

بررسی تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری

پرستاران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان کرمان سال ۱۳۸۹

مجید حسن پور^۱، محمدعلی حسینی^{۲*}، مسعود فلاحتی خشکناز^۳، عباس عباس زاده^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تصمیم‌گیری برای مددجویان حین ارائه‌ی خدمات بالینی از مسائل مهم پرستاران در انجام وظایف است. پرستاران در جهت رضایت‌مندی مددجویان ملزم به رعایت موازین اخلاقی در تصمیم‌ها هستند. هدف این مطالعه تعیین تأثیر آموزش اصول اخلاق حرفه‌ای بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران است.

در مطالعه‌ای نیمه تجربی ۸۰ پرستار تأمین اجتماعی با روش هدفمند انتخاب و با تخصیص تصادفی در دو گروه ۴۰ نفری مداخله و شاهد قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری بود که اعتبار آن از روش اعتبار محتوا و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ و همسانی درونی (۰/۸۳) تعیین شد. ابتدا حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری دو گروه بررسی شد. سپس گارگاه آموزشی اخلاق پرستاری طی چهار جلسه سه ساعته یک هفته در میان، به صورت متوالی برای گروه مداخله اجرا شد و پس از طی آموزش مجدداً پرسشنامه توسط دو گروه تکمیل و داده‌ها با نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله اختلاف معنی‌دار مشاهده نشد. اما این اختلاف پس از مداخله معنی‌دار بود ($P = 0.001$). هم‌چنین در گروه مداخله بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار مشاهده شد ($P = 0.001$).

طبق نتایج این بررسی آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران تأثیر مثبت دارد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این برنامه‌ی آموزشی جهت کادر درمانی و دانشجویان پرستاری اجرا شود.

واژگان کلیدی: آموزش، اصول اخلاق پرستاری، حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری

^۱ کارشناس ارشد مدیریت پرستاری بیمارستان آیت‌اله کاشانی کرمان

^۲ استاد، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

^۳ استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

^۴ دانشیار، دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

* نشانی: تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن‌بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تلفن: ۰۹۱۲۱۴۸۸۴۵۷

مقدمه

تصمیم‌گیری اخلاقی به فرایند تصمیم‌گیری به منظور تشخیص موضوعات از طریق تجزیه و تحلیل آن‌ها بر طبق معیار اخلاقی و تصمیم به انجام آن‌ها بر اساس موازین اخلاقی اطلاق می‌شود (۱). پرستاران بزرگ‌ترین گروه ارائه‌کننده‌ی خدمت در سیستم درمانی بوده و تأثیر به‌سزایی بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی - درمانی داشته و رعایت موازین اخلاقی عاملی مؤثر برای بهتر شدن عملکرد پرستار در ارائه‌ی مراقبت با کیفیت خواهد بود (۲). بسیاری از پرستاران موضوعات اخلاقی را که در طی کار خود با آن مواجه می‌شوند، مد نظر دارند اما برای پیدا کردن راه حل آن کاری انجام نمی‌دهند. ترویج اصول عملکرد حرفه‌ای از طریق تأکید بر آموزش مبانی اخلاقی تنها راه تقویت اعتماد مردم به پرستاران است (۳). با وجود تأکید فراوان بر لزوم توجه به اخلاق در تمامی پدیده‌ها، آنچه دیده می‌شود تردید در مورد صلاحیت حرفه‌ای پرستاران برای اخذ تصمیم است که بارها از طریق سیستم سلامت و خارج از آن مورد انتقاد بوده است (۴).

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه‌ی اخلاق حاکی از ضعف در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران است (۳). نتایج مطالعه‌ای در ایران حاکی است پرستاران اصول اخلاق را در تصمیم‌گیری‌های خود به‌درستی به‌کار نمی‌گیرند که دلیل این روند، کمبود آگاهی پرستاران و تدوین نشدن اصول اخلاقی در کشور است. در بعضی کشورها اصول اخلاقی مدونی وجود دارد که پرستاران در تصمیم‌گیری‌های بالینی از آن پیروی می‌کنند (۵، ۶).

تأکید بر کسب نظرات پزشکان برای انجام خدمات و عدم اعتماد به نفس کافی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی سبب نارضایتی بیماران و پرستاران می‌شود (۷). طبق بیان Goethals و همکاران به نقل از Hart عدم توانایی در رویارویی با مشکلات اخلاقی سبب می‌شود تعدادی از

پرستاران حرفه‌ی پرستاری را ترک کنند. هم‌چنین در این مطالعه با توجه به مطالعه‌ی Ulrich آمده است پریشانی^۱ اخلاقی بر کار پرستاران تأثیر مستقیم دارد و ۲۵ درصد از پرستاران به‌دلیل پریشانی اخلاقی خواهان تغییر جایگاه کاری خود هستند (۸). این در حالی است که توجه به منفعت بیمار و عمل به اخلاقیات موجب واکنش‌های روان‌شناختی مثبت مثل احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی در پرستاران می‌شود. Numminen تأثیر آموزش اخلاق را بر تصمیم‌گیری اخلاقی دانشجویان مثبت ارزیابی نمود. در همین مطالعه به نقل از Swider آمده است آموزش تأثیری بر تصمیم‌گیری اخلاقی ندارد (۹).

در مطالعه‌ی مروری برهانی و همکاران که به بررسی مهم‌ترین تحقیقات علمی انجام شده طی سال‌های گذشته پرداخته، مشخص شد که آموزش موجب ارتقای دانش و حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران می‌شود (۴). هدف از انجام این مطالعه تعیین تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های بالینی پرستاران در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمان بوده است.

روش کار

این مطالعه پژوهشی نیمه تجربی است که با هدف تعیین تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران انجام شده است. جهت انجام پژوهش ۸۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان کرمان در سال ۱۳۸۹ به‌صورت مبتنی بر هدف انتخاب و با روش تخصیص تصادفی به دو گروه (۴۰ نفر گروه مداخله و ۴۰ نفر گروه شاهد) تقسیم شدند.

توضیح این‌که جهت محاسبه‌ی تعداد نمونه‌ها به‌دلیل عدم وجود مطالعه‌ای مشابه در ایران، مطالعه‌ی آزمایشی برای ۲۰ نفر از پرستاران به‌کار گرفته شد و با توجه به انحراف معیار

¹ Distress

به‌دست آمده تعداد نمونه‌ها محاسبه شد.

معیارهای پذیرش افراد برای شرکت در پژوهش:

- تحصیلات کارشناسی پرستاری داشته باشند.
- حداقل سه سال سابقه‌ی کار داشته باشند.
- استخدام رسمی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی باشند.
- سابقه‌ی آموزش اخلاق پرستاری طی یک‌سال گذشته نداشته باشند.

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی دموگرافیک و حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری استفاده گردید. پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری توسط Kim Lützen در کشور سوئد در سال ۱۹۹۴ تدوین و در پژوهشی در آمریکا در سال ۱۹۹۷ توسط Barbara Lorraine Cary و در سال ۲۰۰۳ توسط Comrie استفاده شد و پایایی ۷۶ درصد به‌دست آمد. هم‌چنین، در سال ۲۰۱۰ در کشور کره توسط Sung-Suk Han استفاده شد و اعتبار و پایایی قابل قبولی برای این آزمون ذکر گردید (ضریب آلفای کرونباخ ۷۸ درصد).

این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که وضعیت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران در هنگام ارائه‌ی خدمات بالینی را اندازه‌گیری نموده و امتیاز هر سؤال به روش لیکرت از کاملاً موافق با امتیاز ۷ تا کاملاً مخالف با امتیاز ۱ نمره‌دهی شده است. بیش‌ترین امتیاز فرد از این پرسشنامه ۲۱۰ و کم‌ترین امتیاز ۳۰ می‌باشد. جهت روایی^۱ و پایایی^۲ ابزار ابتدا پرسشنامه طبق معیارهای سازمان بهداشت جهانی^۳ (ترجمه‌ی پرسشنامه‌ها) و با توجه به شرایط فرهنگی ایران، از انگلیسی به فارسی روان ترجمه شد. سپس عین ترجمه به زبان اصلی برگردانده و با متن اصلی مطابقت داده شد.

جهت کسب روایی صوری و محتوایی و نیز اطمینان از ترجمه‌ی صحیح، پرسشنامه حاوی متن ترجمه شده به همراه متن انگلیسی آن در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر قرار گرفت. ضمناً مناسبیت هر یک از سؤالات با اهداف پژوهش

معین گردید؛ پس از جمع‌آوری داده‌ها روایی تک‌تک سؤالات به‌دست آمد. بعد از انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، روایی پرسشنامه‌ی مذکور تأیید گردید. برای ارزیابی پایایی، پرسشنامه‌ی مذکور در مطالعه‌ی آزمایشی به روی ۲۰ نفر از پرستاران جامعه پژوهش به‌کار گرفته شد. پس از گردآوری و بررسی همسانی درونی پرسشنامه تحلیل آن با ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که عدد ۰/۸۱ به‌دست آمد و تأیید شد.

پس از کسب مجوز از مراجع قانونی جهت شروع تحقیق نمونه‌گیری انجام و رضایت شرکت در تحقیق توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. آنگاه هر دو گروه آزمون و شاهد از نظر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری با معیار Lützen سنجش شدند. پس از هماهنگی با گروه مداخله، کارگاه آموزشی اصول اخلاق پرستاری به‌صورت سخنرانی و بحث گروهی طی ۴ جلسه (در موضوعات: اصول اخلاق حرفه‌ای، حقوق بیمار، تصمیم‌گیری اخلاقی، اصول اخلاق زیستی و کدهای اخلاق پرستاری) به آن‌ها ارائه شد.

جلسات یک هفته در میان و به مدت ۴ ساعت به‌صورت گروهی ارائه شد. پس از آزمون پس از اتمام مداخله با استفاده از همان ابزار در دو گروه صورت گرفت و داده‌های گردآوری شده طبق امتیاز مورد نظر در پرسشنامه امتیازبندی گردید و میزان تغییرات حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری آن‌ها قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله و شاهد با یکدیگر مقایسه شد. توضیح این‌که مطالب آموزشی از منابعی مانند سایت مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و کتب و مقالات اخلاق پرستاری با نظارت یکی از اساتید اخلاق تهیه و به‌کار گرفته شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ و آزمون‌های آماری Paired Samples T- test، Anlysis واریانس و Chi-square تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

اغلب شرکت‌کنندگان در این پژوهش را زنان تشکیل

¹ Validity

² Reliability

³ W.H.O

می‌دادند (۹۲/۷۳ درصد در گروه مداخله و ۹۰ درصد در گروه شاهد). میانگین سنی هر دو گروه ۳۶ سال بوده و از نظر وضعیت تأهل اکثریت نمونه‌های دو گروه (۷۴/۴ درصد در گروه مداخله و ۸۰ درصد در گروه شاهد) متأهل بودند. از نظر میزان تحصیلات اغلب نمونه‌ها در دو گروه (۹۶/۵ درصد در گروه مداخله و ۹۵ درصد از گروه شاهد) تحصیلات کارشناسی داشته و اغلب نمونه‌ها در دو گروه سابقه‌ی کاری ۱۵-۱۰ سال داشتند. با توجه به نتایج آزمون‌های آماری دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیرهای دموگرافیک همسان بودند.

جدول ۱- سؤالات بیانگر مطلوب‌ترین و نامطلوب‌ترین وضعیت حساسیت در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی پرستاران قبل از مداخله

به ترتیب اولویت

شماره سؤال	مطلوب‌ترین وضعیت حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری	میانگین	انحراف معیار
(۳)	برایم مهم است که از مراقبتم از بیمار نتیجه‌ی مثبت بگیرم.	۶/۷۱	۰/۵۳۵
(۲۹)	به‌عنوان پرستار باید بدانم که هر بیماری مراقبت خاص خود را می‌طلبد.	۶/۶۷	۰/۸۷۳
(۶)	در تصمیم‌گیری‌های دشوار صداقت بیش‌ترین اهمیت را دارد.	۶/۶۲	۰/۷۲۲
(۱)	به‌عنوان پرستار وظیفه دارم در زمینه درمان و وضعیت روانی-اجتماعی بیمارم دانش کافی داشته باشم.	۶/۵۴	۰/۸۲۹
(۴)	وقتی مجبورم تصمیمی خلاف خواسته بیمارم اتخاذ کنم، بر این باورم که بهترین سود را برای بیمار داشته باشد.	۶/۴۷	۰/۸۶۰
شماره سؤال	نامطلوب‌ترین وضعیت حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری	میانگین	انحراف معیار
(۱۴)	اغلب با وضعیت‌هایی روبه‌رو هستم که نمی‌توانم به بیمار اجازه تصمیم‌گیری بدهم.	۴/۱۶	۱/۷۲۰
(۲۶)	بعضی اوقات اگر بیماری داروی خوراکی را قبول نکند، تزریق اجباری دارو ضرورت دارد.	۴/۴۸	۱/۰۸۱
(۱۸)	واکنش بیمار به عملکرد من نشان می‌دهد که تصمیم درستی گرفته‌ام یا خیر.	۴/۶۱	۱/۶۴۴
(۸)	اگر بیماری نسبت به بیماری خود آگاهی ندارد، نمی‌توانم کاری برای او انجام دهم.	۴/۶۸	۱/۸۷۱
(۹)	اغلب در شرایطی قرار می‌گیرم که در انتخاب روش مناسب برای مراقبت از بیمار دچار تضاد می‌شوم.	۴/۶۹	۱/۹۰۵

همان‌طور که در جدول شماره‌ی یک ملاحظه می‌شود مطلوب‌ترین سطح تصمیم‌گیری اخلاقی با میانگین (۶/۷۱) از (۷) مربوط به «برایم مهم است که از مراقبتم برای بیمار نتیجه مثبت بگیرم» و نامطلوب‌ترین سطح تصمیم‌گیری اخلاقی با میانگین (۴/۱۶) از (۷) مربوط به «اغلب با وضعیت‌هایی روبه‌رو هستم که نمی‌توانم به بیمار اجازه‌ی تصمیم‌گیری بدهم» بوده است. پس از بررسی توزیع نرمال داده‌های مطالعه با آزمون Kolmogorov-Smirnov و تأیید آن، برای بررسی فرضیه‌ی آزمون با استفاده از آزمون Independent Samples T- test به مقایسه‌ی میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری در دو گروه مداخله و شاهد پرداخته شد و نتایج نشان داد که بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌داری وجود ندارد و هر دو گروه یکسان بودند ($P = ۰/۷۶۰$) (جدول شماره‌ی ۲). بعد از مداخله، بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف معنی‌داری مشاهده شد. ($P = ۰/۰۰۱$)، بدین معنی که مداخله‌ی انجام شده در ارتقای حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران مؤثر بوده است (جدول شماره‌ی ۲).

همان‌طور که در جدول شماره‌ی یک ملاحظه می‌شود مطلوب‌ترین سطح تصمیم‌گیری اخلاقی با میانگین (۶/۷۱) از (۷) مربوط به «برایم مهم است که از مراقبتم برای بیمار نتیجه مثبت بگیرم» و نامطلوب‌ترین سطح تصمیم‌گیری اخلاقی با میانگین (۴/۱۶) از (۷) مربوط به «اغلب با وضعیت‌هایی روبه‌رو هستم که نمی‌توانم به بیمار اجازه‌ی تصمیم‌گیری بدهم» بوده است. پس از بررسی توزیع نرمال داده‌های مطالعه با آزمون Kolmogorov-Smirnov و تأیید آن، برای بررسی فرضیه‌ی آزمون با استفاده از آزمون Independent Samples T- test به مقایسه‌ی میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری در دو

جدول ۲ - بررسی تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری پرستاران تأمین اجتماعی

P	میانگین ± انحراف معیار	گروه	قبل یا بعد	حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری
۰/۷۶۰	۱۶۷/۲۰ ± ۱۲/۳۵۲	شاهد	قبل از مداخله	حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری کلی
	۱۶۶/۲۶ ± ۱۴/۹۰۴	مداخله		
۰/۰۰۰۱	۱۶۷/۴۵ ± ۱۲/۵۱۵	شاهد	بعد از مداخله	
	۱۸۲/۵۱ ± ۱۲/۸۰۴	مداخله		

بین متغیرهای زمینه‌ای جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کاری، میزان تحصیلات، پست سازمانی، وضعیت استخدامی و شیفت کاری شرکت‌کنندگان با حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران رابطه‌ی معنی‌دار وجود نداشت و تنها بین بخش محل کار با میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران رابطه‌ی معنی‌دار دیده شد ($P=۰/۰۵۶$) (جدول ۳).

در مرحله‌ی بعد با استفاده از آزمون Paired Samples T- test به مقایسه‌ی اختلاف میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون پرداخته شد و نتایج نشان داد که بین میانگین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌دار وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$). در حالی که در گروه شاهد بین میانگین حساسیت اخلاقی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری دیده نشد (جدول ۲).

جدول ۳ - ارتباط بین بخش محل کار (متغیر زمینه‌ای) با حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران

P	آماره F	حساسیت اخلاقی در تصمیم گیری		بخش محل کار
		انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۵۶	۲/۶۲۸	۶/۳۲۸	۱۸۹/۴	داخلی
		۱۶/۸۶۹	۱۷۴/۸۳	اورژانس
		۱۵/۰۶۷	۱۸۵/۱۳	ویژه
		۱۱/۴۸۸	۱۷۹/۶	جراحی

پژوهش را تأیید و با توجه به این که حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران قبل از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت آماری معنی‌داری نداشت اما بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد و هم‌چنین حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری در گروه مداخله بعد از انجام مداخله تفاوت آماری معنی‌داری با قبل از مداخله نشان داد، بنابراین نتایج نشان‌دهنده‌ی تأثیرگذار بودن آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد مشارکت‌کنندگان مهم‌ترین عاملی را که در تصمیم‌گیری اخلاقی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذاشته است با جمله‌ی «اغلب با وضعیت‌هایی روبه‌رو هستم که نمی‌توانم به بیمار اجازه تصمیم‌گیری بدهم» بیان نموده و وضعیتی را که در آن راحت‌تر تصمیم گرفته‌اند، با جمله‌ی «برایم مهم است که از مراقبتم برای بیمار نتیجه مثبت بگیرم» بیان نموده‌اند. هم‌چنین، قبل از مداخله در این پژوهش نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها، فرضیه‌های

Hough تأثیر تجربه و آموزش را بر حساسیت در تصمیم‌گیری اخلاقی اندک می‌داند. وی دلیل آن را بدین گونه بیان می‌کند که بعضی مشکلات اخلاقی باعث گیجی پرستار می‌شوند و پرستار را از تصمیم‌گیری مفید باز می‌دارند (۱۴).

مراقبت‌های بالینی با چالش‌های متعدد روبه‌رو ست و پرستاران با توجه به حضور مداوم بر بالین بیمار بر کیفیت رضایت‌مندی بیمار از مراقبت‌های درمانی عامل تأثیرگذار می‌باشند. تصمیم‌گیری اخلاقی نقش مهمی در افزایش کیفیت خدمات پرستاری دارد. با توجه به نتایج تحقیق که مؤثر بودن آموزش اصول اخلاق پرستاری را در ارتقای حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران نشان می‌دهد، پیشنهاد می‌شود که مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی به‌عنوان بخشی از آموزش حین خدمت پرستاران و در سطح کلان در دانشگاه‌های علوم پزشکی جهت دانشجویان و پرستاران شاغل در محیط بالین برنامه‌ی کارگاهی مذکور را به‌کار گیرند.

در این پژوهش ما با محدودیت تعداد نمونه‌ها روبه‌رو بودیم. مطالعات مشابه با تعداد بیش‌تر شرکت‌کنندگان قدرت مطالعه را افزون خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از پرستاران شرکت‌کننده در این طرح و هم‌چنین از همکاری صمیمانه‌ی مسؤولان خصوصاً جناب آقای بهرام آبادی و سرکار خانم شیخ‌پور، مدیران محترم خدمات پرستاری بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان کرمان، تشکر نمایند.

Numminen و همکاران در مقایسه‌ی گروهی از پرستارانی که آموزش اخلاق ندیده بودند با گروهی که دوره‌ی آموزش اخلاق را گذرانده بودند نشان داد که در هنگام تصمیم‌گیری اخلاقی گروه آموزش‌دیده نسبت به گروه بدون آموزش اضطراب کم‌تری داشته‌اند و آموزش اخلاق بر تصمیم‌گیری اخلاقی دانشجویان مؤثر بود (۹).

در مطالعه‌ی Ersoy بر روی پرستاران ترکیه، مشاهده شد که آموزش موجب افزایش آگاهی پرستاران به موضوعات اخلاقی و افزایش حساسیت اخلاقی به نیازهای بیماران و حمایت از حقوق آنان شد (۱۰).

مطالعه‌ی Myyry نشان داد که دانش فنی رابطه‌ای با حساسیت اخلاقی نداشته و برای ایجاد حساسیت به مسائل اخلاقی و افزایش آن باید آموزش اخلاق در برنامه‌ریزی آموزشی گنجانده شود (۱۱).

Sirin و همکاران در نتایج مطالعه‌ی خود نشان دادند، دانشجویانی که دوره‌ی اخلاق را گذرانده بودند نسبت به گروهی که این دوره را نگذرانده بودند به‌طور مشخصی از حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری بالاتری برخوردارند (۱۲).

نتایج مطالعه‌ی Klotz و Yarbrongh یافته‌های این مطالعه را تأیید می‌نمایند، آن‌ها اشاره می‌کنند که بحث در مورد معضلات اخلاقی پیش آمده همراه با تمرینات بالینی باعث می‌شود پرستاران مشکلات اخلاقی را بهتر شناسایی نمایند و با تفکر در مورد این معضلات و به‌کارگیری اصول اخلاقی تصمیم‌های اخلاقی بگیرند (۱۳).

منابع

- خلاصه مقالات دومین کنگره بین‌المللی اخلاق پزشکی ایران، سال ۱۳۸۸؛ تهران، ایران؛ مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، ص ۳-۱۹۱.
7. Storch JL, Kenny N. Shared moral work of nurses and physicians. *Nurs Ethics* 2007; 14(4): 478-91.
 8. Goethals S, Gastmans C, de Casterle BD. Nurses' ethical reasoning and behavior: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(5): 635-50.
 9. Numminen OH, Leino-Kilpi H. Nursing students' ethical decision-making: a review of the literature. *Nurse Educ Today* 2007; 27(7): 796-807.
 10. Ersoy N, Goz F. The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nurs Ethics* 2001; 8(4): 299-312.
 11. Myyry L. Component of morality: a professional ethics perspective on moral motivation, moral sensitivity, moral reasoning and related constructs among university students. <http://hdl.handle.net/10138/13116> (accessed on 2011)
 12. 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.
 13. Yarbrough S, Klotz L. Incorporating cultural issues in education for ethical practice. *Nurs Ethics* 2007; 14(4): 492-502
 14. Hough MC. Learning, decisions and transformation in critical care nursing practice. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 322-31.
۱. ابراهیمی ح، نیکروش م، اسکویی س ف، احمدی ف ا. استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران* ۱۳۸۶؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۴): ۱۳-۷.
 ۲. فرمینی فراهانی م، کاشانی نیاز، حسینی م ع، بیگلریان ا. تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی به پرستاران بر رضایت‌مندی بیماران از نحوه برقراری ارتباط. *پژوهش پرستاری ایران* ۱۳۸۵؛ دوره ۱ (شماره ۳): ۴۷-۵۴.
 ۳. جولایی س، بخشنده ب، محمدابراهیم م، و همکاران. کدهای اخلاق پرستاری در ایران، گزارش بخشی از یک مطالعه اقدام پژوهی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۴۵-۵۳.
 ۴. برهانی ف، الحانانی ف، محمدی ع، عباس زاده ع. توسعه صلاحیت اخلاق حرفه‌ای پرستاران، ضرورت‌ها و چالش‌ها در آموزش اخلاق. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۳): ۲۷-۳۸.
 ۵. سخنور ر. بررسی دانش و نگرش پرستاران نسبت به اخلاق در بیمارستان‌های شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری. شیراز. دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شیراز؛ ۱۳۷۶، ص ۷۲.
 ۶. نگارنده ر. حمایت از بیمار و ضرورت دستورالعمل‌های اخلاقی ملی برای پرستاران.