

تأثیر آموزش مجازی اصول اخلاقی به شیوهی روایتگری،

بر حساسیت اخلاقی پرستاران مراقبت‌های ویژه

خدیجه نصیریانی¹، سیده‌الهام فضل‌جو²، عارفه دهقانی تفتی³، یدالله موبری^{4*}

تاریخ دریافت: 98/6/22

تاریخ پذیرش: 99/4/15

تاریخ انتشار: 99/6/18

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حساسیت اخلاقی، به‌عنوان اولین گام در فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی، قبل از اینکه فرد بتواند قضاوت اخلاقی و به‌دنبال آن تصمیم‌گیری مناسب داشته باشد، ضروری است. برای ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران، آموزش مفاهیم اخلاقی و به‌کارگیری شیوهی مناسب برای آموزش هنوز محل بحث است؛ لذا، مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین تأثیر آموزش مجازی اصول اخلاقی به شیوهی روایتگری، بر حساسیت اخلاقی پرستاران مراقبت‌های ویژه انجام شد. در این مطالعه‌ی نیمه‌تجربی، ۶۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه، در دو گروه مداخله و کنترل در دو بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. برای گروه مداخله، برنامه‌ی آموزشی اصول اخلاقی به شیوهی روایتگری و از طریق فضای مجازی اجرا شد. پرستاران پرسش‌نامه‌ی حساسیت اخلاقی لاتزن را در سه نوبت (قبل، بلافاصله و دو ماه بعد) تکمیل کردند. اطلاعات با نرم‌افزار SPSS، نسخه‌ی ۲۰، تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران گروه آزمون، قبل از مطالعه (۶۱٫۵۳±۹٫۲۴) و گروه کنترل (۶۰٫۶۰±۷٫۷۶) بود که تفاوتی معنی‌دار نداشت ($p>0.05$)؛ اما بعد از مداخله در پس‌آزمون اول، گروه آزمون (۷۷٫۵۰±۶٫۰۵) و گروه کنترل (۶۰٫۸۳±۸٫۰۷) بود که تفاوتی معنی‌دار را نشان داد ($p<0.05$)؛ همچنین، در پس‌آزمون دوم، بین گروه آزمون و کنترل، تفاوتی معنی‌دار دیده شد ($p<0.05$). آزمون آماری اندازه‌های تکراری بین نمرات حساسیت اخلاقی در گروه آزمون تفاوتی معنی‌دار نشان داد؛ اما در گروه کنترل، تفاوت معنی‌دار مشاهده نشد. بر اساس یافته‌ها، حساسیت اخلاقی پرستاران دو گروه، در ابتدای مطالعه، متوسط بود؛ اما بعد از مداخله، گروه آزمون بهبودی شایسته‌ی توجه یافت؛ اما گروه کنترل، کماکان، متوسط بود؛ بنابراین، لازم است پرستاران به ثبت و اشتراک‌گذاری چالش‌های اخلاقی که با آن مواجه می‌شوند، تشویق گردند تا بدین ترتیب، ضمن ارتقای عملکرد اخلاقی خود، از روایت‌های آن‌ها برای آموزش سایر پرستاران و دانشجویان پرستاری استفاده شود.

واژگان کلیدی: آموزش مجازی، اصول اخلاقی، پرستار، حساسیت اخلاقی، روایتگری

1. دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات سلامت مادر و کودک، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
2. مربی، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری میبد، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
3. مربی، گروه آمار حیاتی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
4. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: یزد، صفاییه، خیابان بوعلی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۲۵۱۲۲۹۵۶.

Email: ym25663@gmail.com

مقدمه

پرستاران، بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده‌ی خدمات در نظام درمانی‌اند و عملکرد آن‌ها، تأثیری بسزا بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی دارد (۱). رعایت موازین اخلاقی، عاملی مؤثر بر عملکرد پرستاران در ارائه‌ی مراقبت باکیفیت خواهد بود (۲) و اصولاً، حرفه‌ی پرستاری بر پایه‌ی اخلاق استوار است (۳). هدف از اخلاق در پرستاری، بهبود مراقبت‌های پرستاری و نیل به ارتقای خدمات و مراقبت‌های پرستاری است (۴ و ۵)؛ چراکه افرادی که در حرفه‌ی خود، از نظر اخلاقی متعهدند، می‌کوشند تا در امر مراقبت، دچار کوتاهی و لغزش نشوند و با برقراری ارتباط بهتر و مؤثر با بیمار، نیازهای او را شناسایی و رفع کنند (۵).

پرستاران، با توجه به مسائلی مانند فناوری پزشکی، چگونگی تخصیص منابع، افزایش هزینه‌های درمان، توجه به حقوق فردی انسان‌ها و تغییر در نقش‌های پرستار، نیازمند تصمیم‌گیری اخلاقی‌اند (۶). حساسیت اخلاقی، به‌عنوان اولین گام در فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی، قبل از اینکه فرد بتواند قضاوت اخلاقی داشته باشد، لازم و ضروری است (۷)؛ به‌عبارتی، حساسیت اخلاقی، بینشی ذهنی است که بر کارهایی که باید انجام شود، تأکید دارد و منجر به توجه بیشتر به رفتار و ارزش‌های شخصی و اجتماعی فرد می‌شود (۸ و ۹). حساسیت اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند، بیشتر، متوجه مسائل اخلاقی حرفه‌ی خود باشند و راه‌حل‌های خلاقانه برای آن‌ها بیابند (۱۰). پرستارانی که حساسیت اخلاقی آن‌ها بیشتر است، در موقعیت‌های پیش‌آمده، تصمیم‌گیری اخلاقی بهتری دارند (۱۱)؛ حال آنکه، در تعدادی از مطالعات، حساسیت اخلاقی را مطلوب و در تعدادی، آن را نامطلوب دانسته‌اند (۱۲ و ۱۳). احتمال دارد که ناتوانی در عملکرد اخلاقی مناسب، عمدتاً، ناشی از کمبود آموزش‌های لازم در زمینه‌ی

موضوعات اخلاقی باشد (۱۲)؛ به‌عبارتی، وجود راهنماها و آموزش‌های اخلاقی، می‌تواند کیفیت عملکرد پرستاران را در حرفه‌ی خود ارتقا دهد و موجب عملکرد اخلاقی‌محور شود (۱۴)؛ البته، این موضوع که آموزش اخلاق در ارتقای حساسیت اخلاقی مؤثر است، در بعضی مطالعات، تأیید شده است (۱۵)؛ اما انتخاب بهترین روش آموزش اخلاق در پرستاری، هنوز مورد سوال است. به نظر می‌رسد با روش‌های سنتی آموزش اخلاق که بر اصول، قوانین، تئوری‌ها و کدهای اخلاقی تکیه دارند و پرستاران را چندان برای تصمیم‌گیری اخلاقی در بالین آماده نمی‌کنند، تغییر در محتوا و روش‌های آموزش اخلاق، ضروری به نظر می‌رسد (۱۶).

روایت داستان، روشی متفاوت است که می‌تواند در آموزش مفاهیم اخلاق به کار گرفته شود (۱۷). روایتگری اخلاق، روشی است که در آن، با استفاده از داستان‌هایی که ریشه در مواجهات روزانه‌ی اشخاص یا وقایع نقل‌شده و اجزای تشکیل‌دهنده‌ی آن دارند، به آموزش مفاهیم و قواعد اخلاقی، پرداخته و از مفهوم داستان، به‌منظور افزایش و تسهیل مراقبت و همدلی در زندگی افراد بستری در محیط‌های بالینی بهره گرفته می‌شود (۱۸ و ۱۹). روایتگری اخلاق، روشی غیرمستقیم با استفاده از داستان، برای ایجاد و ارتقای حساسیت درباره‌ی موضوعی اخلاقی است (۹ و ۲۰).

با ظهور پدیده‌های نوین در فناوری اطلاعات و تأثیر آن‌ها بر شیوه‌ها و روش‌های زیستن، فرایند آموزش نیز که از ارکان اساسی و بنیادین جوامع است، متحول و دگرگون شده است (۲۱)؛ به‌خصوص، وجود اینترنت و شبکه‌های ارتباطی، منجر به تحول در روش‌های آموزشی شده و این امکان را فراهم ساخته است که طیفی وسیع از فراگیران علم و دانش را از راه دور، در هر زمان و مکانی دربرگیرد (۲۲)؛ به‌طوری‌که امروزه، مقوله‌ی آموزش مجازی، بسیار، در کانون توجه قرار گرفته

$n=(1.96+0.85)2(1.96+2.89)=7.89*3.78=29.85=30$
 در این مطالعه، شرکت کنندگان، فرم مشخصات فردی و پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی را کامل کردند. فرم مشخصات فردی، دربرگیرنده‌ی سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار، سطح تحصیلات و وضعیت استخدام بود و از پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی که لوتزن^۱ و همکاران، در سال ۱۹۹۴، تدوین کرده‌اند (۲۴) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر عبارت، با مقیاس لیکرت پنج‌نقطه‌ای (کاملاً موافق = چهار، نسبتاً موافق = سه، نسبتاً مخالف = دو، کاملاً مخالف = یک و بی‌نظر = صفر) ابراز می‌کنند. حداقل و حداکثر امتیاز تخصص‌یافته برای کل سؤالات، به ترتیب، صفر و صد خواهد بود. بر این اساس، در صورتی که امتیاز کل هر نمونه درباره‌ی حساسیت اخلاقی، بین صفر تا صد باشد، میزان حساسیت اخلاقی، کم؛ بین ۵۰ تا ۷۵، متوسط و بین ۷۵ تا ۱۰۰، زیاد محسوب می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه، در ایران، در مطالعه‌ی حسن‌پور (۱۳۹۰) تأیید شده است (۲۵)؛ همچنین، مجدداً، پایایی پرسشنامه در مطالعه‌ی ایمانی‌فر و همکاران، با ضریب آلفای کرونباخ ۰٫۷۶، تأیید شد (۹).

برای اجرای پژوهش، پس از ارائه‌ی رضایت آگاهانه‌ی کتبی واحدهای مورد پژوهش، پرسشنامه‌ی مشخصات دموگرافیک و حساسیت اخلاقی، به صورت خودگزارش‌دهی، تکمیل شد؛ سپس، برای گروه مداخله، به منظور آموزش اصول اخلاقی، در شبکه‌ی مجازی، گروه تشکیل گردید. آموزش، در پنج جلسه‌ی مجازی و هر هفته، یک جلسه تشکیل شد تا اعضا گروه، فرصت کافی برای بحث و ارائه‌ی نظر درباره‌ی روایت‌ها را داشته باشند. در روز هفتم، جمع‌بندی صورت گرفت و پاسخ‌های صحیح در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. محتوای برنامه، در جدول شماره‌ی یک ارائه شده

است (۲۳)؛ بنابراین، با توجه به نقش آموزش‌های مجازی در ایجاد فرایند یادگیری در نظام سلامت که امروزه، تأکیدی فراوان بر آن می‌شود و از آنجاکه به نظر می‌رسد استفاده از روش روایتگری بتواند باعث تسهیل یادگیری مفاهیم اخلاقی و ایجاد فرایند یادگیری پایدار در پرستاران شود، مطالعه‌ی حاضر، با هدف تعیین تأثیر آموزش مجازی اصول اخلاقی به شیوه‌ی روایتگری، بر حساسیت اخلاقی پرستاران مراقبت‌های ویژه انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه‌ی مداخله‌ای از نوع نیمه‌تجربی بود که حساسیت اخلاقی پرستاران، قبل از آزمون با بلافاصله بعد و دو ماه بعد از آزمون در دو گروه مداخله و کنترل مقایسه شد. جامعه‌ی پژوهش، پرستاران بخش‌های ویژه (سی‌سی‌یو، آی‌سی‌یو، دیالیز و اورژانس) دو بیمارستان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، امام‌جعفر صادق (ع) شهرستان میبد و بیمارستان ضیایی شهرستان اردکان بودند که نزدیک به هم و از نظر وضعیت فرهنگی و اجتماعی، مشابه‌اند. بیمارستان‌های مطالعه‌شده، با پرتاب سکه، به صورت تصادفی، برای کنترل و آزمون انتخاب شدند و نمونه‌ها، به صورت سهمیه‌ای، متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های مورد مطالعه، برگزیده شدند. معیار ورود به مطالعه، داشتن حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری و یک سال سابقه در محیط بالینی بخش مراقبت ویژه بود و در صورتی که پرستاران، توانایی استفاده از فضای مجازی یا علاقه و دسترسی به آن نداشتند، از مطالعه خارج می‌شدند. حجم نمونه با توجه به مطالعه‌ی ایمانی‌فر و همکاران (۹)، احتساب انحراف معیار ۲٫۳۹ و ۱٫۶۸، به ترتیب، قبل و بعد از مداخله و حداقل اختلاف میانگین ۱٫۵، توان آزمون ۸۰ درصد، سطح اطمینان ۹۵ درصد و ریزش ۱۰ درصد، تعداد ۳۳ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

1. Lutzen

با عملکرد پرستاری در آن تغییراتی داده شد. بلافاصله، پس از پایان پنجمین جلسه و دو ماه بعد از آن، مجدداً پرسش‌نامه‌ی حساسیت اخلاقی در دو گروه مداخله و کنترل، به صورت خودگزارش‌دهی، تکمیل گردید.

است. گفتنی است که محتوا از کتب معتبر پرستاری در زمینه‌ی اخلاق، تهیه (۲۶ و ۲۷) و روایت‌ها از سناریوهای نوشته‌شده در کتاب تعهد حرفه‌ای پزشکی؛ راهنمای مبتنی بر سناریوهای بالینی، گرفته (۲۸) و توسط گروه تحقیق، متناسب

جدول شماره‌ی ۱- محتوای آموزش ارائه‌شده در پژوهش

جلسه	محتوا
جلسه‌ی اول	بیان اهداف دوره، آشنایی با نظریه‌های اخلاقی با رویکرد پرستاری و اهمیت اخلاق در حرفه‌ی پرستاری
جلسه‌ی دوم	اصل احترام به استقلال بیمار، شامل رضایت آگاهانه، حمایت از بیمار، رازداری و حفظ حریم خصوصی (چهار روایت)
جلسه‌ی سوم	اصل سودرسانی، شامل صداقت و قیام‌آبی (دو روایت)
جلسه‌ی چهارم	اصل ضرر نرساندن (دو روایت)
جلسه‌ی پنجم	اصل عدالت با محورهای احترام به شأن انسان‌ها و عدالت توزیعی (دو روایت)

یافته‌ها

در این مطالعه، سه نفر در گروه مداخله به دلیل عدم فعالیت در بحث‌های گروه مجازی و سه نفر در گروه کنترل، به دلیل عدم تکمیل کامل پرسش‌نامه در دو ماه بعد، از مداخله حذف شدند و در نهایت، سی نفر در هر گروه، مطالعه شدند. بر اساس یافته‌ها، در گروه مداخله و کنترل، اکثر شرکت‌کنندگان (۲۱ نفر و ۷۰ درصد) زن بودند. میانگین سن در گروه مداخله ($32/30 \pm 5/16$) و در گروه کنترل ($5/10 \pm$) $32/97$ بود. اکثریت، در گروه مداخله (۲۵ نفر و $83/4$ درصد) و گروه کنترل (۲۱ نفر و ۷۰ درصد)، از یک تا ده سال سابقه‌ی کار داشتند. اکثریت در گروه مداخله و کنترل (۱۵ نفر و ۵۰ درصد)، در بخش اورژانس شاغل بودند (نک: جدول شماره‌ی دو).

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS، ویرایش ۲۰، استفاده شد. از آمار توصیفی، از قبیل میانگین، انحراف معیار، فراوانی مطلق و نسبی و آمار استنباطی پارامتریک تی زوج، برای مقایسه‌ی میانگین قبل و بعد، استفاده گردید و آنالیز واریانس تکرار شده برای مقایسه‌ی حساسیت اخلاقی قبل، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله به کار گرفته شد. گفتنی است که سطح معنی‌داری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف^۲ استفاده شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، از کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، مجوزی با کد IR.SSU.REC.1397.172 دریافت شد؛ همچنین، ضمن کسب مجوز انجام پژوهش از مسئولان مربوطه در بیمارستان‌ها، رضایت آگاهانه‌ی کتبی از واحدهای مورد پژوهش نیز، اخذ گردید.

2. Kolmogorov–Smirnov Test

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات

p.value ¹	گروه کنترل		گروه مداخله		متغیر	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
0.08	۳۰	۹	۳۰	۹	مرد	جنسیت
	۷۰	۲۱	۷۰	۲۱	زن	
0.06	۴۰	۱۲	۳۶/۷	۱۱	از ۲۱ تا ۳۰ سال	سن
	۵۰	۱۵	۵۶/۷	۱۷	از ۳۱ تا ۴۰ سال	
	۱۰	۳	۶/۶	۲	از ۴۱ تا ۵۰ سال	
0.07	۷۰	۲۱	۸۳/۴	۲۵	از ۱۰ تا ۱۰ سال	سابقه‌ی کار
	۳۰	۹	۱۶/۶	۵	از ۱۱ تا ۲۰ سال	
0.06	۵۰	۱۵	۵۰	۱۵	اورژانس	بخش محل خدمت
	۲۰	۶	۲۰	۶	سی‌سی‌یو	
	۲۰	۶	۲۰	۶	آی‌سی‌یو	
	۱۰	۳	۱۰	۳	دیالیز	

پس‌آزمون اول، نمره‌ی حساسیت اخلاقی در گروه مداخله، ۷۷/۵۰ و در گروه کنترل، ۶۲/۸۳ و در پس‌آزمون دوم، این نمره در گروه مداخله، ۷۶/۷۰ و در گروه کنترل، ۶۱/۶۳ به دست آمد که تفاوت معنی‌دار آماری یافت شد (جدول شماره‌ی سه).

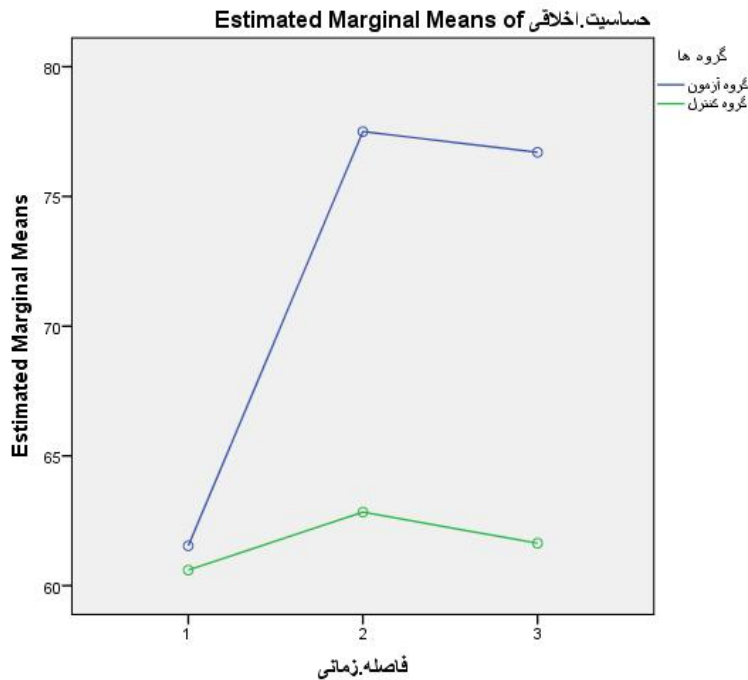
آزمون کولموگروف اسمیرنوف، برای بررسی نرمال‌بودن داده‌های پژوهش انجام شد. براساس این آزمون، مشخص گردید داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کرده‌اند؛ بنابراین، با استفاده از آزمون تی مستقل مشخص شد میانگین حساسیت اخلاقی در گروه مداخله در پیش‌آزمون، ۶۱/۵۳ و گروه کنترل، ۶۰/۶۰ بود و تفاوت معنی‌دار آماری یافت نشد؛ اما در

جدول شماره‌ی ۳- مقایسه‌ی نمرات حساسیت اخلاقی برای گروه‌های آزمون و کنترل

آزمون تی مستقل	گروه کنترل		گروه مداخله		زمان آزمون
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
T=0.423 P=0.67	۷/۷۶۶	۶۰/۶۰	۹/۲۴۷	۶۱/۵۳	پیش‌آزمون
T=7.96 P=0.0001	۸/۰۷۸	۶۲/۸۳	۶/۰۵۰	۷۷/۵۰	پس‌آزمون اول
T=9.11 P=0.0001	۷/۵۵۴	۶۱/۶۳	۴/۹۹۸	۷۶/۷۰	پس‌آزمون دوم
	P=0.67		P=0.0001		آزمون اندازه‌های تکراری

اصول اخلاقی به شیوه‌ی روایتگری، تفاوت معنادار بود؛ اما بین میانگین نمره بلافاصله بعد و دو ماه بعد تفاوت معنی‌دار وجود نداشت. در گروه کنترل نیز بین میانگین نمرات میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در پیش‌آزمون، پس‌آزمون اول و دوم، تفاوت معنی‌داری یافت نشد (شکل شماره‌ی یک).

بر اساس آزمون اندازه‌های تکراری، بین میانگین نمرات حساسیت اخلاقی پرستاران گروه مداخله، در پس‌آزمون اول، پس‌آزمون دوم و دو ماه بعد از اجرای آموزش مجازی اصول اخلاقی به شیوه‌ی روایتگری، تفاوت معنادار یافت شد. به‌طوریکه، بین میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در گروه مداخله، قبل و بلافاصله بعد از اجرای آموزش مجازی



شکل شماره ۱- مقایسه نمرات حساسیت اخلاقی گروه آزمون و کنترل در قبل، بلافاصله بعد و دو ماه بعد از مطالعه

بحث

در مطالعه‌ی حاضر، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه کنترل و مداخله، از نظر متغیرهای دموگرافیکی، مانند سن، سابقه کار، بخش محل کار، جنس و تأهل، تفاوتی معنی‌دار نداشتند و در ابتدای مطالعه، با یکدیگر همسان بودند.

براساس نتایج به‌دست‌آمده، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی بین دو گروه مداخله (61.53 ± 9.24) و کنترل (60.60 ± 7.76)، در ابتدای مطالعه، در سطحی متوسط قرار داشت. در مطالعه‌ی ایزدی و همکاران (۱۳۹۲)، ۸۵ درصد از پرستاران، در حساسیت اخلاقی نمره‌ای متوسط کسب کرده‌اند (۲۹). فراست‌کیش و همکاران (۱۳۹۴) نوشته‌اند میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی بخش‌های ویژه، در محدوده‌ی متوسط قرار داشته است (۳۰). در کره جنوبی، پرستاران بخش روانی، حساسیت اخلاقی متوسطی داشته‌اند (۳۱) که همه با نتایج این مطالعه همسوست.

لوتزن و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ی خود نوشته‌اند

میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی در سطح مطلوب قرار داشته است (۲۴). کریمی و همکاران (۱۳۹۴) نیز، بیان کرده‌اند میزان حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری و پرستاران، از حدی مطلوب برخوردار بوده است (۳۲)؛ همچنین، موسوی و همکاران (۱۳۹۴)، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری و پرستاران را بالاتر از حد متوسط گزارش کرده‌اند (۳۳)؛ اما در مطالعه‌ی ایمانی و همکاران (۱۳۹۶)، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی در پرستاران، پایین گزارش شده است (۳۴). که با نتایج مطالعه‌ی حاضر همسو نیست. تفاوت در نتایج می‌تواند ناشی از سطح فرهنگ و محیط مطالعه و جو محیط کاری باشد.

همچنین، طبق یافته‌ها، بین دو گروه کنترل و آزمون قبل از مطالعه، از نظر میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی، تفاوتی معنی‌دار وجود نداشت. حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۰) نیز، بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران دو گروه آزمایش و شاهد قبل از مداخله، اختلاف معنی‌دار

مشخص، حساسیت اخلاقی بالاتری داشته‌اند (۴۰) که همه در راستای تأیید نتایج مطالعه‌ی حاضر است؛ اما غیرهمسو با نتایج پژوهش پیش‌رو، یئوم و همکاران (۲۰۱۷) گزارش کرده‌اند که در نمرات کلی برای حساسیت اخلاقی و تفکر انتقادی تغییری وجود نداشته است (۳۸). نتایج متفاوت می‌تواند ناشی از شیوه‌ی آموزشی متفاوت باشد.

بر اساس یافته‌ها، آزمون آماری اندازه‌های تکراری نشان داد در گروه مداخله، تفاوتی معنی‌دار بین زمان‌های مختلف وجود دارد. بر اساس مطالعه‌ی برهانی و همکاران (۱۳۹۱)، حساسیت اخلاقی پس از انجام آموزش به وسیله‌ی کارگاه و پیگیری، افزایش یافته است و با پیگیری چندماهه‌ی این آموزش، می‌توان آثار آن را حفظ کرد (۴۱). در مطالعه‌ی جمشیدیان و همکاران (۱۳۹۷) نیز، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی، بلافاصله و دو ماه پس از مداخله، افزایشی معنی‌دار داشته است (۴۲). نتایج این مطالعات با مطالعه‌ی اخیر همسوئی دارد. در مطالعه‌ی حاضر، بین حساسیت اخلاقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اول، تفاوتی معنی‌دار وجود داشت. حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۰) نیز، در گروه مداخله، بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری قبل و بعد از مداخله، اختلاف معنی‌دار مشاهده کرده‌اند (۲۵)؛ اما در مطالعه‌ی پیش‌رو، بین پس‌آزمون اول و دوم گروه مداخله، تفاوتی معنی‌دار وجود نداشت؛ هرچند در پس‌آزمون دوم، نمره، کمی کاهش یافته بود. این مسأله، نشان‌دهنده‌ی تأثیر مداخله‌ی طراحی‌شده بر اساس روایتگری است؛ بنابراین شیوه آموزشی ضمن کارآیی مؤثر، اثر ماندگاری نیز داشته است؛ اما در مطالعه‌ی ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴)، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی، سه ماه بعد از مداخله، نسبت به بلافاصله بعد از آن، در دو گروه، کاهش معنادار را نشان داده است که با نتایج پژوهش حاضر، همخوانی ندارد. کاهش میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی در مطالعه‌ی ایمانی‌فر و همکاران،

مشاهده نکرده‌اند (۳۵) که با نتایج تحقیق حاضر، همخوانی دارد؛ اما پس از انجام آموزش مجازی روایتگری، میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی بین دو گروه مداخله و کنترل در پس‌آزمون اول و دوم، تفاوتی معنی‌دار داشت؛ بدین صورت که اختلاف میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی، بلافاصله، پس از مداخله در گروه مداخله، به میزان ۱۵/۹۷ افزایش یافت و حساسیت اخلاقی پرستاران، از سطح متوسط به سطح عالی تغییر کرد. برهانی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه‌ی تأثیر آموزش بر حساسیت اخلاقی پرستاران، بین گروه مداخله و کنترل، تفاوتی معنی‌دار یافته‌اند (۳۶). نیکبخت و همکاران (۱۳۹۴) هم، اختلاف آماری معنی‌داری بین میانگین نمره‌ی کل رعایت حقوق بیماران از دیدگاه بیماران، قبل و بعد از کارگاه آموزشی اخلاق پرستاری به دست آورده‌اند (۳۷). ایمانی‌فر و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده‌اند که دو روش روایتگری و سخنرانی، به‌صورتی معنادار، حساسیت اخلاقی پرستاران در هر گروه را نسبت به قبل از مداخله ارتقا داده است (۹) که با نتایج پژوهش حاضر، همخوانی دارد. یئوم^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، در مطالعه‌ی بررسی تأثیر آموزش اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی و تفکر انتقادی دانشجویان پرستاری، در کره، گزارش کرده‌اند پس از آموزش، میزان مراقبت بیمارمحور (حوزه‌ای فرعی از حساسیت اخلاقی)، به‌طوری معنادار و شایسته‌ی توجه بهبود یافته است (۳۸). در مطالعه‌ی ارسوی^۲ و گوز^۳ (۲۰۰۱)، مشاهده شده که آموزش، منجر به افزایش حساسیت اخلاقی و توجه بیشتر به موضوعات اخلاقی و نیازهای بیماران گردیده است (۳۹). سیرین^۴ و همکاران (۲۰۰۳) نیز، بیان کرده‌اند دانشجویانی که دوره‌های آموزشی اصول اخلاقی را گذرانده بوده‌اند، به‌طوری

1. Yeom
2. Ersoy
3. Göz
4. Sirin

محترم بیمارستان‌های مورد پژوهش و پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه اعلام می‌دارند.

ممکن است ناشی از آموزش تنها براساس روایتگری حضوری باشد که می‌تواند به مرور زمان، یادآوری مطالب یادگرفته‌شده را کاهش دهد؛ اما یافته‌های مطالعه‌ی پیش‌رو، نشان داد که در گروه کنترل، در اندازه‌گیری‌ها، تفاوتی معنی‌دار وجود ندارد.

از محدودیت‌های پژوهشی حاضر، انتخاب پرستاران دو بیمارستان متفاوت به‌عنوان گروه مداخله و کنترل بود که هرچند دو گروه از نظر فرهنگی و اجتماعی نزدیک به هم بودند، مواردی وجود داشت که از کنترل پژوهشگر خارج بود؛ همچنین، شرکت پرستاران در بحث‌ها نیز، متفاوت بود.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌ها، استفاده از آموزش مجازی اصول اخلاقی به شیوه‌ی روایتگری، موجب بهبود حساسیت اخلاقی پرستاران شده و این اثر تا دو ماه بعد از مداخله، کماکان، ادامه داشته است. با توجه به اهمیت عملکرد اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری، در درجه‌ی اول، پرستاران باید ابعاد و مسائل اخلاقی را در حرفه‌ی خود بشناسند و به آن در همه‌ی ارتباطات و مداخلات پرستار و بیمار حساس باشند. برنامه‌ی آموزشی روایتگری، به‌خصوص در بخش‌های مراقبت ویژه و وضعیت خاص بی‌ماران بستری در این بخش‌ها، می‌تواند به ارتقای حساسیت اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران کمک کند؛ بنابراین، لازم است مدیران و مدرسان پرستاری و پرستاران بالینی، تشویق شوند تا با تشکیل کمیته‌های اخلاق پرستاری بیمارستانی یا درون‌بخشی، چالش‌هایی اخلاقی را که با آن مواجه می‌شوند، ثبت و به اشتراک گذارند تا بدین ترتیب، ضمن ارتقای عملکرد اخلاقی خود، از روایت‌های آن‌ها برای سایر پرستاران و دانشجویان پرستاری استفاده شود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولان

منابع

- 1- Farahaninia M, Ehyaei P, Ahmadi Z, Haghani H. Relationship Between Nurses' Social Health and Quality of Life. *JCCNC*. 2019; 5(2): 131-40.
- 2- Farahani M, Kashaninia G, Hussein M, Byglryan A. Effective communication skills to nurses on patient satisfaction with the way communication. *Nurs Res*. 2007; 1(3): 47-54.
- 3- Gholamhosseini L, Hanafiye Moghadas M, Vandae O. Value and Status of Professional Morality in the Providing Nursing Services. *JPS*. 2015; 10(1): 55-62.
- 4- Mohammadpour Y, Kazemi N, Abbasi M, Shams E. The survey of ethical among nursing students in urmia university of medical science. *Nurs Midwifery Journal*. 2013; 11(5): 398-403.
- 5- Casterle BDD, Grypdonck M, Cannaearts N, Steeman E. Empirical ethics in action: lessons from two empirical studies in nursing ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy A European Journal*. 2004; 7(1): 31-9.
- 6- Baghaei R, Moradi Y, Aminolshareh S, Zareh H. The ethical sensitivity of nurses in decision making in ayatollah taleghani hospital, 2013. *Nurs Midwifery Journal*. 2014; 11(11):900-906.
- 7- Abolfathzadeh N, Nejat S, Asghari F. Development of an indigenous questionnaire to assess the moral sensitivity of Iranian medical students. *IJME*. 2014; 7(3): 13-25.
- 8- Sanjari M, Zahedi F, Aalaa M, Peimani M, Parsapoor A, Cheraghi MA, et al. Code of ethics for Iranian nurses. *IJME*. 2011; 5(1): 17-28.
- 9- Imanifar N, Vaghar Seyedin A, Afshar L, Sharifzadeh G. Comparison effect of teaching ethical principles using narrative ethics and lecture on the moral sensitivity of nurses. *MEJ*. 2015; 9(31): 95-125.
- 10- Kim Y-S, Park J-W, You M-A, Seo Y-S, Han S-S. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nursing Ethics*. 2005; 12(6): 595-605.
- 11- Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nursing ethics*. 2007; 14(4): 478-91.
- 12- Baghaei R, Zareh H, Aminolshareh S, Moradi Y. The ethical sensitivity of nurses in decision making in Ayatollah Taleghani Hospital, 2013. *Nurs Midwifery Journal*. 2014; 11(11): 900-6.
- 13- Millette BE. Using Gilligan's framework to analyze nurses' stories of moral choices. *Western Journal of Nursing Research*. 1994; 16(6): 660-74.
- 14- Zahedi F, Sanjari M, Aala M, Peymani M, Aramesh K, Parsapour A, et al. The code of ethics for nurses. *Ijph*. 2013; 42(1): 1-8.
- 15- Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. Influence of training and followup workshop on ethical sensitivity nurses. *Journal of MEJ*. 2012; 6(21): 11-24.
- 16- Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing ethics*. 2012; 19(4): 568-80.
- 17- Afandi D, Budiningsih Y, Safitry O, Purwadianto A, Novitasari D, Widjaja IR. Effects of an additional small group discussion to cognitive achievement and retention in basic principles of bioethics teaching methods. *MJI*. 2009; 18(1): 48-52.
- 18- Weizenbluth J, Sokolowski M, Gordon M. The power of stories: Narrative ethics in long-term care. *Annals Long Term Care*. 2008; 19(9): 26-9.
- 19- Afshar L, Bagheri A. A review of narrative ethics: an approach to medical ethics education. *J Med Ethics Hist Med*. 2012; 5(5): 10-8.
- 20- Raholm M-B. Uncovering the ethics of suffering using a narrative approach. *Nursing ethics*. 2008; 15(1): 62-72.
- 21- Hosseini M, Ghahremani A, Mohammadi Shahbolaghi F, Hamadzadeh S, Tamizi Z. The advantages of Electronic Learning in Nursing Education: A Review study. *Journal of Nursing Education*. 2016; 4(4): 9-16.

- 22- Rovai AP. A constructivist approach to online college learning. The internet and higher Education. 2004; 7(2): 79-93
- 23- Vatanparast M, Royani Z, Ghasemi H. nursing students' attitudes toward virtual learning and its relationship with learning style. Strides In Development Of Medical Education. 2015; 12(3): 537-44.
- 24- Lutzen K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. Nursing ethics. 2006; 13(2): 187-96.
- 25- Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 2011. J Med Ethics Hist Med. 2011; 4(5): 58-64.
- 26- Grace PJ, Grace PJ. Nursing ethics and professional responsibility in advanced practice. 2th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2014.
- 27- Butts JB, Rich K. Nursing ethics: across the curriculum and into practice. 3th ed. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning; 2013.
- 28- Asghari F RM, Niri FSA, et... Professional commitment medical :A Guide to Clinical Scenarios. First th. Tehran: Behdad; 1394.
- 29- Izadi A, Imani H, Khademi z, FariAsadi Noughabi f, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandarabbas in 2012. J Med Ethics Hist Med. 2013; 6(2): 43-56.
- 30- Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajae Heart Center Hospital .Cardiovascular Nursing Journal. 2015; 4(3): 36-45.
- 31- Jo H, Kim S. Moral Sensitivity, Empathy and Perceived Ethical Climate of Psychiatric Nurses Working in the National Mental Hospitals. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs. 2017; 26(2): 204-15.
- 32- Karimi Noghondar M, Tavakoli N, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University. J Med Ethics Hist Med . 2016; 8(5): 69-76.
- 33- Mousavi S, Mohsenpour M, Borhani F, Ebadi M. Ethical Sensitivity of nurses and nursing students working in Aja University of Medical Sciences. MEJ. 2015; 9(31): 127-43.
- 34- Imani JAR, Hussain Rezaee H, Mirzai M. Evaluation the effect of work conscientiousness and moral sensitivity with ethical stress in nurses working in intensive care units in educational and therapeutic centers affiliated to Zahedan University of Medical Sciences. Journal Of Iranian Society Anaesthesiology And Intensive Care. 2017; 39(4): 20-7.
- 35- Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. J Med Ethics Hist Med. 2011; 4(5): 58-64.
- 36- Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. The effect of workshop and fallow-up on ethical sensitivity of nurses. MEJ. 2012; 6(21): 11-24.
- 37- Nikbakht Nasrabadi A, Bozorgzad P, Yekaninejad M, Jafarloo A, Rahmati M. Effect of nursing ethics workshop on the rights of patients in the Emergency department. Cardiovascular Nursing Journal. 2015; 4(3): 6-15.
- 38- Yeom HA, Ahn SH, Kim SJ. Effects of ethics education on moral sensitivity of nursing students. Nursing ethics. 2017; 24(6): 644-52.
- 39- Ersoy N, Goz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. Nursing ethics. 2001; 8(4): 299-312.
- 40- Sirin SR, 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 & Behavior. 2003; 13(3): 221-35.
- 41- Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. The effect of workshop and fallow-up on ethical sensitivity of nurses. MEJ. 2012; 6(21): 11-24.
- 42- Jamshidian F, Shahriari M, Aderyani MR. Effects of an ethical empowerment program on critical care nurses' ethical decision-making. Nursing Ethics. 2019; 26(4): 1256-64.

Original Article

The Effect of Virtual Narrative Ethics Education on Moral Sensitivity in Critical Care Nurses

Khadijeh Nasiriani¹, Seyede Elham Fazlojoo², Arefe Dehghani Tafti³, Yadollah Mobari^{*,4}

¹PhD of Nursing, Associate Professor, Department of Nursing, Research Center for Nursing and Midwifery Care & Mother and Newborn Health Research Center, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

²MS in Nursing, Instructor, Department of Nursing, Meybod School of Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

³MS in Statistics, Instructor, Department of Vital Statistics, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

⁴M.Sc. in Student of Intensive Care Nursing, Nursing and Midwifery Care Research Center, School of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

* Corresponding Author: ym25663@gmail.com

Abstract

Moral sensitivity is the first step in making a moral decision and taking a moral judgment. An effort to promote nurses' moral sensitivity, education of ethical concepts, and using appropriate approaches to teaching ethics is still under discussion. Thus, this study was conducted to determine the effect of virtual teaching of ethical principles through narrative method on the ethical sensitivity of critical care nurses. In this quasi-experimental study, 60 critical care nurses were studied in two groups of test and control in 2 hospitals. The experimental group was taught ethical principles through virtual narrative method. Demographic information and Latezen moral sensitivity questionnaire were completed by nurses on three occasions (before, immediately after and two months after virtual education). Data were analyzed by SPSS 20 software. Results showed that the mean and standard deviation of nurses' moral sensitivity were 61.53 ± 9.24 before intervention and (60.60 ± 7.76 for the control group, and the association was not statistically significant ($p > 0.05$). However, there was a significant difference between the experimental group (77.50 ± 6.05) and the control group (60.83 ± 8.07 in the first post-test. In addition, there was a significant difference between the experimental and control groups ($p < 0.05$) in the second post-test. Repeated measure analysis showed a significant difference between the ethical sensitivity scores in the experimental group, but no significant difference in the control group. According to the findings, the nurses' moral sensitivity was moderate at the beginning of the study, but after the intervention, the test group was at a high level and the control group was still at a moderate level. Thus, it is necessary to motivate nurses for recording and sharing their ethical challenges. Accordingly, they can promote their own ethical performance. Furthermore, their narratives can be used for education of other nurses and students of nursing.

Keywords: Virtual education, Ethics principles, Nurse, Ethical sensitivity, Narration

