

## مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به دو شیوه روایتگری اخلاق و

### سخنرانی بر حساسیت اخلاقی پرستاران

نسرین ایمانی‌فر<sup>۱</sup>

سید ابوالفضل وقارسیدین<sup>۲</sup>

لیلا افشار<sup>۳</sup>

غلامرضا شریف‌زاده<sup>۴</sup>

#### چکیده

جهت ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران، آموزش مفاهیم اخلاقی جایگاه ویژه‌ای دارد. بحث برای انتخاب مؤثرترین روش آموزش اخلاق همچنان ادامه دارد. این مطالعه با هدف مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به دو شیوه روایتگری و سخنرانی بر حساسیت اخلاقی پرستاران طراحی شده است. در این مطالعه ۵۶ پرستار از دو بیمارستان آموزشی بیرجند شرکت داشتند. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه حساسیت اخلاقی لاتزن در سه نوبت (قبل، بلافاصله و ۳ ماه بعد) توسط پرستاران تکمیل شد. برنامه

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

۲. دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، استادیار و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: waghars@bums.ac.ir

۳. دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، استادیار و عضو هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، استادیار و عضو هیأت علمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۹/۹ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱۲/۳

آموزشی شامل، ۴ جلسه ۳ ساعته آموزش اخلاق به فاصله هر یک هفته برای هر یک از گروه‌های سخنرانی (۲۸ نفر) و روایتگری (۲۸ نفر) بود. اطلاعات با نرم‌افزار SPSS 16 تجزیه و تحلیل گردید. دو روش روایتگری و سخنرانی به صورت معناداری حساسیت اخلاقی پرستاران در هر گروه را نسبت به قبل از مداخله ارتقا دادند (به ترتیب  $P < 0/001$ ،  $P = 0/01$ ). بعد از مداخله علیرغم بیشتر بودن میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی گروه روایتگری، مقایسه دو گروه تفاوت آماری معناداری را نشان نداد. میانگین نمره حساسیت اخلاقی ۳ ماه بعد از مداخله نسبت به بلافاصله بعد از آن در دو گروه، کاهش معنادار نشان داد ( $P = 0/00$ ). با عنایت به نتایج پژوهش، تلفیقی از دو روش می‌تواند منجر به نتایج مفید گردد. به علاوه با توجه به کاهش حساسیت اخلاقی پرستاران پس از گذشت سه ماه، لازم است تداوم آموزش جهت حفظ حساسیت اخلاقی آنان مدنظر قرار گیرد.

### واژگان کلیدی

حساسیت اخلاقی، روایتگری، سخنرانی، آموزش اصول اخلاق، پرستاران

## مقدمه

حرفه پرستاری، یک سعی و تلاش اخلاقی است. (کومیر، ۲۰۰۶ م.) این که پرستاران به علت درگیری در امر مراقبت از بیمار با مشکلات خاص اخلاقی روبرو هستند، مورد پذیرش عموم است. (گاستمن، ۲۰۰۲ م.) ناتوانی پرستاران در واکنش مناسب به تصمیم‌های اخلاقی منجر به پریشانی اخلاقی<sup>۱</sup> آن‌ها می‌شود. روی هم‌رفته دیسترس‌های اخلاقی حل نشده، علت ناامیدی پرستاران و استعفا دادن آن‌ها از سمت و یا ترک شغلشان است. (کومیر، ۲۰۰۶ م.) لذا اخلاق به طور فزاینده جایگاه ویژه‌ای در حرفه پرستاری به خود اختصاص داده است. (گاستمن، ۲۰۰۲ م.)

بر اساس تئوری توسعه اخلاقی کولبرگ<sup>۲</sup> (۱۹۸۴ م.) تصمیم‌گیری اخلاقی<sup>۳</sup> شامل ۴ مؤلفه حساسیت اخلاقی<sup>۴</sup>، قضاوت اخلاقی<sup>۵</sup>، انگیزش اخلاقی<sup>۶</sup> و شخصیت اخلاقی<sup>۷</sup> است. (رست و همکاران، ۱۹۹۵ م؛ ناروز و همکاران، ۲۰۰۰ م.) آنچه در مطالعه حاضر به عنوان حساسیت اخلاقی مد نظر است Moral Sensitivity می‌باشد، اگرچه Moral Sensitivity توسط تعدادی از نویسندگان به عنوان Ethical Sensitivity توصیف شده است (کومیر، ۲۰۰۶ م.) و در متون پرستاری نیز این دو مکررا به جای هم استفاده می‌شوند، (لاتزن و همکاران، ۲۰۰۶ م.) لیکن Moral sensitivity به توانایی ارزیابی پاسخیها و احساسات دیگران و آگاه‌بودن از عملکرد مناسب در یک موقعیت اشاره دارد. (کومیر، ۲۰۰۶ م.) در حالی که عبارت Ethical Sensitivity به دانش اخلاقی از جمله تئوری‌ها و اصول اخلاقی مربوط می‌شود. (لاتزن و همکاران، ۲۰۰۶ م.)

### ماهیت حساسیت اخلاقی

لاتزن و همکاران حساسیت اخلاقی را به عنوان یک ظرفیت شخصی<sup>۸</sup> برای رویارویی با تعارضات اخلاقی در موقعیت‌های خاص روابط میان فردی بین بیماران و پرستاران تعریف کرده‌اند، (۱۹۹۵ م.) در حالی که پارک به نقل از بعضی محققان حساسیت اخلاقی را یک ظرفیت شناختی<sup>۹</sup> برای شناسایی مسائل اخلاقی بر مبنای اصول اخلاقی در نظر می‌گیرد. (۲۰۱۲ م.) لاتزن و همکارانش در مطالعه دیگری اظهار کردند از آنجایی که نقطه مرکزی «مراقبت»، رفاه و احساس خوب بودن دیگران است، لذا حساسیت اخلاقی ماهیتی فراتر از یک ظرفیت شناختی است. (۱۹۹۳ م.) در تعدادی از مطالعات حساسیت اخلاقی را مترادف با «وجدان»<sup>۱۰</sup> در نظر گرفته‌اند. (لاتزن و همکاران، ۲۰۰۶ م.) با توجه به مطالب ارائه شده و مطالعه برهانی و همکاران در سال ۱۳۹۱ می‌توان گفت که حساسیت اخلاقی دارای ابعاد شناختی و عاطفی می‌باشد و به نظر می‌رسد می‌توان با آموزش اخلاق در دانش و نگرش پرستاران نسبت به مسائل اخلاقی تغییر ایجاد نمود.

### اهمیت حساسیت اخلاقی

حساسیت اخلاقی به عنوان اولین گام در فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی، قبل از این که یک فرد بتواند قضاوت اخلاقی داشته باشد، لازم و ضروری است. (کومیر، ۲۰۰۶ م.) لاتزن و همکاران در سال ۲۰۱۳ به نقل از مطالعات قبلی خود، حساسیت اخلاقی را به عنوان یک درک فوری از وضعیت بیماران آسیب‌پذیر آگاهی از پیامدهای اخلاقی تصمیم‌گیری از طرف بیمار توصیف می‌کنند.؟ آنان معتقدند حساسیت اخلاقی یک بینش ذهنی است که بر این‌که، چه چیزی

می‌بایست انجام شود، تأکید دارد. نگرش حساس اخلاقی<sup>۱۱</sup> (حساسیت اخلاقی) باعث می‌شود که مراقبان سلامت ابتدا تحت تأثیر قرار بگیرند، سپس متعاقباً به موقعیت‌هایی که دیگران نیازمند مراقبت هستند، عکس‌العمل نشان دهند. (گاستمن، ۲۰۰۲ م.) پرستارانی که حساسیت اخلاقی بیشتری دارند، در موقعیت‌های بالینی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بهتری دارند. (کیم و همکاران، ۲۰۱۳ م.) حساسیت اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند که بیشتر متوجه مسائل اخلاقی حرفه خود باشند و راه حل‌های خلاقانه برای آن‌ها بیابند. (ارسوی و همکاران، ۲۰۰۱ م.)

### روش‌های آموزش اخلاق

گاستمن به نقل از اسکات<sup>۱۲</sup> می‌گوید یک دلیل کلیدی برای آموزش اخلاق به پرستاران، افزایش آگاهی آنان از ابعاد اخلاقی کارشان و پشتیبانی از توسعه حساسیت اخلاقی آنان می‌باشد. همچنین وی اظهار می‌دارد که آموزش اخلاق پرستاری می‌بایست اول از همه حساسیت اخلاقی را در پرستاری ارتقا دهد. (۲۰۰۲ م.) این‌که آموزش اخلاق در ارتقای حساسیت اخلاقی مؤثر است، بارها در مطالعات مختلف تأیید شده است. (برهانی و همکاران ۱۳۹۱ ش؛ حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۰ ش؛ مایری، ۲۰۰۳ م؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۲ م.) با این وجود پارک به نقل از تعدادی از نویسندگان بر لزوم بررسی بیشتر در زمینه تأثیر آموزش اخلاق بر حساسیت اخلاقی تأکید دارد و می‌نویسد علیرغم این‌که می‌بایست آموزش اخلاق در جهت توسعه حساسیت اخلاقی انجام گیرد، اما مطالعات انجام‌شده در این زمینه محدود است. (۲۰۱۲ م.)

بحث برای انتخاب بهترین روش آموزش اخلاق پرستاری ادامه دارد، (کلی و همکاران، ۲۰۰۸ م.) چراکه روش‌های تدریس اخلاق بر توسعه اخلاقی<sup>۱۳</sup> فراگیران

تأثیر متفاوت دارد. به عنوان مثال، آموزش اخلاق به روش سخنرانی اگرچه باعث می‌شود حجم زیادی از مطالب در مدت زمان کوتاهی ارائه شود، اما فقط یک ارتباط یک‌طرفه است و این شیوه تدریس، رسیدن به اهداف از جمله؛ حل مسأله و تصمیم‌گیری اخلاقی را مشکل می‌سازد. (پارک، ۲۰۱۲ م.) علیرغم این حقیقت، در کشور ایران و کشورهای دیگر از جمله کره جنوبی، سخنرانی رایج‌ترین روش آموزش اخلاق است. (حیدری و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۲ م.)

محققین بر این باورند که روش‌های سنتی آموزش اخلاق که بر اصول، قوانین، تئوری‌ها و کدهای اخلاقی تکیه دارند، لزوماً پرستاران را برای تصمیم‌گیری اخلاقی در بالین آماده نمی‌کنند. (کلی و همکاران، ۲۰۰۸ م.) لذا تغییر در محتوا و روش‌های آموزش اخلاق ضروری به نظر می‌رسد. (پتروزلا، ۱۹۹۷ م.)

روش‌های رایج آموزش اخلاق شامل سخنرانی رسمی، بحث در کلاس درس، ایفای نقش و تجزیه و تحلیل مورد، سمینار، کارگاه و یا ترکیبی از آن‌ها می‌باشد. (افندی و همکاران، ۲۰۰۹ م؛ لین و همکاران، ۲۰۱۰ م.) مطالعات زیادی در جهت بررسی مؤثرترین روش آموزش اخلاق انجام شده است که ضمن اذعان به تأثیر مناسب بعضی از این روش‌ها نتایج متفاوتی نیز مشاهده شده است. (لین و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴ م؛ الس و همکاران، ۱۹۹۲ م؛ حیدری و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ تاپسینگر و همکاران، ۱۹۹۷ م؛ افندی و همکاران، ۲۰۰۹ م.)

روایت داستان، روشی متفاوت است که محققین معتقدند، می‌تواند برای آموزش مفاهیم اخلاق بکار گرفته شود. (نیکلاس و همکاران، ۱۹۹۷ م؛ جونز، ۱۹۹۹ م.) وشل می‌گوید آموزش اخلاق به یک رویکرد پویا نیاز دارد که هم قلب و هم ذهن را تحت تأثیر قرار دهد. وی معتقد است که وجدان نقش قابل توجهی در توسعه حساسیت اخلاقی ایفا می‌کند و روش آموزشی روایتگری و استفاده از داستان‌هایی که ریشه در مواجهات روزانه اشخاص دارند در ذات خود به دنبال پرورش وجدان

افراد هستند. (۲۰۱۰ م.) یکی از رویکردهای آموزش در اخلاق پزشکی، روایتگری اخلاق یا همان Narrative ethics است که در آن با استفاده از داستان یا وقایع نقل شده و اجزای تشکیل دهنده آن به آموزش مفاهیم و قواعد اخلاقی پرداخته می شود. (افشار و همکاران، ۱۳۹۱ م.)

روایتگری اخلاق، از مفهوم داستان به منظور افزایش و تسهیل مراقبت و همدلی<sup>۱۴</sup> در زندگی افراد بستری در محیط‌های بالینی بهره می گیرد. روایت به عنوان یک داستان یا شماری از حوادث و تجربیات هستند که می توانند واقعی یا ساختگی باشند. (ویزنبلوت و همکاران، ۲۰۰۸ م.) روایت‌ها نقش مهمی در انتقال احساس درد و رنج بیماران بازی می کنند. (راهولم، ۲۰۰۸ م.)

روش روایتگری اخلاق با روشی غیر مستقیم و استفاده از داستان به دنبال ایجاد حساسیت نسبت به یک موضوع اخلاقی است. در واقع با این روش ابتدا فرد به موضوع اخلاقی حساس می شود و سپس با استدلال عقلانی آن را می پذیرد، شیوه‌ای که در متون ادبی از جمله بوستان و گلستان سعدی، اشعار حافظ و مثنوی مولوی نیز به چشم می خورد و به نظر می رسد که به دنبال ایجاد همین آگاهی حسی نسبت به خوبی‌ها و در نهایت پذیرش عقلانی آن‌ها توسط فرد هستند. در روش روایتگری اخلاق با کمک داستان، فرد به نوعی خود آگاهی دست می یابد و با قراردادن خود در جایگاه دیگران (شخصیت داستان) در معرض تجربیاتی قرار می گیرد که در حالت عادی آن تجربیات در حیطه آگاهی او نبوده‌اند. (افشار و باقری، ۱۳۹۱ م.)

وود نیز در بیان تجربه هر ساله خود از آموزش اخلاق به دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری می گوید، هنگام بیان مطالعات موردی یا روایت‌های اخلاقی، دانشجویان تمام توجه خود را به نکات اخلاق می دهند. به عبارتی آن‌ها

به طور موقت داستان را واقعی تصور نموده و هر تغییر جدیدی در داستان را با یک علاقه عمیق پیگیری می‌کنند و فرقی نمی‌کند که داستان از تجربیات سخنران یا پرستاران دیگر و یا حتی تجربیات خود آن‌ها از کار در محیط بالین باشد، زیرا همگی اثر مشابهی دارند. وی اظهار می‌دارد که قدرت داستان‌ها را در استدلال اخلاقی و انجام کارهای اخلاقی هرگز نباید دست کم گرفت. (۲۰۱۲م.)

در ارتباط با ماهیت مطالعات موردی<sup>۱۵</sup> و روایت‌ها<sup>۱۶</sup> و این که آیا با یکدیگر متفاوت هستند یا خیر، کارسون می‌نویسد که مطالعات موردی در واقع نوعی روایت هستند اما نسبت به روایات، داستان‌های<sup>۱۷</sup> کوچک‌تر و کم‌عمق‌تری هستند. (۲۰۰۱م.) وود نیز ضمن این که روایت‌ها، داستان‌ها و مطالعه‌های موردی را یکی و با عنوان روایت می‌داند، بر لزوم بررسی بیشتر ارزش و کاربرد روایات در اخلاق مراقبت بهداشتی تأکید می‌کند. (۲۰۱۲م.)

شایان ذکر است که در رابطه با شیوه اجرای روش روایتگری، هیچ اصول ثابتی مورد توافق محققین نیست. با این حال پیشنهادهاتی برای این که به چه صورت می‌بایست روایتگری اخلاق در سیستم درمان گنجانده شود وجود دارد، از جمله این که اگر داستان توسط فردی بیان شده است، می‌بایست از افرادی که تمایل دارند داستانشان شنیده شود، رضایت گرفته شود و تفسیرهایی که از داستانشان می‌شود معتبر باشد. (ویزنبلوت و همکاران، ۲۰۰۸م.) یک روایتگر خوب نیز باید دارای مهارت‌های ادبی و دایره لغات مناسب برای درک و تفسیر داستان بیمار، و مهارت‌های ارتباطی مناسب جهت برقراری ارتباط بین داستان روایت‌شده و شنوندگان و همچنین ایجاد حس همدلی با داستان بیمار باشد. (مک کارتی، ۲۰۰۳م.)

با توجه به مرور متون انجام‌شده اگرچه بعضی روش‌های آموزش اخلاق مانند بحث گروهی و یادگیری مبتنی بر حل مسأله به عنوان روش‌هایی مؤثر جهت



آموزش اخلاق مورد پذیرش هستند، (لین و همکاران، ۲۰۱۰ م؛ الس و همکاران، ۱۹۹۲ م؛ حیدری و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ تاپسینگر و همکاران، ۱۹۹۷ م؛ افندی و همکاران، ۲۰۰۹ م). لیکن با توجه به نقش آموزش‌های غیر مستقیم در علوم رفتاری، و این فرض که استفاده از شیوه روایتگری در آموزش مفاهیم و قواعد اخلاقی در حوزه علوم پزشکی می‌تواند به نتایج ارزشمندی منجر شود و همچنین فقدان مطالعات تجربی که به طور مستند، تأثیر این شیوه را مورد بررسی قرار داده باشند، محققین بر آن شدند که جهت بررسی اثربخشی آن، در مطالعه حاضر به مقایسه تأثیر آموزش اخلاق به دو روش سخنرانی و روایتگری اخلاق بر حساسیت اخلاقی پرستاران بپردازند.

## روش

این مطالعه از نوع کارآزمایی میدانی شاهددار تصادفی شده<sup>۱۸</sup>، جهت مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به دو شیوه روایتگری اخلاق و سخنرانی بر حساسیت اخلاقی پرستاران بوده است. جهت انجام پژوهش ۵۶ نفر از پرستاران شاغل در دو بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی بیرجند که دارای معیارهای ورود به مطالعه (تحصیلات کارشناسی پرستاری، حداقل یکسال سابقه کار در محیط بالینی، نداشتن سابقه آموزش رسمی اخلاق طی یکسال گذشته) بودند، پس از اخذ مجوزهای قانونی و اخلاقی از دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و رضایت برای شرکت در پژوهش، به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند و با روش تخصیص تصادفی ساده در دو گروه سخنرانی (۲۸ نفر) و روایتگری (۲۸ نفر) قرار گرفتند. به پرستاران اطمینان داده شد که اطلاعات کسب‌شده از آن‌ها محرمانه

باقی خواهد ماند و این اطلاعات به صورت کلی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

قبل از اجرای مداخله، شرکت‌کنندگان پرسشنامه حساسیت اخلاقی و فرم مشخصات فردی را کامل کردند. پرسشنامه حساسیت اخلاقی توسط لاتزن و همکاران ابداع شده است (۱۹۹۴ م.) و مکرراً در پرستاری استفاده شده است. (پارک و همکاران، ۲۰۱۲ م.) این پرسشنامه دارای ۳۰ عبارت و شش حیطه میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت، تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، بکارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی است. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر عبارت با مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای (کاملاً موافق=۷، کاملاً مخالف=۱) ابراز می‌کنند. (لاتزن و همکاران، ۱۹۹۴ م.) روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران تأیید گردیده است. (حسن‌پور و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) جهت تعیین پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر، پرسشنامه توسط هفده نفر از پرستاران تکمیل شد و ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه گردید.

محتوای آموزشی شامل: نظریه‌های اخلاقی، منشور حقوق بیمار، ۴ اصل اخلاق زیستی شامل اصل احترام به استقلال بیمار<sup>۱۹</sup> (شامل رضایت آگاهانه، حمایت از بیمار<sup>۲۰</sup>، رازداری و حفظ حریم خصوصی) اصل سودرسانی<sup>۲۱</sup> (صداقت<sup>۲۲</sup>، وفاداری<sup>۲۳</sup>، قیم‌مایی<sup>۲۴</sup>)، اصل ضرر نرساندن<sup>۲۵</sup> (شامل مشتقات اثر دوجانبه<sup>۲۶</sup> و پشتکار<sup>۲۷</sup>) و اصل عدالت<sup>۲۸</sup> (احترام به شأن انسان‌ها و عدالت توزیعی) بود. (بیوکمپ و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ لاریجانی، ۱۳۸۳ ش.) محتوای آموزشی برای گروه سخنرانی و گروه روایتگری از نظر روایی و نیز همسانی محتوا توسط پنج نفر از اساتید صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و مرکز تحقیقات اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید

بهشتی تأیید گردید. برگزاری جلسات به این صورت بود که ۴ جلسه ۳ ساعته به فاصله هر یک هفته برای دو گروه به صورت جداگانه اجرا شد. جلسه اول شامل معارفه، بیان اهداف دوره، آشنایی با نظریه‌های اخلاقی با رویکرد پرستاری و اهمیت اخلاق در حرفه پرستاری بود که به صورت مشترک برای دو گروه ارائه شد. سه جلسه دیگر به صورت جداگانه با اهداف متناسب با محتوای آموزشی برای هر کدام از دو گروه برگزار گردید. در گروه اول موضوعات آموزشی به شیوه سخنرانی ارائه گردید. در ابتدای جلسات، ضمن بیان صریح اهداف هر جلسه و مروری بر مطالب ارائه‌شده در جلسه قبل، مطالب مربوط به هر جلسه ارائه می‌شد و در ۲۰ دقیقه آخر کلاس نیز به سؤالات پاسخ داده می‌شد.

در گروه دوم از سه روایت استفاده شد که یکی از آن‌ها با استفاده از مقالات (پیترو و همکاران، ۲۰۰۷ م؛ سلزر، ۱۹۸۲ م؛ ویلیامز، ۱۹۸۴ م) و دو تای دیگر بر اساس تجربیات و خاطرات دو بیمار نوشته شدند. خاطرات و تجربیات بیماران با اخذ رضایت از آن‌ها و بدون ذکر نام یا سایر نشانگرهای قابل بازشناسی مورد استفاده قرار گرفتند. روش اجرای مداخله در گروه روایتگری به این صورت بود که پس از خوانده شدن روایت توسط مدرس یا افراد داوطلب، از پرستاران سؤالاتی پرسیده می‌شد از جمله این که آیا از نظر آنان این روایت نکته اخلاقی دارد یا نه؟ سپس در مورد نکته اخلاقی روایت نقل شده اظهار نظر می‌کردند و تجربه شخصی خود را بیان می نمودند. هدف این سؤالات جلب توجه شرکت‌کنندگان به عناصر اخلاقی داستان و تحریک حساسیت آنان برای تشخیص نکات اخلاقی روایت بود. در روش روایتگری، روایت مطرح‌شده از زبان بیمار یا هر فرد دیگر صرفاً تجربه وی از بستری یا مراقبت از بیمار بوده که گاه حاوی مسائلی است که به دلیل عدم حساسیت اخلاقی از نظر پرستاران یا سایر افراد تیم درمان نادیده گرفته شده و

بر تجربه بیمار تأثیر نامطلوب گذاشته است. بنابراین در مطالعه حاضر هدف از قرائت روایت، تشخیص و ایجاد حساسیت به مسائل اخلاقی مرتبط با مراقبت از بیماران بود؛ در پایان هر جلسه یک جمع بندی توسط مدرس صورت می گرفت. بلافاصله پس از مداخله و ۳ ماه بعد نیز جهت سنجش یادداری شرکت کنندگان مجدداً دو فرم مشخصات فردی و پرسشنامه حساسیت اخلاقی را تکمیل کردند.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 استفاده شد. نتیجه آزمون کولموگروف اسمیرونوف<sup>۲۹</sup> نشان داد داده‌ها دارای توزیع نرمال هستند. لذا آزمون‌های آماری پارامتریک تی مستقل برای مقایسه میانگین قبل و بعد در دو گروه، تی زوجی برای مقایسه میانگین‌های قبل و بعد در هر گروه و آنالیز واریانس تکرار شده جهت مقایسه حساسیت اخلاقی بلافاصله و ۳ ماه بعد از مداخله در دو گروه استفاده شد.

### نتایج

دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک و زمینه‌ای (جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه آموزش اخلاق، میانگین سن و سابقه کار) همسان بودند. ۲۶ نفر (۹۲/۲ درصد) از شرکت کنندگان در گروه روایتگری و ۲۳ نفر (۸۲/۱ درصد) در گروه سخنرانی زن بودند. میانگین سن در گروه روایتگری  $36 \pm 5/8$  سال و در گروه کنترل  $34/5 \pm 6/3$  سال بود. اکثریت شرکت کنندگان در مطالعه (۸۵/۷ درصد) متأهل بودند. میانگین سابقه کار در گروه روایتگری  $10/28 \pm 5/3$  سال و در گروه سخنرانی  $8/25 \pm 6$  سال بود. ۲۲ نفر از گروه سخنرانی (۷۸/۶) و ۱۵ نفر از گروه روایتگری (۵۳/۶) سابقه هیچگونه آموزش اخلاقی (بیشتر از یکسال گذشته) نداشتند (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمره کلی حساسیت اخلاقی در دو گروه روایتگری و سخنرانی قبل، بلافاصله و سه ماه بعد از مداخله با استفاده از آزمون تی تست مستقل انجام گرفت؛ نتایج نشان‌دهنده عدم تفاوت آماری معنی‌دار بین میانگین نمره کلی حساسیت اخلاقی دو گروه قبل از آموزش بود (جدول ۲). مقایسه میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی در دو گروه سخنرانی و روایتگری بلافاصله بعد از مداخله نیز علیرغم بیشتر بودن میانگین تغییرات در گروه روایتگری تفاوت آماری معنی‌داری را بین دو گروه نشان نداد. (جدول ۲). مقایسه میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی دو گروه قبل و سه ماه بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد. (جدول ۲). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس تکرار شونده نشان داد که میانگین نمره حساسیت اخلاقی ۳ ماه بعد از مداخله در دو گروه سخنرانی و روایتگری نسبت به میانگین نمره حساسیت اخلاقی آن‌ها بلافاصله بعد از مداخله کاهش نشان داد که در هر گروه از نظر آماری معنی‌دار بود. (به ترتیب  $P=0/00$ ,  $P=0/00$ )

جهت تعیین تأثیر مداخله آموزشی بر حساسیت اخلاقی پرستاران قبل و بعد از مداخله در دو گروه روایتگری و سخنرانی از آزمون تی زوجی استفاده شد. همچنان که در جدول ۲ مشخص گردیده است، آموزش اصول اخلاقی به شیوه روایتگری در ارتقای حساسیت اخلاقی گروه روایتگری مؤثر بود و تفاوت آماری قبل و بعد از آموزش در این گروه معنی‌دار بود ( $P<0/001$ ). در گروه سخنرانی نیز آموزش اصول اخلاقی به شیوه سخنرانی بر حساسیت اخلاقی پرستاران تأثیر مثبت داشت و تفاوت آماری قبل و بعد از آموزش در این گروه نیز معنی‌دار بود ( $P=0/01$ ) (جدول ۲).

نتایج مطالعه همچنین نشان داد آموزش اصول اخلاقی به شیوه روایتگری میانگین همه حیطه‌های حساسیت اخلاقی را افزایش داده است، اما این افزایش فقط در سه حیطه «احترام به استقلال مددجو»، «اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت» و «صداقت و خیرخواهی» قبل و بعد از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری داشته است (به ترتیب  $P=0/01$ ،  $P=0/03$ ،  $P=0/00$ ) (جدول ۳).

در گروه سخنرانی نیز آموزش اصول اخلاقی میانگین همه حیطه‌های حساسیت اخلاقی را افزایش داده بود، اما این افزایش فقط در دو حیطه «تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی» و «بکارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی» قبل و بعد از آموزش اختلاف آماری معنی‌داری داشت (به ترتیب  $P=0/02$ ،  $P=0/01$ ) (جدول ۴).

### نتیجه‌گیری

حساسیت اخلاقی، مهارتی ضروری برای تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران است که می‌بایست در برنامه‌های آموزش پرستاری آموخته شود، بنابراین آموزش اخلاق دارای اهمیتی حیاتی در پرستاری است. (پارک و همکاران، ۲۰۱۲ م.) مطالعه حاضر با هدف بررسی و مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به دو شیوه روایتگری و سخنرانی بر حساسیت اخلاقی پرستاران انجام گرفت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش اصول اخلاقی به دو روش روایتگری و سخنرانی می‌تواند در ارتقای حساسیت اخلاقی مؤثر باشد، لیکن در مقایسه این دو روش با یکدیگر بعد از مداخله، علیرغم بالاتر بودن میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی در گروه روایتگری نسبت به گروه سخنرانی، حساسیت اخلاقی دو گروه تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نشان نداد.

از جمله مطالعات مداخله‌ای که در ایران در جهت بررسی تأثیر آموزش اخلاق بر حساسیت اخلاقی پرستاران انجام شده است و نتایج آن‌ها در راستای یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشند می‌توان به مطالعه برهانی و همکاران و حسن‌پور و همکاران اشاره کرد. (۱۳۹۰ ش؛ ۱۳۹۱ ش.) نتایج این دو مطالعه به ترتیب نشان داد که آموزش اخلاق به روش کارگاهی و سخنرانی در ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران مؤثر است. همچنین در مطالعه مذکور از برهانی و همکاران افرادی که از قبل سابقه شرکت در کارگاه آموزش اخلاق را داشتند حساسیت اخلاقی بیشتری داشتند.

نتایج مطالعات دیگری نیز حاکی از تأثیر آموزش بر حساسیت اخلاقی پرستاران بود. (ارسوی و همکاران، ۲۰۰۱ م؛ سیرین و همکاران، ۲۰۰۳ م؛ پارک و همکاران، ۲۰۱۲ م؛ نامین و همکاران، ۲۰۰۷ م؛ ایزدی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.)

با توجه به اهمیت حساسیت اخلاقی در حرفه پرستاری و با عنایت به نتایج مطالعات به نظر می‌رسد اتخاذ تمهیداتی در جهت اختصاص جایگاه ویژه‌ای برای آموزش اخلاق در برنامه‌های آموزش مداوم پرستاران ضروری است. وشل نیز بر این امر تأکید می‌کند و می‌نویسد آموزش اخلاق نبایستی منحصر به دوران تحصیل باشد، بلکه می‌بایست پرستاران در بالین نیز در این زمینه آموزش ببینند. (۲۰۱۰م.)

با جستجو در بانک‌های اطلاعاتی مختلف، پژوهشگران به مطالعاتی کاملاً مشابه که در آن دو روش روایتگری و سخنرانی مقایسه شده باشند، دست نیافتند. لذا از نتایج مطالعاتی که به نوعی با مفاهیم اصلی مطالعه حاضر ارتباط داشتند استفاده شد. از مطالعاتی که به مقایسه دو روش آموزش اخلاق پرداخته‌اند می‌توان به مطالعه لین و همکاران اشاره کرد که در آن دو روش سخنرانی و حل مسأله توسط گروه همتایان به منظور آموزش اخلاق پرستاری با هم مقایسه شده‌اند، نتایج این مطالعه نشان داد توانایی تمیز اخلاقی در دانشجویان گروه روش حل مسأله بیشتر از دانشجویان گروه سخنرانی بوده است. (۲۰۱۰م.) افندی و همکاران نیز در مقایسه دو روش سخنرانی و بحث گروهی اضافه‌شده بر آن به این نتیجه رسیدند که روش بحث گروهی اضافه‌شده نسبت به روش سخنرانی در دستیابی شناختی و یادداری اصول اخلاقی مؤثرتر است. (افندی و همکاران، ۲۰۰۹م.) نتایج مطالعه دیگری نشان داد که روش بحث گروهی به طور مؤثرتری نسبت به آنالیز مورد<sup>۳۰</sup> استدلال اخلاقی دانشجویان را افزایش می‌دهد. (الس و همکاران، ۱۹۹۲م.) اسمیت و همکاران نیز گزارش دادند که جهت دستیابی مؤثرتر به اهداف دوره‌های آموزش اخلاق استفاده از روش بحث در گروه‌های کوچک بسیار مؤثرتر از روش‌های مبتنی بر ارائه تئوری است. (۲۰۰۴م.)



در مطالعه حاضر مقایسه حساسیت اخلاقی دو گروه بعد از مداخله علیرغم بیشتر بودن میانگین تغییرات گروه روایتگری نسبت به سخنرانی تفاوت آماری معنی داری را نشان نداد. در این راستا بارت و همکاران می‌گویند، اگرچه سخنرانی به عنوان یک روش تدریس سنتی در پرستاری همچنان استفاده می‌شود. (۲۰۰۷ م.) و اثربخشی کمی نیز دارد، (کادورا، ۲۰۱۱ م.) اما برای پرستارانی که اطلاعات کمی در رابطه با یک موضوع دارند یا آن اطلاعات برای آن‌ها تازگی دارد می‌تواند مفید باشد. (پترس، ۲۰۰۴ م.) همچنین گزارش شده که آموزش اخلاق در کسانی که قبلاً درس اخلاق را نگذرانده باشند مؤثرتر می‌باشد. (مایری، ۲۰۰۳ م.) در مطالعه حاضر علاوه بر این که یکی از معیارهای ورود نداشتن سابقه آموزش اخلاق در یکسال گذشته بود، اکثریت پرستاران شرکت‌کننده در گروه سخنرانی (۷۸/۶ درصد) نیز هیچگونه سابقه آموزش اخلاقی از قبل (بیش از یکسال گذشته) نداشتند. لذا به نظر می‌رسد از علل احتمالی معنادارنشدن مقایسه حساسیت اخلاقی دو گروه بعد از مداخله همین تازگی مطالب باشد. لذا سخنرانی به میزان روایتگری بر ارتقای حساسیت اخلاقی مؤثر بوده است. از طرفی در مطالعه حاضر در ۲۰ دقیقه آخر هر جلسه بنا به خواست شرکت‌کنندگان به سؤالات آنان پاسخ داده می‌شد که به نظر می‌رسد در اثربخشی سخنرانی مؤثر بوده است چارلتون در این رابطه معتقد است که سخنرانی به تنهایی اثربخشی کمی دارد، اما وقتی با سایر روش‌ها مثل پرسش و پاسخ همراه شود کارایی بهتری دارد. (۲۰۰۶ م.) با عنایت به نتایج فوق می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از روش سخنرانی به عنوان یک روش کم‌هزینه و راحت، که با کمک آن می‌توان حجم زیادی از مطالب را در مدت زمان کوتاهی برای تعداد زیادی از افراد ارائه داد، اگر با سایر روش‌های فعال آموزشی همراه شود می‌تواند منجر به دستیابی به نتایج مفیدی گردد، اگرچه

مطالب فوق از ارزش رویکرد روایتگری که تمرکز آن بر حساس کردن افراد و توجه به پرورش احساس اخلاقی فرد در کنار استدلال عقلانی آنهاست، نمی‌کاهد. کما این که در مطالعه حاضر میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی پرستاران گروه روایتگری نسبت به گروه سخنرانی قبل و بعد از مداخله بیشتر بود.

همچنین در رابطه با حیطه‌های حساسیت اخلاقی، در مطالعه حاضر آموزش اصول اخلاقی به شیوه روایتگری و سخنرانی میانگین همه حیطه‌های حساسیت اخلاقی را افزایش داد، اما این افزایش فقط در بعضی از حیطه‌ها در مقایسه قبل و بعد از مداخله در دو گروه معنادار بود. بدین صورت که در گروه روایتگری ۳ حیطه (احترام به استقلال مددجو، اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت و صداقت و خیرخواهی) افزایش معناداری نسبت به قبل از مطالعه نشان دادند، ولی در گروه سخنرانی پس از مداخله تنها در ۲ حیطه یعنی تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی و کاربرد مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی افزایش معناداری مشاهده گردید. از این لحاظ می‌توان گفت روش روایتگری موفقیت بیشتری نسبت به روش سخنرانی در افزایش نمره پرستاران در تعداد حیطه‌های بیشتری از حساسیت اخلاقی داشته است.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد که مقایسه میانگین تغییرات نمره حساسیت اخلاقی قبل و ۳ ماه بعد از مداخله در دو گروه سخنرانی و روایتگری از نظر آماری معنادار نبود. از سویی، میانگین نمره حساسیت اخلاقی در دو گروه ۳ ماه بعد از مداخله نسبت به بلافاصله بعد از مداخله کاهش داشت. این یافته حاوی یک پیام مهم است که؛ آموزش‌های اخلاقی صرف کافی نخواهند بود و برای استمرار اثر این آموزش پیگیری آموزش‌های ارائه‌شده از اهمیت خاص برخوردار است. این راستا و شل ضمن تأکید بر لزوم شناسایی روش‌های آموزشی مؤثر در

اخلاق می‌گوید اخلاق یک نظم و انضباط سیال است و یادگیری یکباره آن کافی نیست، بلکه تکرار و یادآوری دانش آموخته‌شده ضروری است. (۲۰۱۰ م.) در تأیید این موضوع نتایج مطالعه برهانی و همکاران نشان داد پیگیری آموزش‌های اخلاقی تأثیر قابل توجهی بر حساسیت اخلاقی پرستاران دارد. در مطالعه مذکور پیگیری آموزش اخلاق از طریق ارسال پیام، منجر به افزایش نمره حساسیت اخلاقی پرستاران ۲ ماه بعد از مداخله نسبت به قبل و بلافاصله بعد از مداخله شد. (۱۳۹۱ ش.)

با توجه به اهمیت اخلاق در حرفه پرستاری و این‌که حساسیت اخلاقی به عنوان اولین گام برای تصمیم‌گیری اخلاقی است. (کومیر، ۲۰۰۶ م.) یافته‌ها نیز حاکی از تأثیر آموزش اخلاق بر حساسیت اخلاقی و لزوم پیگیری آن است، پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که جلسات آموزش اخلاق پرستاری در دوره‌های آموزش ضمن خدمت برای پرستاران به صورت تلفیقی از دو روش روایتگری و سخنرانی برگزار شود. همچنین تکرار مطالعه حاضر با حجم نمونه بیشتری از پرستاران و نیز تعداد جلسات بیشتر پیشنهاد می‌گردد. در این راستا پارک می‌گوید افزایش ساعات آموزش اخلاق استدلال اخلاقی دانشجویان را افزایش می‌دهد. (۲۰۱۰ م.) تکرار مطالعاتی با محتوا و طراحی مشابه با مطالعه حاضر با مشارکت گروه‌های دیگر مانند دانشجویان پرستاری و پزشکی خواهد توانست به توسعه دانش تئوریک در خصوص روش روایتگری و نیز تأیید یا اصلاح یافته‌های مطالعه حاضر کمک نماید. در نهایت مطالعات آینده می‌توانند جهت مقایسه تأثیر آموزش اخلاق به روش روایتگری بر مؤلفه‌های اخلاقی مختلف (حساسیت اخلاقی، قضاوت اخلاقی و استدلال اخلاقی) با سایر روش‌ها از جمله حل مسأله و بحث گروهی طراحی گردند.

### سپاسگزاری

این مقاله نتیجه طرح تحقیقاتی پایان‌نامه (به شماره‌ی طرح ۹۳۰۲) دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از همه اساتید اخلاق پرستاری که ما را با راهنمایی‌های خود یاری رساندند. همچنین مسؤولین محترم مرکز آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، و همه پرستاران شرکت‌کننده در این طرح پژوهشی تشکر و قدردانی به عمل آورند.

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه

P value	جمع		سخنرانی (n=۲۸)		روایتگری (n=۲۸)		گروه مورد مطالعه	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	متغیر	
۰/۰۵۱	۱۴/۳	۸	۲۵	۷	۳/۶	۱	مجرد	وضعیت تأهل
	۸۵/۷	۴۸	۷۵	۲۱	۹۶/۴	۲۷	متاهل	
۰/۴۲	۱۲/۵	۷	۱۷/۹	۵	۷/۱	۲	مرد	جنسیت
	۸۷/۵	۴۹	۸۲/۱	۲۳	۹۲/۹	۲۶	زن	
۰/۰۸	۶۶	۳۷	۷۸/۶	۲۲	۵۳/۶	۱۵	خیر	سابقه آموزش اخلاق در گذشته غیر از یکسال اخیر
	۳۴	۱۹	۲۱/۴	۶	۴۶/۴	۱۳	بلی	
P=۰/۲۴			۶/۳±۳۴/۵		۵/۸±۳۶		سن (سال)	
P=۰/۱۹			۶±۸/۳		۵/۴±۱۰/۳		سابقه کار (سال)	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره کل حساسیت اخلاقی در دو گروه روایتگری و سخنرانی قبل،

بلافاصله، ۳ ماه بعد از مداخله

P-value - آزمون تی تست مستقل	گروه سخنرانی	گروه روایتگری	گروه مورد مطالعه
			زمان مداخله
P=۰/۴۶ df=۵۴ و t=۰/۷۴	۱۵/۴۱±۱۵۷/۷۵	۱۲/۲۱±۱۶۰/۵	قبل از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار
-	۱۳/۵۳±۱۶۷/۴۲	۱۰/۰۲±۱۷۱/۹۲	بعد از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار
-	P=۰/۰۱	P<۰/۰۰۱	P value آزمون تی زوجی
P=۰/۷۰ df=۵۴ و t=۰/۳۸	۱۹/۵±۹/۶۸	۱۴/۳±۱۱/۴۳	میانگین تغییرات قبل و بعد از مداخله - میانگین ± انحراف معیار
P=۰/۷۱ df=۵۴ و t=۰/۳۶	۱۹/۱۰±۱/۱۰	۱۵/۴۰±۲/۷۸	میانگین تغییرات قبل و ۳ ماه بعد از مداخله - میانگین ± انحراف معیار

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره حیطه‌های حساسیت اخلاقی قبل و بعد از مداخله در گروه روایتگری

P value	زمان مداخله		نام متغیر
	قبل از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار	بعد از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار	
۰/۰۱	۱۷/۱۰ ± ۲/۳۹	۱۸/۵۰ ± ۱/۶۸	احترام به استقلال مددجو
۰/۰۹	۱۹/۱۴ ± ۱/۶۴	۱۹/۶۷ ± ۱/۲۴	آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار
۰/۰۳	۳۹/۵۷ ± ۳/۷۷	۴۱/۳۹ ± ۲/۹۸	اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت
۰/۰۶	۲۳/۵۳ ± ۴/۹۴	۲۵/۷۱ ± ۴/۲۵	تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی
۰/۰۷	۳۱/۱۷ ± ۳/۷۵	۳۲/۹۶ ± ۳/۸۳	کاربرد مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی
۰/۰۰	۲۵/۱۴ ± ۲/۹۵	۲۷/۵۷ ± ۳/۲۹	صداقت و خیرخواهی

جدول ۴: مقایسه میانگین نمره حیطه‌های حساسیت اخلاقی قبل و بعد از مداخله

در گروه سخنرانی

P value	زمان مداخله		نام متغیر
	قبل از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار	بعد از مداخله (n=۲۸) میانگین ± انحراف معیار	
۰/۳۰	۲/۲۰ ± ۱۶/۹۶	۲/۰۴ ± ۱۷/۵۳	احترام به استقلال مددجو
۰/۴۳	۲/۱۴ ± ۱۸/۶۴	۱/۶۶ ± ۱۹/۰۳	آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار
۰/۱۷	۵/۳۰ ± ۳۷/۹۶	۴/۶۱ ± ۴۰/۶۷	اعتماد به دانش اخلاقی و اصول مراقبت
۰/۰۲	۴/۷۱ ± ۲۲/۸۵	۴/۵۰ ± ۲۵/۶۷	تجربه‌ی مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی
۰/۰۱	۵/۲۵ ± ۳۰/۱۰	۴/۸۷ ± ۳۲/۸۲	کاربرد مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی
۰/۲۲	۲/۳۰ ± ۲۵/۴۶	۳/۳۰ ± ۲۶/۳۵	صداقت و خیرخواهی

مقایسه تأثیر آموزش اصول اخلاقی به دو شیوه روایتگری اخلاق و سخنرانی بر...



## پی‌نوشت‌ها

1. Moral distress
2. Kohlberg's Theory Of Moral Development
3. Moral Decision Making
4. Moral Sensitivity
5. Moral Judgments
6. Moral Motivation
7. Moral Character
8. Personal capacity
9. Cognitive Capacity
10. Conscience
11. Morally sensitive attitude
12. Scott
13. Moral development
14. Empathy
15. Case studies
16. Narratives
17. Stories
18. Randomized Control Field Trial
19. Respect To Autonomy
20. Patient Advocacy
21. Beneficence
22. Veracity
23. Fidelity
24. Paternalism
25. Nonmaleficence
26. Double Effect
27. Due Diligence
28. Justice
29. Kolmogorov – Smirnov
30. Case analysis

## فهرست منابع

- Afandi, D. Budiningsih, Y. Safitry, O. Purwadianto, A. Novitasari, D. Widjaja, IR. (2009). Effects of an additional small group discussion to cognitive achievement and retention in basic principles of bioethics teaching methods. *Med J Indonesia*. 18 (1): 48-52.
- Afshar, L. Bagheri, A. (2010). A review of narrative ethics: an approach to medical ethics education. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 5 (5): 10-19.
- Ales, KL. Charlson, ME. Williams-Russo, P. Allegrante, J. (1992). Using faculty consensus to develop and implement a medical ethics course. *Acad Med*. 67 (6): 406-8.
- Barrett, KR. Bower, BL. Donovan, NC. (2007). Teaching styles of community college instructors. *Am J Distance Educ*. 21 (1): 37-49.
- Beauchamp, TL. Childress, JF. (2001). *Principles of biomedical ethics: Fifth Edition*. Oxford university press.
- Borhani, F. Abbaszadeh, A. Sabzevari, S. Dehestani, M. (2012). The Effect of workshop and follow-up on Ethical sensitivity of nurses. *J Med Ethics*. 6 (21): 11-24.
- Carson, AM. (2001). That's another story: Narrative methods and ethical practice. *J Med Ethics*. 27 (3): 198-202.
- Charlton, BG. (2006). Lectures are such an effective teaching method because they exploit evolved human psychology to improve learning. *Med Hypotheses*. 67 (6): 1261-5.
- Comrie, WR. (2012). An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 19 (1):116-27.
- Ersoy, N. Göz, F. (2001). The ethical sensitivity of nurses in Turkey. *Nurs Ethics*. 8 (4): 299-312.

- Gastmans, C. (2002). A fundamental ethical approach to nursing: some proposals for ethics education. *Nurs Ethics*. 9 (5): 494-507.
- Hassanpoor, M. Hosseini, M. Fallahi Khoshknab, M. Abbaszadeh, A. (2011). Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 4 (5): 58-64.
- Heidari, A. Adeli, SH. Taziki, SA. Akbari, V. Ghadir, MR. Moosavi Movahhed, SM. Ahangari, R. Sadeghi Moghaddam, P. Mirzaee, MR. Damanpak Moghaddam, V. (2013). Teaching medical ethics: problem-based learning or small group. *J Med Ethics*. 6 (1): 3-5.
- Izadi, A. Imani, H. Khademi, z. Noughabi, FF. Hajizadeh, N. Naghizadeh, F. (2012). Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 1392. *Iran J Med Ethics Hist Med*. 6 (2): 43-56.
- Jones, AH. (1999). Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ*. 318 (7178): 253-6.
- Kaddoura, MA. (2011). Critical thinking skills of nursing students in lecture-based teaching and case-based learning. *IJ-SoTL*. 5 (2): 1-18.
- Kim, YS. Kang, SW. Ahn, JA. (2013). Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nurs Ethics*. 20 (4): 470-8.
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The Nature and Validity of Moral Stages*. San Francisco: Harper & Row.
- Kyle, G. (2008). Using anonymized reflection to teach ethics: A pilot study. *Nurs Ethics*. 15 (1): 6-16.
- Larijani, B. (2004). *Essentials of Medical Ethics, in Health Care Professional and Ethical Issues*. Tehran: Baraye-farda Publisher.

- Lin, CF. Lu, MS. Chung, CC. Yang, CM. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nurs Ethics*. 17 (3): 373-82.
- Lutzen, K. (1993). Moral sensitivity: a study of subjective aspects of the process of moral decision-making in psychiatric nursing. Sweden: *Karolinska Institute*.
- 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. Ewalds Kvist, B. (2013). Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: Viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioeth Inq*. 10 (3): 317-24.
- Lutzen, K. Nordin, C. Brolin, G. (1994). Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Method Psych*. 4 (4): 241-8.
- Lutzen, K. Nordstrom, G. Evertzon, M. (1995). Moral sensitivity in nursing practice. *Scand J Caring Sci*. 9 (3): 131-8.
- McCarthy, J. (2003). Principalism or narrative ethics: must we choose between them? *Med Humanities*. 29 (2): 65-71.
- Myry, L. (2003). Components of morality: A Professional Ethics Perspective on Moral Motivation, Moral Sensitivity, Moral Reasoning and Related Constructs Among University Students. Dissertation. University of Helsinki
- Narvaez, D. Rest, J. Thoma, SJ. (2000). A neo-Kohlbergian approach to morality research. *J Moral Educ*. 29 (4): 381-95.
- Nicholas, B. Gillett, G. (1997). Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *J Med Ethics*. 23 (5): 295-9.

- Numminen, OH. Leino Kilpi, H. (2007). Nursing students' ethical decision-making: A review of the literature. *Nurs Educ Today*. 27 (7): 796-807.
- Park, M. Kjervik, D. Crandell, J. Oermann, MH. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics*. 19 (4): 568-80.
- Peter, E. Martin, K. (2007). A narrative approach to empirical nursing ethics research: uncovering the everyday moral knowledge of nurses. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 16 (4): 746-52.
- Petress, K. (2004). Critical thinking: An extended definition. *Education*. 124 (3): 461-6.
- Petrozella, OC. (1997). Development of a nursing ethics elective course to supplement the nursing curriculum in an associate degree nursing program. Abstract of Dissertation. *Nova Southeastern University*.
- Raholm, MB. (2008). Uncovering the ethics of suffering using a narrative approach. *Nurs Ethics*. 15 (1): 62-72.
- Rest, J. Narvaez, D. (1994). *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*. NY: Erlbaum.
- Selzer, R. (1982). *Letters to a young doctor*. NY: Simon & Schuster.
- Sirin, S. Brabeck, MM. Satiani, 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 Behav*. 13 (3): 221-35.
- Smith, S. Fryer Edwards, K. Diekema, DS. Braddock, III CH. (2004). Finding effective strategies for teaching ethics: a comparison trial of two interventions. *Acad Med*. 79 (3): 265-71.
- Tysinger, JW. Klonis, LK. Sadler, JZ. Wagner, JM. (1997). Teaching ethics using small-group, problem-based learning. *J Med Ethics*. 23 (5): 315-8.

Weizenbluth, JS. Sokolowski, M. Gordon, M. (2008). The power of stories: narrative ethics in long-term Care. *Ann Long Term Care*. 16 (9): 26-9.

Williams, WC. (1984). *The doctor stories*. New Directions Books.

Wocial, LD. (2010). Nurturing the moral imagination: a reflection on bioethics education for nurses. *Diametros*. 25: 92-102.

Woods, M. (2012). There is only narrative: Using case studies in nursing ethics. *Nurs Ethics*. 19 (1) 5-6.

#### یادداشت شناسه مؤلفان

**نسرین ایمانی‌فر:** دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

**سیدابوالفضل وقارسیدین:** دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی شرق کشور، استادیار و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران. (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیک: waghars@bums.ac.ir

**لیلا افشار:** دکترای تخصصی اخلاق پزشکی، استادیار و عضو هیأت علمی گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

**غلامرضا شریف‌زاده:** کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، استادیار و عضو هیأت علمی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران.

## Comparison effect of teaching ethical principles using narrative ethics and lecture on the moral sensitivity of nurses

*N. Imanifar*

*S.A. Vaghar Seyedin*

*L. Afshar*

*Gh-R. Sharifzadeh*

### Abstract

Training ethical concepts has a crucial role in promotion of moral sensitivity in nurses. Debate to select most effective method of teaching ethics in nursing continues. Present study was aimed to compare the effects of ethical training based on two methods: narrative ethics and lecturing on moral sensitivity of nurses. Fifty-six nurses from two educational hospitals in Birjand participated in this randomized control field trial research. The demographic characteristics questionnaire, and Lutzen's Moral Sensitivity Questionnaire were completed by nurses in the three Times (before, after and three month after the intervention). Then four sessions (each 3 hours) of ethical training with one week interval for two groups of narration (28 participants) and lecture (28 participants) were conducted. Data were analyzed by SPSS-16 software. Two methods of narration and lecture significantly increased the nurses' moral sensitivity in each group (respectively  $p < 0.001$ ,  $p = 0.01$ ). Despite the higher mean score of moral sensitivity in narration group rather than the lecture group, moral sensitivity did not show a significant difference ( $p = 0.70$ ). The mean score of moral sensitivity 3 months after the intervention showed a statistically significant decrease than after it in both groups. ( $P = 0.00$ ) Concerning the results of this study, a combination of these two methods can lead to useful outcomes.

### Keywords

Moral Sensitivity, Narrative Ethics, Lecture, Ethical Principles Teaching, Nurses