

خودشناسی اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهر زاهدان

فریبا برهانی

عباس عباس‌زاده

محمد کشته‌گر^۱

عصمت نوحی

چکیده

امروزه با افزایش روزافزون دانش پرستاری، توجه به مسائل اخلاقی در حیطه کار پرستاری نیز از اهمیت خاصی برخوردار شده است. پرستاران نیازمند توانایی‌های خودشناسی اعضا اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب هستند و این مستلزم اینست که حداقل استانداردهای اخلاقی انسانی و دینی داشته باشند. شواهدی وجود دارد که خودشناسی اخلاقی یکی از عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط بالین است. با توجه به کمبود مطالعه در زمینه خودشناسی اخلاقی و نقش پررنگ این متغیر در تصمیم‌گیری اخلاقی بر آن شدیم که به این مطالعه بپردازیم. این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی می‌باشد که با هدف بررسی میزان خودشناسی اخلاقی پرستاران شاغل در دو بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان انجام شد. محیط پژوهش دو بیمارستان امام علی (ع) و تأمین اجتماعی شهر زاهدان بودند. جمع‌آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه خودشناسی اخلاقی چانگ (۱۹۶۵ م.) انجام شد. آنالیز اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS 17 انجام شد. در این مطالعه از ۲۰۰ نفر شرکت‌کننده ۱۸۸ حاضر به همکاری شدند و ۱۲ نمونه ریزش داشتیم. در این مطالعه درجه خودشناسی اخلاقی در پرستاران با متوسط نمره ۳/۵۲ از پنج بود. بین ویژگی‌های دموگرافیک و خودشناسی اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). نتایج این بررسی نشان داد که خودشناسی اخلاقی پرستاران در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد، اما تا حد ایده‌آل فاصله دارد. به همین دلیل نظام آموزش و خدمات پرستاری می‌بایست به دنبال راه‌هایی برای

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)

افزایش خودشناسی اخلاقی و متعاقب آن دیگر عوامل مؤثر در تصمیم‌گیری محیط‌های اخلاقی در بالین را داشته باشد.

واژگان کلیدی

خودشناسی اخلاقی، اخلاق، تصمیم‌گیری اخلاقی، پرستاران، زاهدان

مقدمه

هر فرد در ذهن خود، تصویری از خویشتن دارد (تقی‌زاده، ۲۰۰۰ م؛ اسکندری‌نژاد، ۲۰۰۴ م). خود دنیای درونی شخص است و شامل تمام ادراکات، عواطف، ارزش‌ها و طرز تفکر او می‌باشد. این پندار و تصویری که فرد از خود دارد، مسلماً برایش امری حیاتی می‌باشد، چرا که بر اساس آن زندگی خود را سامان داده، و اهدافی را دنبال می‌کند و این خود پنداره تعیین‌کننده سرنوشت فردی، اجتماعی و به طور کلی زندگی اوست (اسکندری‌نژاد، ۲۰۰۴ م). به طور خلاصه، می‌توان گفت: خود پنداره، چارچوبی شناختی است که به واسطه آن به سازمان‌بندی آنچه درباره خویش می‌دانیم، می‌پردازیم و اطلاعاتی را که به خود مربوط می‌شوند، بر پایه آن پردازش می‌کنیم (تقی‌زاده، ۲۰۰۰ م). از منظر روی و اندرو پنج جنبه مختلف در ارتباط با خود پنداره را می‌توان مشخص کرد که شامل تصویر ذهنی از جسم، خود معنوی اخلاقی، احساس جسمی، خود ایده‌آل و ثبات خود می‌باشد. خود اخلاقی یا همان خودشناسی اخلاقی یکی از اجزای مهم خود پنداره محسوب می‌شود (توماس، ۲۰۰۷؛ پاریش و همکاران، ۲۰۰۷ م).

خودشناسی اخلاقی اشاره به چگونگی احساس و تفکر فرد در مورد مسائل اخلاقی در درون خود به عنوان ارزش‌های اخلاقی دارد. به صورت اختصاصی‌تر چگونگی فکر و یا احساس شخصی که فرد درباره مسائل اخلاقی با خودش دارد (هان، ۱۹۹۷ م). به نظر می‌رسد بالاترین میزان یکپارچگی اخلاقی زمانی حاصل می‌شود که ادراکات و علائق اخلاقی فرد به بخشی از خود پنداره او یعنی شیوه خاص نگاه فرد به خود و تعریف وی از خود تبدیل شود. وقتی این اتفاق رخ دهد، اخلاق نه تنها به یک جنبه از سازمان هوشیار شخصیت تبدیل می‌شود، بلکه به انگیزه‌ها و هیجانات مضاعف نیز تجهیز می‌گردد. برای مثال، یک فرد علاقمند به

امور اخلاقی، تلاش می‌کند تا راه‌حل‌های اخلاقی مناسب پیدا کند و تمایل دارد اعمالش از نظر اخلاقی صحیح باشند، نه تنها به این دلیل که او اهمیت عینی نوع دوستی و عدالت را درک می‌کند، بلکه به این خاطر که او خود را به گونه خاصی ادراک می‌کند و می‌خواهد به ایده‌آل‌های خود ملتزم بماند (بلاسی، ۱۹۹۵ م؛ جهان‌گیرزاد، ۲۰۱۲ م).

زمانی که انسان مجبور به تصمیم‌گیری در ارتباط با دیگران می‌گردد، یک موقعیت اخلاقی پیش آمده است. حتی تصمیم به واگذاری این حق به خود فرد، نیازمند تفکر و تصمیم‌گیری اخلاقی است. درمانگران و به ویژه پرستاران که مدت زمان زیادی را در ارتباط با بیمار سپری می‌کنند، مکرراً نیازمند به این تصمیم‌گیری‌ها می‌شوند. پرستاران اغلب با موقعیت‌هایی مواجه می‌شوند که باید برای آن‌ها راه‌حلی پیدا کرده و تصمیمات اخلاقی مناسب اتخاذ کنند (روبرتسون و همکاران، ۲۰۰۷ م). تغییر در مفاهیم پرستاری و نیازهای بهداشتی، افزایش مددجویان و تغییر در ارزش‌های پرستاری، بهبود فناوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی باعث به وجود آمدن و افزایش تعارضات اخلاقی جدید شده که پرستاران با آن روزانه روبرو می‌شوند (اسکروتر، ۱۹۹۹ م؛ لی و بنگ، ۱۹۸۴ م). که لازم است پرستاران توانایی بازشناسی معضلات اخلاقی و تصمیم‌گیری مناسب را داشته باشند (اسکروتر، ۲۰۰۲ م) و این مستلزم داشتن حداقل‌های استانداردهای اخلاق انسانی و دینی می‌باشد (لی و نگ، ۱۹۸۴ م؛ کیم و همکاران، ۲۰۰۲ م). به هر حال باید پرستاران توانایی توجیه منطقی برای انتخاب یا رد یک عمل در موقعیت اخلاقی را داشته باشند. حتی ممکن است در یک تعارض اخلاقی پاسخ مشخصی وجود نداشته باشد و پرستار باید توانایی تصمیم‌گیری بر اساس سود و زیان بیمار را داشته باشد

(گریپ، ۲۰۰۶ م.).

خودآگاهی از عملکرد شخصی پرستار عامل مهمی برای تصمیم‌گیری رفتارها و نگرش‌ها در محیط‌های بالینی گزارش شده است، اگرچه از تعداد زیادی مطالعات نظری و تجربی استنباط می‌شود که هویت (برداشت از خود) اخلاقی یک فرد بهترین سند برای تعهد کار اخلاقی‌ست (دومان و گری‌گوری، ۱۹۹۷ م.؛ بلاسی، ۱۹۹۵ م.)، اما هنوز تعداد اندکی مطالعه درباره مفهوم هویت اخلاقی در حرفه پرستاری وجود دارد (دومان و گری‌گوری، ۱۹۹۷ م.). در مرور متون یک مطالعه در کره یافت شد که خودشناسی اخلاقی پرستاران را مورد بررسی قرار داده و میانگین خودشناسی اخلاقی پرستاران را در سطح بالا گزارش نموده است (کیم و همکاران، ۲۰۰۲ م.). شواهد نشان می‌دهد که خودشناسی اخلاقی قابل تغییر است، ولی شکل دادن خودشناسی اخلاقی به آسانی اتفاق نمی‌افتد و به سیستم آموزشی قدرتمند، زمان و معلمین با صلاحیت برای تغییر خودشناسی اخلاقی و ارتقادادن و قدرتمند کردن آن در دانشکده‌های پرستاری و در بالین نیاز می‌باشد (کیم و همکاران، ۲۰۰۲ م.).

با توجه به این که خودشناسی اخلاقی در جوامع مختلف تحت تأثیر فرهنگ، آداب و رسوم، شرایط کاری متفاوت قرار می‌گیرد (ورچ، ۱۹۹۸ م.؛ هاینده، ۲۰۰۲ م.؛ کیلن و اسمتنا، ۲۰۰۶ م.) و با توجه به کمبود مطالعه در زمینه خودشناسی اخلاقی و نقش پررنگ این متغیر در تصمیم‌گیری اخلاقی (دومان و گری‌گوری، ۱۹۹۷ م.) و همچنین با نظر به اهمیتی که امروزه به تحقیقات مربوط به موضوعات اخلاقی در ایران وجود دارد بر آن شدیم که ویژگی مهم خودشناسی اخلاقی را در پرستاران بررسی نماییم، لذا این مطالعه با هدف بررسی میزان خودشناسی اخلاقی پرستاران شاغل در دو بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر زاهدان انجام شد.

روش

این مطالعه یک پژوهش از نوع توصیفی - مقطعی است. حجم نمونه با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد یک میانگین کوگرن برابر با ۱۶۷ نمونه بر اساس مطالعه مقدماتی به دست آمد که به منظور افزایش توان آماری و امکان بررسی نمونه‌های بیشتر توسط محقق، ۲۰۰ نمونه مورد بررسی قرار گرفتند. در انتخاب آزمودنی‌ها از روش تصادفی ساده (نمونه‌گیری تصادفی بدون جایگزینی) از جدول اعداد تصادفی استفاده گردید. جامعه مورد پژوهش این مطالعه پرستاران دو بیمارستان آموزشی شهرستان زاهدان بودند که معیارهای ورود به مطالعه بدین شرح بود: ۱- دارای مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری و بالاتر از یکی از دانشگاه‌های داخلی و بین‌المللی معتبر باشند؛ ۲- حداقل یک سال سابقه کار بالین را داشته باشند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح و اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه است و می‌توانند داوطلبانه در این مطالعه شرکت کنند. پس از کسب موافقت‌های لازم از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و بیمارستان‌های امام علی (ع) و تأمین اجتماعی مطالعه آغاز گردید.

برای بررسی خودشناسی اخلاقی از برگردان پرسشنامه خودشناسی که شامل پنج بخش است که بخش خودشناسی اخلاقی که شامل ۱۸ سؤال است که توسط چانگ (۱۹۶۵ م.) طراحی شده بود. پرسشنامه از انگلیسی به فارسی روان ترجمه گردید. سپس مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده شد و سپس تطابق دو نسخه انگلیسی با هم مورد بررسی قرار گرفت. روایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضا هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان مورد تایید قرار گرفت. همچنین برای پایایی، پرسشنامه‌های مذکور در اختیار ۲۰ تن از پرستاران قرار گرفت و همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ (۰/۷۶) به دست آمد. این پرسشنامه به

صورت لیکرت از «هرگز» تا «همیشه» نمره دهی شد. هرگز نمره ۱ و همیشه نمره ۵ را به دست می‌آورد. نمره کلی شرکت کنندگان از ۱۸ تا ۹۰ متغیر بود. همچنین جهت جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک ۷ سؤال از شرکت کنندگان شامل جنس، سن، تأهل، سابقه کار، وضعیت استخدام، بخش محل کار و سمت پرسیده شد. پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب اجازه از مسئولان و جلب مشارکت نمونه‌های مورد پژوهش با مراجعه بخش‌های محل کار پرستاران پرسشنامه‌ها تکمیل گشت. جهت کاهش تأثیر عواملی چون خستگی و مشغولیت‌های فکری اهداف به شرکت کنندگان توضیح و شرکت در مطالعه اختیاری بود. پرسشنامه مذکور در ۱۵ روز متوالی از تاریخ ۳ مرداد تا ۱۸ مرداد سال ۱۳۹۱ در نوبت کاری متفاوت (صبح، عصر و شب) در بیمارستان امام علی (ع) و تأمین اجتماعی شهر زاهدان توزیع گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با نرم افزار SPSS 17 تجزیه و تحلیل گردید. در این مطالعه از آزمون‌های توصیفی و آزمون‌های تحلیلی آماری مانند آنالیز واریانس یک‌طرفه، آزمون همبستگی پیرسون، آزمون تی مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در این مطالعه از ۲۰۰ نفر شرکت کننده ۱۸۸ حاضر به همکاری شدند و ۱۲ نمونه ریزش داشتیم. ۱۸۸ پرستار شرکت کننده با میانگین سن ۳۲/۱۹ و انحراف معیار ۵/۷۷ بودند و میانگین سابقه کار واحدهای مورد پژوهش ۷/۷۰ و انحراف معیار ۵/۶۵ بود. ویژگی‌های دموگرافیک مورد پژوهش در جدول ۱ ذکر گردید.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش (N=۱۸۸)

جنس	فراوانی (درصد)
مؤنث	۱۶۷ (۸۸/۸)
مذکر	۲۱ (۱۱/۲)
وضعیت تأهل	
متأهل	۱۴۴ (۷۶/۶)
مجرد	۴۴ (۲۳/۴)
سمت	
پرستار	۱۳۱ (۶۹/۶)
مدیر پرستاری	۵۷ (۳۰/۴)
محل خدمت	
بخش‌های ویژه	۵۹ (۳۱/۴)
بخش‌های جراحی	۲۴ (۱۲/۸)
بخش‌های داخلی	۶۲ (۳۳/۰)
بخش‌های اورژانس	۱۹ (۱۰/۱)
طب روانشناختی	۱۱ (۵/۹)
اداری	۱۳ (۶/۹)

در این مطالعه درجه خودشناسی اخلاقی در پرستاران با متوسط نمره ۳/۵۲ از پنج بود. دامنه تغییرات خودشناسی از ۲/۳۹ تا ۴/۷۲ تغییر بود. بالاترین نمره در بین گویه‌ها مربوط به «من شخصی هستم که شرافتم را حفظ می‌کنم» بود و پایین‌ترین نمره مربوط به گویه، به سؤال «من برای پیشی گرفتن از دیگران متکی

به روش‌های نادرست می‌شوم» تعلق داشت.

جدول ۲: میانگین نمره و انحراف معیار خودشناسی اخلاقی در پرستاران

انحراف معیار	میانگین	گویه‌ها
۱/۳۶	۲/۲۷	من قادر نیستم کاری را که می‌دانم اشتباه است، تصحیح کنم.
۰/۷۵	۳/۹۶	من فکرمی کنم معمولاً کارهای خوبی انجام می‌دهم.
۰/۸۱	۴/۰۳	من از رفتار اخلاقی خودم راضی هستم.
۱/۳۰	۲/۴۶	من صاحب تفکر و نگرش قوی اخلاقی نیستم.
۰/۸۱	۴/۴۷	من فردی هستم که ادب و احترام را رعایت می‌کنم.
۰/۸۷	۴/۴۴	باید از گفتن دروغ که خواسته من نیست اجتناب کنم.
۰/۹۴	۳/۹۴	من برای حفظ شخصیت خودم به کاری که انجام می‌دهم، یک‌بار فکر می‌کنم.
۱/۲۳	۳/۸۱	به کارهایی که با انجام دادنشان مجبور به حفظ شرافتم هستم، متمایل‌تر هستم و نیاز به پرسیدن از کسی درباره‌شان ندارم.
۱/۵۰	۳/۷۰	من فکر نمی‌کنم کارهایی انجام دهم که به شرافتم آسیب بزنند.
۱/۰۳	۳/۲۶	من کار اشتباهی انجام نمی‌دهم.
۱/۱۳	۱/۶۳	من برای پیشی گرفتن از دیگران متکی به روش‌های نادرست می‌شوم.
۰/۹۵	۱/۷۳	من انسان بدی هستم.
۱/۱۳	۲/۱۴	من هیچ احساس افتخار و عزتی ندارم.
۰/۶۸	۴/۳۵	من انسان صادقی هستم.

۰/۷۲	۴/۶۲	من می‌خواهم وقتی دیگران به من فکر می‌کنند، شخص قابل اعتمادی باشم.
۰/۵۶	۴/۶۴	من شخصی هستم که شرافتم را حفظ می‌کنم.
۰/۷۲	۴/۲۹	شخص شریف و محترمی هستم.
۱/۰۹	۳/۵۸	اگر بخواهیم برای انجام کارهای درست تلاش کنیم همیشه با مشکلات فراوانی همراه است.
۰/۳۵	۳/۵۲	کل

در این مطالعه با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون ارتباط سن با خودشناسی اخلاقی مورد ارزیابی قرار گرفت که نشان داد بین سن با خودشناسی اخلاقی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$). همچنین با استفاده از آزمون تی مستقل خودشناسی اخلاقی مردان و زنان مورد مقایسه گرفت که تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$). در بررسی ارتباط بین محل خدمت و خودشناسی اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بحث

در این پژوهش درجه خودشناسی اخلاقی پرستاران نسبتاً بالا بود و با متوسط نمره ۳/۵۲ از پنج بود. در مطالعه که توسط کیم انجام شد نیز مؤید همین نتیجه بود (کیم و همکاران، ۲۰۰۲ م.). مطالعه دیگری که میزان خودشناسی اخلاقی پرستاران را بررسی کرده باشد، نیافتیم، ولی در مطالعه‌ای رشد اخلاقی در پرستاران را بررسی کرده بود که نمره ۳/۲۳ را به دست آورده بود (کیم و کیم، ۱۹۹۹ م.)، اما نسبت به مطالعات قبلی که در خودآگاهی در دانشجویان پرستاری انجام شده بود نمرات پایین‌تری کسب نموده بود در مطالعات چو و کانگ در (۱۹۸۴ م.) میانگین نمره

۳/۸۶ در دانشجویان و در پژوهش سون (۱۹۹۶ م.) که در پرستاران ۳/۷۶ به دست آمد (سون، ۱۹۹۶ م؛ جو و کانگ، ۱۹۸۴ م.) به نظر می‌رسد که دلیل بالابودن خودشناسی اخلاقی پرستاران این باشد که پرستاری حرفه‌ای اساساً اخلاقی است و اخلاق جوهره مراقبت است (واتسون، ۱۹۹۰ م؛ گادو، ۱۹۸۵ م.) بنابراین انتظار می‌رود کسانی هم که وارد این حرفه می‌شوند و پرستاری را انتخاب می‌کنند، هویت اخلاقی داشته باشند و همچنین میزان مواجهه با رویدادهای که نیازمند رعایت اخلاق هست در حرفه پرستاری نسبت به سایر حرفه‌ها بیشتر است. به همین دلیل انتظار می‌رود خودشناسی اخلاقی بالاتر داشته باشند. همچنین با وجود خودشناسی نسبتاً بالا ضعف در تصمیم‌گیری ممکن است به دلیل نقص در سایر فاکتورهای مؤثر بر تحقق عمل اخلاقی مانند حساسیت اخلاقی و قضاوت اخلاقی و سایر پدیده‌های مشابه باشد و پیشرفت در خودشناسی قطعیتی برای تحقق عمل اخلاقی نمی‌باشد، ولی احتمال وقوع رفتارهای اخلاقی را بیشتر می‌کند.

در گویه‌ها بیشترین نمره در مطالعه ما مربوط به «من شخصی هستم که شرافتم را حفظ می‌کنم» بود و در مطالعه که در کره بر روی مدیران پرستاری انجام شد، گویه «من هیچ احساس افتخار و عزتی ندارم» بود. پایین‌ترین نمره در مطالعه ما مربوط به گویه، به سؤال «من برای پیشی گرفتن از دیگران متکی به روش‌های نادرست می‌شوم» تعلق داشت و در مطالعه کره (هایند، ۲۰۰۲ م.) کمترین نمره مربوط به «من می‌خواهم وقتی دیگران به من فکر می‌کنند، شخص قابل اعتمادی باشم» بود (کیم، پارک و همکاران، ۲۰۰۲ م.). هر چند که پرستاری حرفه بین‌المللی است و انتظار می‌رود که امور مراقبتی آن در همه‌جا تقریباً یکسان باشد اما تجربه موضوعات اخلاقی به دلیل اینکه تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند فرهنگ، مذهب و شرایط اجتماعی قرار می‌گیرد در همه‌جا یکسان نیست. به نظر می‌رسد

این تفاوت در نمره گویه‌ها نیز مربوط به تفاوت فرهنگی می‌باشد (کیلن و هاینده، ۲۰۰۲ م.).

این گونه به نظر می‌رسد علت بالابودن نمره گویه «من شخصی هستم که شرافتم را حفظ می‌کنم» این باشد که افراد همیشه در حفظ شأن و شرافت خود سعی می‌کنند و در جامعه ایرانی حفظ شأن و شرافت و آبرو (وجهه اجتماعی) از ارکان مهم فرهنگی به شمار می‌رود (اکبری، ۲۰۰۲ م.) و این نکته نیز مؤید تأثیرگذاری فرهنگ بر درک و شهود اخلاقی است (کیلن و اسمتتا، ۲۰۰۶ م.).

پایین‌ترین نمره نیز مربوط به «من برای پیشی گرفتن از دیگران متکی به روش‌های نادرست می‌شوم» می‌باشد. همیشه انسان‌های اخلاقی سعی بر امتناع از استفاده از روش‌های نادرست می‌کنند و روش‌های نادرست با اخلاقیات در تضاد می‌باشد و یک یافته بدیهی به نظر می‌رسد.

در ویژگی‌های دموگرافیک هیچ ارتباطی با خودشناسی یافت نشد. به نظر می‌رسد دلیل معنی‌دار نبودن رابطه سن و خودشناسی اخلاقی این باشد که حدود ۵۰٪ افراد تحت مطالعه ما زیر ۲۸ سال را تشکیل می‌دهند و تفاوت سنی محسوسی بین نمونه‌ها وجود ندارد.

در این مطالعه سابقه کار و ارتباطات اجتماعی با خودشناسی اخلاقی ارتباط معناداری نداشت اما در مطالعات کیم و همکاران (۲۰۰۲ م.) این ارتباط وجود داشته است. در این ویژگی نیز مشابه متغیر سن حدود ۶۰٪ افراد تحت مطالعه سابقه کاری زیر شش سال داشتند و ممکن است این داده را به سمت معنی‌دار نبودن سوق داده باشند.

نتیجه گیری

نتایج این بررسی نشان داد که خودشناسی اخلاقی پرستاران در سطح نسبتاً بالایی می‌باشد، اما تا حد ایده‌آل فاصله دارد. به همین دلیل نظام آموزش و خدمات پرستاری می‌بایست به دنبال راه‌هایی برای افزایش خودشناسی اخلاقی پرستاران باشند.

این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله تعداد حجم نمونه کم و نمونه‌گیری در دسترس بود که ممکن است بر تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه تأثیر گذاشته باشد. در پژوهش‌های بعدی توصیه می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و نمونه‌گیری تصادفی انجام پذیر و همان‌طور که در مقدمه بیان شد خودشناسی تحت تأثیر عوامل فرهنگ، آداب و رسوم، شرایط کاری متفاوت قرار می‌گیرد و این نکته لزوم انجام مجدد این مطالعه را در مکان‌های متفاوت آشکار می‌کند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان جهت حمایت در این طرح تحقیقاتی تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از جناب آقای محمدرضا جهانگیرزاده دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی قم و همچنین جناب آقای مصطفی شکوهی پژوهشگر مرکز تحقیقات فیزیولوژی کرمان برای همیاری و کمک در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

مطالعه حاضر قسمتی از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد است که توسط شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و کمیته اخلاق آن دانشگاه به تصویب رسیده است، لذا از تمام همکاران این مجموعه سپاسگزاری می‌شود.

فهرست منابع

- Akbari, AR. (2002). Preservation of cultural and religious values. *sabah* 3.
- Blasi, A. (1995). Moral understanding and the moral personality: The process of moral integration. *Moral development: An introduction*. 78.
- Doman, W. Gregory, A. (1997). The youth charter: towards the formation of adolescent moral identity. *Moral Educ.* 26: 117-131.
- Eskandari-Nejad, K. (2004). Self-concept. *marefat*. 84.
- Gadow, S. (1985). Nurse and patient: The caring relationship. *Caring, curing, coping: Nurse, physician, patient relationships*. 31-43.
- Greipp, ME. (2006). Greipp's model of ethical decision making. *Journal of advanced nursing*. 17: 734-8.
- Han, SW. (1997). *Moral education and moral self-concept*.
- Hinde, R. (2002). *Why good is good: The sources of morality*. Routledge.
- Jahangir-Zad, MR. (2012). Prospective of Identity - personality and behavioral perspectives on moral development. *Ma'rifat-i Ākhlaqī*, 3: 65-85.
- JO, KJ. Kang, HS. (1984). Relationship between nursing student's self concept and clinical practicum. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 14: 110-5.
- Killen, M. Smetana, JG. (2006). *Handbook of moral development*, Lawrence Erlbaum.
- Kim, MJ. Kim, MH. (1999). A Study of moral development and ethical values of the nurses. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*. 5: 337-53.
- Kim, YS. Park, JW. Son, YJ. Han, SS. (2002). Nurse Managers' Moral Self Concept and Ethical Sensitivity. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 32: 1072-8.
- Lee, SW. Bang, YJ. (1984). *Medical ethics, nursing ethics*. Seoul: Sumonsa, 413-33.
- Parish, T. Kosma, M. Welsch, M. (2007). Exercise Training for the Patient with Heart Failure: Is Your Patient Ready? *Cardiopulmonary Physical Therapy Journal*. 18: 12.
- Robertson, D. Snarey, J. Ousley, O. Harenski, K. Bowman, FDB. Gilkey, R.

- Kilts, C. (2007). The neural processing of moral sensitivity to issues of justice and care. *Neuropsychologia*. 45: 755-66.
- Schroeter, K. (1999). Ethical perception and resulting action in perioperative nurses. *AORN*. 69: 991-1002.
- Schroeter, K. (2002). Ethics in perioperative practice—Patient advocacy. *AORN*. 75: 941-9.
- Son, EJ. (1996). A study on clinical nurse's self concept and attitude to nursing professionals. *Kyunghee University master dissertation*.
- Taghi-Zade, ME. (2000). *Wind restless youth*. esfahan: yekta.
- Thomas, CM. (2007). The influence of self-concept on adherence to recommended health regimens in adults with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 22: 405-16.
- Watson, J. (1990). Caring knowledge and informed moral passion. *Advances in Nursing Science*. 13: 15.
- Wertsch, JV. (1998). *Mind as action*, Oxford University Press New York.

یادداشت شناسه مؤلفان

فریبا برهانی: استادیار، دکترای آموزش پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

عباس عباسزاده: دانشیار، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

محمد کشته‌گر: دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
(نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: M.keshtgar.ac@gmail.com

عصمت نوحی: دانشجوی دکترای تخصصی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۷/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۹