همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران با رفتار مراقبتی آن‌ها

احمد ایزدی[۱]، الهام ایمانی[*۲]، زهرا خادمی[۲]، فریبا اسدی نوقابی[۲]، نینا حاجی‌زاده[۳]، فاطمه نقی‌زاده[۲]

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

پرستاران در عمل با مسائل اخلاقی چالش‌برانگیزی مواجه می‌شوند و این امر تصمیم‌گیری را برای آن‌ها سخت می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و همبستگی آن با رفتار مراقبتی آن‌ها در بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های آموزشی - درمانی بندرعباس در سال ۱۳۹۱ است. این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است و همه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه نمونه‌های آن هستند. پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و زمینه‌ای، پرسشنامه‌ی استاندارد حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم‌گیری و پرسشنامه‌ی رفتار مراقبتی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شدند. اطلاعات با نرم‌افزار SPSS16 و آمار توصیفی و آزمون‌های من ویتنی یو، کروسکال والیس و همبستگی اسپیرمن تحلیل شدند. میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران ۶/۹۰ ± ۷۰/۱۵ با حداکثر امتیاز ۹۶ و حداقل امتیاز ۴۹ بود و ۸۵/۶ درصد حساسیت اخلاقی متوسط داشتند. میانگین نمره‌ی رفتار مراقبتی پرستاران ۱۰/۶۲ ± ۱۰۸/۹۰ با حداکثر نمره‌ی ۱۲۰ و حداقل نمره‌ی ۶۹ محاسبه شد. همبستگی معنی‌داری بین نمره‌ی حساسیت اخلاقی و نمره‌ی رفتار مراقبتی وجود نداشت اما هر دو نمره با بخش محل کار رابطه‌ی معنی‌دار داشتند. بعد میزان احترام به استقلال مددجو با سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی ارتباط معنی‌دار داشت. میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در این پژوهش در حد متوسط بود و با رفتار مراقبتی آن‌ها همبستگی معنی‌داری نداشت. از آنجا که پرستاران در امر مراقبت از بیمار با موقعیت‌های جدی برخورد می‌کنند که نیاز به توانایی‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری و عملکرد مناسب دارد، لازم است نسبت به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه‌ی خود حساس و آشنا باشند.

واژگان کلیدی: رفتار، بخش مراقبت‌های ویژه، حساسیت اخلاقی، اخلاق پرستاری

[۱] استادیار، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه امام حسین (ع)

[۲] مربی و عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

[۳] کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

*** نشانی**: بندر عباس، گلشهر جنوبی، بلوار رسالت جنوبی، دانشکده پرستاری و مامایی، کدپستی: ۷۹۱۶۸۳۹۳۱۹ ، تلفن: ۶۶۶۶۳۶۷-۰۷۴۱،
Email: eimani@hums.ac.ir

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

مقدمه

اخلاق به‌عنوان مجموعه‌ای از صفات روحی و باطنی انسان تعریف می‌شود که به‌صورت اعمال و رفتاری که از خلقیات درونی انسان ناشی می‌شود بروز می‌یابد. عدم رعایت برخی معیارهای اخلاقی سبب نگرانی‌های زیادی در سازمان‌ها شده است (۱). حساسیت اخلاقی ویژگی‌ای است که شخص را به تشخیص کشمکش‌های اخلاقی و برداشت حسی و فکری از موقعیت‌های آسیب‌پذیر و آگاهی به نتایج اخلاقی در تصمیم‌گیری در مورد دیگران قادر می‌سازد (۲). این حساسیت که ترکیبی از آگاهی فرد از ابعاد اخلاقی نظیر تحمل، آرامش، مسؤولیت‌پذیری و اهمیت دادن به مسائل اخلاقی است (۳)، در نگرانی‌های فرد در مورد عمل برای دیگران منعکس می‌شود و به افراد کمک می‌کند عمل صحیح و غلط را تشخیص بدهند (۴). اخلاقیات به‌عنوان یک بخش مهم در ارائه‌ی مراقبت شناخته شده که به‌وسیله‌ی کدهای اخلاقی و استانداردهای موجود حمایت می‌شود (۶ ، ۵). نتایج مطالعه‌ی Hariharan و همکاران در هندوستان نشان داد یک چهارم پرستاران از کدهای اخلاقی پرستاری اطلاعی ندارند و تنها تعداد کمی از افراد این کدها را می‌شناسند و ۳۷ درصد پرستاران از وجود کمیته‌ی اخلاق در بیمارستان مطلع نیستند (۷). نتایج مطالعه‌ای در ایران نشان می‌دهد پرستاران اصول اخلاقی را در تصمیم‌گیری‌های خود به‌درستی به‌کار نمی‌گیرند و دلیل آن را عدم تدوین اصول اخلاقی در کشور ذکر کرده‌اند (۸).

پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌کننده‌ی خدمت در سیستم‌های بهداشتی درمانی بوده (۹) و تأثیر بسزایی بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی دارند (۸). آن‌ها معمولاً در عمل با مسائل اخلاقی چالش‌برانگیزی مواجه می‌شوند و این امر تصمیم‌گیری را برای آن‌ها سخت می‌کند (۱۰ ، ۹). پرستاران از نظر اخلاقی مسؤول بوده و باید در برابر رفتارهای خود پاسخگو باشند (۱۱). مراقبت از بیمار یک مفهوم مهم و در واقع هنر رشته‌ی پرستاری محسوب می‌شود و نیاز به توانایی فردی، اجتماعی، اخلاقی و روحی پرستار دارد (۱۲) که بتواند مراقبت‌های مطلوب و اخلاقی ارائه دهد (۱۳).

با توجه به این‌که مسائل اخلاقی در جوامع پزشکی بسیار مطرح است، بسیاری از دانشگاه‌ها در سراسر دنیا، برنامه‌های اخلاقی برای پرستاران و دانشجویان پرستاری در نظر می‌گیرند (۱۴). در برخی کشورها اصول اخلاقی مدونی وجود دارد که پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی از آن پیروی می‌کنند (۱۵). در کشور ما در دوره‌ی آموزش پرستاری، درسی تحت عنوان اخلاق پرستاری وجود ندارد و دانشجویان پرستاری در طول دوره‌ی آموزشی خود، به‌طور جسته و گریخته و به‌عنوان زیرمجموعه‌ی برخی واحدهای درسی با مفاهیم اخلاقی آشنا می‌شوند (۱۶). البته کدهای اخلاقی وزارت بهداشت در پایگاه اینترنتی این سازمان در دسترس عموم قرار داده شده است (۱۷). واحد درسی به‌نام تاریخ تحولات و اخلاق پرستاری نیز قبلاً در دوره‌ی آموزش پرستاری قرار داشت که از حدود ۷ سال پیش با تغییر سرفصل‌های رشته‌ی پرستاری با نظر شورای عالی انقلاب فرهنگی حذف شد (۱۸).

پرستاران به‌عنوان افراد حرفه‌ای باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا باشند و حقوق اخلاقی بیماران را بدون به‌خطر انداختن وجدان اخلاقی خود محترم بشمارند (۲۰ ، ۱۹). طبق نظر Goethals و همکاران عدم توانایی رویارویی با مشکلات اخلاقی سبب می‌شود تعدادی از پرستاران حرفه‌ی پرستاری را ترک کنند یا خواهان تغییر جایگاه کاری خود باشند (۱۲). گزارش‌های زیادی مبنی بر اهمیت عدم تطابق مسائل اخلاقی و قانونی در برنامه‌ریزی‌های علوم پزشکی وجود دارد (۲۱) و برخی حاکی از مشاهده‌ی الگوهای رفتاری غیر اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری با بیماران در مراکز آموزشی - درمانی است (۷). نتایج مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی اخلاق،

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

حاکی از ضعف در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران است (۲۲). زیرک و همکاران در بررسی سطح تکامل اخلاقی دانشجویان پرستاری تبریز دریافتند فقط حدود نصف دانشجویان در مرحله‌ی قابل قبول تکامل اخلاقی هستند و بقیه در سطح پایین‌تری قرار دارند (۱۶). طبق مطالعات، میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی در پرستاران در خارج از کشور ۵۱/۷۴ و در ایران ۴۲/۱۶ گزارش شده است (۲۳).

توسعه‌ی حساسیت اخلاقی عکس‌العمل و نگرش پایه‌ای را برای پرستاران ایجاد می‌کند تا بتوانند مراقبت مؤثر و اخلاقی از بیمارشان به‌عمل آورند (۲۴). هم‌چنین، مراقبان را ملزم به آگاهی و تفسیر رفتارها و نشانه‌های زبانی و غیر زبانی مددجویان در شناخت نیازهای آن‌ها می‌کند (۲۵). گرفتن تصمیمات اخلاقی و آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم، جزء تفکیک‌ناپذیر کار روزمره‌ی پرستاران است و حیطه‌ی ارائه‌ی مراقبت‌های پرستاری سرشار از معضلاتی است که نیازمند اخذ تصمیمات اخلاقی است. این امر به‌خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مشاهده می‌شود (۱۶). رفتار مراقبتی پرستار شامل تمام عملکردها، شناخت‌ها، احساسات، افکار، تصورات، حرکات، ژست‌ها، نگاه‌ها و اقداماتی است که به‌وسیله‌ی آن‌ها مراقبت از مددجو انجام می‌شود و این رفتار مراقبتی باید بر پایه‌ی اخلاقیات باشد (۱۲). پرستاران مسؤولند با اتخاذ تصمیمات مناسب، کشمکش بین ارزش‌های خود، حرفه و ارزش‌های بیمارانشان را حل کنند (۲۳). یافته‌های مطالعه‌ای در زمینه‌ی چگونگی برخورد پرستاران در ایران با مسائل اخلاقی و نحوه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی آن‌ها نشان می‌دهد که پرستاران واکنش‌های روان‌شناختی مختلفی به تصمیم‌گیری اخلاقی نشان می‌دهند (۲۶). با توجه به این‌که پرستاران در زندگی حرفه‌ای خود پیوسته با مفاهیم اخلاقی درگیر هستند و از طرفی پرستاران به‌خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه ساعات زیادی را با مددجویان سپری می‌کنند و باید سایه‌ی اخلاق در تمام ایام بر رفتارهای آنان گسترده باشد، مورد توجه قرار دادن اخلاق در این حرفه بیش‌تر ضرورت می‌یابد (۱۸). مطالعات مختلف میزان حساسیت اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری در شهرهای مختلف ایران را مورد ارزیابی قرار داده‌اند. اما در جست‌وجوی منابع، به مطالعه‌ای دست نیافتیم که مشخص نماید آیا بین حساسیت اخلاقی پرستاران و رفتارهای مراقبتی آن‌ها رابطه‌ای وجود دارد یا خیر. انتخاب بخش‌های مراقبت‌های ویژه به این دلیل است که در این بخش‌ها نسبت پرستار به بیمار بیش‌تر از سایر بخش‌ها بوده و پرستاران فرصت بیش‌تری را با بیمار می‌گذرانند و کلیه‌ی مراقبت‌های بیمار توسط پرستاران صورت می‌گیرد. شرایط خاص بیماران نیز در این بخش‌ها طوری است که نیاز به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بیش‌تری را طلب می‌کند. از طرفی، در این بخش‌ها به‌دلیل بسته بودن محیط بخش، سرپرستار فرصت بیش‌تری جهت ارزیابی عملکرد پرسنل داشته و بهتر در مورد آن‌ها قضاوت خواهد کرد. هدف از این مطالعه تعیین میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی و همبستگی آن با رفتار مراقبتی آن‌ها در بخش‌های مراقبت‌های ویژه‌ی بیمارستان‌های آموزشی درمانی بندرعباس در سال ۱۳۹۱ است.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی - تحلیلی است و جامعه‌ی پژوهش بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان (بیمارستان شهید محمدی و کودکان) است که دارای بخش مراقبت‌های ویژه هستند. نمونه‌گیری به‌صورت مبتنی بر هدف انجام شد. پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه که حداقل یک‌سال در آن بخش کار کرده و تمایل به شرکت در مطالعه داشتند به‌عنوان نمونه‌های این پژوهش انتخاب شدند. در مجموع، تعداد پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۱۰۴ نفر بود و سرپرستاران جزء نمونه‌های پژوهش نبودند. از ویژگی‌های سرپرستاران شرکت‌کننده در مطالعه این بود که حداقل یک سال به‌عنوان مسؤول بخش مربوطه کار کرده باشد. خوشبختانه، تمام سرپرستاران در بخش‌های مورد

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

نظر واجد این ویژگی بودند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه‌ی استاندارد حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم‌گیری بود. این پرسشنامه توسط Lutzen و همکاران در سوئد تدوین شد (۲۷) و سپس در کشورهای مختلف از جمله ایران به‌کار گرفته شده است. اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط حسن‌پور و همکاران در کرمان بررسی شد و پایایی آن ۰/۸۱ به‌دست آمد (۸). پایایی پرسشنامه در آمریکا ۰/۷۶ (۲۸) و در کره ۰/۷۸ (۲۹) به‌دست آمده است (۸). پرسشنامه دارای ۲۵ سؤال است که وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران را در هنگام ارائه‌ی خدمات بالینی اندازه‌گیری می‌کند و امتیاز هر سؤال به روش لیکرت به‌صورت کاملاً موافق [۴]، نسبتاً موافق [۳]، نسبتاً مخالف [۲]، کاملاً مخالف [۱] و بی‌نظر [۰] در نظر گرفته می‌شود. بیش‌ترین امتیاز ۱۰۰ و کم‌ترین امتیاز صفر است. بر این اساس، در صورتی که امتیاز کل هر نمونه بین ۵۰-۰ باشد دارای حساسیت اخلاقی کم، ۷۵-۵۰ حساسیت متوسط و ۱۰۰-۷۵ دارای حساسیت زیاد محسوب می‌شود. پرسشنامه دارای ۶ بعد حساسیت اخلاقی است که عبارتند از: میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی. برای ارزیابی پایایی پرسشنامه در این پژوهش پس از گردآوری اطلاعات ۲۰ پرستار، همسانی درونی با ضریب آلفای کروباخ برابر ۰/۸۰ محاسبه شد. ابزار بررسی رفتار مراقبتی نیز یک پرسشنامه‌ی پژوهشگر ساخته است که با مطالعه‌ی متون و منابع معتبر و جدید طراحی شده است (۳۰ ، ۱۲، ۱۱، ۵ ، ۱) و شامل ۳۰ سؤال و ۶ حیطه شامل: داشتن دانش و آگاهی، روابط عاطفی، حمایت، احترام، شخصیت حرفه‌ای و وظایف حرفه‌ای است. زیرگروه‌های مختلف با کمک مقالات و منابع انتخاب شد و سؤالات هر بخش، مرتبط با عنوان زیرگروه مربوطه و با نظر گروه محققان طراحی شد. اعتبار این پرسشنامه با روش اعتبار محتوا و صوری و نظرخواهی از ۶ نفر از اساتید و اعضای هیات علمی و ۴ پرستار بخش مراقبت‌های ویژه و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ تأیید شد. پرسشنامه دارای طیف لیکرت با گزینه‌های همیشه [۴]، تقریباً همیشه [۳]، گاهی اوقات [۲]، به‌ندرت [۱] و هیچ‌وقت [۰] بوده و دامنه‌ی امتیازات آن از صفر تا ۱۲۰ است. امتیاز صفر تا ۱۰۰ به‌عنوان رفتار مراقبتی ضعیف، ۱۰۱ تا ۱۱۰ رفتار مراقبتی متوسط و ۱۱۱ تا ۱۲۰ به‌عنوان رفتار مراقبتی خوب در نظر گرفته شد. پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی توسط پرستاران و پرسشنامه‌ی رفتار مراقبتی به‌وسیله‌ی سرپرستاران بخش‌های ویژه برای هریک از پرسنل تکمیل شد. علت بررسی رفتار مراقبتی پرستاران توسط سرپرستار دستیابی به اطلاعات واقعی‌تر بود، چون مسؤول بخش تقریباً هر روز با پرسنل کار کرده و از نزدیک بر رفتارهای آن‌ها نظارت دارد.

این مطالعه حاصل یک طرح تحقیقاتی است و توسط کمیته‌ی اخلاق دانشگاه مورد تأیید قرار گرفته است. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و آنان اطمینان یافتند که اطلاعات محرمانه است و به‌صورت داوطلبانه می‌توانند در این پژوهش شرکت کنند و رضایت کتبی آن‌ها جهت شرکت در مطالعه اخذ شد. به منظور حفظ اصول اخلاقی و رعایت محرمانگی اطلاعات، پرستاران از تکمیل پرسشنامه‌ی رفتار مراقبتی توسط سرپرستار اطلاع داشتند و از سرپرستاران نیز خواسته شد پرسشنامه‌ها را به‌صورت کاملاً محرمانه تکمیل و از طریق ثبت کدهایی که برای هریک از پرستاران انتخاب می‌کردند و بدون ذکر نام آن‌ها، به ما تحویل دهند. این کدها توسط سرپرستاران بر روی پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی برای هر کدام از پرستاران نیز مشخص شده بود و این ابزار توسط سرپرستاران به هر یک از پرسنل داده می‌شد. اطلاعات

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

پس از جمع‌آوری وارد کامپیوتر شد و با نرم‌افزار SPSS16 تحلیل شد. با توجه به این‌که توزیع پارامترهای سن، سابقه‌ی کار، نمره‌ی حساسیت اخلاقی، نمره‌ی رفتار مراقبتی و ابعاد مختلف آن‌ها نرمال نبود، در بررسی ارتباطات از آزمون‌های آماری ناپارامتری استفاده شد و از آزمون‌های من ویتنی یو، کروسکال والیس و همبستگی اسپیرمن جهت بررسی ارتباط بین نمره‌ی حساسیت اخلاقی، رفتار مراقبتی و متغیرهای دموگرافیک استفاده شد. سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۵ جهت هر یک از آزمون‌ها در نظر گرفته شد.

نتایج

از ۱۰۴ پرستار شرکت‌کننده در مطالعه ۹۷ نفر پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و ۷ نفر به‌دلایلی مثل مرخصی، مشغله‌ی کاری زیاد و غیره از ادامه‌ی همکاری منصرف شدند. یافته‌ها نشان داد از ۹۷ پرستار شرکت‌کننده در پژوهش ۹۱ نفر (۹۳/۸ درصد) مؤنث، ۹۲ نفر (۹۴/۸ درصد) دارای تحصیلات مقطع کارشناسی و ۷۵ نفر (۷۷/۳ درصد) متأهل بودند. ۲۷ نفر (۲۷/۸ درصد) سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی را داشتند. اکثر آن‌ها در بخش ICU اعصاب مشغول به‌کار بودند. ۸۹ نفر (۹۱/۸ درصد) از بیمارستان شهید محمدی و بقیه از بیمارستان کودکان بندرعباس بودند. میانگین سنی پرستاران ۵/۴۶ ± ۳۳/۱۱ سال و میانگین سابقه‌ی کار آن‌ها ۵/۹۱ ± ۸/۶۵ سال بود. (جدول شماره‌ی ۱)

جدول شماره‌ی ۱ - ویژگی‌های دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده

ویژگی‌های دموگرافیک و زمینه‌ای	طبقه	فراوانی	درصد
جنسیت	*مذکر*	۶	%۶/۲
	مونث	۹۱	%۹۳/۸
سطح تحصیلات	*کاردانی*	۴	%۴/۱
	کارشناسی	۹۲	%۹۴/۸
	کارشناسی ارشد	۱	% ۱
وضعیت تأهل	*مجرد*	۲۲	%۲۲/۷
	متأهل	۷۵	%۷۷/۳
بخش محل خدمت	*بخش ICU بیمارستان کودکان*	۸	%۸/۲
	بخش CCU	۱۵	%۱۵/۵
	بخش ICU جنرال	۲۰	%۲۰/۶
	بخش ICU اعصاب	۳۵	%۳۶/۱
	بخش ICU جراحی قلب	۱۱	%۱۱/۳
	بخش دیالیز	۸	%۸/۲
سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق	*بله*	۲۷	%۲۷/۸
	خیر	۷۰	%۷۲/۲
بیمارستان محل خدمت	*بیمارستان شهید محمدی*	۸۹	%۹۱/۸
	بیمارستان کودکان	۸	%۸/۲
میانگین سن (سال)		۵/۴۶ ± ۳۳/۱۱	
میانگین سابقه‌ی کار (سال)		۵/۹۱ ± ۸/۶۵	

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

در بررسی حساسیت اخلاقی پرستاران مشخص شد که میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی ۶/۹۰ ± ۷۰/۱۵ با حداکثر امتیاز ۹۶ و حداقل امتیاز ۴۹ بوده است. در ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی، میانگین نمره در بعد میزان احترام به استقلال مددجو ۱/۹۱ ± ۱۲/۴۸ (حداکثر امتیاز ۱۶ و حداقل امتیاز ۵)، در بعد میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار ۱/۷۶ ± ۱۱/۷۲ (حداکثر امتیاز ۱۶ و حداقل امتیاز ۷)، در بعد میزان دانش حرفه‌ای ۱/۰۷ ± ۱۵/۴۰ (حداکثر امتیاز ۱۶ و حداقل امتیاز ۱۱)، در بعد تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی ۲/۳۶ ± ۸/۴۲ (حداکثر امتیاز ۱۴ و حداقل امتیاز ۴)، در بعد به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی ۱/۹۸ ± ۱۰/۱۹ (حداکثر امتیاز ۱۶ و حداقل امتیاز ۴) و در بعد صداقت و خیر خواهی ۲/۴۰ ± ۱۱/۹۲ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۲) محاسبه شد. یک‌درصد پرستاران حساسیت اخلاقی کم، ۸۵/۶ درصد حساسیت اخلاقی متوسط و ۱۳/۴ درصد حساسیت اخلاقی زیاد داشتند. میانگین نمره‌ی رفتار مراقبتی پرستاران که از دیدگاه سرپرستاران بررسی شده بود ۱۰/۶۲ ± ۱۰۸/۹۰ با حداکثر نمره‌ی ۱۲۰ و حداقل نمره‌ی ۶۹ بود. در ابعاد مختلف رفتار مراقبتی، میانگین نمره در بعد داشتن دانش و آگاهی ۲/۲۷ ± ۱۸/۲۷ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۱۱)، در بعد روابط عاطفی ۲/۳۴ ± ۱۷/۷۹ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۹)، در بعد حمایت ۲/۰۵ ± ۱۷/۹۱ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۱۳)، در بعد احترام ۲/۱۴ ± ۱۸/۳۶ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۱۱)، در بعد شخصیت حرفه‌ای ۲/۰۰ ± ۱۸/۱۷ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۱۱) و در بعد وظایف حرفه‌ای ۱/۹۵ ± ۱۸/۳۷ (حداکثر امتیاز ۲۰ و حداقل امتیاز ۱۰) محاسبه شد. ۱۳/۴ درصد پرستاران رفتار مراقبتی ضعیف، ۳۵/۱ درصد رفتار مراقبتی متوسط و ۵۱/۵ درصد رفتار مراقبتی خوب داشتند.

در بررسی ارتباطات با استفاده از آزمون‌های همبستگی اسپیرمن، من ویتنی یو و کروسکال والیس مشخص شد بین نمره‌ی حساسیت اخلاقی و ابعاد آن با سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار، سطح تحصیلات، رفتار مراقبتی و ابعاد مختلف آن رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد ($P < ۰/۰۵$). نمره‌ی حساسیت اخلاقی و برخی از ابعاد آن با بخش محل کار رابطه‌ی معنادار داشت. بیش‌ترین نمره‌ی حساسیت اخلاقی به‌ترتیب در بخش‌های ICU اعصاب، ICU جنرال و دیالیز، در بعد میزان احترام به استقلال مددجو در بخش‌های دیالیز، CCU و ICU جنرال، در بعد میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار در بخش‌های CCU ، ICU اعصاب و ICU جنرال و در بعد میزان دانش حرفه‌ای در بخش‌های ICU جنرال، ICU قلب و ICU اعصاب مشاهده شد. بعد میزان احترام به استقلال مددجو با سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی ارتباط معنی‌دار داشت و افرادی که سابقه‌ی شرکت در این سمینارها یا کارگاه‌ها را داشتند نمره‌ی بالاتری اخذ کرده بودند. تقسیم‌بندی حساسیت اخلاقی به مقادیر کم، متوسط و زیاد تنها با سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی ارتباط معنی‌دار داشت ($P<۰/۰۰۱$) و بیش‌ترین موارد دارای سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه‌های اخلاق پزشکی، حساسیت اخلاقی متوسط و زیاد داشتند. (جدول شماره‌ی ۲)

نمره‌ی رفتار مراقبتی پرستاران با وضعیت تأهل، سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی، سطح تحصیلات، سن و سابقه‌ی کار ارتباط معنی‌دار نداشت اما بعد احترام با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار داشت ($P =۰/۰۰۶$) و نمره‌ی احترام در مجردها بالاتر از متأهل‌ها بود. نمره‌ی رفتار مراقبتی و ابعاد آن با بخش محل کار رابطه‌ی معنی‌دار داشت. (جدول شماره‌ی ۳)

بیش‌ترین نمره‌ی رفتار مراقبتی به‌ترتیب در بخش‌های ICU جنرال و دیالیز، در بعد داشتن دانش و آگاهی و احترام در بخش‌های ICU جنرال و ICU کودکان، در بعد روابط عاطفی، حمایت و شخصیت حرفه‌ای در بخش‌های ICU جنرال و دیالیز و در بعد وظایف حرفه‌ای در بخش‌های ICU جراحی قلب و ICU جنرال مشاهده شد.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

جدول شماره‌ی ۲- ارتباط نمره‌ی حساسیت اخلاقی و ابعاد آن با شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی و بخش محل کار

ارتباطات مورد بررسی	ارتباط شاخص مورد نظر با شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی		ارتباط شاخص مورد نظر با بخش محل کار	
	Mann Whitney U	*P*-value	X^2	*P*-value
نمره‌ی حساسیت اخلاقی	۷۹۸/۰۰۰	۰/۲۳	۱۲/۳۸۴	۰/۰۳۰
تقسیم‌بندی حساسیت اخلاقی	۶۲۷/۰۰۰	<۰/۰۰۱	۵/۴۲۷	۰/۳۶
میزان احترام به استقلال مددجو	۵۸۵/۰۰۰	۰/۰۰۳	۲۳/۲۷۶	< ۰/۰۰۱
بعد میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار	۸۶۹/۵۰۰	۰/۵۳	۲۰/۰۱۱	۰/۰۰۱
بعد میزان دانش حرفه‌ای	۸۰۴/۵۰۰	۰/۱۷	۲۲/۵۲۸	< ۰/۰۰۱
بعد تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی	۸۳۴/۰۰۰	۰/۳۶	۴/۵۹۴	۰/۴۶
بعد به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی	۸۷۴/۵۰۰	۰/۵۶	۸/۶۳۵	۰/۱۲
بعد صداقت و خیر خواهی	۷۴۶/۰۰۰	۰/۱۰	۱/۰۸۷	۰/۹۵

جدول شماره‌ی ۳- ارتباط نمره‌ی رفتار مراقبتی و ابعاد آن با وضعیت تأهل و بخش محل کار

ارتباطات مورد بررسی	ارتباط شاخص مورد نظر با وضعیت تأهل		ارتباط شاخص مورد نظر با بخش محل کار	
	Mann Whitney U	*P*-value	X^2	*P*-value
نمره‌ی رفتار مراقبتی	۶۱۷/۵۰۰	۰/۰۷۳	۳۵/۰۳۹	< ۰/۰۰۱
بعد داشتن دانش و آگاهی	۶۳۹/۵۰۰	۰/۰۸۳	۳۳/۰۶۵	< ۰/۰۰۱
بعد روابط عاطفی	۸۰۹/۰۰۰	۰/۸۸۸	۱۷/۱۴۳	۰/۰۰۴
بعد حمایت	۶۷۴/۰۰۰	۰/۱۸۴	۱۸/۲۰۳	۰/۰۰۳
بعد احترام	۵۲۲/۰۰۰	۰/۰۰۶	۲۲/۵۴۲	< ۰/۰۰۱
بعد شخصیت حرفه‌ای	۶۱۷/۰۰۰	۰/۰۶۶	۲۵/۰۹۰	< ۰/۰۰۱
بعد وظایف حرفه‌ای	۶۱۱/۰۰۰	۰/۰۵۶	۲۳/۲۱۲	< ۰/۰۰۱

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد بیش‌ترین نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه در بعد دانش حرفه‌ای و کم‌ترین نمره در بعد تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی بوده است. در مطالعه‌ی عباس‌زاده و همکاران که میزان حساسیت اخلاقی پرستاران کرمان ارزیابی شده بود نتایج مشابهی به‌دست آمده است (۲). در مطالعه‌ی Comrie نیز حساسیت اخلاقی پرستاران و دانشجویان مورد مقایسه قرار گرفته بود و بیش‌ترین نمره متعلق به بعد به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی و کم‌ترین نمره مربوط به تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی گزارش شده است (۳۱). در مطالعه‌ی Lutzen و همکاران بیش‌ترین نمره‌ی حساسیت اخلاقی در ابعاد کاربرد مفاهیم اخلاقی و احترام به استقلال مددجو و کم‌ترین نمره در بعد صداقت و خیرخواهی و بعد تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی بوده است (۳۲). با تقسیم‌بندی نمره‌ی حساسیت اخلاقی به سه قسمت کم،

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

متوسط و زیاد، بیش‌تر پرستاران حساسیت اخلاقی در سطح متوسط داشتند. زیرک و همکاران نیز دریافتند حدود نصف دانشجویان پرستاری در مرحله‌ی قابل قبول و متوسط تکامل اخلاقی قرار داشتند (۱۶). این مطالعه نشان داد که پرستاران بخش‌های ICU اعصاب، ICU جنرال و دیالیز نسبت به سایر بخش‌ها حساسیت اخلاقی بالاتری داشتند. پرستاران بخش دیالیز در بعد میزان احترام به استقلال مددجو، پرستاران بخش CCU در بعد آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار و پرستاران بخش ICU جنرال در بعد میزان دانش حرفه‌ای بیش‌ترین نمره‌ی حساسیت اخلاقی را کسب کرده بودند. این یافته نشان می‌دهد پرستاران بخش دیالیز توجه بیش‌تری به استقلال مددجویان نموده و ارزش بیش‌تری برای تصمیمات بیماران قائل هستند. پرستاران بخش CCU از نظر برقراری ارتباط با بیماران نمره‌ی بالاتری دارند که ویژگی‌های این بخش، نوع بیماری و نحوه‌ی مراقبت در آن، برقراری ارتباط مناسب را ایجاب می‌کند. MacDonald دریافت که ارتباط پرستاران و بیماران عمدتا تحت تأثیر شرایط فرهنگ کار است و این فرهنگ از روابطی که بین پرستار، همکاران، مسؤولان، بیماران و سازمان شکل می‌گیرد و خارج از باورهای اخلاقی افراد و پایبندی به آن‌ها نیست (۳۳). برقراری ارتباط مؤثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران، زمینه‌ی اطمینان و اعتماد بیماران و سایرین را فراهم می‌کند (۱۸). در مطالعه‌ی حسن‌پور و همکاران پرستاران بخش داخلی و سپس پرستاران بخش ویژه بیش‌ترین نمره‌ی حساسیت اخلاقی را داشتند (۸). برهانی و همکاران نیز بیش‌ترین نمره‌ی استدلال اخلاقی را در پرستاران بخش مدیریت پرستاری و کم‌ترین آن را در بخش داخلی بیان کردند (۲۳). مطالعه‌ی Lutzen و همکاران نیز نشان داد نوع بخش محل کار بر میزان حساسیت اخلاقی پرستاران مؤثر است (۳۲). Abdou و همکاران حساسیت اخلاقی اعضای هیات علمی را بررسی کردند و این تفاوت در بخش‌های مختلف وجود داشت. در گروه کودکان بیش‌ترین حساسیت در بعد به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌ها و در گروه روان کم‌ترین حساسیت در بعد دانش حرفه‌ای بوده است (۴). میزان حساسیت اخلاقی در بخش‌های مختلف متفاوت بوده و شاید این مسأله مرتبط با فرهنگ درون هر بخش و شکل‌گیری ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی در آن بخش باشد.

بعد میزان احترام به استقلال مددجو با سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق رابطه داشت و این سابقه سبب افزایش معنی‌دار میزان حساسیت اخلاقی پرستاران شد. Nomminen و همکاران در مقایسه‌ی گروهی از همکاران که آموزش اخلاق ندیده بودند با گروهی که این دوره را گذرانده بودند نشان دادند که گروه آموزش‌دیده نسبت به گروه بدون آموزش، هنگام تصمیم‌گیری اخلاقی اضطراب کم‌تری داشتند و آموزش اخلاق بر تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مؤثر است (۳۴). در مطالعه‌ی Ersoy و همکاران نیز آموزش اخلاق سبب افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران نسبت به نیازهای بیماران و حمایت از حقوق آنان شد (۳۵). مطالعه‌ی Sirin و همکاران تأثیر گذراندن دوره‌ی اخلاق در دانشجویان را بررسی کرد و مشخص شد این افراد نسبت به گروهی که این دوره را نگذرانده بودند حساسیت اخلاقی بالاتری در تصمیم‌گیری‌ها داشتند (۳۶). Hough تأثیر تجربه و آموزش را بر حساسیت اخلاقی پرستاران بخش‌های ویژه اندک می‌داند و معتقد است برخی مسائل می‌توانند سبب سردرگمی پرستار شده و او را از تصمیم‌گیری مفید باز دارد (۳۷). Gerady و همکاران به این نتیجه رسید افرادی که آموزش اخلاق را در طول برنامه‌های آموزش پرستاری یا دوره‌های آموزش مداوم گذرانده‌اند در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی اطمینان بیش‌تری داشته و عملکرد اخلاقی بهتری نشان داده‌اند (۹). بررسی‌های انجام‌شده در زمینه‌ی آموزش اخلاق حاکی از این است که این آموزش‌ها برای افزایش توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران ناکافی است و تغییر در محتوا و روش‌های

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

تدریس دروس اخلاق لازم است (۱۳). به‌طور کلی، می‌توان گفت آموزش پرستاری و آموزش اخلاق می‌تواند تأثیر مثبتی بر حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی و رفتار اخلاقی پرسنل داشته باشد.

در این مطالعه بین نمره‌ی حساسیت اخلاقی و ابعاد آن با سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار، سطح تحصیلات و رفتار مراقبتی رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت. در پژوهش عباس زاده و همکاران نیز بین سن، جنس، سابقه‌ی کار و وضعیت تأهل با حساسیت اخلاقی رابطه‌ای وجود نداشت اما در بعد به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی، زنان نمره‌ی بالاتری کسب کرده بودند که از نظر آماری نیز معنی‌دار بود و بین سن پرستاران با بعد تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی ارتباط معکوس و با بعد دانش حرفه‌ای ارتباط مستقیم وجود داشت (۲). در پژوهش حسن‌پور و همکاران بین جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار و میزان تحصیلات پرستاران با حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری رابطه‌ی معنی‌داری وجود نداشت (۸). در مطالعه‌ی Abdou و همکاران افراد متأهل، دارای سن بالای ۳۵ سال و بیش از ۱۲ سال سابقه‌ی کار به‌طور معنی‌داری از نظر بعد صداقت و خیرخواهی نمره‌ی بالاتری کسب کردند و افرادی که مجرد بوده، سن کم‌تر از ۲۵ سال و سابقه‌ی کار کم‌تر از ۵ سال داشتند از نظر بعد آگاهی از نحوه‌ی برقراری ارتباط امتیاز کم‌تری کسب کرده بودند (۴). در این مطالعه نمره‌ی حساسیت اخلاقی با رفتار مراقبتی پرستاران همبستگی معنی‌داری نداشت. با این‌که به‌نظر می‌رسد رفتارهای افراد در برخورد با دیگران تا حدی انعکاسی از اخلاقیات و حساسیت‌های آن‌ها باشد اما مطالعات نشان می‌دهند بین تصمیم‌گیری اخلاقی ایده‌آل و رفتار واقعی افراد تفاوت وجود دارد. پرستاران معمولاً در اجرای تصمیماتشان در عمل مشکلاتی دارند و عوامل زمینه‌ای توانایی آن‌ها را برای اجرای تصمیم محدود کرده و سبب ایجاد مشکل در عمل کردن مطابق ارزش‌ها و هنجارها می‌شود (۳۰). به‌نظر می‌رسد یک عامل مؤثر برای این مساله، فرهنگ موجود در محل کار افراد باشد که آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و سبب پنهان شدن برخی از خصوصیات اخلاقی در عملکرد یا بروز رفتارهایی ناهماهنگ با ویژگی‌های واقعی آن‌ها می‌شود. اعمال اخلاقی پرستاران فرایند پیچیده‌ای است که با فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی و رفتارهای فرد همراه است و عواملی مثل ارزش‌های پرستار، تجربیات، دانش، مهارت، عقاید و انتظارات سایر افراد، قوانین و دستورالعمل‌ها نقش مهمی در این فرایند دارند.

در ابعاد مختلف رفتار مراقبتی، میانگین نمره در بعد وظایف حرفه‌ای (۱۸/۳۷) و در بعد احترام به بیمار (۱۸/۳۶) دارای بالاترین امتیاز و در بعد روابط عاطفی (۱۷/۷۹) دارای کم‌ترین امتیاز بوده است. در مطالعه‌ی Akter و همکاران که رفتارهای اخلاقی سوپروایزرها را از دیدگاه پرستاران بررسی کرده بود نمره‌ی رفتار سوپروایزرها با پرستاران، در ابعاد گفتن حقیقت، رعایت عدالت، رعایت محرمانگی، جلوگیری از آسیب به بیمار و احترام به استقلال مددجو در سطح بالا بود (۱۱). احترام به خود و دیگران از بنیادی‌ترین ارزش‌های اخلاقی است. احترام یک ارزش اخلاقی مشترک بین پرستاران است و تمام اصول اخلاقی دیگر را تحت پوشش قرار می‌دهد. میزان رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران طبق گزارش نصیریانی و همکاران در سطح رضایت‌بخشی نبوده و لازم است پرستاران نسبت به اصول اخلاقی مراقبت، آگاهی بیش‌تری داشته باشند (۳۸). تحقیقات نشان می‌دهند میزان به‌کارگیری اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های بالینی در ایران در حد مطلوب نیست و پرستاران توانایی به‌کارگیری دانش اخلاقی در محیط واقعی را ندارند (۱۳). این موضوع اهمیت توجه به آموزش نحوه‌ی به‌کارگیری اصول اخلاقی در محیط کاری و مراقبت از بیمار را می‌رساند. نمره‌ی رفتار مراقبتی پرستاران با وضعیت تأهل، سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق، سطح تحصیلات، سن و سابقه‌ی کار ارتباط معنی‌دار نداشت اما بعد احترام با وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار داشت و نمره‌ی احترام در مجردها بالاتر از متأهل‌ها بود. تفاق و همکاران نیز ارتباطی بین جنسیت، وضعیت تأهل،

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

سن و سابقه‌ی خدمت با رعایت اخلاق حرفه‌ای نیافتند (۶). البته در مطالعه‌ی ما نمرات ابعاد داشتن دانش و آگاهی، حمایت و احترام در زنان بالاتر از مردان بود که احتمالا علت آن زیاد بودن تعداد پرستاران مونث نسبت به پرستاران مذکر در این مطالعه است زیرا فقط ۶ پرستار مرد در پژوهش شرکت داشتند و نمی‌توان در این خصوص قضاوت درستی داشت. تحقیقات نشان می‌دهد آموزش تأثیر مثبتی بر استدلال اخلاقی دارد اما ممکن نیست همه‌ی ابعاد تصمیم‌گیری اخلاقی را تحت تأثیر قرار دهد. در این‌جا نیز سابقه‌ی شرکت در سمینارها و کارگاه‌های اخلاق پزشکی بر عملکرد مراقبتی پرسنل تأثیری نداشت. در این مطالعه نمره‌ی احترام در مجردها بالاتر از متأهل‌ها بود. شاید دلیل آن صبوری و داشتن حوصله در افراد مجرد و کم بودن مشکلات فکری و خانوادگی در آن‌ها نسبت به افراد متأهل باشد و به همین دلیل اصول احترام به بیمار را بیش‌تر رعایت می‌کنند. البته این یافته در سایر مطالعات به‌دست آمده تأیید نشده است.

نمره‌ی رفتار مراقبتی با بخش محل کار رابطه‌ی معنی‌دار داشت و بیش‌ترین نمره در بخش‌های ICU جنرال و دیالیز مشاهده شد و شاید بتوان گفت عملکرد سرپرستار، محیط بخش، نحوه‌ی ارزیابی پرسنل و میزان اهمیت پرستاران به رفتارهای مراقبتی خود می‌توانند در تفاوت نمره‌ی رفتار مراقبتی در بخش‌های مختلف مؤثر باشند. عملکردها و صلاحیت‌های پرستاران فضیلت‌های اخلاقی محسوب می‌شوند و اخلاق در زندگی پرستاران محوریت داشته و تعدیل‌کننده‌ی بروز رفتارهایی است که مانع بروز آسیب به بیماران می‌شود و به‌طور کلی سایه‌ی اخلاق بر تمام ابعاد کاری پرستاران گسترده شده است اگر چه در عمل با چالش‌هایی در زمینه‌ی تعادل بین عوامل مختلف روبه‌رو هستند (۳۰). این مهم است که پرستار حین تصمیم‌گیری در مراقبت به‌عنوان حامی بیمارش عمل کند. داشتن استقلال و قدرت با به‌کارگیری تصمیمات اخلاقی در عمل مشارکت دارد (۳۱). ارزش‌های فردی و حرفه‌ای افراد در اثر گذشت زمان دچار تغییر می‌شود. شناخت هماهنگ و یکپارچه‌ی ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران بسیار مهم بوده و سبب ایجاد هویت حرفه‌ای آنان می‌شود. این ارزش‌ها بر عقاید افراد، حساسیت اخلاقی و عملکرد مراقبتی آن‌ها مؤثر بوده و کیفیت مراقبت از بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از محدودیت‌های این پژوهش این است که پیشینه‌ی فرهنگی و اعتقادات مذهبی افراد بر میزان حساسیت اخلاقی آن‌ها مؤثر بوده و غیر قابل کنترل است. هم‌چنین، کم بودن تعداد پرستاران مذکر نسبت به پرستاران مونث، کم بودن حجم نمونه و نمونه‌گیری غیر تصادفی در این مطالعه می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. خصوصیات فردی سرپرستاران و روابط آن‌ها با پرسنل نیز بر نمرات رفتار مراقبتی مؤثر خواهد بود.

نتیجه‌گیری

مراقبت در بالین با چالش‌های متعددی روبه‌رو است و پرستاران با توجه به حضور مداوم بر بالین بیمار، بر میزان رضایتمندی بیماران از مراقبت‌های درمانی ارائه‌شده نقش مهمی دارند. گرفتن تصمیمات اخلاقی نیز تأثیر بسزایی در عملکرد مراقبتی پرستاران به‌خصوص در بخش مراقبت‌های ویژه دارد. در بررسی حساسیت اخلاقی و عملکرد مراقبتی پرستاران بخش‌های ویژه مشخص شد میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در حد متوسط است. هر چند همبستگی معنی‌داری بین حساسیت اخلاقی و عملکرد مراقبتی به‌دست نیامد، پر واضح است که رعایت اصول اخلاقی در حرفه‌ای مانند پرستاری تا چه حد می‌تواند عملکرد افراد را در برخورد با بیماران در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد. چون پرستاران در امر مراقبت از بیمار با موقعیت‌های جدی برخورد می‌کنند که نیاز به توانایی‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری و عملکرد مناسب دارد، لازم است نسبت به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه‌ی خود حساس و آشنا باشند تا نسبت به حقوق مددجویان در اتخاذ تصمیمات احترام گذاشته و

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

استقلال آن‌ها را حفظ کنند و هم‌چنین علاوه بر اعمال مراقبتی پرستاری معمول در سایر ابعاد مثل برقراری ارتباط مناسب و حمایت از بیمار بهترین عملکرد را داشته باشند. در یافته‌ها مشخص شد حساسیت اخلاقی و عملکرد مراقبتی افراد در بخش‌های مختلف، متفاوت است. لازم است در مطالعات بعدی علل وجود این قبیل تفاوت‌ها با حجم نمونه‌ی کافی مورد بررسی قرار گرفته و از عواملی که بر بهبود عملکرد مراقبتی و افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران در برخی بخش‌ها اثر می‌گذارند به‌عنوان الگو و راهنمایی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی به پرسنل سایر بخش‌ها استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری کلیه‌ی پرسنل محترم و مسؤولان محترم بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های شهید محمدی و کودکان و کتابخانه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان و معاونت محترم پژوهشی که ما را در انجام این طرح پژوهشی با شماره طرح ۸۸۲۲ یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

۱- تولایی ر. عوامل تاثیر گذار بر رفتار اخلاقی کارکنان در سازمان. دو ماهنامه توسعه انسانی پلیس ۱۳۸۸؛ دوره ۶ (شماره ۲۵): ۶۴-۴۵.

۲- عباس زاده ع، برهانی ف، موذن نعمت اللهی ل. مقایسه میزان حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان در سال ۸۹. فصلنامه اخلاق پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۴ (شماره ۱۲): ۵۴-۳۹.

3- Jaeger SM. Teaching health care ethics: the importance of moral sensitivity for moral reasoning. Nurs Philos 2001; 2(2): 131-142.

4- Abdou HA, Baddar FM, Alkorashy A. The relationship between work environment and moral sensitivity among the nursing faculty assistants. World Applied Sci J 2010; 11(11): 1375-87.

5- Smeltzer SC, Bare BG, Brunner LS. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical Surgical Nursing. New York: Lippincott, Philadelphia; 2001.

٦- تفاق م ر، نیکبخت نصرآبادی ع ر، مهران ع، دین محمدی ن. بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه ای در اجرای دستورات دارویی توسط پرستاران. فصلنامه حیات ۱۳۸۳؛ دوره ۱۰ (شماره ۲۳): ۸۵-۷۷.

7- Hariharan S, Jonnalagadda R, Walrond E, Moseley H. Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. BMC Med Ethics 2006; 7:7-16.

۸- حسن پور م، حسینی م ع, فلاحی خشکناب م، عباس زاده ع. بررسی تاثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری پرستاران بیمارستانهای تامین اجتماعی استان کرمان سال ۱۳۸۹. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۵): ۶۴-۵۸.

9- Grady C, Danis M, Soeken K.L, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? Am J Bioeth 2008; 8(4): 4–11.

10- Grypdonck M, Cannaerts N, Steeman E, Dierckx DC. Emprical studies in nursing ethics. Med Health Care Philos 2004; 7(1): 31-9.

11- Akter B, Chaowalit A, Nasae T. Moral

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

Behaviors of Nurse Supervisors Expected and Perceived by Nurses in Bangladesh. Proceeding of the 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences; 2010; Thailand; Prince of Songkla University.

12- Udomluck S, Tonmukayakul O, Tiansawad S, Srisuphan W. Development of Thai nurses' caring behavior scale. Pacific Rim Int J Nurs Res 2010; 14(1): 32-44.

۱۳- برهانی ف، الحانی ف، محمدی ع، عباس زاده ع. توسعه صلاحیت اخلاق حرفه ای پرستاران، ضرورت ها و چالش ها در آموزش اخلاق. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۳): ۳۸-۲۷.

14- Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. J Med Ethics1992; 18(3): 142-7.

۱۵- نگارنده ر، اسکویی س ف، احمدی ف، نیک روش م. ماهیت حمایت از بیمار. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۸۴؛ دوره ۱۳ (شماره ۵۳): ۳۸-۲۹.

۱٦- زیرک م، مقدسیان س، عبداله زاده ف، رحمانی ا. سطح تکامل اخلاقی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۴): ۵۵-۴۵.

۱۷- بدون نام. شورای سیاستگذاری سلامت، دبیرخانه شورای عالی اخلاق پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. کدهای اخلاق پرستاری: آیین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران. http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=36742 (accessed in 2013).

۱۸- محمودی شن غ ل، الحانی ف، احمدی ف، کاظم نژاد ا. مضامین اخلاقی در سبک زندگی حرفه‌ای پرستاران: یک مطالعه کیفی به شیوه تحلیل محتوای استقرایی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۴): ۷۸-۶۳.

19- Schroeter K. Ethics in preoperative practice-patient advocacy. AORN J 2002; 75(5): 941-949.

۲۰- واحدیان عظیمی ا، الحانی ف. چالش های آموزشی در تصمیم گیری اخلاقی در پرستاری. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷; دوره ۱(شماره ۴): ۳۰-۲۱.

21- Mattick K, Bligh J. Teaching and assessing medical ethics: where are we now? J Med Ethics 2006; 32(3):181-5.

۲۲- جولایی س، بخشنده ب، محمد ابراهیم م و همکاران. کدهای اخلاق پرستاری در ایران، گزارش بخشی از یک مطالعه اقدام پژوهی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۵۳-۴۵.

۲۳- برحانی ف، عباس زاده ع، کهن م، فضایل م ع. مقایسه توانایی استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان در برخورد با معضلات اخلاقی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۴): ۸۱-۷۱.

24- Hunt G. Moral crisis: professionals and ethical education. Nurs Ethics 1997; 4(1): 29-38.

25- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, HendersonA. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. Nurs ethics 2008; 15(3): 304-21.

۲٦- ابراهیمی ح، نیکروش م، اسکویی س ف، احمدی ف ا. استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم گیری اخلاقی. رازی، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۴): ۱۵-۷.

27- Lützén K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. Intern J Meth Psychiat Res 1994; 4(4): 241-8.

28- Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. Nurs Ethics 2012; 19(1):116-27.

29- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. Nurs Ethics 2010; 17(1): 99-105.

30- Goethals S, Gastmans C, de Casterlé B. Nurses' ethical reasoning and behavior: a literature review. Int J Nurs Stud 2010; 47(5): 635–50.

31- Comrie RW. Identifying and measuring baccalaureate and graduate nursing students' moral sensitivity [dissertation]. USA. Southern

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

Illinois University; 2006.
32- Lützén K, Johansson A, Nordstrom G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. Nurs Ethics 2000; 7(6): 520-30.
33- MacDonald H. Relational ethics and advocacy in nursing: Literature review. J Adv Nurs 2007; 57(2): 119-26.
34- Numminen OH, Leino-Kilpi H. Nursing student's ethical decision-making: a review of the literature. Nurse Educ Today 2007; 27(7): 796-807.
35- Ersoy N, Goz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. Nurs Ethics 2001; 8(4): 299-312.
36- Sirin S, Brabeck MM, Satiani A, Rogers-Serin L. Validation of a measure of ethical sensitivity and examination of the effects of previous multicultural and ethics courses on ethical sensitivity. Ethics Behav 2003; 13(3): 221-35.
37- Hough MC. Learning, decisions and transformation in critical care nursing practice. Nurs Ethics 2008; 15(3): 322-31.
۳۸- نصیریانی خ، فرنیا ف، نصیریانی ف. بررسی رعایت حقوق بیمار از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستانهای شهر یزد. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۸۶؛ دوره ۱۳(شماره ۱): ۳۷-۳۳.

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]

The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior

Ahmad Izadi[1], Elham Imani[*2] , Zahra Khademi[2], Fariba Asadi Noughabi[2], Nina Hajizadeh[3], Fatemeh Naghizadeh[3]

[1] *Assistant Professor, Department of Psychology & Education, Imam Hossein University, Tehran, Iran;*
[2] *Mentor, Faculty of Nursing & Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran;*
[3] *BS, Faculty of Nursing & Midwifery, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran.*

Abstract

Nurses encounter challenging ethical issues in practice that can make decision making tough for them. The purpose of this study was to determine the moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012.

This research is a descriptive analytic study with intensive care unit nurses as its participants. A demographic and background questionnaire, a standard questionnaire of the nurses' moral sensitivity, and a caring behavior questionnaire were used to collect information. Data were analyzed using SPSS16 software, descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis, and Spearman's correlation.

The mean score of the nurses' moral sensitivity was 70.15 ± 6.90 (maximum score was 96 and minimum score was 49) that was moderate in 85.6% of the nurses. The mean score of the nurses' caring behavior was 108.90 ± 10.62 (maximum score was 120 and minimum score was 69). There was no significant correlation between moral sensitivity and caring behavior scores, but both scores were significantly associated with the place where the nurses were working. The dimension of respect for patient autonomy had a significant relationship with participation in medical ethics seminars or workshops.

The moral sensitivity of the nurses in this study was moderate and did not have a significant correlation with caring behavior scores. In view of the fact that nurses deal with serious situations in patient care that call for adequate ethical abilities for decision-making as well as good performance, it is necessary for them to be familiar with and sensitive to ethical issues related to their profession.

Keywords: caring behavior, intensive care unit, moral sensitivity, nursing ethics

[*] Email: eimani@hums.ac.ir

[Downloaded from ijme.tums.ac.ir on 2024-10-12]