تأثیر آموزش کارگاهی و پیگیری بر حساسیت اخلاقی پرستاران

فریبا برهانی

عباس عباس زاده[1]

سکینه سبزواری

مهناز دهستانی

چکیده

حساسیت اخلاقی توجه به ارزش‌های اخلاقی و لحاظ‌کردن آن در تصمیم‌ها و در نظرگرفتن نقش و وظیفه آن به خصوص در مواجهه با شرایط ویژه است. با توجه به نیاز به شناسایی روش‌های آموزشی مؤثر در افزایش حساسیت اخلاقی در پژوهش حاضر تأثیر آموزش کارگاهی و پیگیری آموزش بر حساسیت اخلاقی پرستاران مورد سنجش قرار گرفت.

در این پژوهش مداخله‌ای از نوع سری زمانی ۲۵ پرستار در کارگاه دو روزه با موضوعات اخلاقی شرکت کردند و سپس به مدت دو ماه آموزش به صورت پیگیری از طریق پیام‌های اخلاقی دریافت نمودند. از پرسشنامه حساسیت اخلاقی «هان» برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. داده‌ها به وسیله آزمون من‌ویتنی یو و فریدمن تجزیه و تحلیل شدند. تمام ابعاد حساسیت اخلاقی پس از انجام آموزش به وسیله کارگاه و پیگیری افزایش یافتند ($P<0.05$). کارگاه تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر حساسیت اخلاقی پرستاران دارد که با پیگیری این آموزش می‌توان اثرات آنرا حفظ نمود.

واژگان کلیدی

حساسیت اخلاقی، پرستار، کارگاه، پیگیری، آموزش کارگاهی

---

۱. دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول) Email: aabaszadeh@hotmail.com

مقدمه

با افزایش توجه به مسائل اخلاقی و چالش‌ها در محیط‌های مراقبتی، مراقبین بهداشتی در موقعیت‌های پیچیده‌ای ناشی از مشکلات اخلاقی قرار گرفته‌اند (هان و همکاران، ۲۰۱۰ م.). پرستاری نیز حرفه‌ای است که کدهای اخلاقی زیادی دارد. عامل عمل اخلاقی که به معنای فکرکردن، عمل‌کردن و پذیرش مسؤولیت عمل انجام شده است در پرستاری ممکن است به وسیله ارزش‌های متناقضی که در آن وجود دارد دچار مشکل شود (لاتزن و همکاران، ۲۰۱۰ م.). همچنین این واقعیت نیز وجود دارد که به نظر می‌رسد ارزش‌های اخلاقی در پرستاری همیشه واضح و آشکار نیستند (آمبروس، کراس، ۲۰۰۹ م.) و محیط‌های کار ارائه‌کننده خدمات سلامتی که پیوسته در حال تغییر و تحول هستند بر عامل اخلاق تأثیر می‌گذارند (گالاهر، شودین، ۲۰۱۰ م.). این مطلب سبب پیچیدگی بیشتر موضوع می‌گردد. در محیط کار، پرستاران به طور روزانه و مداوم با استروسورها و عوامل ایجادکننده تنش اخلاقی روبرو می‌شوند که اثر متقابلی با یکدیگر دارند و باعث ایجاد فرسودگی شغلی می‌شوند (بائرو، نورهیم، ۲۰۱۱ م.). حساسیت و مسؤولیت‌پذیری اخلاقی دو عامل درونی هستند که باعث تشخیص بین صحیح یا غلط در فرد و انجام عمل صحیح می‌شوند (بگات و همکاران، ۲۰۰۴ م.) که در پرستاری این دو عامل در محیط به شدت تحت چالش روزمره هستند.

حساسیت اخلاقی می‌تواند به صورت آگاهی و توجه به ارزش‌های اخلاقی موجود در یک موقعیت دارای تناقض و خودآگاهی فردی نسبت به نقش و وظیفه در آن موقعیت خاص تعریف شود (لاتزن و همکارن، ۲۰۰۶ م.). بدین معنا که حساسیت اخلاقی تنها مربوط به حس فرد نیست، بلکه نیازمند ظرفیت و تجربه شخصی جهت شناخت اهمیت مسأله اخلاقی موجود در موقعیت است (موراياما،

۲۰۱۰ م.). برای اتخاذ تصمیم‌های درست در رشته پرستاری می‌بایست ابتدا نسبت به موضوعات اخلاقی حساسیت کافی وجود داشته باشد (لاتزن، ۲۰۱۰ م.) در صورتی که توجه به مسائل اخلاقی در بین پرستاران وجود نداشته باشد ممکن است سبب نادیده‌گرفتن مسائل اخلاقی در محیط‌های پرتنش کاری آنان گردد (آمبروس، کراس، ۲۰۰۹ م.).

نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ میلادی نشان داد که دانشجویان پزشکی ژاپن با وجود گذراندن واحدهای اجباری مربوط به اخلاق تنها در سال‌های چهارم و پنجم تحصیل در رفتارشان نسبت موضوعات اخلاقی حساسیت ایجاد شد و نمره حساسیت اخلاقی آن‌ها در سال ششم کاهش نشان داد. همچنین در مقایسه دانشجویان سال اول و آخر تفاوتی در حساسیت اخلاقی آن‌ها مشاهده نشد (آکاباياشی و همکاران، ۲۰۰۴ م.). در مطالعه «کیم» و همکاران در سال ۲۰۰۵ پرستاران بالینی میزان بالایی از حساسیت اخلاقی را نسبت به موضوعات موجود در بیمارستان نشان دادند. همچنین بین سن و نگرش نسبت به حرفه پرستاری و حساسیت اخلاقی ارتباط وجود داشت و محققان در این مطالعه توصیه نمودند که دوره‌های آموزش اخلاق در زمان تحصیل و بازآموزی پرستاران برگزار گردد (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.). نتایج یک مطالعه در ترکیه نشان داد که پرستاران در حیطه‌های رازداری، گفتن حقیقت و انجام عمل نیکوکارانه حساس بودند، اما در مورد حق بیمار برای ردّ درمان نتایج متفاوتی را با پزشکان نشان دادند (اروسی و همکاران، ۲۰۰۱ م.). همچنین در مطالعه لاتزن و همکاران در سال ۲۰۰۰ بین کارکنان بخش‌های طبی و بخش‌های روان درمانی تفاوت معنی‌داری در نگرش نسبت به حساسیت اخلاقی مشاهده شد. نتایج، تفاوت معنی‌داری بین پزشکان و

پرستاران همچنین زنان و مردان مورد بررسی در نمره حساسیت اخلاقی را نشان داد (لاتزن و همکاران، ۲۰۱۰ م.).

محیط کاری پرستاران و مواجه روزانه آن‌ها با مرگ و تصمیم‌گیری باعث ایجاد تنش اخلاقی در آن‌ها می‌شود (رابینسون، ۲۰۱۰ م.). در حقیقت تنش اخلاقی زمانی ایجاد می‌شود که فرد می‌داند چه کاری صحیح است اما محدودیت‌های کاری مانع انجام کار صحیح می‌شود (اُهنیشی، ۲۰۱۰ م.). با این حال دانستن کدهای اخلاقی به تنهایی کافی نیست و اهمیت‌دادن به عمل اخلاقی مهم‌ترین ضامن انجام عمل اخلاقی است که به وسیله حساسیت در رفتار اخلاقی ایجاد می‌شود. هرچند در مرور متون انجام شده توصیه‌های زیادی در مورد قراردادن دوره‌های آموزش اخلاق برای آموزش پرستاری یا برنامه‌های بازآموزی وجود دارد، اما نتایج مطالعات شواهد متفاوتی را نشان می‌دهد به گونه‌ای که با گذشت زمان و با گذراندن دوره‌های آموزشی در برخی موارد تغییر قابل ملاحظه‌ای در حساسیت اخلاقی و به دنبال آن توسعه رفتار اخلاقی مشاهده نشده است (مایهیو و مورفی، ۲۰۰۹ م.). در برخی مطالعات آموزش نقش مؤثری در افزایش حساسیت اخلاقی داشته است (گرادی و همکاران، ۲۰۰۸ م.). حساسیت اخلاقی نیازمند اثربخشی بر دو حیطه شناختی و عاطفی با هم و در سطوح بالاتر است. با توجه به موارد فوق پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی کارگاه همراه با پیگیری بر حساسیت اخلاقی پرستاران طراحی گردید.

روش

در پژوهش حاضر که با طرح نیمه تجربی سری زمانی انجام گرفت اثر آموزش کارگاهی همراه با پیگیری بر حساسیت اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های

آموزشی شهر کرمان مورد سنجش قرار گرفت. پس از تصویب طرح پژوهش در شورای پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و کمیته اخلاق دانشگاه مجوز انجام کارگاه از مرکز آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی کرمان اخذ شد. نمونه‌گیری پژوهش به صورتی در دسترس بود به این ترتیب که از ۵۰ نفر از کسانی که تمایل به شرکت در کارگاه را داشتند ثبت نام شد و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه اول در سه نوبت، قبل و بعد از کارگاه و بعد از پیگیری به وسیله ابزار پژوهش مورد سنجش قرار گرفتند و گروه کنترل یک نوبت همزمان با پایان مرحله پیگیری گروه اول ابزار پژوهش را تکمیل نمودند. به پرستاران اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و بر روند کاری آن‌ها تأثیری ندارد؛ همچنین بعد از اتمام پژوهش تمهیداتی جهت برگزاری کارگاه برای گروه کنترل انجام شده است. کارگاه برای گروه آزمون به مدت دو روز و هر روز ۸ ساعت برگزار شد. دوره پیگیری شامل دو ماه و با ارسال ۲۴ پیام اخلاقی از طریق تلفن همراه بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات زمینه‌ای و پرسشنامه حساسیت اخلاقی بود. پرسشنامه حساسیت اخلاقی مورد استفاده در پژوهش هان و همکاران ۲۰۱۰ بود (هان و همکاران، ۲۰۱۰م.). پرسشنامه دارای ۲۵ گویه و در ۳ بعد احترام به بیمار، مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای و رفتار اخلاقی بود. هر گویه با مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و از ۰ تا ۴ نمره داده شد. میانگین نمرات گویه‌ها در هر بعد و در کل سؤالات به عنوان نمره حساسیت اخلاقی در نظر گرفته شد. پرسشنامه پس از ترجمه به زبان فارسی توسط چند نفر از اعضای تیم پژوهش مجدداً به وسیله یک فرد آشنا به زبان انگلیسی ترجمه مجدد گردید و سپس انطباق نسخه ترجمه شده با نسخه اصلی مورد سنجش قرار گرفت که انطباق بالایی داشتند. برای پایایی ابزار از

همبستگی درونی استفاده شد که آلفای کرونباخ $\alpha=0.76$ به دست آمد. داده‌های پژوهش به وسیله آمار توصیفی (فراوانی و درصد، میانگین و انحراف معیار) ارائه شدند. به دلیل حجم نمونه کمتر از ۳۰ نفر در هر گروه آزمون کولموگروف سیمرنوف انجام گرفت و چون داده‌ها از توزیع نرمال پیروی نمی‌کردند از آزمون‌های غیر پارامتریک من‌ویتنی‌یو برای مقایسه میانگین در دو گروه و فریدمن برای مقایسه قبل و بعد استفاده شد. همچنین آزمون مربع کای برای مقایسه یک متغیر کیفی در دو گروه و آزمون همبستگی اسپیرمن برای تعیین ارتباط بین دو متغیر کمی مورد استفاده قرار گرفتند. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سن در گروه مداخله ۴/۵۸±۳۷/۲۸ سال و در گروه کنترل ۶/۰۸±۳۸/۸۴ سال بود (P=۰/۲۷۹). گروه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال بیشترین فراوانی را در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش داشتند. ۱۵ نفر (۶۰ درصد) از واحدهای پژوهش در گروه مداخله و ۱۶ نفر (۶۴ درصد) در گروه کنترل زن بودند (p=./۷۷۱). در گروه کنترل ۷۶ درصد (۱۹ نفر) و در گروه مداخله ۸۰ درصد (۲۰ نفر) از واحدهای مورد پژوهش تحصیلات کارشناسی داشتند (p=۰/۷۳۳). ۱۹ نفر در گروه مداخله و ۱۸ نفر در گروه کنترل متأهل بودند (p=۰/۷۴۷). ۷۶ درصد از واحدهای مورد پژوهش در گروه کنترل و ۶۸ درصد در گروه مداخله سابقه شرکت در یک کارگاه با موضوع اخلاق را داشتند (p=۰/۵۲۹). سابقه کار در گروه کنترل ۵/۹۰±۱۵/۴۴ سال و در گروه مداخله ۵/۱۰± ۱۳/۲۴ سال بود (p=۰/۱۸۳).

در گروه مداخله گروه سنی ۳۵ تا ۴۵ سال سنی بیشترین میانگین نمره حساسیت اخلاقی را داشتند. نمره حساسیت اخلاقی قبل و بعد از کارگاه و بعد از پیگیری در زنان بیشتر از مردان بود. همچنین حساسیت اخلاقی در افراد با تحصیلات کارشناسی در مراحل پژوهش بالاتر بود. در دو گروه افرادی که سابقه شرکت در کارگاه با موضوع اخلاق را داشتند نمره حساسیت اخلاقی بالاتری را کسب کرده بودند. ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و حساسیت اخلاقی و ابعاد آن در (جدول شماره ۱) آورده شده است.

نتایج نشان داد که حساسیت اخلاقی و ابعاد آن قبل و بعد از کارگاه افزایش یافته بودند. همچنین بعد از پیگیری نیز تغییراتی را نشان دادند. مقایسه بین حساسیت اخلاقی قبل و بعد از مداخله و بین گروه مداخله و گروه کنترل نشان داد که آموزش و پیگیری تأثیر قابل توجهی بر حساسیت اخلاقی پرستاران دارد (جدول شماره ۲).

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برگزاری کارگاه و متعاقب آن پیگیری می‌تواند اثر قابل توجهی بر حساسیت اخلاقی پرستاران داشته باشد. به دلیل مسؤولیت پرستاران در انجام مراقبت و ارائه خدمت این گروه بیشترین افراد سیستم سلامتی را تشکیل می‌دهند و بیشترین مواجهه با تضادهای اخلاقی را در محیط کار دارند (اروسی و همکاران، ۲۰۰۱ م.). تماس مستقیم پرستار با بیمار، بستگان بیمار و سایر اعضای تیم سلامت و دانشجویان پرستاری در محیطی قرار دارند که به طور مستمر در حال تغییر است (گالاهر، شودین، ۲۰۱۰ م.). پرستاران معتقدند که به طور روزمره با مشکلات مختلفی در این زمینه روبرو هستند و تصمیم‌گیری بر اساس معیارهای اخلاقی اگر آن‌ها را دقیق نشناسند برایشان مشکل است (اُهنیشی، ۲۰۱۰ م.). تمایل و نیاز روزافزونی برای ایجاد مدل‌های عملی در جهت بهبود عامل اخلاقی در مراقبت سلامت وجود دارد (لاتزن و همکاران، ۲۰۱۰ م.). بررسی روش‌های جدید مورد استفاده در آموزش بر حساسیت اخلاقی پرستاران یکی از نیازهای این حیطه است.

نتایج پژوهش حسن‌پور و همکاران در سال ۸۹ نشان داد که آموزش اصول اخلاق پرستاری می‌تواند سبب افزایش حساسیت اخلاقی آنان و بهبود تصمیم‌گیری اخلاقی در آنان گردد (حسن‌پور و همکاران،۱۳۹۰ ش.). در پژوهش کیم و همکاران حساسیت اخلاقی بین گروه‌های سنی متفاوت بود و دیدگاه پرستاران نسبت به حرفه مهمترین عامل تأثیرگذار بر حساسیت اخلاقی بود (کیم و همکاران، ۲۰۰۵ م.)، در حالی‌که در پژوهش حاضر که از آزمون همبستگی استفاده شده بود بین حساسیت اخلاقی و سن ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. در مورد تحصیلات نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سطح تحصیلات مختلف تفاوتی در حساسیت

اخلاقی وجود نداشت. در پژوهش انجام شده بر روی دانشجویان کویتی، آموزش رسمی تأثیر قابل توجهی بر قضاوت اخلاقی دانشجویان داشت و افراد با سطح تحصیلات بالاتر نمره بالاتری را کسب نموده بودند (الانصاری، ۲۰۰۲ م.). در پژوهش انجام شده بر روی پرستاران ژاپنی نوع مدرک تحصیلی بر تنش اخلاقی درک شده توسط پرستار تأثیر داشت و افراد با مدرک بالاتر بیشتر تحت تأثیر قرار داشتند اما بین پرستاران کارشناسی و دارای پروانه تفاوتی مشاهده نشد (اُهنیشی و همکاران، ۲۰۱۰ م.). در کشور ما نیز در مقاطع تحصیلات تکمیلی آموزش اخلاق به صورت رسمی و مدون انجام نمی‌گیرد و این می‌تواند دلیل عدم وجود تفاوت بین مقاطع تحصیلی در مورد حساسیت اخلاقی باشد. در ایران کارشناسی ارشد پرستاری در رشته‌های مختلفی موجود است که برنامه‌های متنوع آموزشی را اجرا می‌کنند. اما در تمام این برنامه‌ها جای آموزش مدون اخلاق و مسائل اخلاقی خالی است. با این وجود این انتظار وجود دارد که افراد با سطح تحصیلات بالاتر که آگاهی‌های حرفه‌ای بیشتری دارند حساسیت بیشتری نسبت به مسائل اخلاقی داشته باشند. نتایج پژوهش دیگری نشان داد افرادی که قبلاً در مورد موضوعات اخلاقی آموزش دیده بودند نسبت به موضوعات اخلاقی دانش بیشتری داشتند و نمره حساسیت اخلاقی در آن‌ها بالاتر بود (اروسی و همکاران، ۲۰۰۱ م.). نتایج پژوهش حاضر نشان داد افرادی که قبلا دوره‌های اخلاق را گذرانده‌اند نتایج بهتری کسب کرده بودند همچنین آموزش تأثیر بیشتری بر آن‌ها داشت اما این تأثیر از نظر آماری قابل توجه نبود، این نتیجه با نتایج سایر پژوهش‌ها همخوانی داشت (اروسی و همکاران، ۲۰۰۱ م.؛ سیرین و همکاران، ۲۰۰۳ م.). نتایج پژوهش‌های قبلی نشان دادند که برای باقی‌ماندن اثر آموزش‌های اخلاق نیاز به ارائه روش‌هایی است که به صورت مستمر آموزش وجود داشته باشد (یاربروق و کلوتز، ۲۰۰۷ م.؛

گالاهر و شودین، ۲۰۱۰ م.)، پژوهش حاضر نیز نشان داد برای باقی‌ماندن اثر آموزش‌های اخلاقی این آموزش می‌بایست در محیط واقعی و در طول زمان مورد پیگیری قرار گیرد.

در مجموع چنین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش کارگاهی همراه با پیگیری می‌تواند در افزایش حساسیت اخلاقی پرستاران مؤثر باشد.

جدول شماره ۱: ارتباط بین متغیرهای زمینه‌ای و حساسیت اخلاقی بعد از پیگیری

ابعاد حساسیت اخلاقی متغیر زمینه‌ای		احترام به بیمار میانگین (انحراف معیار)	مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای میانگین (انحراف معیار)	رفتار اخلاقی میانگین انحراف معیار	حساسیت اخلاقی میانگین انحراف معیار
سن	کمتر از ۳۵ سال	۳/۹۱ (۰/۱۷)	۳/۹۳ (۰/۱۰)	۲/۱۷ (۰/۲۷)	۳/۰۱ (۰/۱۴)
	بین ۳۵ تا ۴۵	۳/۹۸ (۰/۰۶)	۳/۹۳ (۰/۰۹)	۲/۷۳ (۰/۰۳۶)	۳/۳۲ (۰/۱۹)
	بیشتر از ۳۵ سال	۳/۹۶ (۰/۰۸)	۳/۹۴ (۰/۰۷)	۲/۳۸ (۰/۴۱)	۳/۱۳ (۰/۲۰)
	همبستگی اسپیرمن	rho=/۰۳۵۰ P= ۰/۸۶۹	rho=۰/۰۴۵ P= ۰/۸۳۱	rho=۰/۲۴۷ P= ۰/۲۳۴	۰/۳۱۱rho= ۰/۱۳۰P=
جنس	زن	۳/۹۳ (۰/۱۴)	۳/۹۴ (۰/۰۹)	۲/۴۷ (۰/۴۰)	۳/۱۷ (۰/۲۱)
	مرد	۳/۹۸ (۰/۰۶)	۳/۹۲ (۰/۱۰)	۲/۴۳ (۰/۴۶)	۳/۱۶ (۰/۲۵)
	من‌ویتنی‌یو	P = ۰/۴۶۰	P = ۰/۷۱۹	P = ۰/۶۹۷	P = ۰/۷۸۰
سطح تحصیلات	کارشناس	۳/۹۴ (۰/۱۳)	۳/۹۳ (۰/۰۹)	۲/۵۲ (۰/۴۱)	۳/۲۰ (۰/۲۲)
	کارشناس ارشد	۳/۹۹ (۰/۰۱)	۳/۹۴ (۰/۰۷)	۲/۲۰ (۰/۳۵)	۳/۰۴ (۰/۱۷)
	من‌ویتنی‌یو	P = ۰/۲۸۷	P = ۰/۹۶۸	P = ۰/۰۸۸	P = ۰/۱۵۱
شرکت قبلی در کارگاه	بلی	۳/۹۵ (۰/۱۴)	۳/۹۲ (۰/۱۰)	۲/۵۷ (۰/۲۹)	۳/۲۳ (۰/۱۴)
	خیر	۳/۹۵ (۰/۱۱)	۳/۹۴ (۰/۰۸)	۲/۴۰ (۰/۴۶)	۳/۱۴ (۰/۲۵)
	من‌ویتنی‌یو	P = ۰/۸۱۹	P = ۰/۸۳۶	P = ۰/۳۲۰	P = ۰/۳۴۸

جدول شماره ۲: مقایسه حساسیت اخلاقی گروه مداخله و گروه کنترل قبل و بعد از کارگاه و پیگیری

سابقه ابعاد حساسیت‌اخلاقی	قبل از کارگاه	بعد از کارگاه	بعد از پیگیری	گروه کنترل	نتیجه آزمون آماری
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
احترام به بیمار	۳/۶۴ (۰/۳۲)	۳/۹۴ (۰/۱۰)	۳/۹۵ (۰/۱۱)	۳/۴۴ (۰/۵۳)	P = ۰/۰۰۰
مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای	۳/۶۳ (۰/۲۹)	۳/۷۸ (۰/۳۱)	۳/۹۳ (۰/۰۹)	۳/۴۲ (۰/۴۹)	P = ۰/۰۰۰
رفتار اخلاقی	۱/۸۷ (۰/۴۱)	۱/۹۳ (۰/۳۷)	۲/۴۶ (۰/۴۱)	۲/۰۸ (۰/۶۶)	P = ۰/۰۰۰
حساسیت اخلاقی	۲/۷۲ (۰/۲۳)	۲/۸۵ (۰/۲۲)	۳/۱۷ (۰/۲۲)	۲/۷۲ (۰/۳۸)	P = ۰/۰۰۰

فهرست منابع

الف ـ منابع فارسی:

حسن‌پور، مجید. حسینی، محمدعلی. فلاحی خشکناب، مسعود. عباس‌زاده، عباس. (۱۳۹۰ ش.). بررسی تأثیر آموزش اصول اخلاق پرستاری بر حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان کرمان سال ۱۳۸۹. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، ۴ (۵). صص ۶۴-۵۸.

ب ـ منابع انگلیسی:

Akabayashi, A. Slingsby, BT. Kai, I. Nishimura, T. Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. BMC Med Ethics, 5, E1. doi: 10.1186/1472-6939-5-1]1-5-6939-1472.

Al-Ansari, EM. (2002). Effects of gender and education on the moral reasoning of Kuwait university students. Social Behavior and Personality: an international journal. 30(1): 75-82.

Ambrose, D. Cross, T. (2009). Morality, ethics, and gifted minds: Springer.

Baeroe, K. Norheim, OF. (2011). Mapping out structural features in clinical care calling for ethical sensitivity: a theoretical approach to promote ethical competence in healthcare personnel and clinical ethical support services) cess). Bioethics. 25(7): 394-402.

Begat, I. Ikeda, N. Amemiya, T. Emiko, K. Iwasaki, A. Severinsson, E. (2004). Comparative study of perceptions of work environment and moral sensitivity among Japanese and Norwegian nurses. Nurs Health Sci. 6(3): 193-200.

Ersoy, N. Goz, F. (2001). The ethical sensitivity of nurses in Turkey. Nurs Ethics. 8(4): 299-312.

Ersoy, N. Gundogmus, UN. (2003). A study of the ethical sensitivity of physicians in Turkey. Nurs Ethics. 10(5): 472-84.

Gallagher, Ann. Tschudin, Verena. (2010). Educating for ethical leadership. Nurse Education Today. 30(3): 224-27.

Grady, C. Danis, M. Soeken, KL. O'Donnell, P. Taylor, C. Farrar, A. Ulrich, CM. (2008). Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? Am J Bioeth. (4): 4-11.

Han, SS. Kim, J. Kim, YS. Ahn, S. (2010). Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. Nurs Ethics. 17(1): 99-105.

Kim, YS. Park, JW. You, MA. Seo, YS. Han, SS. (2005). Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. Nurs Ethics. 12(6): 595-605.

Lutzen, K. Blom, T. Ewalds-Kvist, B. Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. Nurs Ethics. 17(2): 213-24.

Lutzen, K. Dahlqvist, V. Eriksson, S. Norberg, A. (2006). Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. Nurs Ethics. 13(2): 187-96.

Lutzen, K. Johansson, A. Nordstrom, G. (2000). Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. Nurs Ethics. 7(6): 520-30.

Mayhew, BW. Murphy, PR. (2009). The impact of ethics education on reporting behavior. Journal of Business Ethics. 86(3): 397-416.

Murayama, S. (2010). Cultural sensitivity removes barriers to better care. A letter to the editor on article "parental preference or child well-being: an ethical dilemma". J Pediatr Nurs. 25(2): 71.

Ohnish, K. Ohgushi, Y. Nakano, M. Fujii, H. Tanaka, H. Kitaoka, K. Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. Nurs Ethics. 17(6): 726-40.

Robinson, R. (2010). Registered nurses and moral distress. Dimens Crit Care Nurs. 29(5): 197-202.

A. Rogers-Serin, L. (2003). Validation of a measure of ethical sensitivity and examination of the effects of previous multicultural and ethics courses on ethical sensitivity. Ethics & Behavior. 13(3): 221-35.

Yarbrough, S., & Klotz, L. (2007). Incorporating cultural issues in education for ethical practice. Nursing ethics. 14(4): 492-502.

یادداشت شناسه‌ی مؤلفان

فریبا برهانی: استادیار، عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران.

عباس عباس‌زاده: دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی و مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران. ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: aabaszadeh@hotmail.com

سکینه سبزواری: مربی، دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، عضو هیأت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران.

مهناز دهستانی: دانشجوی کارشناسی ارشد مرکز آموزش بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی کرمان. کرمان. ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۳/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۵