

حساسیت اخلاقی و ارتباط آن با خودکارآمدی در پرستاران اتاق عمل مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اردبیل در سال 1396

زهرا تذکری^۱، زهرا اعتباری اصل^{۲*}، زهرا محمدی^۳، خاطره نعمتی^۴

تاریخ دریافت: 97/8/9

تاریخ پذیرش: 97/9/19

تاریخ انتشار: 97/12/20

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

حساسیت اخلاقی از عوامل مهم در بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ارتقای کارایی پرستاران است. پژوهش پیش رو، با هدف بررسی رابطه‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران اتاق عمل با خودکارآمدی آن‌ها در مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل طراحی شد. این پژوهش توصیفی هم‌بستگی در سال ۱۳۹۶ روی ۱۴۴ نفر از پرستاران اتاق عمل به روش سرشماری صورت گرفت. اطلاعات، با کمک پرسش‌نامه‌ی استاندارد حساسیت اخلاقی و خودکارآمدی عملکرد بالینی جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب هم‌بستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آنوا تحت نرم‌افزار Spss 15 تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی افراد $30 \pm 6/07$ سال به دست آمد. اکثر پرستاران زن (۵۴٪) دارای مدرک اتاق عمل (۵۹٪) بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی حساسیت اخلاقی $87 \pm 11/00$ و خودکارآمدی کلی نیز، $129 \pm 13/00$ به دست آمد. ضریب هم‌بستگی پیرسون، بیانگر ارتباط آماری معنادار، بین نمره‌ی خودکارآمدی و حساسیت اخلاقی پرستاران بود ($r=0/882, P \leq 0/001$). نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد حساسیت اخلاقی و خودکارآمدی پرستاران اتاق عمل، در حد بالایی قرار دارد؛ همچنین به نظر می‌رسد حساسیت اخلاقی بالا، موجب افزایش خودکارآمدی می‌شود. با وجود این، برگزاری کارگاه‌های اخلاقی و حرفه‌ای می‌تواند حساسیت اخلاقی و به دنبال آن، خودکارآمدی پرستاران را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: اتاق عمل، پرستار، حساسیت اخلاقی، خودکارآمدی

1. دانشیار پرستاری، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
 2. کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی، گروه اتاق عمل، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
 3. کارشناس مامایی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
 4. کارشناس اتاق عمل، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.
- * نویسنده‌ی طرف مکاتبه: اردبیل، مابین میدان سعدی و چهارراه حافظ، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، گروه اتاق عمل، تلفن: ۰۳۳۷۲۶۰۸۵-۰۴۵

Email: etebariz@yahoo.com

مقدمه

ارتباط پرستاران با بیماران، ابعادی مختلف دارد. در دنیای کنونی، پیشرفت‌های سریع و افزایش اطلاعات مردم در زمینه‌ی مراقبت بهداشتی، بیش از ابعاد دیگر، کیفیت روابط اخلاقی میان پرستاران و بیماران را تحت تأثیر قرار داده است (۱). در چنین وضعیتی، پابندی پرستاران به ارزش‌های اخلاقی، بیش از پیش، ضروری به نظر می‌رسد؛ چراکه با اتخاذ تصمیمات مناسب اخلاقی می‌توانند، از سویی، مراقبتی مطلوب از بیمارانشان داشته باشند (۲) و از سویی دیگر، با داشتن کنترل اخلاقی بر مسائل مراقبتی و انجام بحث‌های آزادانه با همکاران دیگر، در این زمینه، حس همدلی و در نهایت، مهارت‌های همکاری نیز، در آنان بهبود یابد (۳).

رعایت اخلاق حرفه‌ای، نه تنها باعث افزایش رضایت بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده می‌شود، بلکه تبعاتی چون: برقراری ارتباط مطلوب بین بیمار و پرستار؛ ایجاد احساس امنیت در بیمار؛ کاهش مدت اقامت در بیمارستان، به دلیل کاهش مشکلات روحی و روانی؛ کاهش هزینه‌ها و افزایش انگیزه‌ی پرستاران برای ارائه‌ی خدمات بهتر را به همراه خواهد داشت (۴). با این وصف و با توجه به اینکه پرستاران در حرفه‌ی خود با موقعیت‌های جدی مواجه می‌شوند که در برخی مواقع، نیازمند داشتن توانایی‌های اخلاقی و قانونی در تصمیم‌گیری اخلاقی است؛ در نتیجه، باید به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه‌ی خود حساس باشند (۵).

حساسیت اخلاقی^۱، توانایی شناختی فرد است که بر پایه‌ی تجارب و پیشرفت‌های شخصی او، تجارب دیگران و هنجارهای جامعه بنا می‌شود و مداوم، می‌تواند دچار تغییر و پیشرفت شود (۱). در حرفه‌ی پرستاری، می‌توان حساسیت اخلاقی را به‌عنوان مهارتی در نظر گرفت که در تصمیم‌گیری اخلاقی و مدیریت مسائل اخلاقی و جنبه‌های متعدد آن در

محیط‌های بالینی، اهمیت دارد (۶) و به افتراق بین مسائل اخلاقی با مشکلات دیگر این حرفه کمک می‌کند (۷). لوتزن^۲ و همکاران (۱۹۹۵)، حساسیت اخلاقی در پرستاران را ظرفیت پرستار برای برخورد با تضادهای اخلاقی در روابط خاص مراقبتی با بیماران می‌دانند (۸). بایکارا^۳ و همکاران (۲۰۱۵) مسئولیت‌های حرفه‌ای پرستاران (۱) و ایزدی و همکاران (۲۰۱۳)، ارزش‌های فردی و حرفه‌ای پرستاران را از جمله عوامل مؤثر بر حساسیت اخلاقی عنوان کرده‌اند (۹). در کل، شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که حساسیت اخلاقی، ظرفیت فرد برای حل مسائل اخلاقی در زندگی شخصی و حرفه‌ای است که خود تحت تأثیر آگاهی، تجربه، مسئولیت‌ها و ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای افراد است.

کاهش حساسیت اخلاقی پرستاران و بی‌توجهی به مسائل اخلاقی نیز، باعث می‌شود که آن‌ها، این مسائل را در کارشان دست‌کم بگیرند و زندگی حرفه‌ای استرس‌آوری داشته باشند (۷). این در حالی است که در مطالعات متعددی، خودکارآمدی^۴ پرستاران، عاملی محافظتی در برابر عوامل استرس‌زا عنوان شده است که از این طریق می‌تواند به کاهش سطح استرس شغلی در آن‌ها بینجامد (۱۰ و ۱۱)؛ همچنین، یافته‌ها حاکی از آن است که خودکارآمدی می‌تواند به رفتارهای مناسب پرستاران با بیماران منجر و موجب رضایت بیماران از فرایند درمان شود (۱۲).

بنابراین، خودکارآمدی، به‌عنوان مفهومی روان‌شناختی، در حرفه‌ی پرستاری نیز، از اهمیتی ویژه برخوردار است (۱۳). خودکارآمدی پرستار، شایستگی کلی وی در انجام کارش و در جنبه‌هایی خاص از مراقبت پرستاری را نشان می‌دهد (۱۴). در مطالعه‌ی مروری درباره‌ی خودکارآمدی، رستم‌پور و

2. Lutzen
3. Baykara
4. Self- efficacy

1. Moral sensitivity

عمل مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اردبیل بود که با توجه به تعداد محدود این افراد، نمونه‌گیری به روش سرشماری از همه‌ی این افراد به عمل آمد. شایسته‌ی یادآوری است که منظور از پرستاران اتاق عمل در این مطالعه، پرستاران فارغ‌التحصیل در رشته‌های کاردانی و کارشناسی اتاق عمل و هوش‌بری است. معیار ورود به مطالعه، داشتن حداقل شش ماه سابقه‌ی خدمت در اتاق عمل بود. پرستارانی نیز که به شرکت در مطالعه تمایلی نداشتند یا از پرکردن پرسش‌نامه‌ها انصراف می‌دادند، به‌عنوان معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شدند. در نهایت، با توجه به خودداری تعدادی از پرستاران از شرکت در مطالعه و همچنین، ناقص‌بودن تعدادی از پرسش‌نامه‌ها یا تحویل‌داده‌نشدن آن‌ها، در کل ۱۴۴ نفر، به‌عنوان افراد شرکت‌کننده در پژوهش، در مطالعه وارد شدند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی (شامل اطلاعاتی از قبیل سن، جنس، رشته و مدرک تحصیلی، سابقه‌ی خدمت، وضعیت درآمد و...) از پرسش‌نامه‌های استاندارد حساسیت اخلاقی لوتزن و همکارانش و پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی، استفاده شد. لازم به ذکر است که در پرسش‌نامه‌ی مشخصات جمعیت‌شناختی، وضعیت درآمد ماهیانه در سه طیف خوب، متوسط و بد، صرفاً بر مبنای توصیف پرستاران از حقوق دریافتی بوده است.

پرسش‌نامه‌ی استاندارد حساسیت اخلاقی را لوتزن و همکاران در سوئد تدوین کرده‌اند (۱۷) و سپس، در کشورهای مختلف، از جمله ایران، به کار گرفته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۲۵ مؤلفه در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق است. محدوده‌ی نمره‌های پرسش‌نامه، بین صفر تا صد قرار دارد. بر این اساس، امتیاز کل بین ۵۰ تا ۵۰۰، در حساسیت اخلاقی کم، امتیاز بین ۵۱ تا ۷۵، در حساسیت متوسط و امتیاز بین ۷۶ تا ۱۰۰، در حساسیت

همکاران (۱۳۹۴)، به این نتیجه رسیدند که ارتقای خودکارآمدی فردی پرستاران، منجر به بهبود رفتارهای بالینی و حرفه‌ای آن‌ها می‌شود و پیامدهایی همچون: بهبود روابط و عملکرد حرفه‌ای، افزایش باور، تعهد به کار، احساس شایستگی، احساس معناداربودن کار و اعتماد و توانمندی بیشتر و از همه مهم‌تر، بهبود مراقبت از بیمار را که همان هدف اصلی حرفه‌ی پرستاری است، در پی دارد (۱۵). ولش^۱ (۲۰۱۴) نیز، در مطالعه‌ی خود، عنوان کرد که خودکارآمدی اندک پرستاران در برخی از امور، ممکن است ناشی از کمبود دانش یا تجربه باشد (۱۴) که در این صورت، می‌تواند به استرس و تنش شغلی و همچنین، تنش اخلاقی در پرستاران منجر شود (۱۶).

با توجه به یافته‌های فوق و نظر به اینکه میزان حساسیت اخلاقی پرستاران در بخش‌های مختلف بیمارستان متفاوت است (۹) و در بخش اتاق عمل نیز، به دلیل ارتباطات نزدیک کاری، رعایت مسائل اخلاقی از طرف کادر اتاق عمل، نسبت به بخش‌های دیگر بیمارستان، بیشتر اهمیت دارد؛ همچنین، با توجه به مرور پژوهش‌های صورت‌گرفته و نیافتن مطالعه‌ای که به بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی پرستاران اتاق عمل و خودکارآمدی آنان بپردازد، بر آن شدیم مطالعه‌ی حاضر را با هدف تعیین ارتباط حساسیت اخلاقی و خودکارآمدی در پرستاران اتاق عمل مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، در سال ۱۳۹۶، انجام دهیم.

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای توصیفی-هم‌بستگی است که با هدف تعیین ارتباط حساسیت اخلاقی با خودکارآمدی در پرستاران اتاق عمل مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اردبیل، در تابستان سال ۱۳۹۶ انجام گرفته است. جامعه‌ی آماری مطالعه، شامل همه‌ی پرستاران اتاق

1. Welsh

پرسش‌نامه‌ی حساسیت اخلاقی ۰/۸ و برای پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی ۰/۷ محاسبه شد؛ همچنین، با انجام آزمون-بازآزمون، ضریب همبستگی درون‌گروهی برای پرسش‌نامه‌ی حساسیت اخلاقی ۰/۹ و برای پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی ۰/۷ به دست آمد.

طرح پژوهشی حاضر، بعد از تصویب در شورای پژوهشی دانشکده، به تأیید کمیته‌ی اخلاق رسید و مجوز نمونه‌گیری از دانشکده دریافت شد. بدین ترتیب، بعد از کسب اجازه از ریاست، حراست و دفتر پرستاری و سرپرستار اتاق عمل هر یک از بیمارستان‌ها، پژوهشگران در محل پژوهش حضور یافتند و بعد از ارائه‌ی توضیحات و کسب رضایت آگاهانه از پرستاران، پرسش‌نامه‌ها را در میان آنان توزیع کردند. ضمناً، به افراد شرکت‌کننده اطلاع داده شد که در صورت انصراف، می‌توانند از پژوهش خارج شوند و برای محرمانه‌ماندن اطلاعات، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نیست.

در این پژوهش، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **Spss 15** و روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل و آنوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

مطالعه‌ی حاضر روی ۱۴۴ نفر از پرستاران اتاق عمل بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل صورت گرفته که مشخصات جمعیت‌شناختی آن‌ها در جداول شماره‌ی یک و دو آمده است؛ همچنین، ارتباط متغیرهای دموگرافیک با متغیرهای اصلی مطالعه نیز، در این جدول‌ها نشان داده شده است.

اخلاقی زیاد دسته‌بندی می‌شود. پایایی پرسش‌نامه در آمریکا ۰/۷۶ (۱۸) و در کره ۰/۷۸ (۱۹) به دست آمده است. در ایران نیز، حسن‌پور و همکاران (۲۰۱۱) اعتبار این پرسش‌نامه را بررسی کردند و پایایی آن را ۰/۸۱ به دست آوردند (۲۰)؛ همچنین، در مطالعه‌ی ایزدی و همکارانش در هرمزگان نیز، روایی پرسش‌نامه، تأیید و پایایی آن ۰/۸۹ محاسبه شد (۹).

پرسش‌نامه‌ی خودکارآمدی عملکرد بالینی، دارای ۳۷ گویه است که در چهار حیطه‌ی بررسی، تشخیص و برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی قرار دارند. هر گویه‌ی آن، در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای، از تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه، قرار دارد. حداقل نمره‌ی کسب‌شدنی در این پرسش‌نامه، ۳۷ و حداکثر آن، ۱۸۵ است. روایی صوری این پرسش‌نامه تأیید شده است. اعتبار سازه‌ی آن با تحلیل عاملی نیز، ۰/۹۴ محاسبه شد که نشان‌دهنده‌ی کفایت اندازه‌ی نمونه برای تحلیل عاملی بود؛ همچنین، در بررسی پایایی، همسانی درونی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۹ محاسبه شد. ضریب همبستگی پیرسون نیز، در پایایی با روش آزمون مجدد ۰/۹۴ به دست آمد (۲۱).

در این پژوهش نیز، اعتبار علمی پرسش‌نامه‌ها، با استفاده از روش‌های اعتبار صوری و محتوا تأیید شد. بدین منظور، پرسش‌نامه‌ها، بعد از تنظیم، در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی اردبیل قرار گرفت و پیشنهادها و اصلاحات لازم در پرسش‌نامه‌ها اعمال شد. پایایی پرسش‌نامه‌ها نیز، با استفاده از روش‌های آلفای کرونباخ (برای همبستگی درونی) و آزمون-بازآزمون بررسی شد. بدین صورت که بعد از مطالعه‌ی مقدماتی بر روی سی نفر از پرستاران اتاق عمل، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای

جدول شماره ۱- میانگین مؤلفه‌های حساسیت اخلاقی و خودکارآمدی برحسب آزمون تی

متغیرها	(درصد)	میزان حساسیت اخلاقی		میزان خودکارآمدی	
		انحراف معیار ± میانگین	سطح معناداری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معناداری
جنس	زن (۵۴)	۷۸	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
	مرد (۴۵)	۶۶	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۵/۰۲	$P \leq 0.001$
وضعیت تأهل	مجرد (۳۲)	۴۷	$p = 0.012$	۱۲۸ ± ۱۶/۰۰	$P = 0.035$
	متأهل (۶۷)	۹۷	$p = 0.012$	۱۳۰ ± ۱۱/۰۰	$P = 0.035$
مدرک تحصیلی	اتاق عمل (۵۹)	۸۶	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۲/۰۰	$P \leq 0.001$
	هوش‌بری (۴۰)	۵۸	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۳/۰۰	$P \leq 0.001$
سابقه‌ی شرکت در کارگاه‌های اخلاقی	بله (۳۸)	۵۵	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
	خیر (۶۱)	۸۹	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۴/۰۰	$P \leq 0.001$

جدول شماره ۲- میانگین مؤلفه‌های حساسیت اخلاقی و خودکارآمدی برحسب آزمون آنوا

متغیرها	(درصد)	میزان حساسیت اخلاقی		میزان خودکارآمدی	
		انحراف معیار ± میانگین	سطح معناداری	انحراف معیار ± میانگین	سطح معناداری
نوع استخدام	رسمی (۱۹)	۲۸	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۴/۰۰	$P \leq 0.001$
	پیمانی (۲۹)	۴۳	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۲/۰۰	$P \leq 0.001$
	قراردادی (۲۷)	۴۰	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۰/۰۰	$P \leq 0.001$
	طرحی (۲۲)	۳۳	$P \leq 0.001$	۱۲۷ ± ۱۷/۰۳	$P \leq 0.001$
سطح تحصیلات	کاردانی (۴۰)	۵۹	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
	کارشناسی (۵۳)	۷۷	$P \leq 0.001$	۱۳۲ ± ۱۴/۰۰	$P \leq 0.001$
	کارشناسی ارشد (۵)	۸	$P \leq 0.001$	۱۲۸ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
وضعیت درآمد ماهانه	خوب (۱۳)	۲۱	$P \leq 0.001$	۱۳۴ ± ۸/۰۰	$P \leq 0.001$
	متوسط (۶۴)	۹۱	$P \leq 0.001$	۱۳۱ ± ۱۳/۰۰	$P \leq 0.001$
	بد (۲۱)	۳۲	$P \leq 0.001$	۱۲۸ ± ۸/۰۰	$P \leq 0.001$
نوع اعمال جراحی	ارتوپدی (۲۴)	۴۵	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۳/۰۰	$P \leq 0.001$
	جراحی عمومی (۳۱)	۳۵	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۳/۰۰	$P \leq 0.001$
	گوش، حلق، بینی (۱۱)	۱۷	$P \leq 0.001$	۱۲۸ ± ۱۵/۰۰	$P \leq 0.001$
	مغز و اعصاب (۵)	۸	$P \leq 0.001$	۱۲۵ ± ۱۴/۰۰	$P \leq 0.001$
	چشم (۴)	۶	$P \leq 0.001$	۱۳۳ ± ۸/۰۰	$P \leq 0.001$
	اورولوژی (۳)	۵	$P \leq 0.001$	۱۲۸ ± ۲۰/۰۰	$P \leq 0.001$
	زنان (۱۱)	۱۶	$P \leq 0.001$	۱۳۱ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
	قلب (۸)	۱۲	$P \leq 0.001$	۱۳۱ ± ۱۱/۰۰	$P \leq 0.001$
سابقه‌ی خدمت	کمتر از یک سال (۱۶)	۲۴	$P \leq 0.001$	۱۲۷ ± ۱۵/۰۰	$P \leq 0.001$
	یک تا ده سال (۳۲)	۴۷	$P \leq 0.001$	۱۲۹ ± ۱۳/۰۰	$P \leq 0.001$
	یازده تا بیست سال (۴۹)	۷۱	$P \leq 0.001$	۱۳۰ ± ۱۰/۰۰	$P \leq 0.001$
	بیشتر از بیست سال (۱)	۲	$P \leq 0.001$	۱۲۲ ± ۲۶/۰۰	$P \leq 0.001$

(۲۵)، عباس‌زاده و همکاران (۲۶)، ایزدی و همکاران (۹) و نورا^۱ و همکاران (۲۷) در برزیل نیز، حساسیت اخلاقی پرستاران در حد متوسطی گزارش شده است.

خودکارآمدی، توانایی ثابتی در افراد نیست؛ بلکه به معنای سازمان‌دهی مهارت‌های فردی است؛ به‌نحوی که در هر موقعیت، امکان اقدام مؤثر را فراهم کند (۲۸)؛ بنابراین، معمولاً، افراد با خودکارآمدی بالا، میل به انجام وظایف محوله دارند و افراد با خودکارآمدی پایین، از انجام امور خودداری می‌کنند (۲۹). پرستاران مطالعه‌ی حاضر نیز، در کل و در همه‌ی حیطه‌ها، خودکارآمدی بالایی داشتند که این یافته با نتایج مطالعه‌های روانی‌پور و همکاران (۳۰)، محمدبیگی و همکاران (۳۱) و حسینی و همکاران (۳۲) هم‌خوانی دارد. این در حالی است که در مطالعه‌ی پیمان و همکاران، خودکارآمدی عمومی پرستاران، در کل، پایین، گزارش شده (۳۳)؛ همچنین در مطالعه‌ی ژو^۲ و همکاران در لندن، خودکارآمدی پرستاران متوسط تشخیص داده شده است (۳۴). همان‌طور که در نتایج مطالعه گزارش شد، متغیر حساسیت اخلاقی، تفاوت آماری معناداری را در همه‌ی گروه‌ها، برحسب متغیرهای دموگرافیک، نشان داد؛ درحالی‌که در مطالعه‌ی فراست‌کیش (۲۴)، موسوی (۲۵)، کریمی (۲۳) و همکارانشان، حساسیت اخلاقی با متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل و سابقه‌ی شرکت در کارگاه‌های اخلاقی، ارتباط آماری را نشان نداده است؛ اما در مطالعه‌ی ایزدی و همکاران، همانند یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، افرادی که سابقه‌ی شرکت در کارگاه‌های اخلاقی را داشته، حساسیت اخلاقی متوسط و بالایی را نشان داده‌اند و این ارتباط از لحاظ آماری معنادار بوده است (۹). این یافته دور از انتظار نبود؛ چراکه همواره آموزش کارگاهی، درباره‌ی مسائل اخلاقی، می‌تواند در

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر سن با هر دو متغیر حساسیت اخلاقی ($P \leq 0.001$) و خودکارآمدی ($P \leq 0.001$) ارتباط آماری معنادار دارد.

در این مطالعه، میانگین و انحراف معیار حساسیت اخلاقی، $87 \pm 11/00$ ، خودکارآمدی کلی، $129 \pm 13/00$ و ابعاد آن (بررسی $42 \pm 5/00$ ، تشخیص $31 \pm 4/00$ ، اجرا $35 \pm 4/00$ و ارزشیابی $21 \pm 2/00$) به دست آمد.

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نیز، نشان داد که متغیر خودکارآمدی و همه‌ی ابعاد آن، ارتباط مستقیم و معنادار با متغیر حساسیت اخلاقی دارد (جدول شماره‌ی سه).

جدول شماره‌ی ۳- ضریب همبستگی بین حساسیت اخلاقی و ابعاد خودکارآمدی در پرستاران

سطح معناداری	ضریب همبستگی	
$P \leq 0.001$	۰/۷۳۵	بررسی
$P \leq 0.001$	۰/۶۵۶	تشخیص
$P \leq 0.001$	۰/۸۱۲	اجرا
$P \leq 0.001$	۰/۵۵۰	ارزشیابی
$P \leq 0.001$	۰/۸۸۲	خودکارآمدی

بحث

پرستاران هر بخش، ممکن است دارای سطوح متفاوتی از حساسیت اخلاقی باشند؛ اما از آنجاکه در مراقبت از بیماران، معضلات اخلاقی متعددی را تجربه می‌کنند؛ وجود حساسیت اخلاقی مطلوب در پرستاران برای ارائه‌ی مراقبت کامل، اهمیت دارد (۲۲). بر طبق نتایج مطالعه‌ی حاضر نیز، حساسیت اخلاقی پرستاران اتاق عمل در حد بالایی قرار داشت که این یافته همسو با یافته‌های مطالعه‌ی کریمی و همکاران است (۲۳)؛ اما نتایج بیشتر مطالعات، حساسیت اخلاقی را تقریباً در حدی متوسط نشان می‌دهد؛ مثلاً در مطالعه‌ی فراست‌کیش و همکاران (۲۴)، موسوی و همکاران

1. Nora
2. Zhu

در نظر گرفته می‌شود (۳۷)؛ شاید بدین علت که هرکدام از مطالعات فوق، ابزارها، محیط و نمونه‌های پژوهش متفاوتی داشته‌اند، نتایج متفاوتی را نیز، به دست داده‌اند.

همچنین، در این مطالعه، از نظر وضعیت استخدام، پرستاران رسمی، دارای بیشترین خودکارآمدی و پرستاران طرحی، دارای کمترین خودکارآمدی بودند. از نظر درآمد ماهانه نیز، پرستارانی که حقوق خود را خوب توصیف کرده بودند، بیشترین خودکارآمدی و پرستارانی که حقوق خود را بد توصیف کرده بودند، کمترین میزان خودکارآمدی را داشتند. در مطالعه‌ی هو^۱ و همکاران در تایوان نیز، ارتباطی معنادار بین درآمد ماهانه و خودکارآمدی پرستاران دیده شده است؛ پرستاران با حقوق متوسط و بالا، خودکارآمدی بیشتری را نسبت به پرستاران با حقوق پایین نشان داده‌اند (۳۸). بر این اساس، درباره‌ی وضعیت استخدامی نیز، شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که پرستاران رسمی، به دلیل تکیه بر پشتوانه‌ی مالی بهتر، در مقایسه با پرستاران دیگر، در انجام مسئولیت‌های شغلی خود هم، کارایی بیشتری نشان می‌دهند.

در نهایت، درباره‌ی متغیر سن نیز، نتایج مطالعه نشان داد که با افزایش سن، هم میزان حساسیت اخلاقی و هم میزان خودکارآمدی پرستاران افزایش می‌یابد؛ بدین معنای، پرستاران باتجربه و مسن‌تر، هم نسبت به مسائل اخلاقی حساس‌ترند و هم در انجام وظایف شغلی خود، بیشتر، کارایی دارند. در مطالعه‌ی فراست‌کیش و همکارانش نیز، بین سن و حساسیت اخلاقی، ارتباط آماری معناداری وجود داشته و با افزایش سن پرستاران، حساسیت اخلاقی آن‌ها افزایش یافته است (۲۴)؛ اما در مطالعه‌های کریمی (۲۳) و موسوی (۲۵) و همکاران، نمره‌ی حساسیت اخلاقی برحسب ویژگی سن، در گروه‌ها، اختلاف آماری معناداری را نشان نداده است. در مطالعه‌ی محمدبیگی و همکاران نیز، بین خودکارآمدی و سن،

افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران مؤثر باشد و سبب رفتار بهتر آن‌ها در مواجهه با مسائل اخلاقی این حرفه شود (۳۵)؛ همچنین، نکته‌ی توجیه‌پذیر دیگر در این مطالعه آن است که بر اساس یافته‌های ما، پرستاران هوش‌بری حساسیت اخلاقی بیشتری را در مقایسه با پرستاران اتاق عمل داشتند. شاید بتوان علت این امر را به تفاوت در شرح وظایف و مسئولیت‌های متفاوت هر گروه در شغل خود نسبت داد. نتایج مطالعه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی گلستان نیز، نشان می‌دهد که دانشجویان هوش‌بری عواملی چون: امانت‌داری، رعایت تقوا و نگاه و چشم پاک داشتن، حفظ حریم خصوصی بیمار، درک وضعیت حساس او و رازداری را از ملزومات اخلاقی پرستاران اتاق عمل و برای مراقبت از بیماران ضروری دانسته‌اند (۳۶).

همچنین، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که با افزایش سطح تحصیلات، میزان حساسیت اخلاقی پرستاران افزایش می‌یابد؛ شاید علت این یافته چنین باشد که پرستاران با سطح تحصیلات بالاتر، از مسئولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی خود، بیشتر، آگاهی دارند و به همین دلیل، حساسیتی بیشتر را نیز در برابر مسائل اخلاقی نشان می‌دهند.

بر طبق نتایج مطالعه، متغیر خودکارآمدی نیز، تفاوت آماری معناداری را در همه‌ی گروه‌ها، برحسب متغیرهای دموگرافیک، نشان داد؛ به‌طوری‌که همانند متغیر حساسیت اخلاقی، خودکارآمدی در پرستاران مرد بیشتر از زن، در پرستاران متأهل بیشتر از مجرد، در پرستاران هوش‌بری بیشتر از پرستاران اتاق عمل و در پرستارانی که قبلاً در کارگاه‌های اخلاقی شرکت داشتند، بیشتر از پرستاران دیگر بود. این در حالی است که در مطالعه‌ی روانی‌پور و همکاران، خودکارآمدی در زنان بیشتر از مردان بوده (۳۰)؛ اما در مطالعه‌ی محمدبیگی و همکاران، بین خودکارآمدی و جنسیت ارتباطی معنادار دیده شده است (۳۱). در این موارد نیز، صرف‌نظر از اینکه مؤلفه‌ی خودکارآمدی تا حدودی شخصی

1. Hu

هم‌بستگی معناداری مشاهده نشده است (۳۱).

طبق یافته‌های مطالعه‌ی حاضر، حساسیت اخلاقی پرستاران ارتباطی مستقیم و معنادار با خودکارآمدی بالینی آن‌ها دارد؛ بدین‌معناکه، هرچه پرستاران نسبت به مسائل اخلاقی حرفه‌ی خود حساس‌تر باشند، کارایی بیشتری نیز در انجام وظایف محوله خواهند داشت.

نتیجه‌گیری

مسئولیت اخلاقی پرستاران، گاهی، بیشتر از مسئولیت حرفه‌ای آن‌هاست؛ بنابراین، انتظار می‌رود که آن‌ها به مسائل اخلاقی در مراقبت از بیماران حساس‌تر باشند (۲۷)؛ همچنین باور پرستاران به کارآمدبودن، به‌عنوان عاملی محافظتی، موجب افزایش مقاومت در برابر عوامل استرس‌زای شغلی می‌شود و عملکرد بهتر آنان را در مواجهه با موقعیت‌های سخت در پی خواهد داشت (۱۰). با توجه به این نکات و از طرفی، با در نظر گرفتن ارتباط مثبت این دو متغیر با یکدیگر، فراهم‌آوردن زمینه‌هایی برای افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران و رفتار مناسب آنان با مسائل اخلاقی، می‌تواند کارایی آن‌ها را در این حرفه افزایش دهد و کیفیت مراقبت از بیماران را ارتقا بخشد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از مسئولان بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و همه‌ی پرستاران اتاق عمل که در طرح پژوهشی حاضر همکاری داشتند، بسیار سپاسگزارند.

- 1- Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nursing Ethics*. 2015; 22(6): 661-75.
- 2- Kim YS, Kang SW, Ahn JA. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nursing ethics*. 2013; 20(4): 470-8.
- 3- Kulju K, Suhonen R, Helena LK. Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics*. 2013; 20(5): 568-77.
- 4- Alvavaz M, Mahasti Jouybari L, Hekmatipour N, Sanagu A, Fazli L, Bakhsha F, et al. Clarifying the clinical experiences of the students of anesthesiology at Golestan University of Medical Sciences regarding medical ethics in the operating theater. *Hakim Jorjani magazine*. 2013; 1(2): 47-55. [in Persian]
- 5- Baghaei R, Moradi Y, Aminolshareh S, Zareh H. The ethical sensitivity of nurses in decision making in Ayatollah Taleghani hospital, 1391. *Urmia Faculty of Nursing and Midwifery Magazine*. 2014; 11(11): 900-6. [in Persian]
- 6- Park M, Kjervik D, Crandell J, Oermann MH. The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics*. 2012; 19(4): 568-80.
- 7- Nora CD, Zoboli E, Vieira MM. Moral sensitivity of nurses assessed through scoping review. *CogitareEnferm*. 2017; 2(22): 1-10.
- 8- Lu'tze'n K, Nordstro'm G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci*. 1995; 9(3):131-8.
- 9- Izadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2):43-56. [in Persian]
- 10- Nikmanesh Z, Kiekha Sh. Effect of spiritual intelligence and self-efficacy on nurses' resiliency in therapeutic and teaching centers of Zahedan. *J Res Dev Nurs Midwifery*. 2016; 12(3): 71-8. [in Persian]
- 11- Azadi MM, Akbari Balootbangan A, Vaezfar SS, Rahimi M. The role of coping styles and self-efficacy in nurse's job stress in hospital. *Psychiatric Nursing magazine*. 2014; 2(2): 22-32. [in Persian]
- 12- Shakerinia I. The relationship of emotional intelligence and self-efficacy beliefs of emergency department nurses with patients satisfaction of treatment process. *Hospital Magazine*. 2010; 9(3,4): 15-22. [in Persian]
- 13- Hajloo N, Sobhi N, Rahbar Taramsari M, Haghghatgoo M. Perfectionism and self-efficacy of nurses in Rasht hospitals. *Investigation in Medical Sciences Education*. 2011; 3(1): 42-8. [in Persian]
- 14- Welsh D. Self-efficacy measurement and enhancement strategies for medical-surgical clinical nurses. *MedSurg Nursing*. 2014; 23(6): 371-8.
- 15- Rostampour MJ, Kalroozi F, Pishgooie A, Aliyari SH. The importance of self-efficacy in nurses. *Faculty of Islamic Republic of Iran Army Nurse*. 2015; 15(2): 15-21. [in Persian]
- 16- Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015; 14(6): 443-54. [in Persian]
- 17- Lu'tze'n K, Nordstro'm G, Broolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Intern J Meth Psychiat Res*. 1994; 4(4): 241-8.
- 18- Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2012; 19(1): 116-27.
- 19- 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.
- 20- 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. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4 (5): 58-64. [in Persian]
- 21- Cheraghi F, Hassani P, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Development and psychometric of self-efficacy clinical practice survey of nursing students. *Payesh Journal*. 2010; 9(1): 51-60. [in Persian]
- 22- Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad- Farahani MJ. Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2017; 24(4): 474-82.
- 23- Karimi Noghondar M, Tavakoli N, Borhani F, Mohsenpour M. Ethical sensitivity: A comparison between the nursing students and nurses of Azad University. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 8(5): 69-76. [in Persian]
- 24- Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad H. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaei Heart Center Hospital. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2015; 4(3): 36-45. [in Persian]
- 25- Mousavi S, Mohsenpour M, Borhani F, Ebadi M. Ethical sensitivity of nurses and nursing students working in Aja University of Medical Sciences. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(31): 127-143. [in Persian]
- 26- Abbaszadeh A, Borhani F, Hosseinabadi Farahani MJ, Ghasemi E. Ethical sensitivity and ethical distress of nurses in intensive units. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(7): 117. [in Persian]
- 27- Nora CR, Zoboli EL, Vieira MM. Moral sensitivity in primary health care nurses. *Rev Bras Inferm*. 2017; 70(2): 308-16.
- 28- Priesack A, Alcock J. Well-being and self-efficacy in a sample of undergraduate nurse students: A small survey study. *Nurse Educ Today*. 2015; 35(5):16-20.
- 29- Conner M. Self-efficacy, stress, and social support in retention of student registered nurse anesthetists. *AANA J*. 2015; 83(2): 133-8.
- 30- Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian A R. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2015; 23(4): 77-86. [in Persian]
- 31- Mohammadbeigi A, Anbari Z, Mohammadsalehi N, Mahdipour A, Ahmadi R, Ansari H. Study of the relationship between self-efficacy and health-promoting lifestyle and associated factors in nurses. *Qom Univ Med Sci J*. 2016; 10(7): 49-57. [in Persian]
- 32- Hosseini M, Azimzadeh E. Correlation between self-efficacy and nurses' conflict management strategies. *JHPM*. 2013; 2(4): 16-23. [in Persian]
- 33- Peyman N, Ezzati Rastegari Kh. Effect of an educational program on job tension management in nurses, based on self-efficacy theory. *Modern Care*. 2012; 9(1):1-9. [in Persian]
- 34- Zhu DQ, Norman IJ, Whilce AE. Nurses' self-efficacy and practices relating to weight management of adult patients: A path analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2013;10(131):1-11.
- 35- Borhani F, Abbaszadeh A, Sabzevari S, Dehestani M. The impact of workshop training and follow up on nurses' ethical sensitivity. *Medical Ethics Quarterly*. 2016; 6(21): 11-24. [in Persian]
- 36- Alhavaz M, Jouybari L M, Hekmati pour N, Sanagu A, Fazli L, Bakhsha F, et al. Clarifying the clinical experiences of the students of anesthesiology at Golestan University of medical sciences regarding medical ethics in the operating theater. *Jorjani Biomed J*. 2013; 1(2): 47-55. [in Persian]
- 37- Wang L, Tao H, Bowers BJ, Brown R, Zhang Y. Influence of social support and self-efficacy on resilience of early career registered nurses. *West J Nurs Res*. 2018; 40(5): 648-64.
- 38- Hu SH, Yu YM, Chang WY, Lin YK. Social support and factors associated with self-efficacy among acute-care nurse practitioners. *J Clin Nurs*. 2018; 27(3-4): 876-82.

Moral Sensitivity and Its' Relationship with Self- Efficacy in Operating Room Nurses Affiliated to Educational- Therapeutic Centers in Ardabil University of Medical Sciences, 2017

Zahra Tazakori¹, Zahra Etebari Asl^{*2}, Zahra Mohammadi³, Khatereh Nemati⁴

¹ Associate Professor of Nursing, Department of nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

² MSc of Nursing, department of operating room, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

³ Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

⁴ Department of operating room, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Abstract

Moral sensitivity is one of the most important factors in improving the quality of nursing cares and nurses' performance. This research aimed to determine the relationship between moral sensitivity and self- efficacy in operating room nurses affiliated to educational- therapeutic centers in Ardabil University of medical sciences. This descriptive-correlation study was carried out on a sample of 144 nurses of operating room by census method in 2017. Data were collected by using moral sensitivity standard questionnaire and clinical performance self- efficacy. Data were analyzed using statistical tests: Pearson correlation coefficient, independent t- test and one way ANOVA by SPSS15 software. The mean of nurses' age was 30 ± 6.07 years old. The majority of nurses were female (%54) and majority of them were in operating room discipline (%59). The mean and standard deviation of moral sensitivity score was 87 ± 11.00 and the total self-efficacy was 129 ± 13.00 . Pearson correlation coefficient showed a significant statistical correlation between self-efficacy score and moral sensitivity of nurses ($P<0.0001$, $r=0.882$). The results of this study showed that moral sensitivity and self-efficiency of operating room nurses is high. Furthermore, it seems that high moral sensitivity increases self-efficacy. However, moral sensitivity and self-efficacy of nurses can be improved by holding ethical and professional workshops.

Keywords: Operating room, Nurse, Moral sensitivity, Self- Efficacy

* Corresponding Author: Email: etebariz@yahoo.com