای اخیر، کمبود وقت و حجم زیاد کار می‌باشد که مجبور هستند مراقبت‌ها را اولویت بندی نموده و علیرغم میل باطنی یکسری مراقبت‌ها تحت الشعاع قرار می‌گیرد. از دیگر مواردی که روی آن تأکید داشتند، اجبار جهت انجام برخی تکنیک‌ها بود که از نظر آنان مراقبت بیهوده محسوب می‌شد. پرستاران همچنین به اطاعت بی‌چون‌وچرا از دستورات پزشک و فقدان اختیار در حیطه وظایف کاری معترض بودند.

گام دوم: دراین گام، به تطبیق دانش با شرایط موجود و تعریف صحیح از برنامه عملیاتی درخصوص استراتژی‌های موثر در کاهش دیسترس اخلاقی و راهکارهای صحیح مقابله با دیسترس اخلاقی پرداخته شد و بر اساس شواهد موجود، راه حل‌هایی جهت کاهش دیسترس اخلاقی با همفکری کلیه اعضای گروه (طبق تجارب) و محقق (طبق دانش) ارائه گردید. در نهایت راهکارهایی نظیر فراهم کردن شرایط حضور همراهان بیمار بر بالین و آموزش به آنان جهت همکاری در مراقبت‌های پایه بیمار، صحبت با مسئول بخش و ارائه منابع علمی به ایشان جهت توجیه در استفاده بجا و درست از تجهیزات، آموزش تاب‌آوری اخلاقی به پرستاران، تحت هدایت و نظارت پژوهشگر انتخاب شدند. لازم به ذکر است در این گام، بر اساس منابع، استراتژی‌هایی در نظر گرفته شد، که توانایی انجام آن وجود داشته باشد.

گام سوم: در این گام، عواملی که اجرای مداخله را تسهیل بخشیده و یا موانعی که بالقوه می‌تواند سبب بروز مشکل شود، بررسی شدند. به طور کلی تسهیل کننده‌ها، همراهی اکثر مسئولین بیمارستان اعم از سوپروایزر آموزشی جهت بهبود شرایط مذکور، وجود کمیته اخلاق فعال در بیمارستان جهت پیگیری موارد مخالف اخلاق پزشکی و همکاری پرستاران جهت اصلاح موارد مذکور بود. از طرفی موانع بالقوه، کمبود اعتبار و مقاومت برخی از پرستاران و مسئولین برای تغییر بود.

گام چهارم: طی این مرحله، پژوهشگر به اجرای مداخلات جهت کاهش دیسترس اخلاقی پرداخت. در این گام بیشتر به برگزاری جلسات و پیگیری‌های مداوم با حضور در بخش پرداخته شد. از جمله اقدامات انجام شده این بود که مصوب شد، همراهان درجه یک بیمار در دو نوبت صبح و عصر امکان حضور بر بالین بیمارشان داشته باشند. جهت آموزش به همراهان بیمار با سوپروایزر آموزش به بیمار هماهنگ شد تا همراهان بیمار قبل از حضور بر بالین، مهارت‌های لازم را کسب

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

نمایند. پژوهشگر طی جلسه‌ای با حضور برخی پزشکان معالج و مسئولین مربوطه توضیحات لازم درباره دیسترس اخلاقی داده و نیز منابع علمی مرتبط با موضوع و همچنین راهکارهای پیشنهادی برای رفع دیسترس اخلاقی را توضیح داد. همچنین با حضور در بخش و صحبت با پرستاران به صورت بحث گروهی درون بخشی، تاب آوری اخلاقی آموزش داده شد.

گام پنجم: پس از این مرحله با مراجعه مستمر به بخش مربوطه و ارتباط با پرستاران درگیر با موضوع دیسترس‌زا، روند انجام اصلاحات، پایش و از صحت انجام درست مداخلات، اطمینان حاصل گردید.

بعد از انجام مداخله و پس از گذشت یک ماه، مجددا پرسشنامه دیسترس اخلاقی توسط هر دو گروه کنترل و مداخله تکمیل شد.

در طول مطالعه، برای پرستاران گروه کنترل، مداخله آموزشی خاصی اجرا نشد. با این حال، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و عدالت پژوهشی، پس از پایان مطالعه، یک کارگاه آموزشی چهار ساعته در زمینه دیسترس اخلاقی و راهکارهای کاهش آن برای اعضای این گروه برگزار شد.

ابزار گردآوری داده، فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه دیسترس اخلاقی هامریک بود. فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی محتوی شش سؤال در مورد سن، سابقه کار، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت استخدامی بود.

پرسشنامه استاندارد دیسترس اخلاقی توسط هامریک در سال ۲۰۱۲ طراحی شده است (۲۴). پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ عبارت است که فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی را برحسب مقیاس لیکرت پنج قسمتی در حیطه فراوانی از هیچ وقت (معادل صفر) تا روزانه (معادل چهار) و در حیطه شدت از هرگز (معادل صفر) تا خیلی زیاد (معادل چهار) اندازه گیری می‌کند. میزان اثر دیسترس اخلاقی هر عبارت از حاصل ضرب نمره شدت پریشانی اخلاقی و نمره فراوانی دیسترس اخلاقی آن عبارت محاسبه میشود. نمره دیسترس اخلاقی کلی برای شدت، فراوانی و میزان اثر از میانگین مجموع نمرات عبارات به دست می‌آید. نمره فراوانی و شدت دیسترس اخلاقی به دست آمده از کل مقیاس به چهار دسته کم (۱-۰)، متوسط (۱/۲ – ۱/۰) ، زیاد (۳-۲/۰۱) و خیلی‌زیاد (۴-۳/۰۱) طبقه بندی می‌شود. امتیاز بالاتر نشان دهنده دیسترس اخلاقی بالاتر است (۲۴, ۲۵). سلیمانی و همکاران در سال ۲۰۱۹، این مقیاس را به فارسی ترجمه و روایی آن را در پرستاران ایرانی بررسی نمودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد که مدل از برازش خوبی برخوردار است (۲۶). در مطالعه مهدوی و همکاران در سال ۱۳۹۵ همبستگی درونی ابزار با آلفای کرونباخ به ترتیب برای بعد فراوانی ۰.۸۴ برای بعد شدت ۰.۸۲ و در نهایت برای بعد اثر دیسترس اخلاقی ۰.۸۶و همچنین مقدار آلفای کرونباخ کلی ابزار نیز۰.۸۶محاسبه شد (۶).

پژوهشگر مطالعه خود را پس از تایید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان/اصفهان و دریافت کد اخلاق (IR.IAU.KHUISF.REC.1402.352) و همچنین هماهنگی با مسئولین بیمارستان آموزشی درمانی نمازی شیراز آغاز کرد. به منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، تمام شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند؛ علاوه‌براین، محرمانه‌بودن اطلاعات برای مشارکت‌کنندگان تأکید شد و همه‌ی شرکت‌کنندگان رضایت خود را برای ورود به مطالعه اعلام کردند.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

پس از جمع آوری داده ها، تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار آماریSPSS نسخه ۱۹ انجام شد. برای بررسی مشخصات جمعیت‌شناختی و میزان دیسترس اخلاقی از از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. جهت بررسی تفاوت میانگین، از آمار استنباطی شامل آزمون کای اسکوئر[1]، آزمون من‌ویتنی[2]، آزمون تی مستقل[3]، آزمون تی زوجی[4] و آزمون ویلکاکسون[5] استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۱۰۰ پرستار مشارکت داشتند و ریزش وجود نداشت. پرستاران، با میانگین سنی ۷/۷۷ ± ۳۷/۳۵ و سابقه‌ی کار ۷/۰۷ ± ۱۳/۳۷ و سابقه کار در بخش ویژه ۶/۰۳ ± ۸/۰۴ در این مطالعه، شرکت داشتند. اکثر مشارکت‌کنندگان زن (۶۷ درصد)، متأهل (۶۵ درصد)، دارای تحصیلات کارشناسی (۸۹ درصد) و از نظر وضعیت استخدامی رسمی (۵۸ درصد) بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

گروه / متغیر		گروه مداخله	گروه کنترل	P-value*
		انحراف معیار±میانگین	انحراف معیار±میانگین	
سن		۷/۴۵ ± ۳۷/۱۸	۸/۱۵ ± ۳۷/۵۲	۰/۷۵
سابقه کار		۶/۹۴ ± ۱۲/۹۴	۷/۲۳ ± ۱۳/۸۰	۰/۵۵
سابقه کار در بخش ویژه		۵/۹۷ ± ۷/۹۴	۶/۱۵ ± ۸/۱۴	۰/۸۹
متغیر		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	P-value**
جنسیت	زن	۳۲ (۶۴)	۳۵ (۷۰)	۰/۵۲
	مرد	۱۸ (۳۶)	۱۵ (۳۰)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۶ (۳۲)	۱۹ (۳۸)	۰/۵۲
	متاهل	۳۴ (۶۸)	۳۱ (۶۲)	
تحصیلات	کارشناسی	۴۶ (۹۲)	۴۳ (۸۶)	۰/۴۷
	کارشناسی‌ارشد و بالاتر	۴ (۸)	۷ (۱۴)	
وضعیت استخدامی	رسمی	۲۸ (۵۶)	۳۰ (۶۰)	۰/۸۱
	شرکتی	۷ (۱۴)	۵ (۱۰)	
	طرحی	۵ (۱۰)	۷ (۱۴)	
	قراردادی	۱۰ (۲۰)	۸ (۱۶)	

* آزمون تی مستقل

** آزمون کااسکوئر

با توجه به نتیجه آزمون تی مستقل انجام شده قبل از مداخله، میانگین نمره حیطه فراوانی دیسترس اخلاقی دو گروه اختلاف معناداری نداشتند (P =۰/۶۸) ولی بعد از مداخله، این تفاوت معنادار بود (P =۰/۰۱۴). همچنین آزمون تی زوجی نشان داد که میانگین نمره حیطه فراوانی دیسترس اخلاقی، قبل و بعد از اجرای مداخله، در گروه مداخله به طور معناداری کاهش

1. Chi-square test
2. Mann-Whitney U test
3. Independent t test
4. Paired t test
5. Wilcoxon test

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

یافته بود (P < ۰/۰۰۱). اما در گروه کنترل اختلاف معناداری وجود نداشت (P =۰/۳۶) (جدول شماره ۲).

بر اساس نتایج آزمون من ویتنی، قبل از مداخله دو گروه از نظر میانگین نمره حیطه شدت دیسترس اخلاقی اختلاف معناداری نداشتند (P =۰/۲۸) ولی بعد از مداخله، بین دو گروه، اختلاف معناداری وجود داشت (P <۰/۰۰۱). همچنین آزمون ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره حیطه شدت دیسترس اخلاقی، قبل و بعد از اجرای مداخله، در گروه مداخله به طور معناداری کاهش یافته بود (P < ۰/۰۰۱). اما در گروه کنترل، اختلافی بین میانگین دیسترس اخلاقی از لحاظ شدت، قبل و بعد از مداخله، وجود نداشت (P=۰/۳۶) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - مقایسه میانگین نمره فراوانی دیسترس اخلاقی قبل و بعد از مداخله، بین دو گروه

دیسترس اخلاقی	زمان	گروه		P-value
		مداخله انحراف معیار ± میانگین	کنترل انحراف معیار ± میانگین	
حیطه فراوانی	قبل از مداخله	۲/۵۴ ± ۰/۵۳	۲/۵۹ ± ۰/۵۷	۰/۶۸
	بعد از مداخله	۲/۳۲ ± ۰/۴۶	۲/۵۷ ± ۰/۵۵	۰/۰۱۴
P-Value		<۰/۰۰۱	۰/۳۶	-
حیطه شدت	قبل از مداخله	۲/۴۲ ± ۰/۴۴	۲/۵۳ ± ۰/۴۲	۰/۲۸
	بعد از مداخله	۲/۱۲ ± ۰/۳۴	۲/۵۱ ± ۰/۴۳	<۰/۰۰۱
P-Value		<۰/۰۰۱	۰/۳۶	-

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر مدل دانش تا عمل بر دیسترس اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه انجام شد. براساس یافته‌ها ، دیسترس اخلاقی هم از نظر فراوانی و هم از نظر شدت، در پرستاران بخش مراقبت ویژه بالا بود. همسو با این نتایج، میزان بالای دیسترس اخلاقی در مطالعات بسیاری در کشورهای مختلف گزارش شده است (۱۱, ۲۷-۳۲). البته ناهسمو با این نتایج، یافته های برخی مطالعات حاکی از سطح پایین دیسترس اخلاقی در پرستاران می باشد (۱۰, ۳۳-۳۶). سطح متوسط دیسترس اخلاقی در مطالعه شمسایی و همکاران (۷)، برخورداری و همکاران (۳۷)، هاشمی و همکاران (۳۸)، صادقی و همکاران (۳۹) در ایران و دودک[1] وهمکاران در کانادا (۴۰) گزارش شده است. دلیل این ناهمسویی می تواند ناشی از تفاوت در محیط کاری، تفاوت در ابزار مورد بررسی و تفاوت در منابع و امکانات موجود در مراکز آموزشی و غیرآموزشی در خارج و داخل کشور و در مراکز خصوصی و دولتی باشد. همچنین فرهنگ سازمانی و جو اخلاقی حاکم بر سازمان، حمایت مدیریت سازمان و رضایت شغلی کارکنان عامل مهمی در بروز دیسترس اخلاقی در حین ارائه خدمات می‌باشند (۲۳, ۳۳). با توجه به

1. Dodek

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

میزان بالای دیسترس اخلاقی در مطالعه حاضر و مطالعات مشابه، نیاز به طراحی و اجرای مداخلات لازم برای کاهش دیسترس اخلاقی پرستاران است.

براساس یافته ها، بعد از اجرای مدل دانش تا عمل در گروه مداخله، به طور معناداری میانگین نمره دیسترس اخلاقی هم از نظر شدت و هم از نظر فراوانی کاهش یافته بود. در مطالعه‌ای همسو، سملر[1] و همکاران، مداخله‌ای را برپایه مدل دانش تا عمل انجام دادند که طی آن ابتدا کارگاهی چهار ساعته برگزار گردید و به دنبال آن دو فعالیت بازاندیشی فردی در دو تا سه هفته و پنج تا شش هفته پس از کارگاه انجام شد، میانگین نمرات دیسترس اخلاقی در گروه مداخله پس از انجام مداخله به طور معناداری کمتر از گروه کنترل شده‌بود. قابل ذکر است مطالعه سملر در شمال شرق آمریکا انجام شده است که به نظر می رسد شرایط فرهنگی و کاری متفاوت از ایران باشد و مطالعه حاضر نسبت به مطالعه سملر استراتژی‌های بیشتری جهت مقابله با دیسترس اخلاقی آموزش داده شد (۱۸). اجرای برنامه توانمندسازی اخلاقی (۲۳)، آموزش بر مبنای "مدل 4A" (که شامل پرسیدن، تأیید، ارزیابی و عمل می باشد)[2] (۴۱)، از مطالعات مداخله ای دیگری است که اگر چه دقیقا مدل دانش تا عمل اجرا نشده ولی تا حدودی، به مداخله انجام شده در این مطالعه نزدیک می باشد. نتایج این مطالعات نیز همسو با مطالعه حاضر است. به عنوان مثال عباسی و همکاران نشان دادند میانگین نمرات دیسترس اخلاقی در گروه مداخله پس از گذشت یک ماه از انجام مداخله بر مبنای گام‌های برنامه توانمندسازی اخلاقی با استفاده از تئوری سه مرحله‌ای حسابرسی اخلاقی[3] (که شامل سه مرحله سهولت- حل مشکل –بازاندیشی می‌باشد)[4]، به طور معناداری کمتر شده است (۲۳).

این مطالعه، با چند محدودیت مواجه بود که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. نخست، جامعه پژوهش به پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بیمارستان نمازی شیراز محدود بود، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به سایر مراکز درمانی با شرایط سازمانی و فرهنگی متفاوت، باید با احتیاط صورت گیرد. دوم، مدت‌زمان پیگیری تنها یک ماه پس از مداخله بود که امکان بررسی پایداری اثرات مداخله در بلندمدت را محدود می‌کند. لذا توصیه می‌شود مطالعات آتی دوره‌های پیگیری طولانی‌تری داشته باشند تا پایداری و اثربخشی مداخله به‌طور دقیق‌تر بررسی شود. همچنین، استفاده از ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری دیسترس اخلاقی ممکن است تحت تأثیر تمایل شرکت‌کنندگان به پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی قرار گرفته باشد. می‌توان در مطالعات بعدی از روش‌های ارزیابی چندجانبه، مانند مشاهده مستقیم یا ارزیابی‌های همکاران و مدیران نیز بهره گرفت. در نهایت، عوامل محیطی و سازمانی خارج از کنترل پژوهشگر مانند حجم کاری، فشار شغلی یا رویدادهای بالینی می‌توانند بر سطح دیسترس اخلاقی اثرگذار باشند و به‌طور کامل در این مطالعه کنترل نشده‌اند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اجرای مدل «دانش تا عمل» به‌عنوان یک چارچوب نظام‌مند و مبتنی بر شواهد، می‌تواند به‌طور مؤثر دیسترس اخلاقی را در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه کاهش دهد. این مدل با تأکید بر ترجمه

1. Semler
2. Ask, affirm, assess, and act
3. Moral Reckoning
4. Ease, resolution, reflection (thought)

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

دانش به عمل حرفه‌ای، فرصتی فراهم می‌آورد تا چالش‌های اخلاقی در محیط‌های پرتنش بالینی، با رویکردی هدفمند و ساختاریافته مدیریت شوند. با توجه به پیامدهای منفی دیسترس اخلاقی بر سلامت روان پرستاران و کیفیت مراقبت از بیماران، مدیران پرستاری می‌توانند از این مدل به‌عنوان الگویی اثربخش در طراحی برنامه‌های آموزشی، حمایتی و سیاست‌گذاری‌های اخلاقی بهره گیرند. به‌کارگیری مدل دانش تا عمل، امکان ایجاد یک فرآیند گام‌به‌گام برای شناسایی نیاز، تحلیل موانع، تدوین مداخلات متناسب، ارزیابی تأثیر و تثبیت نتایج را برای مدیران فراهم می‌سازد. همچنین، این مدل می‌تواند به‌عنوان چارچوبی راهبردی در تصمیم‌سازی‌های مدیریتی به‌ویژه در زمینه تسهیل اجرای راهکارهای مبتنی بر شواهد، و کاهش شکاف میان دانش نظری و عملکرد حرفه‌ای، مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین، تلفیق این مدل در سیاست‌های پرستاری، گامی مؤثر در جهت بهبود محیط‌های کاری خواهد بود.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از پرستاران مشارکت کننده در این مطالعه، صمیمانه، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می دارند، هیچگونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

منابع

1. Mohamadi N, Haghani H, Khanjari S. The association of moral distress and demographic characteristics in the nurses of critical care units in Tehran, Iran. Iran J Nurs. 2019;32(121):41-53.
2. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nursing ethics. 2015;22(1):64-76.
3. Haghighinezhad G, Atashzadeh-Shoorideh F, Ashktorab T, Mohtashami J, Barkhordari-Sharifabad M. Relationship between perceived organizational justice and moral distress in intensive care unit nurses. Nursing ethics. 2019;26(2):460-70.
4. Eskandari M, Alizadeh S. Moral Distress in Intensive Care Unit Nurses: An Integrated Review. Education & Ethic In Nursing. 2020;9(1):1-9.
5. Andersson M, Nordin A, Engström Å. Critical care nurses' perception of moral distress in intensive care during the COVID-19 pandemic – A pilot study. Intensive and Critical Care Nursing. 2022;72:103279.
6. Mahdavi Fashtami S, Mohammadeh zadeh Zarankesh S, Esmaeilpour Bandboni M. Moral distress among emergency department nurses: frequency, intensity, effect. Medical Science Journal of Islamic Azad Univesity-Tehran Medical Branch. 2016;26(4):248-55.
7. Shamsaei F, Jahani Sayad Noveiri M, Mohammadgholimezerji N, Ranjbar S, Khazaei M, Maghsoudi Z. Relationship between spiritual health and moral distress of nurses working in emergency department of hamadan university of medical Sciences hospitals. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13:253-62.
8. McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. Nursing ethics. 2018;25(5):552-70.
9. Behbodi M, Shafipour V, Amiri M. Comparison of moral distress severity between pediatric ward and pediatric intensive care unit nurses. Journal of Religion and Health. 2018;6(1):19-28.
10. Widianti E, Arinda R, Prawesti A. Nurses' moral distress in the emergency department. Journal of Nursing Care. 2019;2(3).
11. Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, HosseinKhani Z, Soleimani MA. The predictive factors of job performance in nurses' moral distress. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2021;29(1):61-71.
12. Morley G, Field R, Horsburgh CC, Burchill C. Interventions to mitigate moral distress: A systematic review of the literature. International Journal of Nursing Studies. 2021;121:103984.
13. Moore JL, Virva R, Henderson C, Lenca L, Butzer JF, Lovell L, et al. Applying the knowledge-to-action framework to implement gait and balance assessments in inpatient stroke rehabilitation. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2022;103(7):S230-S45.
14. Graham ID, Tetroe JM. The knowledge to action framework. Models and frameworks for implementing evidence-based practice: Linking evidence to action: Wiley-Blackwell; 2010. p. 207-22.
15. Field B, Booth A, Ilott I, Gerrish K. Using the Knowledge to Action Framework in practice: a citation analysis and systematic review. Implementation Science. 2014;9:1-14.
16. Chan TM, Dzara K, Dimeo SP, Bhalerao A, Maggio LA. Social media in knowledge translation and education for physicians and trainees: a scoping review. Perspectives on medical education. 2020;9:20-30.
17. Torres CP, Mendes FJ, Barbieri-Figueiredo M. Use of "The Knowledge-to-Action Framework" for the implementation of evidence-based nursing in child and family care: Study protocol. Plos one. 2023;18(3):e0283656.
18. Semler LR. Moral distress to moral success: Strategies to decrease moral distress. Nursing Ethics. 2022;30(1):58-70.
19. Puchalski Ritchie LM, van Lettow M,

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

Makwakwa A, Chan AK, Hamid JS, Kawonga H, et al. The impact of a knowledge translation intervention employing educational outreach and a point-of-care reminder tool vs standard lay health worker training on tuberculosis treatment completion rates: study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials. 2016;17:1-11.
20. Ghafouri R, Lotfi-Bajestani S, Nasiri M, Ohnishi K, Atashzadeh-Shoorideh F. Psychometrics of the moral distress scale in Iranian mental health nurses. BMC nursing. 2021;20:1-8.
21. Atashzadeh-Shoorideh F, Tayyar-Iravanlou F, Chashmi ZA, Abdi F, Cisic RS. Factors affecting moral distress in nurses working in intensive care units: A systematic review. Clinical Ethics. 2021;16(1):25-36.
22. Atashzadeh Shoorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. The experience of moral distress in ICU nurses: A qualitative study. Daneshvar Medicine. 2020;19(4):79-92.
23. Abbasi S, Ghafari S, Shahriari M, Shahgholian N. Effect of moral empowerment program on moral distress in intensive care unit nurses. Nursing ethics. 2019;26(5):1494-504.
24. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. AJOB Primary Research. 2012;3(2):1-9.
25. Choe K, Kang Y, Park Y. Moral distress in critical care nurses: a phenomenological study. Journal of advanced nursing. 2015;71(7):1684-93.
26. Soleimani MA, Sharif SP, Yaghoobzadeh A, Panarello B. Psychometric evaluation of the moral distress scale–revised among Iranian nurses. Nursing ethics. 2019;26(4):1226-42.
27. Moghadam F, Pazokian M, AbbasZadeh A, FaghihZadeh E. The relationship between moral distress and safe nursing care in emergency wards nurses. Journal of Nursing Education (JNE). 2020;9(4):11-21.
28. Shamsalinia A, Mahmoudian A, Sorori B, Yoseframaki M, Vaziri MH. Evaluation of moral distress and its related factors in nurses working in hospitals in western Mazandaran. Caspian Journal of Health and Aging. 2021;6(1):20-8.
29. Andersson M, Fredholm A, Nordin A, Engström Å. Moral distress, health and intention to leave: critical care nurses' perceptions during COVID-19 pandemic. SAGE open nursing. 2023;9:23779608231169218.
30. Alimoradi Z, Jafari E, Lin C-Y, Rajabi R, Marznaki ZH, Soodmand M, et al. Estimation of moral distress among nurses: A systematic review and meta-analysis. Nursing ethics. 2023;30(3):334-57.
31. 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.
32. Barlem ELD, Lunardi VL, Lunardi GL, Tomaschewski-Barlem JG, Almeida ASd, Hirsch CD. Psycometric characteristics of the Moral Distress Scale in Brazilian nursing professionals. Texto & Contexto-Enfermagem. 2014;23(3):563-72.
33. shahcheragh sh, Fekri N, Rad M. Investigating the Level of Moral Distress and Factors Affecting it in the Nurses of Accidents and Emergency Department. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2023;30(5):632-44.
34. Mosalanezhad L, Abiri S, Kalani N. Evaluation of the level of moral distress in nurses and physicians caring for patients with Covid 19: A cross-sectional descriptive study in 2020. Education and Ethics in Nursing. 2020;9(3-4):1-8.
35. Sedaghati A, Assarroudi A, Akrami R, Rad M. Moral distress and its influential factors in the nurses of the nursing homes in khorasan provinces in 2019: A descriptive-correlational study. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2020;25(4):319-24.
36. Karagozoglu S, Yildirim G, Ozden D, Çınar Z. Moral distress in Turkish intensive care nurses. Nursing Ethics. 2017;24(2):209-24.
37. Barkhordari-Sharifabad M, Hekayati M, Nasiriani K. The relationship between moral distress and resiliency in nurses. Medical Ethics Journal. 2020;14(45):1-14.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

38. Hashemi E, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Relationship between ethical leadership, moral distress and turnover intention from the nurses' perspective. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2020;13:552-63.
39. Sadeghi M, Ebrahimi H, Abbasi M. The relationship between moral distress and burnout in clinical nurses in the Shahroud city. Iranian Journal of Nursing Research. 2016;11(2):78-87.
40. 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 of experience. Journal of critical care. 2016;31(1):178-82.
41. 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. Journal of medical ethics and history of medicine. 2013;6.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]

Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2025, Volume 18, Article 10

Original Article

The Effect of An Intervention Based on the Knowledge-to-Action Model on Moral Distress in Critical Care Nurses

MohammadMahdi Pazhavand[1], Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad*[2], Khadijeh Nasiriani[3]

1. MSc in Critical Care Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran; & PhD Student in Medical Ethics, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Associate Professor, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.
3. Professor, Nursing Department, Research Center for Nursing and Midwifery Care, Non-Communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

Received: *11 January 2025*
Accepted: *28 July 2025*
Published: *17 August 2025*

***Corresponding Author**
Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad
Address: *Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Shohadaye Gomnam Blvd., Safaiyeh, Yazd, Iran.*
Postal Code : *8916871967*
Tel: *98 35 38 21 05 40*
Email: *barkhordary.m@gmail.com*

Citation to this article:
Pazhavand MM, Barkhordari-Sharifabad *M, Nasiriani Kh. The effect of an intervention based on the knowledge-to-action model on moral distress in critical care nurses. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2025; 18:Article number: 10.*

DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332

Abstract

Identifying an effective coping strategy for moral distress, as an important and common phenomenon among intensive care unit nurses, seems essential. The knowledge-to-action model aims to identify effective methods for implementing evidence into clinical practice. The present study sought to determine the effect of an intervention based on the knowledge-to-action model on moral distress among nurses working in intensive care units. This was an experimental study, and the statistical population included nurses working in the intensive care units of Namazi Hospital in Shiraz, Iran. A total of 100 eligible nurses were selected through convenience sampling and then randomly assigned to intervention and control groups. For the intervention group, the knowledge-to-action model was implemented. Data were collected using the Hamric Moral Distress Scale before and one month after the intervention. Both groups completed the questionnaire at these time points. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics with SPSS version 19. The findings showed that the two groups were similar in terms of demographic characteristics and mean moral distress scores before the intervention. After the intervention, the mean scores of moral distress in the intervention group were significantly reduced in the frequency dimension (2.12±0.34) and severity dimension (2.32±0.46) compared to the control group (frequency: 2.51±0.43; severity: 2.57±0.55) ($p<0.001$). The results indicated that implementing the knowledge-to-action model reduces moral distress in intensive care unit nurses. Therefore, it is recommended that nursing managers adopt this model to improve the quality of care.

Keywords: Moral distress, Intensive care unit, Nursing ethics, Knowledge-to-action model.

Copyright © 2025Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2026-03-15]

[DOI: 10.18502/ijme.v18i10.19332]