

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان‌های آموزشی تبریز

علیرضا محجل اقدم

هادی حسنخانی

وحید زمانزاده

سعید خامنه

سارا مقدم^۱

چکیده

مقدمه: ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید به اخلاقیات مراقبتی بیش از ملاحظات درمانی توجه کرد. در این راستا هرگونه خلل در رعایت اخلاق پرستاری می‌تواند علمی‌ترین و بهترین مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. امروزه، در پرستاری دنیا این امر با تعریف و تدوین کدهای اخلاق حرفه‌ای نمود یافته است که اساس آن توجه به مقولات انسانی و اخلاقی در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در ارائه مراقبت است. کدهای اخلاقی باید توسط پرستاران درک و در هر بعد از عملکرد پرستاری استفاده شود، لذا این مطالعه با هدف بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان‌های آموزشی تبریز انجام شد.

روش: این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ با مشارکت ۳۴۵ پرستار شاغل در بخش‌های داخلی - جراحی بیمارستان‌های آموزشی تبریز و با نمونه‌گیری آسان انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته‌ای بر اساس آیین اخلاق پرستاری ایران گردآوری و پایایی به روش آلفای کرونباخ و روایی صوری و محتوایی انجام شد، سپس با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ و آمار توصیفی و استنباطی و آزمون‌های t مستقل و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون، در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بیشترین درصد پرستاران، زن، متأهل و دارای مدرک کارشناسی پرستاری بودند که (۷۹/۱ درصد) آنان واحد آموزشی اخلاق پرستاری را در دانشگاه و (۵۳/۶ درصد) دوره‌های بازآموزی اخلاق حرفه‌ای را در طول خدمت گذرانده بودند و (۴۰/۵ درصد) بیان کردند آیین اخلاق پرستاری به صورت مدون در اختیار آن‌ها قرار گرفته است. ۸۶/۴ درصد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری آگاهی داشتند. ۹۱/۹ درصد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری عمل کردند. بین عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری و متغیرهایی مانند بخش کاری و منابع کسب اطلاع در زمینه راهنماهای اخلاقی از جمله شرکت در همایش‌ها، آموزش ضمن خدمت و آیین‌نامه‌ها رابطه آماری معنی‌داری مشاهده شد. بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری و متغیرهایی مانند شیفت کاری، رضایت از حرفه و سابقه شکایت از پرستاران توسط بیماران رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: آگاهی و عملکرد اخلاقی پرستاران مورد مطالعه نشان داد، در حال حاضر جامعه پرستاری ایران آمادگی دارد با بکارگیری آیین اخلاق پرستاری ایران و آگاهی از کدهای اخلاق حرفه‌ای و مفاهیم اخلاقی مؤثر بر عملکرد بالینی، مسیر حرفه‌ای شدن خود را هرچه پویاتر و پرنرژتری‌تر ببیند.

واژگان کلیدی

پرستار، آگاهی، عملکرد، کدهای اخلاقی، آیین اخلاق پرستاری ایران

مقدمه

پرستاری، حرفه‌ای است که نیازمند دانش اخلاقی برای هدایت عمل است. (چاین و همکاران، ۱۹۹۹ م.) ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید به اخلاقیات مراقبتی بیش از ملاحظات درمانی توجه کرد. (بیلی و همکاران، ۲۰۰۹ م.) اخلاق پرستاری عبارت است از رعایت اخلاق حرفه‌ای در ارائه مراقبت‌های پرستاری (مالتسمن، ۱۹۹۹ م.) و به عنوان یکی از زیربنایی‌ترین موضوعات آموزش در حرفه پرستاری، پرستاران را موظف به رعایت اصولی می‌نماید تا مددجو با اطمینان و اعتماد بیشتری مراقبت‌های پرستاری را دریافت نماید. در این راستا هرگونه خلل در رعایت اخلاق پرستاری می‌تواند علمی‌ترین و بهترین مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار دهد. (باتس و همکاران، ۲۰۰۵ م.) عملکرد اخلاقی و توجه به منفعت بیمار موجب بروز واکنش‌های روان‌شناختی مثبت در پرستاران مثل احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی می‌شود و برعکس. (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۶ ش.) امروزه، در پرستاری دنیا این امر با تعریف و تدوین کدهای اخلاق حرفه‌ای نمود یافته است که اساس آن توجه به مقولات انسانی و اخلاقی در برقراری ارتباط بین پرستار و بیمار در جهت ارائه خدمات مراقبتی است. (حبیب‌زاده و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) انجمن بین‌المللی پرستاری نیز تدوین و ارائه کدهای اخلاقی در پرستاری را از سال ۲۰۰۰ شروع و آن را به عنوان شاخصی اساسی در حرفه‌ای شدن پرستاری مطرح نموده است. (دینس و همکاران، ۲۰۰۲ م.)

بر اساس تعریف انجمن پرستاری آمریکا، پرستاران باید فعالانه بر اساس کدهای اخلاقی عمل نمایند تا بتوانند تأمین‌کننده مراقبت‌های مطلوب در فرآیند تصمیم‌گیری بالینی باشند. (مک دنیل، ۱۹۹۸ م.) بر اساس کدهای حرفه‌ای انجمن بین‌المللی پرستاران و نیز کدهای تدوین‌شده در دیگر کشورها، اولین مسؤلیت

حرفه‌ای پرستاران، اهمیت‌دادن به نیازهای بیماران و فراهم کردن محیطی معرفی شده است که در آن به ارزش‌ها، عقاید، حقوق و کرامت انسان‌ها احترام گذاشته شود. (جولایی و همکاران، ۱۳۸۹ ش.) پس کدهای اخلاقی باید توسط پرستاران درک و در هر بعد از عملکرد پرستاری استفاده شود. (جویی فن و همکاران، ۲۰۰۷ م.) آیین اخلاق پرستاری ایران در سال ۱۳۹۰ برای تمامی شاغلین حرفه پرستاری در حوزه‌های خدمات آموزشی، پژوهشی، مدیریتی، بهداشتی و بالینی تدوین شده است و برای شکل‌دهی به رفتار اخلاقی پرستاران، به طور مستقیم بر عملکرد پرستار در مراقبت از بیمار تمرکز دارد، (سنجری و همکاران، ۱۳۹۰ ش.) اما توافق چندانی در مورد راهبردهای مؤثر برکسب یا توسعه کدهای اخلاقی در عملکرد اخلاقی پرستاران وجود ندارد، لذا برآن شدیم تا در پژوهشی آگاهی و عملکرد به آیین اخلاق پرستاری در پرستاران بیمارستان‌های آموزشی تبریز را مورد مطالعه قرار دهیم.

روش

این مطالعه توصیفی در سال ۱۳۹۱ با مشارکت پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی - جراحی بیمارستان‌های آموزشی تبریز و با نمونه‌گیری آسان انجام شد. معیارهای ورودی پرستاران داشتن مدرک کارشناسی و بالاتر در رشته پرستاری، اشتغال در یکی از بخش‌های داخلی - جراحی، حداقل شش‌ماه تجربه کاری، نداشتن مسئولیت در پست‌های مدیریتی و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. جهت طراحی و تنظیم پرسشنامه‌ها ابتدا آیین اخلاق پرستاری ایران مطالعه و از بین راهنماهای اخلاقی در ۵ حیطه پرستار و جامعه، پرستار و تعهد حرفه‌ای، پرستار و ارائه خدمات، پرستار و همکاران تیم درمانی، پرستار و

آموزش و پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر ۳۵ بیانیه اخلاقی طراحی شد. پایایی پرسشنامه‌ها با روش آلفای کرونباخ، برای آگاهی پرستاران ۰/۸۵، برای عملکرد پرستاران ۰/۷۹ محاسبه گردید و روایی صوری و محتوایی پرسشنامه‌ها توسط اساتید اخلاق پزشکی، پزشکی اجتماعی، معارف اسلامی و پرستاری انجام شد. پرسشنامه‌ها شامل قسمت مشخصات فردی و اجتماعی، قسمت آگاهی از آیین اخلاق پرستاری ایران، دارای ۳۵ بیانیه در هر ۵ حیطه که برای هر بیانیه گزینه‌های بلی، خیر و نمی‌دانم در نظر گرفته شد و قسمت عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران، دارای ۳۵ بیانیه در هر ۵ حیطه که هر بیانیه گزینه‌های همیشه، اغلب، گاهی اوقات، به ندرت، هیچ‌وقت و تجربه نکردم در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است در پرسشنامه آگاهی و عملکرد پرستاران ۳۱ مورد از بیانیه‌های آیین‌نامه بود و ۴ مورد از بیانیه‌های آیین‌نامه نبود. برای تعیین حجم نمونه مطالعه مقدماتی انجام شد و تعداد ۳۶۰ پرستار واجد معیارهای ورودی مطالعه با نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند که در مورد حقوق شرکت کنندگان در مطالعه شامل اختیاری بودن تکمیل پرسشنامه، حق کناره‌گیری از مطالعه و محرمانه بودن داده‌ها همچنین، نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت جمعی یا فردی به آنان توضیح داده شد. لازم به ذکر است ۳۴۵ پرستار پرسشنامه را با صحت و دقت تکمیل و عودت دادند. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی، شامل آزمون‌های t مستقل، ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۳ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این مطالعه، اکثریت پرستاران، زن ۹۳٪، متأهل ۶۸/۴ درصد، دارای مدرک کارشناسی ۹۸/۵ درصد، با عنوان پرستار ۹۳/۹ درصد، شاغل در بخش‌های داخلی ۵۴/۲ درصد و نوبت کاری گردشی ۷۷/۳ درصد بودند. ۷۹/۱ درصد پرستاران اصول اخلاق پرستاری را در دانشگاه و ۵۳/۶ درصد دوره‌های بازآموزی را در طول خدمت گذرانده بودند و ۴۰/۵ درصد بیان کردند که آیین اخلاق پرستاری به صورت مدون در اختیار آن‌ها قرار گرفته است. ۹۱/۳ درصد بیان کردند از عملکرد اخلاقی آنان شکایت نشده است و ۶۸/۱ درصد از حرفه پرستاری رضایت شغلی داشتند. جدول ۱ ارتباط بین مشخصات فردی و اجتماعی پرستاران با آگاهی و عملکرد آنان به آیین اخلاق پرستاری ایران را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون t مستقل با اطمینان ۹۵٪ بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری و متغیرهایی مانند جنس، مدرک تحصیلی، بخش، پست سازمانی، آموزش دانشگاهی، دوره‌های بازآموزی در طول استخدام، ابلاغ مدون آیین‌نامه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت، اما بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری با متغیرهایی مانند شکایت از عملکرد اخلاقی و رضایت شغلی ارتباط آماری معنی‌داری یافت شد. در واقع پرستارانی که آگاهی اخلاقی بیشتری داشتند سابقه شکایت از عملکرد اخلاقی نداشتند و رضایت شغلی نیز داشتند. ضریب همبستگی پیرسون با اطمینان ۹۵٪ بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری با سن و سابقه کار رابطه معنی‌داری نشان نداد. با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون ANOVA با اطمینان ۹۵٪ بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری با متغیرهایی مانند وضعیت تأهل، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت و با نوبت کاری تفاوت آماری معنی‌داری دیده شد. این آگاهی در پرستاران با نوبت کاری شب بیشتر

دیده شد. بین آگاهی از آیین اخلاق پرستاری و منابع کسب اطلاعات در زمینه اخلاق پرستاری از جمله کتاب‌ها، همکاران، شرکت در همایش‌ها، آموزش ضمن خدمت، رسانه‌های جمعی، آیین‌نامه‌ها، تحصیلات دانشگاهی و استدلال شخصی با آزمون t مستقل تفاوت معنی‌داری دیده نشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون t مستقل با اطمینان ۹۵٪ بین عملکرد به آیین اخلاق پرستاری و متغیرهایی مانند جنس، مدرک تحصیلی، پست سازمانی، آموزش دوران دانشگاهی، دوره‌های بازآموزی در طول استخدام، ابلاغ مدون آیین اخلاق پرستاری، شکایت از عملکرد اخلاقی پرستاران توسط بیماران و رضایت از حرفه رابطه آماری معنی‌داری وجود نداشت و بین عملکرد به آیین اخلاق پرستاری و بخش ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده شد. در واقع پرستاران بخش جراحی بیشتر به آیین اخلاق پرستاری عمل کردند. ضریب همبستگی پیرسون با اطمینان ۹۵٪ بین عملکرد به آیین اخلاق پرستاری و سابقه کار رابطه معنی‌داری نشان داد و با سن رابطه معنی‌داری نشان داد به این معنی که با افزایش سن پرستاران عملکرد اخلاقی نیز افزایش داشت، اما بین عملکرد به آیین اخلاق پرستاری با وضعیت تأهل و نوبت کاری رابطه معنی‌داری وجود نداشت. همچنین بین عملکرد به آیین اخلاق پرستاری و منابع کسب اطلاعات در زمینه اخلاق پرستاری مانند کتاب، همکاران، رسانه‌های جمعی، تحصیلات دانشگاهی و استدلال شخصی رابطه معنی‌دار یافت نشد، اما با شرکت در همایش‌ها، آموزش ضمن خدمت و آیین‌نامه‌ها ارتباط معنی‌دار وجود داشت.

نتایج به دست آمده در جدول ۲ نشان می‌دهد، ۸۶/۴ درصد از پرستاران از آیین اخلاق پرستاری در سطح اول (خوب) آگاهی داشتند و ۹۱/۹ درصد از پرستاران عملکرد خود به آیین اخلاق پرستاری را در سطح اول (خوب) دانسته‌اند.

کمترین نمره آگاهی، صفر و بیشترین نمره آگاهی، ۳۵ بود که ۸۶/۴ درصد از پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران آگاهی داشتند. کمترین نمره عملکرد، صفر و بیشترین نمره عملکرد، ۱۷۵ بود که ۹۱/۹ درصد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری عمل کردند. نتایج به دست آمده در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد، بیشترین آگاهی پرستاران از آیین اخلاق پرستاری، ۹۷/۴ درصد مربوط به بیانیه اخلاقی «حداکثر کوشش خود را برای حفظ اسرار بیمار، رعایت حریم خصوصی او، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه انجام می‌دهم» و کمترین آن، ۱۵/۱ درصد مربوط به بیانیه اخلاقی «از جایگاه حرفه ای خود جهت متقاعد کردن بیمار برای شرکت در تحقیق و آموزش دانشجویان پرستاری استفاده می‌کنم» بود. بیشترین اقدامی که پرستاران در مورد بیانیه‌های آیین اخلاق پرستاری انجام داده‌اند، ۶۸/۷ درصد مربوط به بیانیه «از پذیرش هرگونه هدیه یا امتیاز از بیمار یا بستگان، پرهیز می‌کنم» و کمترین آن ۲۱/۷ درصد مربوط به بیانیه «در شرایط اورژانس خارج از محیط کار نیز به ارائه مراقبت از بیمار یا مصدوم می‌پردازم» بود.

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران بیمارستان‌های آموزشی تبریز به آیین اخلاق پرستاری ایران و تأثیر برخی مشخصات فردی و اجتماعی پرستاران بر آگاهی و عملکرد اخلاقی آنان در سال ۱۳۹۱ انجام شد. یافته‌های این مطالعه مشخص کرد، ۸۶/۴ درصد پرستاران آگاهی خود از آیین اخلاق پرستاری را در سطح اول (خوب) و ۱۱/۶ درصد پرستاران آگاهی خود از آیین اخلاق پرستاری را در سطح دوم (متوسط) و تنها ۲٪ از پرستاران آگاهی خود از آیین اخلاق پرستاری را در سطح سوم (ضعیف) دانسته‌اند و در مجموع ۸۶/۴ درصد پرستاران مورد پژوهش در زمینه آیین اخلاق پرستاری آگاهی داشتند. برخلاف یافته‌های مطالعه حاضر، نتایج مطالعه هاریهاران و همکاران نشان داد که ۱۱٪ از پرستاران به صورت روزانه و بیش از ۳۵٪ از پرستاران به صورت هفتگی با معضلات اخلاقی مواجه می‌شدند که یک‌چهارم آنان، از کدهای اخلاق پرستاری آگاهی نداشتند. ۳۴٪ پرستاران کدهای حرفه پرستاری را نمی‌شناختند. ۲۹٪ پزشکان و ۳۷٪ پرستاران هیچ آگاهی از وجود کمیته اخلاق بیمارستان نداشتند و پزشکان نسبت به پرستاران در مورد عملکرد به اصول اخلاقی پایبندی بیشتری داشتند. تمام پزشکان و ۹۰٪ پرستاران بیان کردند که آگاهی به اصول اخلاقی برای عملکردشان حیاتی است. بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان، آگاهی اخلاقی خود را از منابع متعدد کسب کردند. پرستاران آگاهی از اخلاق و قانون را در طول آموزش به دست آورند. بیش از ۷۰٪ از پزشکان و دیگر پرستاران آگاهی اخلاقی خود را در طی کار کسب کردند. (هاریهاران و همکاران، ۲۰۰۶ م.) همچنین، یافته‌های مطالعه گاستمن و ورپیت مشخص نمود که سه مشکل مشترک در مورد کدهای اخلاق پرستاری وجود دارد که عبارتند از، عدم تأثیرگذاری در

عملکرد بالینی روزانه، اختلاف بین کد اخلاقی و واقعیت‌های بالینی و این حقیقت که برخی از پرستاران از محتوای کدهای اخلاقی آگاه نیستند (گاستمن، ۲۰۰۶ م.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. آدامز و میلر، نیز در مطالعه خود دریافتند، تنها نیمی از پرستاران از کدهای اخلاق ANA و یا برخی چارچوب‌های اخلاقی دیگر برای عملکردشان استفاده کردند و بیان کردند نیاز قطعی برای آموزش مداوم در مورد مسائل اخلاقی وجود دارد که پرستاران را به استفاده و رعایت کدهای اخلاقی ANA به عنوان چارچوبی برای عمل قادر سازد (آدامز، ۲۰۰۱ م.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. شاید علت عدم همخوانی در نتایج این مطالعات با یافته‌های مطالعه حاضر ناشی از تفاوت در سیستم آموزش و اجرای راهنماهای اخلاقی در این کشورها در مقایسه با کشور ما باشد به طوری که در کشورهای مختلف و حتی قسمت‌های مختلف یک کشور نیز برنامه‌های آموزش دانشگاهی و دوره‌های ضمن خدمت در زمینه کدهای اخلاق پرستاری ممکن است متفاوت اجرا گردد. از آنجا که آیین اخلاق پرستاری ایران در سال ۱۳۹۰ متناسب با فرهنگ ایرانی - اسلامی تدوین و به همه مراکز بهداشتی - درمانی ابلاغ شده است و با توجه به نتایج مطالعه حاضر، تأثیر وجود کدهای اخلاق پرستاری بر آگاهی و عملکرد اخلاقی پرستاران مشهود می‌باشد و تفاوت‌ها می‌تواند نشان‌دهنده ضعف در آموزش اصول اخلاق پرستاری در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها یا ضعف در تدوین و ابلاغ کدهای اخلاق پرستاری باشد. همچنین تفاوت در فرهنگ و محیط کار بالینی، ابزار اندازه‌گیری و حجم نمونه و نوع مطالعه می‌تواند در این اختلاف نتایج مؤثر باشد. بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، ۹۱/۹ درصد از پرستاران عملکرد خود به آیین اخلاق پرستاری را در سطح اول (خوب)، ۸/۱ درصد از پرستاران عملکرد خود به آیین اخلاق پرستاری را در

سطح دوم (متوسط) دانسته‌اند و هیچ یک از پرستاران به عملکرد در سطح سوم (ضعیف) اشاره نداشتند. در پژوهش حاضر، در بین راهنماهای اخلاقی که پرستاران از دیدگاه خودشان در مراقبت از بیماران بیشتر رعایت می‌کردند و بالاترین درصد را داشتند، از جمله مسؤولیت‌پذیری و جوابگویی در برابر انجام مراقبت، تبعیض قائل‌نشدن و رعایت حریم خصوصی بیماران، واکنش مورد قبول اخلاقی در برابر عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای خود و همکاران، معرفی خود به بیماران، ثبت صادقانه اقدامات انجام‌شده برای بیماران و گزارش خطا بود. در حالی که همه راهنماهای اخلاقی پرسشنامه‌ها در حیطه وظایف و اختیارات پرستاران نبود، مشخص شد پرستاران نسبت به مراقبت‌هایی که برای بیمار انجام می‌دهند، احساس مسؤولیت بالایی دارند و با اولویت حفظ منافع و جان بیمار، در اغلب اوقات واکنش مورد قبول اخلاقی را نشان می‌دهند. شورای بین‌المللی پرستاران، ایمنی بیمار برای بهبود کیفیت مراقبت پرستاری را ضروری می‌داند و تمامی پرستاران در جهت حفظ ایمنی بیمار در ارائه مراقبت مسؤولیت اساسی دارند که آگاه‌ساختن بیمار و همکاران در مورد احتمال خطر و روش‌های کاهش خطرات، حمایت از ایمنی بیمار و گزارش‌دادن رخداد‌های نابجا به فرد مسؤول را از مسؤولیت‌های پرستاران بر شمرده است. (جانستون، ۲۰۰۶ م.) در مطالعه مردانی و همکاران، ۹۵/۶ درصد پرستاران گزارش خطای کاری را ضروری بیان کردند و مسائل قانونی و برخورد نامناسب مدیران را مهم‌ترین موانع گزارش خطاهای کاری دانستند (مردانی، ۱۳۸۸ ش.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین، یافته‌های مطالعه دهقانی که با هدف تعیین میزان رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای در عملکرد پرستاری از دیدگاه کارکنان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد، نشان داد بیشتر پرستاران (۷۲/۵ درصد) در ابعاد مسؤولیت‌پذیری، در

بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و احترام به بیمار عملکرد مطلوبی داشتند. میانگین نمره پرستاران در بعد مسؤولیت‌پذیری $36/26 \pm 5/79$ ، در بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار 26 ± 4 و در بعد احترام به بیمار نیز $39/47 \pm 5/89$ به دست آمد. در مورد میزان رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای در این سه بعد، $72/5$ درصد پرستاران عملکرد مطلوب، 25% عملکرد نسبتاً مطلوب و $2/5$ درصد نیز عملکرد نامطلوب داشتند (دهقانی، ۱۳۹۱ ش.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. بر خلاف نتایج مطالعه حاضر، یافته‌های مطالعه تفاق و همکاران مشخص نمود $49/6$ درصد پرستاران در دادن دارو عملکرد نامطلوب داشتند و اصول اخلاقی را رعایت نمی‌کردند. در واقع اکثریت واحدهای مورد پژوهش عملکرد نامطلوب در فرایند اجرای دستورات دارویی نشان دادند (تفاق و همکاران، ۱۳۸۳ ش.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. لازم به ذکر است که پرسشنامه‌های مطالعه فوق به منظور بررسی قسمتی از زمینه‌های عملکرد اخلاقی پرستاران در اجرای دستورات دارویی بوده است. همچنین، نتایج مطالعه دونکور نشان داد برخورد پرستاران با مشکلات اخلاقی همیشه با کدهای شورای بین‌المللی پرستاران مطابق نیست و حتی با تکمیل کدهای شورای بین‌المللی پرستاران و در نظر گرفتن مفاهیم اخلاق جهانی و برخی ارزش‌های فرهنگی، پرستاران در مواجهه با مسائل اخلاقی دچار تعارض می‌شدند. در واقع پرستاران با رویکردها و عملکردهای بومی و اخلاقی خود در محیط خدمتشان فعالیت می‌کردند و هم آگاهی از کدها و هم بکارگیری کدها توسط آنها ناقص بود که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. همچنین دونکور به نقل از گلد و همکاران، و میلر و همکاران می‌گوید نگرانی در مورد صلاحیت اخلاقی پرستاران در حال افزایش است. تحقیق در مورد کاربرد کدهای در دسترس پرستاران نشان داده است که هم دانش پرستاران در مورد کدهای اخلاقی و هم

بکارگیری کدهای اخلاقی، کافی نیست. (دونکور و همکاران، ۲۰۱۱ م.) در مطالعه دیگری نامین و همکاران به نقل از تاد و همکاران، ورپیت و همکاران، ورپیت و همکاران، امیل و همکاران، نامین و همکاران، بیان کردند که پرستاران در دانش و استفاده از کدها، کمبود دارند. با این حال، پرستاران فکر می‌کنند به کدها برای هدایت عملکرد پرستاری و تأمین موقعیت و هویت حرفه‌ای نیاز است، (نامین و همکاران، ۲۰۱۰ م.) در حالی که در مطالعه ما مشخص شد که ۷۹/۱ درصد پرستاران در دانشگاه و ۵۳/۶ درصد پرستاران در طول استخدام بیمارستان در زمینه مسائل اخلاق حرفه‌ای پرستاری آموزش دیده بودند و در دوره‌های بازآموزی مرتبط با زمینه‌های اخلاقی شرکت کرده بودند. این در حالی است که اکثریت پرستاران ۴۸/۴ درصد بیشترین منبع کسب اطلاع در زمینه اخلاق پرستاری را از تحصیلات دانشگاهی و ۴۴/۶ درصد پرستاران استفاده از کتاب را بیشترین منبع کسب اطلاع در زمینه اخلاق پرستاری می‌دانند. در حالی که یافته‌های مطالعه گردی و همکاران نشان داد ۸٪ از مددکاران اجتماعی در مقابل ۲۳٪ از پرستاران تا به حال هیچ آموزشی در زمینه اخلاق ندیدند و تنها ۵۷٪ از شرکت‌کنندگان آموزش اخلاق را در برنامه‌های آموزش حرفه‌ای خود داشتند. افرادی که هم آموزش اخلاق حرفه‌ای و هم آموزش مداوم یا ضمن خدمت داشتند در قضاوت اخلاقی خود با اعتماد به نفس‌تر بودند و بیشتر به استفاده از منابع اخلاق و انجام عملکرد اخلاقی پرداختند. مددکاران اجتماعی، در زمینه اخلاق آموزش بیشتر دیده بودند و اعتماد به نفس و نمرات عملکرد اخلاقی بالاتر داشتند و از منابع اخلاقی، نسبت به پرستاران بیشتر استفاده کردند (گردی و همکاران، ۲۰۰۸ م.) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد. اگرچه پرستاری ایران دارای برخی کدهای اخلاقی برای عملکرد حرفه‌ای شده است و تدوین آیین اخلاق پرستاری ایران نقطه شروعی برای تنظیم و تعریف

صحتی از روابط ارائه‌کنندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی - درمانی است، توافق چندانی در مورد فرایند و استراتژی‌های مؤثر بر کسب یا توسعه کدهای اخلاقی در عملکرد اخلاقی پرستاران وجود ندارد. از آنجایی که تفاوت در نگاه به مسائل اخلاقی در عملکرد حرفه‌ای، منجر به تعاریف متفاوت و ارائه راهکارهای مختلف گردیده است، امید است یافته‌های مطالعه حاضر بتواند سیاست‌گذاران سیستم سلامت را در طراحی برنامه‌های ترویجی و نظارتی و مدیریتی جهت بهبود وضعیت رعایت اصول اخلاق پرستاری در جهت اعتلای حقوق بیماران رهنمون سازد. در حال حاضر پرستاری ایران آمادگی دارد با بکارگیری آیین اخلاق پرستاری و با آگاهی از کدهای اخلاق حرفه‌ای و مفاهیم اخلاقی مؤثر بر عملکرد بالینی پرستاران، مسیر حرفه‌ای‌شدن خود را هرچه پویاتر و پرنرژتری‌تر ببیند. در این مطالعه داده‌ها با روش خود گزارش‌دهی و با استفاده از پرسشنامه گردآوری شد که ممکن است نظرات واقعی واحدهای مورد پژوهش را به خوبی منعکس نکند و کاربرد یافته‌ها را تا حدی محدود سازد. توصیه می‌شود مطالعات مشابه با حجم نمونه بالاتر در کشور انجام شود که داده‌ها بیشتر مورد تأیید قرار گیرد یا در مطالعات کیفی عوامل مؤثر بر آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری بررسی گردد یا در مطالعات بزرگتر به طراحی و استانداردسازی ابزار سنجش آگاهی و عملکرد اخلاقی پرستاران با توجه به آیین اخلاق پرستاری ایران اقدام شود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشکده پرستاری و مامایی تبریز بوده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به مرحله اجرا درآمده

است. پژوهشگران، مراتب سپاس خود را به اساتید ارجمندی که با راهنمایی‌های خود در تمام مراحل پژوهش حضور داشتند، تقدیم می‌نمایند. همچنین، از تمامی پرستاران عزیز برای شرکت در این مطالعه، صمیمانه سپاسگزاری می‌کنند.

جدول ۱: ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی پرستاران با آگاهی آنان به آیین اخلاق

پرستاری ایران

آگاهی					طبقه بندی	متغیر
p	t	df	s	m		
۰/۳۲۸	-۰/۹۸۰	۳۴۳	۰/۰۹۱	۰/۸۵۷	مرد	جنس
			۰/۱۶۰	۰/۸۲۴	زن	
۰/۷۸۱	-	۲	۰/۱۷۳	۰/۸۲۳	مجرد	وضعیت تأهل
			۰/۱۵۰	۰/۸۲۷	متأهل	
			-	-	بیوه	
			۰/۰۵۸	۰/۸۷۸	مطلقه	
۰/۷۰۱	۰/۳۸۴	۳۴۳	۰/۱۵۷	۰/۸۲۷	کارشناسی	مدرک تحصیلی
			۰/۰۷۸	۰/۸۰۰	کارشناسی ارشد	
۰/۵۴۸	-۰/۶۰۱	۳۴۳	۰/۱۵۲	۰/۸۲۲	داخلی	بخش
			۰/۱۶۳	۰/۸۳۲	جراحی	
۰/۷۶۷	-۰/۲۹۷	۳۴۲	۰/۱۵۶	۰/۸۲۶	پرستار	پست سازمانی
			۰/۱۷۷	۰/۸۳۷	سرپرستار	
۰/۰۳۴	-	۲	۰/۲۱۶	۰/۷۷۸	صبحکار	شیفت کاری
			۰/۱۹۳	۰/۷۸۴	عصرکار	
			۰/۰۵۵	۰/۸۷۴	شبکار	
			۰/۱۳۷	۰/۸۳۸	در گردش	
۰/۵۵۸	۰/۵۸۷	۳۴۳	۰/۱۵۷	۰/۸۲۴	بلی	آموزش دانشگاهی
			۰/۱۵۷	۰/۸۳۶	خیر	
۰/۲۳۷	-۱/۱۸	۳۴۳	۰/۱۵۰	۰/۸۳۶	بلی	دوره های بازآموزی در طول استخدام
			۰/۱۶۴	۰/۸۱۶	خیر	
۰/۲۶۹	-۱/۱۰	۳۴۳	۰/۱۴۵	۰/۸۳۸	بلی	ابلاغ به صورت مدون
			۰/۱۶۴	۰/۸۱۹	خیر	
۰/۰۰۰	۴/۴۳	۳۴۳	۰/۲۳۸	۰/۷۰۸	بلی	سابقه شکایت
			۰/۱۴۲	۰/۸۳۸	خیر	
۰/۰۲۷	-۲/۲۲	۳۴۳	۰/۱۳۹	۰/۸۳۹	بلی	رضایت از حرفه
			۰/۱۸۷	۰/۷۹۹	خیر	

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان های آموزشی تبریز

سن	**	$p=0/940 \quad r=-0/004 \quad 32/91 \pm 7/219$
سابقه کار	**	$p=0/327r= -0/053 \quad 8/76 \pm 6/62$
** انحراف معیار \pm میانگین		

جدول ۱: ارتباط بین مشخصات فردی - اجتماعی پرستاران با عملکرد آنان به آیین اخلاق

پرستاری ایران

متغیر	طبقه بندی	عملکرد				
		P	t	df	s	m
جنس	مرد	0/253	-1/14	343	0/402	4/116
	زن				0/454	4/007
وضعیت تأهل	مجرد	0/850	-	2	0/388	3/99
	متاهل				0/480	4/02
	بیوه				-	-
	مطلقه				0/054	4/07
مدرک تحصیلی	کارشناسی	0/165	1/39	343	0/450	4/01
	کارشناسی ارشد				0/436	3/73
بخش	داخلی	0/028	-2/20	343	0/440	3/96
	جراحی				0/457	4/07
پست سازمانی	پرستار	0/142	-1/47	342	0/457	4/005
	سرپرستار				0/325	4/158
شیفت کاری	صبحکار	0/325	-	2	0/467	4/07
	عصرکار				0/465	3/82
	شبکار				0/390	4/13
	درگرددش				0/446	4
آموزش دانشگاهی	بلی	0/161	-1/40	343	0/458	4/03
	خیر				0/417	3/94
دوره های بازآموزی در طول استخدام	بلی	0/085	-1/72	343	0/439	4/05
	خیر				0/461	3/97
ابلاغ به صورت مدون	بلی	0/376	-0/887	343	0/465	4/04
	خیر				0/440	3/99

علیرضا مجمل اقدم، هادی حسینی، وحید زمانزاده، سعید خامنه، سارا مقدم

۰/۰۹۷	۱/۶۶	۳۴۳	۰/۴۲۹	۳/۸۸	بلی	سابقه شکایت
			۰/۴۵۱	۴/۰۲	خیر	
۰/۲۳۲	-۱/۱۹	۳۴۳	۰/۴۷۱	۴/۰۳	بلی	رضایت از حرفه
			۰/۴۰۳	۳/۹۷	خیر	
$p=0.023$ $t=0.123$ $32/91 \pm 7/219$					**	سن
$p=0.175$ $t=0.073$ $8/76 \pm 6/62$					**	سابقه کار
** انحراف معیار \pm میانگین						

جدول ۲: میزان آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران

میزان عملکرد				میزان آگاهی			
۱۱۹-۱۷۷	۶۰-۱۱۸	۰-۵۹	نمره عملکرد	۲۵-۳۶	۱۳-۲۴	۰-۱۲	نمره آگاهی
سطح اول	سطح دوم	سطح سوم	سطح عملکرد	سطح اول	سطح دوم	سطح سوم	سطح آگاهی
۳۱۷	۲۸	-	فراوانی	۲۹۸	۴۰	۷	فراوانی
۹۱/۹	۸/۱	-	درصد	۸۶/۴	۱۱/۶	۲	درصد
$2/91 \pm 0/273$			میانگین \pm انحراف معیار	$2/84 \pm 0/416$			میانگین \pm انحراف معیار

جدول ۳: توزیع فراوانی آگاهی پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران از دیدگاه خودشان

آگاهی	بیانیه‌های آیین اخلاق
-------	-----------------------

تعداد (درصد)		
جواب درست	جواب غلط	
۳۲۵ (۹۴/۲ درصد)	۲۰ (۵/۸ درصد)	۱- در جهت کاهش درد و پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه کوشش می‌کنم.
۳۲۲ (۹۳/۳ درصد)	۲۳ (۶/۷ درصد)	۲- مراقبت‌های پرستاری را با احترام به حقوق انسانی، ارزش‌های اجتماعی و اعتقادات دینی بیمار انجام می‌دهم.
۳۲۷ (۹۴/۸ درصد)	۱۸ (۵/۲ درصد)	۳- به گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل سالمندان، افراد دچار ناتوانی و معلولیت‌های جسمی توجه ویژه دارم.
۲۹۱ (۸۴/۳ درصد)	۵۴ (۱۵/۷ درصد)	۴- در بحران‌ها، حوادث طبیعی و همه‌گیری بیماری‌ها وظایف خود را با احتیاط لازم انجام می‌دهم.
۳۱۴ (۹۱ درصد)	۳۱ (۹ درصد)	۵- هنگام انجام مداخلات پرستاری و تصمیم‌گیری‌های بالینی، مسئولیت‌های اخلاقی را نیز در نظر می‌گیرم.
۳۲۹ (۹۵/۴ درصد)	۱۶ (۴/۶ درصد)	۶- در حد وظایف و اختیارات خود، در جهت فراهم آوردن محیطی ایمن و سالم برای بیمار کوشش می‌کنم.
۳۲۴ (۹۳/۹ درصد)	۲۱ (۶/۱ درصد)	۷- با حضور به موقع، انجام وظایف حرفه‌ای و ثبت مراقبت‌های انجام‌شده، امنیت بیمار را تأمین می‌کنم.
۲۹۲ (۸۴/۶ درصد)	۵۳ (۱۵/۴ درصد)	۸- بر اساس استانداردهای حرفه‌ای حاصل از نتایج تحقیقات معتبر بهترین مراقبت را به بیمار ارائه می‌دهم.
۳۱۷ (۹۱/۹ درصد)	۲۸ (۸/۱ درصد)	۹- تمام مداخلات پرستاری را با حفظ شأن انسانی و احترام به بیمار و خانواده او انجام می‌دهم.
۳۳۶ (۹۷/۴ درصد)	۸ (۲/۳ درصد)	۱۰- برای حفظ اسرار، رعایت حریم خصوصی، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه بیمار تلاش می‌کنم.
۲۹۶ (۸۵/۸ درصد)	۴۹ (۱۴/۲ درصد)	۱۱- با شناسایی و گزارش خطاهای حرفه‌ای خود و همکاران از بروز صدمات احتمالی به بیمار پیشگیری می‌کنم.
۲۸۷ (۸۳/۲ درصد)	۵۸ (۱۶/۸ درصد)	۱۲- در صورت خطا در مداخلات پرستاری، صادقانه به بیمار توضیح داده و صداقت و انصاف را رعایت می‌کنم.
۲۹۰ (۸۴/۱ درصد)	۵۵ (۱۵/۹ درصد)	۱۳- توانایی‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را حفظ کرده و ارتقا می‌دهم.
۲۸۵ (۸۲/۶ درصد)	۶۰ (۱۷/۴ درصد)	۱۴- در جهت حفظ صلاحیت حرفه‌ای، دانش و مهارت‌های خود را به روز نگه می‌دارم.
۲۹۹	۴۶	۱۵- دانش و توانایی مراقبت از بیمار، بدون نظارت مستقیم مسئولان

۱۳۲ / فصلنامه تاریخ پزشکی

سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان ۱۳۹۲

		را داشته و در برابر وظایف خود پاسخگو هستم.
۳۳	۳۱۲	۱۶- از پذیرش هرگونه هدیه یا امتیاز از بیمار یا بستگانش، پرهیز می‌کنم.
۶۴	۲۸۱	۱۷- خود را با ذکر نام، عنوان و نقش حرفه‌ای به بیمار معرفی می‌کنم.
۳۲	۳۱۳	۱۸- ارتباطی با اعتماد متقابل با بیمار برقرار نموده تا بتوانم نیازها و نگرانی‌هایش را درک کنم.
۳۶	۳۰۸	۱۹- قبل از انجام مداخلات پرستاری، اطلاعات کافی جهت قبول یا رد آگاهانه مداخلات، در اختیار بیمار قرار می‌دهم.
۳۴	۳۱۱	۲۰- در جهت توانمندسازی بیمار برای بهبود مراقبت از خود، هنگام ترخیص به وی و خانواده‌اش آموزش می‌دهم.
۱۰۵	۲۴۰	۲۱- در شرایط اورژانس خارج از محیط کار نیز به ارائه مراقبت از بیمار یا مصدوم می‌پردازم.
۴۲	۳۰۲	۲۲- از اطلاعات بیمار تنها برای اهداف مرتبط با سلامت (درمان، پژوهش) و در جهت منافع بیمار استفاده می‌کنم.
۳۶	۳۰۹	۲۳- جهت بی‌خطر بودن مداخلات پرستاری احتیاط لازم را به کار می‌گیرم و با همکاران نیز مشورت می‌کنم.
۴۳	۳۰۰	۲۴- هرگونه اعتراض و مشکل بیمار را به مسؤول بخش گزارش می‌دهم.
۳۵	۳۱۰	۲۵- از انجام اقداماتی که باعث زیرپا گذاشتن اصول اخلاقی و قانونی باشد حتی با درخواست بیمار، پرهیز می‌کنم.
۵۵	۲۹۰	۲۶- برای پذیرش واقعیت و برآورده کردن خواسته‌های بیمار در روزهای پایانی حیاتش همکاری می‌کنم.
۲۷	۳۱۸	۲۷- با سطوح مختلف حرفه‌ای، سایر پرستاران، اساتید و دانشجویان رفتاری توأم با احترام دارم.
۱۱۶	۲۲۹	۲۸- در صورت مواجهه با هر نوع چالش اخلاقی برای تصمیم‌گیری با کمیته اخلاق بیمارستان مشورت می‌کنم.
۲۷	۳۱۷	۲۹- در موارد استفاده از بیمار در آموزش دانشجویان، حقوق بیمار و ملاحظات اخلاقی را رعایت می‌کنم.
۲۹۳	۵۲	۳۰- از جایگاه حرفه‌ای خود جهت متقاعد کردن بیمار برای شرکت در تحقیق و آموزش دانشجویان استفاده می‌کنم.

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان‌های آموزشی تبریز

۷۰ (۲۰/۳ درصد)	۲۷۵ (۷۹/۷ درصد)	۳۱- در صورت عدم همکاری بیمار و خانواده او در آموزش دانشجویان، روند ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار نمی‌دهم.
۶۰ (۱۷/۴ درصد)	۲۸۴ (۸۲/۳ درصد)	۳۲- به عنوان پرستار بالینی برای ارتقای مهارت‌ها و ظرفیت‌های بالینی دانشجویان پرستاری تلاش می‌کنم.
۱۳۳ (۳۸/۶ درصد)	۲۱۲ (۶۱/۴ درصد)	۳۳- در مورد اهدای عضو بیمارانی که دچار مرگ مغزی یا زندگی نباتی شده‌اند، تصمیم‌گیری می‌کنم.
۱۴۱ (۴۰/۹ درصد)	۲۰۴ (۵۹/۱ درصد)	۳۴- در مورد کیفیت و کمیت ادامه حیات بیمارانی که در کما به سر می‌برند، تصمیم‌گیری می‌کنم.
۱۶۱ (۴۶/۷ درصد)	۱۸۳ (۵۳ درصد)	۳۵- پیش‌آگهی بیماری‌های بدخیم مانند سرطان را از بیمار یا خانواده او پنهان می‌کنم.

جدول ۳: توزیع فراوانی عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران از دیدگاه خودشان

عملکرد						بیانه‌های آیین اخلاق
تعداد (درصد)						
تجربه‌نکردم	هیچ‌وقت	به ندرت	گاهی	اغلب	همیشه	
۳ (۰/۹ درصد)	۳ (۰/۹ درصد)	-	۲۰ (۵/۸ درصد)	۱۳۶ (۳۹/۴ درصد)	۱۸۳ (۵۳ درصد)	۱- در جهت کاهش درد و پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت جامعه کوشش می‌کنم.
۲ (۰/۶ درصد)	۱ (۰/۳ درصد)	۳ (۰/۹ درصد)	۱۵ (۴/۳ درصد)	۱۲۶ (۳۶/۵ درصد)	۱۹۸ (۵۷/۴ درصد)	۲- مراقبت‌های پرستاری را با احترام به حقوق انسانی، ارزش‌های اجتماعی و اعتقادات دینی بیمار انجام می‌دهم.
۳ (۰/۹ درصد)	-	۴ (۱/۲ درصد)	۲۱ (۶/۱ درصد)	۱۲۶ (۳۶/۵ درصد)	۱۹۱ (۵۵/۴ درصد)	۳- به گروه‌های آسیب‌پذیر از قبیل سالمندان، افراد دچار ناتوانی و معلولیت‌های جسمی توجه ویژه دارم.
۱۷ (۴/۹ درصد)	۲ (۰/۶ درصد)	۵ (۱/۴ درصد)	۳۹ (۱۱/۳ درصد)	۱۴۱ (۴۰/۹ درصد)	۱۴۱ (۴۰/۹ درصد)	۴- در بحران‌ها، حوادث طبیعی و همه‌گیری بیماری‌ها وظایف خود را با احتیاط لازم انجام می‌دهم.
۶ (۱/۷ درصد)	-	۱ (۰/۳ درصد)	۲۶ (۷/۵ درصد)	۱۱۴ (۳۳ درصد)	۱۹۸ (۵۷/۴ درصد)	۵- هنگام انجام مداخلات پرستاری و تصمیم‌گیری‌های بالینی، مسؤولیت‌های اخلاقی را نیز در

۱۳۴ / فصلنامه تاریخ پزشکی

سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان ۱۳۹۲

نظر می گیرم.						
۴۰ ۱/۲ (درصد)	-	۴ ۱/۲ (درصد)	۲۲ ۶/۴ (درصد)	۱۲۲ ۳۵/۴ (درصد)	۱۹۳ ۵۵/۹ (درصد)	۶- در حد وظایف و اختیارات خود، در جهت فراهم آوردن محیطی ایمن و سالم برای بیمار کوشش می کنم.
۲ ۰/۶ (درصد)	-	۲ ۰/۶ (درصد)	۲۸ ۸/۱ (درصد)	۱۲۴ ۳۵/۹ (درصد)	۱۸۹ ۵۴/۸ (درصد)	۷- با حضور به موقع، انجام وظایف حرفه‌ای و ثبت مراقبت‌های انجام شده، امنیت بیمار را تأمین می کنم.
۷ (۲ درصد)	۱ ۰/۳ (درصد)	۴ ۱/۲ (درصد)	۳۲ ۹/۳ (درصد)	۱۵۹ ۴۶/۱ (درصد)	۱۴۲ ۴۱/۲ (درصد)	۸- بر اساس استانداردهای حرفه‌ای حاصل از نتایج تحقیقات معتبر بهترین مراقبت را به بیمار ارائه می دهم.
۳ ۰/۹ (درصد)	-	۳ ۰/۹ (درصد)	۲۰ ۵/۸ (درصد)	۱۲۴ ۳۵/۹ (درصد)	۱۹۵ ۵۶/۵ (درصد)	۹- تمام مداخلات پرستاری را با حفظ شأن انسانی و احترام به بیمار و خانواده او انجام می دهم.
-	-	۶ ۱/۷ (درصد)	۲۱ ۶/۱ (درصد)	۱۲۲ ۳۵/۴ (درصد)	۱۹۶ ۵۶/۸ (درصد)	۱۰- برای حفظ اسرار، رعایت حریم خصوصی، احترام به استقلال فردی و کسب رضایت آگاهانه بیمار تلاش می کنم.
۸ ۲/۳ (درصد)	۳ ۰/۹ (درصد)	۷ ۲ (درصد)	۳۹ ۱۱/۳ (درصد)	۱۲۵ ۳۶/۲ (درصد)	۱۶۳ ۴۷/۲ (درصد)	۱۱- با شناسایی و گزارش خطاهای حرفه‌ای خود و همکاران از بروز صدمات احتمالی به بیمار پیشگیری می کنم.
۹ ۲/۶ (درصد)	۵ ۱/۴ (درصد)	۱۲ ۳/۵ (درصد)	۴۱ ۱۱/۹ (درصد)	۱۱۷ ۳۳/۹ (درصد)	۱۶۱ ۴۶/۷ (درصد)	۱۲- در صورت خطا در مداخلات پرستاری، صادقانه به بیمار توضیح داده و صداقت و انصاف را رعایت می کنم.
۴ ۱/۲ (درصد)	۱ ۰/۳ (درصد)	۱۴ ۴/۱ (درصد)	۵۴ ۱۵/۷ (درصد)	۱۰۹ ۳۱/۶ (درصد)	۱۶۳ ۴۷/۲ (درصد)	۱۳- توانایی‌های جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی خود را حفظ کرده و ارتقا می دهم.
۶ ۱/۷ (درصد)	-	۱۶ ۴/۶ (درصد)	۶۷ ۱۹/۴ (درصد)	۱۲۰ ۳۴/۸ (درصد)	۱۳۶ ۳۹/۱ (درصد)	۱۴- در جهت حفظ صلاحیت حرفه‌ای، دانش و مهارت‌های خود را به روز نگه می دارم.
۷	-	۸	۲۹	۱۲۳	۱۷۸	۱۵- دانش و توانایی مراقبت از

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان‌های آموزشی تبریز

بیمار، بدون نظارت مستقیم مسؤلان را داشته و در برابر وظایف خود پاسخگو هستم.	۵۱/۶ (درصد)	۳۵/۷ (درصد)	۸/۴ (درصد)	۲/۳ (درصد)		(۲ درصد)
۱۶- از پذیرش هرگونه هدیه یا امتیاز از بیمار یا بستگانش، پرهیز می‌کنم.	۲۳۷ (درصد)	۶۸ (درصد)	۱۶ (درصد)	۱۰ (درصد)	۹ (درصد)	۵ (درصد)
۱۷- خود را با ذکر نام، عنوان و نقش حرفه‌ای به بیمار معرفی می‌کنم.	۱۲۹ (درصد)	۹۲ (درصد)	۵۰ (درصد)	۵۳ (درصد)	۹ (درصد)	۱۲ (درصد)
۱۸- ارتباطی با اعتماد متقابل با بیمار برقرار نموده تا بتوانم نیازها و نگرانی‌هایش را درک کنم.	۱۶۷ (درصد)	۱۰۹ (درصد)	۴۲ (درصد)	۱۸ (درصد)	۱ (درصد)	۸ (درصد)
۱۹- قبل از انجام مداخلات پرستاری، اطلاعات کافی جهت قبول یا رد آگاهانه مداخلات، در اختیار بیمار قرار می‌دهم.	۱۴۱ (درصد)	۱۲۴ (درصد)	۳۹ (درصد)	۳۷ (درصد)	-	۴ (درصد)
۲۰- در جهت توانمندسازی بیمار برای بهبود مراقبت از خود، هنگام ترخیص به وی و خانواده‌اش آموزش می‌دهم.	۱۴۴ (درصد)	۱۱۷ (درصد)	۴۵ (درصد)	۳۴ (درصد)	۱ (درصد)	۴ (درصد)
۲۱- در شرایط اورژانس خارج از محیط کار نیز به ارائه مراقبت از بیمار یا مصدوم می‌پردازم.	۷۵ (درصد)	۹۷ (درصد)	۹۰ (درصد)	۵۸ (درصد)	۹ (درصد)	۱۶ (درصد)
۲۲- از اطلاعات بیمار تنها برای اهداف مرتبط با سلامت (درمان، پژوهش) و در جهت منافع بیمار استفاده می‌کنم.	۱۷۱ (درصد)	۱۱۰ (درصد)	۳۸ (درصد)	۱۱ (درصد)	۱ (درصد)	۱۴ (درصد)
۲۳- جهت بی‌خطر بودن مداخلات پرستاری احتیاط لازم را به کار می‌گیرم و با همکاران نیز مشورت می‌کنم.	۱۸۲ (درصد)	۱۱۵ (درصد)	۲۹ (درصد)	۱۲ (درصد)	-	۷ (درصد)
۲۴- هرگونه اعتراض و مشکل بیمار را به مسؤل بخش گزارش می‌دهم.	۱۹۴ (درصد)	۱۱۳ (درصد)	۲۷ (درصد)	۲ (درصد)	۳ (درصد)	۶ (درصد)
۲۵- از انجام اقداماتی که باعث	۲۱۸ (درصد)	۸۴ (درصد)	۲۵ (درصد)	۶ (درصد)	۴ (درصد)	۸ (درصد)

۱۳۶ / فصلنامه تاریخ پزشکی

سال پنجم، شماره هفدهم، زمستان ۱۳۹۲

۲/۳) (درصد)	۱/۲) (درصد)	۱/۷) (درصد)	۷/۲) (درصد)	۲۴/۳) (درصد)	۶۳/۲) (درصد)	زیرپا گذاشتن اصول اخلاقی و قانونی باشد حتی با درخواست بیمار، پرهیز می‌کنم.
۱۱ ۳/۲) (درصد)	۲ ۰/۶) (درصد)	۶ ۱/۷) (درصد)	۳۳ ۹/۶) (درصد)	۱۲۱ ۳۵/۱) (درصد)	۱۷۲ ۴۹/۹) (درصد)	۲۶- برای پذیرش واقعیت و برآورده کردن خواسته‌های بیمار در روزهای پایانی حیاتش همکاری می‌کنم.
۷ (۲ درصد)	-	۵ ۱/۴) (درصد)	۱۷ ۴/۹) (درصد)	۸۷ ۲۵/۲) (درصد)	۲۲۹ ۶۶/۴) (درصد)	۲۷- با سطوح مختلف حرفه‌ای، سایر پرستاران، اساتید و دانشجویان رفتاری توأم با احترام دارم.
۴۳ ۱۲/۵) (درصد)	۲۱ ۶/۱) (درصد)	۲۴ ۷) (درصد)	۵۱ ۱۴/۸) (درصد)	۸۷ ۲۵/۲) (درصد)	۱۱۹ ۳۴/۵) (درصد)	۲۸- در صورت مواجهه با هر نوع چالش اخلاقی برای تصمیم‌گیری با کمیته اخلاق بیمارستان مشورت می‌کنم.
۹ ۲/۶) (درصد)	۳۰ ۰/۹) (درصد)	۶ ۱/۷) (درصد)	۳۴ ۹/۹) (درصد)	۹۵ ۲۷/۵) (درصد)	۱۹۸ ۵۷/۴) (درصد)	۲۹- در موارد استفاده از بیمار در آموزش دانشجویان، حقوق بیمار و ملاحظات اخلاقی را رعایت می‌کنم.
۲۸ ۸/۱) (درصد)	۱۲۸ ۳۷/۱) (درصد)	۹۴ ۲۷/۲) (درصد)	۵۴ ۱۵/۷) (درصد)	۲۱ ۶/۱) (درصد)	۲۰ ۵/۸) (درصد)	۳۰- از جایگاه حرفه‌ای خود جهت متقاعد کردن بیمار برای شرکت در تحقیق و آموزش دانشجویان استفاده می‌کنم.
۳۱ (۹ درصد)	۹ ۲/۶) (درصد)	۱۰ ۲/۹) (درصد)	۲۸ ۸/۱) (درصد)	۸۰ ۲۳/۲) (درصد)	۱۸۷ ۵۴/۲) (درصد)	۳۱- در صورت عدم همکاری بیمار و خانواده او در آموزش دانشجویان، روند ارائه خدمات را تحت تأثیر قرار نمی‌دهم.
۱۹ ۵/۵) (درصد)	۳ ۰/۹) (درصد)	۱۱ ۳/۲) (درصد)	۴۴ ۱۲/۸) (درصد)	۱۱۰ ۳۱/۹) (درصد)	۱۵۸ ۴۵/۸) (درصد)	۳۲- به عنوان پرستار بالینی برای ارتقای مهارت‌ها و ظرفیت‌های بالینی دانشجویان پرستاری تلاش می‌کنم.
۶۵ ۱۸/۸) (درصد)	۵۲ ۱۵/۱) (درصد)	۳۶ ۱۰/۴) (درصد)	۲۲ ۶/۴) (درصد)	۴۱ ۱۱/۹) (درصد)	۱۲۹ ۳۷/۴) (درصد)	۳۳- در مورد اهدای عضو بیمارانی که دچار مرگ مغزی یا زندگی نباتی شده‌اند، تصمیم‌گیری می‌کنم.
۵۹	۵۰	۴۴	۲۲	۳۸	۱۳۲	۳۴- در مورد کیفیت و کمیت

بررسی آگاهی و عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری ایران در بیمارستان‌های آموزشی تبریز

۱۷/۱) (درصد)	۱۴/۵) (درصد)	۱۲/۸) (درصد)	۶/۴) (درصد)	۱۱) (درصد)	۳۸/۳) (درصد)	ادامه حیات بیمارانی که در کما به سر می‌برند، تصمیم‌گیری می‌کنم.
۷۱	۵۴	۵۷	۴۰	۳۵	۸۸	۳۵- پیش‌آگهی بیماری‌های بدخیم
۲۰/۶) (درصد)	۱۵/۷) (درصد)	۱۶/۵) (درصد)	۱۱/۶) (درصد)	۱۰/۱) (درصد)	۲۵/۵) (درصد)	مانند سرطان را از بیمار یا خانواده او پنهان می‌کنم.

فهرست منابع

منابع فارسی:

- ابراهیمی، حسین. یادآور نیکروش، منصوره. اسکویی، سیده فاطمه. احمدی، فضل‌اله. (۱۳۸۶ ش.). استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*. دوره چهاردهم، شماره پنجاه و چهارم، صص ۲۱-۵.
- تفاق، محمدرضا. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا. مهران، عباس. دین‌محمدی، ناصر. (۱۳۸۳ ش.). بررسی میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای در اجرای دستورات دارویی توسط پرستاران. *فصلنامه حیات*. دوره دهم، شماره بیست و سوم، صص ۷۷-۸۵.
- جولایی، سودابه. بخشنده، بابک. محمدابراهیم، مینا. عسگرزاده، مژگان. واشقانی فراهانی، علی. شریعت، اسماعیل. علوی لواسانی، فیروزه. معلمی، هما. قاسمی‌نژاد، زهرا. (۱۳۸۹ ش.). کدهای اخلاق پرستاری در ایران: گزارش بخشی از یک مطالعه اقدام پژوهی. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. دوره سوم، شماره دوم، صص ۴۵-۵۳.
- حبیب‌زاده، حسین. احمدی، فضل‌اله. ونکی، زهره. (۱۳۸۹ ش.). اخلاقیات در عملکرد حرفه‌ای پرستاران. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. دوره سوم، شماره پنجم، صص ۲۶-۳۶.
- دهقانی، علی. محمدخان کرمانشاهی، سیما. (۱۳۹۱ ش.). میزان رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای در عملکرد پرستاری از دیدگاه کارکنان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران، مراقبت‌های نوین. *فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. دوره نهم، شماره سوم، صص ۱۴-۲۰۶.
- سنجری، مهناز. زاهدی، فرزانه. اعلاء، مریم. پیمانی، مریم. پارساپور، علیرضا. آرامش، کیارش. سیدباقر مداح، سادات. چراغی، محمدعلی. میرزاییگی، غضنفر. لاریجانی، باقر. (۱۳۹۰ ش.). آیین اخلاق پرستاری ایران. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. دوره پنجم، شماره اول، صص ۱۷-۲۸.
- مردانی هموله، مرجان. شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۸ ش.). بررسی موانع گزارش خطا از دیدگاه پرستاران. *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*. دوره دوم، شماره چهارم، صص ۵۵-۶۱.

منابع انگلیسی:

- Adams, D. Miller, BK. (2001). Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *J Prof Nurse*. 17(4): 203-10.
- Baillie, L. Ford, P. Gallagher, A. Wainwright, P. (2009). Nurses, views on dignity in care. *Nurse Older People*. 21 (8): 22-9.
- Butts, JB. Rich, K. (2005). Nursing ethics: Across the Curriculum and into Practice. *Jones & Bartlett Learning*. 146-9.
- Chinn, PL. Kramer, MK. (1999). *Theory and nursing: integrated knowledge development*. 5-29.
- Chiou Few, L. Meei Shio, L. Hsien-Hsien, C. Chun Chih, C. (2007). Using a Citizen Consensus Conference to Revise the Code of Ethics for Nurses in Taiwan. *J Nurse Scholars*. 39(1): 95-101.
- Dinc, L. Gorgulu, RS. (2002). Teaching ethics in nursing. *Nurse Ethics*. 9 (3): 259-68.
- Donkor, NT. Andrews, LD. (2011). Ethics, culture and nursing practice in Ghana. *INT Nurse Rev*. 58 (1): 109-14.
- Gastmans, C. Verpeet, E. (2006). 30th anniversary commentary on Esterhuizen: Is the professional code still the cornerstone of clinical nursing practice? *Journal of Advanced Nursing*. 53 (1): 111-2.
- Grady, C. Danis, ML. 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? *AMJ Bioeth*. 8 (4): 4-11.
- Hariharan, S. Jonnalagadda, R. Walrond, E. Moseley, H. (2006). Knowledge, attitudes and practice of healthcare ethics and law among doctors and nurses in Barbados. *BMC Med Ethics*. 7 (7): 230-9.
- Johnstone, MJ. Kanitsaki, O. (2006). The ethics and practical importance of defining, istinguishing and disclosing nursing errors: a discussion paper. *INT J Nurse Stud*. 43 (3): 367-76.
- Malmsten, K. (1999). Reflective assent in basic care. Sweden: Elanders Gotab
 McDaniel C. (1998). Enhancing nurses' ethical practice: development of a clinical ethics program. *Nurse Clin North Am*. 33 (2): 299-311.

Numminen, OH. Leino-Kilpi, H. Van der Arend, A. Katajisto, J. (2010).
Nurse educators' teaching of codes of ethics. *Nurse Education Today*.
30 (2): 124-31.

یادداشت شناسه مؤلفان

علیرضا محجل اقدم: عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران.

هادی حسنخانی: استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تبریز، تبریز، ایران.

وحید زمانزاده: دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تبریز، تبریز، ایران.

سعید خامنه: استاد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز، تبریز،
ایران.

سارا مقدم: دانشجوی کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)
پست الکترونیک: sm.nursing@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۹