

## حساسیت اخلاقی و ارتباط آن با مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی بیمارستان‌های آموزشی درمانی

الهام امیری\* حسین ابراهیمی\* مریم وحیدی\* محمد اصغری جعفرآبادی\*\* حسین نامدار ارشنتاب\*

### چکیده

نوع مقاله:

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** حساسیت اخلاقی دارای ابعاد مختلفی شامل وجود احساسات فردی، توانایی‌های علمی، توان استدلال و تصمیم‌گیری است که برای دستیابی به آن وجود برخی ویژگی‌های فردی و آمادگی‌های آموزشی ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین حساسیت اخلاقی و ارتباط آن با مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی انجام یافته است.

**روش بررسی:** این مطالعه توصیفی همبستگی با مشارکت ۱۹۸ پرستار در بخش‌های داخلی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۵ انجام یافت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها فرم مشخصات فردی و شغلی و پرسشنامه حساسیت اخلاقی (MSQ) بود. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های  $t$ -test، ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میانگین حساسیت اخلاقی پرستاران  $48 \pm 8/4$  (از ۷) بود. بیش‌ترین نمره حساسیت اخلاقی در ابعاد «آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی» و «تبعیت از قوانین» و کم‌ترین نمره در ابعاد «احترام به استقلال مددجو» و «تجربه کشمکش‌های اخلاقی» بود. سن پرستاران با ابعاد «احترام به استقلال مددجو» ( $p=0/008$ ) و «تبعیت از قوانین» ( $p=0/034$ ) ارتباط معنادار و معکوس داشت. همچنین بین بعد «تبعیت از قوانین» با سابقه کار، ارتباط معنادار و معکوس وجود داشت ( $p=0/009$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به کسب نمره پایین در بعد «احترام به استقلال مددجو» در مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود تا در آموزش ضمن خدمت و همچنین در تدوین برنامه‌های آموزشی پرستاری، مراقبت مددجو محور و تأکید بر استقلال بیماران مورد توجه قرار گیرد.

نویسنده مسؤل:

حسین ابراهیمی؛

دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم

پزشکی تبریز

e-mail:

Ebrahimih@tbzmed.

ac.ir

**واژه‌های کلیدی:** حساسیت اخلاقی، پرستاران، اخلاق حرفه‌ای

- دریافت مقاله: مهر ماه ۱۳۹۶ - پذیرش مقاله: آذر ماه ۱۳۹۶ - انتشار الکترونیک مقاله: ۹۶/۱۰/۴

### مقدمه

ملاحظات درمانی حایز اهمیت است. اگرچه اهمیت این موضوع با تدوین کدهای اخلاقی نشان داده شده است، اما صرف آگاهی افراد از کدهای اخلاقی، عمل به آن‌ها را تضمین نمی‌کند و لازم است افراد از حساسیت کافی جهت به‌کارگیری این کدها برخوردار باشند (۲ و ۳). مسایلی از قبیل افزایش استفاده از مداخلات فن‌آورانه و دارویی در مراقبت از بیمار (۴)،

تحولات کنونی دنیا دارای ویژگی‌هایی است که نیاز به داشتن رویکرد اخلاقی را در همه حرفه‌های مرتبط با پزشکی، اجتناب‌ناپذیر می‌کند (۱). در پرستاری نیز به عنوان یکی از حرفه‌های مرتبط با پزشکی، اخلاق مراقبتی بیش‌تر از

\* گروه آموزشی روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
\*\* گروه آموزشی آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران؛ مرکز تحقیقات پیشگیری از مصلومیت‌های ترافیکی جاده‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

افزایش هزینه‌های درمانی و تعداد مددجویان، تغییر در مفاهیم پرستاری و نیازهای بهداشتی (۵)، افزایش تعداد سالمندان و مراقبت‌های پایان عمر (۶)، خودداری مددجو از ادامه درمان و محدود شدن استقلال مددجو در درمان تنها چند نمونه از موقعیت‌هایی هستند که به طور مداوم در حرفه پزشکی و پرستاری رخ می‌دهند (۷) و لازم است پرستاران در مورد اولویت‌های کاری‌شان در این شرایط تصمیم‌گیری نمایند. بدین منظور داشتن توانمندی و شایستگی کافی برای برخورد با کشمکش‌های اخلاقی و حل آن در شرایط فوق و در نتیجه ارایه مراقبت‌های پرستاری با کیفیت از نظر اخلاقی لازم و ضروری است (۴). مطالعات نشان می‌دهد پرستارانی که در حل معضلات اخلاقی توانایی کم‌تری دارند، دچار دیسترس اخلاقی بیش‌تری می‌شوند (۸) که این دیسترس اخلاقی به نوبه خود می‌تواند بیماران را تحت تأثیر قرار دهد و باعث افت کیفیت مراقبت و مشکلات فراوان همانند افزایش تعداد روزهای بستری بیماران در بیمارستان و ارایه مراقبت‌های ناکافی و نامناسب شود (۹).

متأسفانه مطالعات نشان می‌دهد که پرستاران آمادگی کافی برای این نوع تصمیم‌گیری‌ها و حل معضلات اخلاقی ندارند. برای نمونه مطالعه Basak و همکاران در کشور ترکیه نشان داد که ۶۷٪ پرستاران در بخش‌های ویژه با مسایل اخلاقی مواجه هستند و ۳۵٪ آنان قادر به حل مشکلات اخلاقی نیستند (۱۰). برای تصمیم‌گیری و حل این معضلات اخلاقی، داشتن حساسیت اخلاقی در پرستاران خیلی مهم است (۱۱). حساسیت اخلاقی، با حساس کردن پرستاران در مواجهه

با موضوعات اخلاقی در محیط حرفه‌ای (۱۲)، باعث بالا رفتن قدرت تشخیص مشکلات اخلاقی، بهبود توانایی در تصمیم‌گیری اخلاقی و منجر به کسب مهارت حل مسأله در دو راهی‌های اخلاقی می‌شود (۱۳). طبق الگوی چهار مؤلفه‌ای Rest و همکاران که شامل حساسیت اخلاقی، استدلال اخلاقی، انگیزه اخلاقی و ویژگی‌های اخلاقی می‌باشد، حساسیت اخلاقی یکی از اصلی‌ترین معیارها برای تحقق یک عمل اخلاقی است (۱۴).

حساسیت اخلاقی می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار گیرد، از قبیل جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار و سطح تحصیلات. در خصوص عوامل مرتبط با حساسیت اخلاقی، نتایج ضد و نقیضی وجود دارد. به طوری که نتایج مطالعه Lutzen و همکاران نشان داد که جنس، سن، سابقه کاری و محل خدمت پرستاران بر حساسیت اخلاقی تأثیر می‌گذارد و حساسیت اخلاقی زنان بیش‌تر از مردان بوده است، ولی مردان کشمکش و مشکلات اخلاقی کم‌تری در کارهای روزانه خود داشته‌اند (۱۵). در حالی که در مطالعه عباس‌زاده و همکاران، بین سن، جنس و سابقه کار با حساسیت اخلاقی رابطه آماری معناداری وجود نداشت، ولی بین تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی و سابقه کار ارتباط آماری معکوس و معناداری وجود داشت (۱۶). در مطالعه ایزدی و همکاران نیز، بین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران و ابعاد آن با سن، تأهل و سابقه کار رابطه معناداری وجود نداشت (۱۷).

به نظر می‌رسد که مطالعات انجام یافته در این زمینه هنوز نتوانسته‌اند ابعاد مختلف این موضوع را به خوبی نشان دهند؛ وجود تضاد در

مطالعات قبلی، ماهیت متفاوت بخش‌ها، به خصوص ماهیت مزمن بیماری‌ها و پیامدهای منفی بیش‌تر در بخش‌های داخلی در مقایسه با بخش‌های جراحی مثل بستری‌های طولانی مدت و عوارض مرتبط با آن (۱۸) و وجود رابطه میان محیط حرفه‌ای بالینی و حساسیت اخلاقی پرستاران، لزوم انجام مطالعات بیش‌تر را نشان می‌دهد (۱۹). همچنین، وجود مطالعات محدود درباره حساسیت اخلاقی پرستاران در بخش‌های داخلی در جستجوی منابع و نقش آن در تصمیم‌گیری مناسب پرستاران، ضرورت تمرکز مطالعات بر آن را بیش‌تر می‌کند. از سوی دیگر، شناسایی عوامل مؤثر بر حساسیت اخلاقی پرستاران می‌تواند در تدوین راهکارهای مناسب جهت ارتقای حساسیت اخلاقی مفید باشد. این مطالعه با هدف تعیین حساسیت اخلاقی و ارتباط آن با مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی انجام یافته است.

### روش بررسی

این مطالعه، یک پژوهش مقطعی به روش توصیفی تحلیلی است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (بیمارستان‌های امام رضا، رازی، سینا و شهید مدنی) در سال ۱۳۹۵ بود. به علت محدود بودن جمعیت پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی تبریز از روش سرشماری استفاده شد و تمام ۱۹۸ پرستار شاغل دارای معیارهای ورود در این بخش‌ها مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود شامل مدرک تحصیلی حداقل لیسانس، حداقل شش ماه

سابقه کار بالینی و مسئولیت مراقبت مستقیم از بیماران بود. لازم به توضیح است که سرپرستاران جزء نمونه‌های پژوهش نبودند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، شامل فرم مشخصات فردی و شغلی و پرسشنامه MSQ (Moral Sensitivity Questionnaire) بود. فرم مشخصات فردی و شغلی شامل جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار، وضعیت استخدام، سطح تحصیلات و نوبت کاری بود. پرسشنامه حساسیت اخلاقی (MSQ) که توسط Lutzen و Nordin در سوئد تدوین شده (۲۰) و در کشورهای مختلف از جمله ایران به کار گرفته شده است (۱۷ و ۱۵)، دارای ۲۸ سؤال است که وضعیت حساسیت اخلاقی پرستاران را در هنگام ارائه خدمات بالینی اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌ها با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافق (۷) تا کاملاً مخالف (۱) نمره‌دهی می‌شود. دامنه نمره کلی پرسشنامه ۱۹۶-۲۸ است. این پرسشنامه دارای ۶ بعد است که شامل احترام به استقلال مددجو (سؤالات ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۵) با دامنه نمرات ۲۸-۴، آگاهی از ارتباطات بین فردی (سؤالات ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۶) با دامنه نمرات ۴۲-۶، تبعیت از قوانین (سؤالات ۱۶، ۲۴ و ۲۸) با دامنه نمرات ۲۱-۳، تجربه کشمکش‌های اخلاقی (سؤالات ۱۱، ۱۹ و ۲۱) با دامنه نمرات ۲۱-۳، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی (سؤالات ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲ و ۳۳) با دامنه نمرات ۴۲-۶ و خیرخواهی (سؤالات ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷) با دامنه نمرات ۴۹-۷ می‌باشد. در این مطالعه، برای محاسبه شدت حساسیت اخلاقی پرستاران براساس صدک‌های ۳۳ و ۶۶، دامنه نمره کلی پرسشنامه به سه قسمت تقسیم شد. به طوری

که دامنه نمرات ۸۴-۲۸ به عنوان حساسیت اخلاقی پایین، ۱۴۱-۸۵ به عنوان حساسیت اخلاقی متوسط و ۱۹۸-۱۴۲ به عنوان حساسیت اخلاقی بالا در نظر گرفته شد. روایی این پرسشنامه در ایران توسط حسن‌پور و همکاران در کرمان بررسی و تأیید شده است. همچنین ضریب پایایی آن  $0/۸۳$  محاسبه شده است (۲۱). با این حال، در مطالعه حاضر جهت انجام روایی صوری و محتوایی، پرسشنامه در اختیار ۱۰ تن از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز قرار گرفت و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال گردید. همچنین، برای ارزیابی پایایی پرسشنامه، پس از گردآوری داده‌ها از ۲۰ پرستار به روش نمونه‌گیری تصادفی نسبتی از جمعیت کل پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی، همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ  $0/۷$  محاسبه شد.

پژوهشگر پس از کسب اجازه از ریاست محترم بیمارستان‌ها و مسؤولان بخش‌های درمانی، در نوبت‌های کاری صبح، عصر و شب در محل کار پرستاران حاضر می‌شد. پرستاران از نظر معیارهای ورود بررسی شده و در صورت احراز شرایط ورود به مطالعه پرسشنامه در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت تا تکمیل نمایند. داده‌ها در طول مدت ۳ ماه از تیر تا شهریور ۱۳۹۵ گردآوری شد. از ۲۰۶ پرسشنامه تکمیل شده، ۸ پرسشنامه به دلیل ناقص بودن کنار گذاشته شد و تحلیل نهایی در مورد ۱۹۸ پرسشنامه انجام گرفت.

مطالعه حاضر بخشی از مطالعه طرح تحقیقاتی با عنوان «حساسیت اخلاقی پرستاران و ارتباط آن با کیفیت مراقبت‌ها و رضایت

بیماران در مراکز آموزشی درمانی تبریز، سال ۹۵» می‌باشد که توسط کمیته منطقه‌ای اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز (IR.Tbzed.Rec.1395.224) به تصویب رسیده است. به مشارکت‌کنندگان توضیحات کاملی در ارتباط با اهداف، روش پژوهش، محرمانه ماندن اطلاعات و نحوه تکمیل پرسشنامه داده شد و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی از پرستاران کسب می‌گردید و یادآوری شد که مشارکت و یا عدم مشارکت آن‌ها در مطالعه ارزشیابی شغلی آن‌ها تأثیری نخواهد داشت.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۳ تجزیه و تحلیل شد. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگراف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع داده‌ها تأیید گردید. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی) و آزمون‌های  $t$ -test، ضریب همبستگی پیرسون، ANOVA با سطح معناداری  $p < 0/05$  تجزیه و تحلیل شد.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر نمونه نهایی پژوهش شامل ۱۹۸ پرستار شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی تبریز بودند و افت نمونه  $۳/۸۸\%$  محاسبه شد. میانگین سن پرستاران  $۳۱/۱۹ \pm ۵/۸۹$  و سابقه کار  $۶/۵۹ \pm ۵/۱۸$  بود. جدول شماره ۱ اطلاعات تفصیلی در مورد ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران را نشان می‌دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که نیم درصد پرستاران حساسیت اخلاقی کم، ۶۶/۷٪ حساسیت اخلاقی متوسط و ۳۲/۸٪ حساسیت اخلاقی بالا دارند. بیش‌ترین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در ابعاد «آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی» و «تبعیت از قوانین» و کم‌ترین نمره در ابعاد «احترام به استقلال مددجو» و «تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی» بود. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار حساسیت اخلاقی پرستاران و ابعاد آن را نشان می‌دهد.

با استفاده از آزمون‌های *t-test*، ضریب همبستگی پیرسون و ANOVA مشخص شد که نمره کل حساسیت اخلاقی پرستاران با جنس ( $p=0/7$ )، وضعیت تأهل ( $p=0/6$ )، سطح تحصیلات ( $p=0/8$ )، نوبت کاری ( $p=0/1$ )، وضعیت استخدامی ( $p=0/8$ )، سابقه کار ( $p=0/5$ ) و سن ( $p=0/3$ ) ارتباط آماری معناداری ندارد. جدول شماره ۳ ارتباط نمره ابعاد حساسیت اخلاقی را با ویژگی‌های فردی و شغلی پرستاران به طور مفصل نشان می‌دهد.

جدول ۱- مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی تبریز در سال ۱۳۹۵

میانگین $\pm$ انحراف معیار	مشخصات	
تعداد(درصد)	مرد	جنس
۷(۳/۵)		
۱۹۱(۹۶/۵)	زن	تحصیلات
۱۹۲(۹۷/۵)		
۵(۲/۵)	لیسانس	وضعیت تأهل
۷۵(۳۶/۱)	فوق لیسانس	
۱۲۲(۶۱/۹)	مجرد	وضعیت اشتغال
۹۸(۵۰/۳)	متأهل	
۶۵(۳۳/۳)	رسمی	بومی و غیربومی بودن
۳۲(۱۶/۴)	طرحی	
۱۴۲(۷۲/۱)	قراردادی	بومی و غیربومی بودن
۵۵(۲۷/۹)	یومی	
	غیربومی	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد مختلف حساسیت اخلاقی در پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی

درمانی تبریز در سال ۱۳۹۵

فاصله اطمینان ۹۵٪	میانگین $\pm$ انحراف معیار*	نمره حساسیت اخلاقی پرستاران (MSQ)
۴/۲۰	۴/۳۱ $\pm$ ۰/۷۹	احترام به استقلال مددجو
۵/۳۵	۵/۴۵ $\pm$ ۰/۷۳	آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار
۵/۰۲	۵/۱۵ $\pm$ ۰/۹۳	تبعیت از قوانین
۳/۴۶	۳/۶۱ $\pm$ ۱/۰۶	تجربه کشمکش‌های اخلاقی
۴/۳۳	۴/۴۰ $\pm$ ۰/۵۲	به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی
۴/۷۲	۴/۸۱ $\pm$ ۰/۶۷	خیرخواهی
۲/۹۳	۴/۸۴ $\pm$ ۰/۴۸	نمره کل حساسیت اخلاقی

با استفاده از نرم‌افزار SPSS نمره هر فرد در هر بعد، تقسیم بر تعداد سؤالات آن بعد شده است.

**جدول ۳- مقایسه تفاوت میانگین حساسیت اخلاقی و ابعاد آن برحسب مشخصات فردی و شغلی پرستاران شاغل در بخش‌های داخلی مراکز آموزشی درمانی تبریز در سال ۱۳۹۵**

تبیین از قوانین		آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار		احترام به استقلال مددجو		ابعاد	
شاخص‌های آماری	M±SD	شاخص‌های آماری	M±SD	شاخص‌های آماری	M±SD	متغیرهای فردی و شغلی	
$t=1/98$ $* p=0/04$	15/05±2/77 12/42±2/99	$t=-0/59$ $p=0/55$	22/70±4/44 22/71±3/09	$t=1/42$ $p=0/15$	17/20±2/18 15/57±2/07	زن مرد	جنس
$t=-0/07$ $p=0/9$	15/00±2/79 15/70±2/04	$t=-0/2/0$ $p=0/9$	22/74±4/41 22/80±4/54	$t=-0/108$ $p=0/91$	17/24±2/16 17/40±2/84	لیسانس فوق لیسانس	تحصیلات
$t=1/42$ $p=0/15$	15/26±2/05 15/61±2/66	$t=1/42$ $p=0/15$	22/52±4/72 22/88±4/21	$t=0/71$ $p=0/52$	17/42±2/72 17/12±2/79	مجرد متاهل	وضعیت تأهل
$f=2/2$ $* p=0/04$	15/06±2/74 16/18±2/62 15/50±2/15	$f=1/21$ $p=0/27$	22/56±4/28 22/55±4/45 22/91±2/92	$f=1/46$ $p=0/15$	17/16±2/06 17/76±2/99 16/65±2/78	رسمی طرحی قراردادی	وضعیت اشتغال
$f=2/1$ $p=0/11$	16/02±2/52 15/10±2/66 15/20±2/21	$f=0/51$ $p=0/6$	22/02±4/31 22/80±2/77 22/19±5/45	$f=1/9$ $p=0/14$	17/85±2/91 17/00±2/19 16/82±2/48	صبح عصر شب	نوبت کاری
$r=-0/18$ $* p=0/009$	15/47±2/80	$r=0/00$ $p=0/9$	22/74±4/39	$r=-0/11$ $p=0/11$	17/24±2/16		سابقه کار
$r=-0/15$ $* p=0/03$	15/47±2/80	$r=0/01$ $p=0/88$	22/74±4/39	$r=-0/19$ $* p=0/008$	17/24±2/16		سن
خبرخواهی		کاربرد اخلاق		تجربه کشمکش‌های اخلاقی		ابعاد	
شاخص‌های آماری	M±SD	شاخص‌های آماری	M±SD	شاخص‌های آماری	M±SD	متغیرهای فردی و شغلی	
$t=-0/22$ $p=0/81$	22/72±4/71 24/14±4/74	$t=-0/61$ $p=0/54$	26/40±2/18 27/14±2/11	$t=0/59$ $p=0/55$	10/86±2/19 10/14±2/91	زن مرد	جنس
$t=0/15$ $p=0/8$	22/78±4/63 22/46±7/14	$t=-0/9$ $p=0/3$	26/29±2/17 27/80±1/92	$t=0/2$ $p=0/7$	10/88±2/18 10/40±1/81	لیسانس فوق لیسانس	تحصیلات
$t=1/42$ $p=0/15$	22/42±4/88 22/94±4/61	$t=1/42$ $p=0/15$	26/51±2/70 26/29±2/41	$t=1/42$ $p=0/15$	10/70±2/55 10/92±2/95	مجرد متاهل	وضعیت تأهل
$f=0/65$ $p=0/52$	24/16±4/52 22/27±4/40 22/45±5/70	$f=0/09$ $p=0/91$	26/50±2/40 26/28±2/86 26/41±2/06	$f=1/42$ $p=0/24$	10/74±2/25 11/40±2/92 10/46±2/29	رسمی طرحی قراردادی	وضعیت اشتغال
$f=0/45$ $p=0/6$	24/12±4/28 22/62±4/62 22/24±5/14	$f=0/22$ $p=0/7$	26/64±2/12 26/22±2/07 26/18±2/42	$f=0/7$ $p=0/4$	11/14±2/49 10/91±2/49 10/41±2/56	صبح عصر شب	نوبت کاری
$p=0/2$ $r=0/08$	22/72±4/70	$p=0/4$ $r=0/05$	26/42±2/15	$p=0/2$ $r=-0/08$	10/84±2/18		سابقه کار
$r=0/05$ $p=0/4$	22/72±4/70	$r=0/04$ $p=0/9$	26/42±2/15	$r=-0/08$ $p=0/2$	10/84±2/18		سن

\*  $p < 0/05$

## بحث و نتیجه‌گیری

در نتایج حاصل از این مطالعه که با هدف تعیین میزان حساسیت اخلاقی پرستاران و ارتباط آن با خصوصیات فردی و شغلی انجام یافت، میانگین حساسیت اخلاقی پرستاران  $4/84 \pm 0/48$  از ۷ دست آمد. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران نیز نمره حساسیت اخلاقی پرستاران  $4/77 \pm 0/39$  از ۷ و در مطالعه موسوی و همکاران  $3/54 \pm 0/41$  از ۵ گزارش شده بود (۱۶ و ۲۲). نتایج مطالعه حاضر، همراستا با نتایج مطالعات قبلی می‌باشد. در این باره، Kim و Ahn بیان کردند که اکثر پرستاران معمولاً دارای احساس مسئولیت و حساسیت اخلاقی هستند، ولی تفاوت اصلی اخلاقی بین آن‌ها در پای‌بندی به این حساسیت در شرایط چالش برانگیز است (۲۳).

در مطالعه حاضر، کم‌ترین نمره مربوط به بعد «تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی» با میانگین  $2/61 \pm 1/06$  از ۷ بود و با نتایج مطالعه Comrie که در آن بعد «تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی»  $2/94$  از ۷ و با مطالعه عباس‌زاده و همکاران که  $2/99$  از ۷ گزارش شده بود (۱۶ و ۲۴)، همخوانی دارد. با این که در مطالعه حاضر و مطالعات یاد شده، کم‌ترین نمره مربوط به بعد «تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی» می‌باشد ولی نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که کشمکش‌های اخلاقی پرستاران متوسط به بالا است. به نظر می‌رسد که آنان در شناسایی معضلات اخلاقی و تعیین روش مناسب برای حل معضلات اخلاقی دشواری‌هایی دارند که با توجه به پیامدهای منفی تنش اخلاقی بر پرستاران (۸)، مدیران

پرستاری باید بر راهکارهای مقابله با تنش اخلاقی و عوامل کاهش آن تمرکز داشته باشند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بیش‌ترین نمره حساسیت اخلاقی در ابعاد «آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی» با میانگین  $5/45 \pm 0/73$  و «تبعیت از قوانین سازمان» با میانگین  $5/15 \pm 0/93$  است. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران نیز بیش‌ترین نمره مربوط به بعد «تبعیت از قوانین سازمان» با نمره  $5/25$  از ۷ بود (۱۶). در حالی که در مطالعه Comrie، بیش‌ترین میانگین در بعد «به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی» با میانگین  $5/07$  بود (۲۴). اگرچه در اکثر مطالعات خارجی، پرستاران در بعد «به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی» نمره بالاتری را کسب کرده‌اند (۲۴ و ۲۵)، ولی نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که در ایران، میزان به‌کارگیری اصول اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های بالینی در حد مطلوب نیست و پرستاران توانایی به‌کارگیری دانش اخلاقی در محیط واقعی را ندارند (۱۷). به نظر می‌رسد که در ایران عیوب ساختاری در حمایت از پرستاران، سبب می‌شود که پرستاران در عمل، شیوه کار مبتنی بر معمول و «تبعیت از قوانین سازمان» را گسترش دهند (۲۶).

در مطالعه حاضر، پرستاران در بعد احترام به استقلال مددجو نمره پایینی را کسب کرده بودند، در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در ایران صورت گرفت، بیماران نیز معتقد بودند که به استقلال آن‌ها احترام گذاشته نمی‌شود (۲۷). استقلال بیمار نقطه مقابل ارتباط پدرمآبانه می‌باشد و به نظر می‌رسد، به سبب تقویت فرهنگ پدرسالاری در بیمارستان،

پرستاران به خاطر خطراتی که آن‌ها را تهدید می‌کند، بیماران را از تصمیم‌گیری خارج و ارتباط غیرفعال و وابستگی را تسهیل می‌کنند (۲۸).

در مطالعه حاضر بین حساسیت اخلاقی پرستاران با سابقه کار ارتباط آماری معناداری وجود نداشت. در مطالعه عباس‌زاده و همکاران و ایزدی و همکاران نیز، ارتباط آماری معناداری بین حساسیت اخلاقی با سابقه کار به دست نیامده است (۱۶ و ۱۷) که نتایج مطالعه حاضر، همراستا با نتایج مطالعات قبلی می‌باشد. در حالی که مطالعه Lutzen و همکاران نشان داد که حساسیت اخلاقی پرستاران با افزایش سابقه کار افزایش می‌یابد (۲۹). در توجیه این اختلافات می‌توان بیان کرد که به نظر می‌رسد هنگامی حساسیت اخلاقی با افزایش سابقه کار زیاد می‌شود که کار همراه با یادگیری و توسعه دانش باشد (۲) زیرا اگر افزایش سابقه کار همراه با یادگیری مداوم نباشد، امکان دارد که به مرور زمان حتی با وجود سابقه کار زیاد، توانایی پرستاران در مواجهه با موضوعات اخلاقی جدید کاهش یافته و به ضعف در تصمیم‌گیری صحیح منجر شود.

در این مطالعه بین سن پرستاران با حساسیت اخلاقی نیز، ارتباط آماری معناداری وجود نداشت، در مطالعه برهانی و همکاران و موسوی و همکاران نیز، نتایج مشابهی به دست آمده است (۲۵ و ۲۶). در حالی که مطالعه Kim و همکارانش نشان داد که پرستاران با سن ۲۵ تا ۳۰ سال نسبت به گروه سنی کم‌تر از ۲۵ و بیشتر از ۳۰ سال، حساسیت اخلاقی بیش‌تری داشتند. Kim و همکارانش بر این عقیده هستند

که در آن مطالعه پرستاران با سنین ۲۵ تا ۳۰ سال به دلیل داشتن آگاهی بیش‌تر در مورد خدمات پرستاری، از حساسیت اخلاقی بیش‌تری نیز برخوردار بوده‌اند (۳۰). به عبارت دیگر اگر افزایش سن همراه با افزایش آگاهی نباشد، امکان دارد که با وجود افزایش سن پرستاران، قدرت تشخیص مشکلات اخلاقی کاهش یافته و سبب عدم حساسیت نسبت به مباحث اخلاقی گردد.

از طرفی در مطالعه حاضر، بین سن پرستاران شرکت‌کننده با بعد «تبعیت از قوانین سازمان» ارتباط معنادار و معکوس مشاهده شد، به طوری که پرستاران با سن بالاتر، نمره کم‌تری را در بعد ذکر شده کسب کرده بودند، به نظر می‌رسد هرچه سن پرستاران افزایش می‌یابد به دلیل افزایش تجربه و آشنایی بیش‌تر با مشکلات مراقبتی، به دلیل انباشته شدن تجارب مختلف ناشی از اداره کردن و مدیریت کشمکش‌های اخلاقی و چالش‌های مختلف، به جای تبعیت از قوانین سازمان، بیشتر بر تجارب خود تکیه می‌کنند.

طبق نتایج حاصل از این مطالعه، سن پرستاران شرکت‌کننده با بعد «احترام به استقلال مددجو» نیز، ارتباط معنادار و معکوس داشت به طوری که پرستاران با سن بالاتر، نمره کم‌تری را در بعد یاد شده کسب کرده بودند، به نظر می‌رسد این نتایج بدان علت است که پرستاران قدیم، آموزش و اجتماعی شدن حرفه‌ای‌شان بر مبنای پدرسالاری (پدرمآبانه) بوده که تأکید دارد، بیمار ناآگاه است و فقط پرستار یا کادر درمانی می‌تواند تصمیم درستی برای بیمار بگیرد. در تحول صورت گرفته در



سال‌های اخیر، الگوهای پدرمآبانه در مراقبت بیمار جای خود را به روش‌های مبتنی بر اختیار و توانمندسازی داده‌اند و لذا بیماران به طور فزاینده‌ای در مورد بیماری خود در تصمیم‌گیری‌ها درگیر می‌شوند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین سطح تحصیلات با حساسیت اخلاقی نیز، ارتباط آماری معناداری وجود نداشته است. در مطالعه حسن‌پور و همکاران (۲۱) و مطالعه عباس‌زاده و همکاران (۱۶) نیز، نتایج مشابهی به دست آمده است، در حالی که Nordin و Lutzen حساسیت اخلاقی را تحت تأثیر تحصیلات افراد می‌دانند (۳۱). در کشور ما در مقاطع تحصیلات تکمیلی، آموزش اخلاق به صورت رسمی و مدون انجام نمی‌گیرد و به نظر می‌رسد این عامل دلیل فقدان تفاوت بین مقاطع تحصیلی در مورد حساسیت اخلاقی باشد.

وضعیت اشتغال (طرحی و رسمی) با بعد «تبعیت از قوانین سازمان» ارتباط معناداری داشت. به این معنی که پرستاران طرحی در بعد «تبعیت از قوانین سازمان» نمره بالاتری را کسب کرده بودند. به نظر می‌رسد هرچه از سمت گروه طرحی و قراردادی به رسمی نزدیک‌تر می‌شویم به دلیل افزایش تجربه و آشنایی بیشتر با مشکلات مراقبتی، به جای تبعیت از قوانین سازمانی، تأکید بر تجارب در ارتباط با بیماران افزایش می‌یابد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که مربوط به بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد؛ لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات مشابهی در سایر بیمارستان‌های کشور با حجم نمونه بالاتر

انجام شود. همچنین اطلاعات به دست آمده در این مطالعه براساس خود گزارش‌دهی پرستاران بوده است و از روش‌های دیگری برای اعتباربخشی به داده‌ها استفاده نشده است؛ لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی از روش‌های دیگری برای ارزیابی حساسیت اخلاقی پرستاران مانند مشاهده رفتار پرستاران و یا پرس کردن چک لیست توسط سرپرستاران استفاده گردد.

در مطالعه حاضر، این نکته قابل توجه می‌باشد که پرستاران در بعد «احترام به استقلال مددجو» نمره پایینی را کسب کرده‌اند، استقلال بیمار از عناصر اصلی مراقبت بیمار محور و نیز یک اصل اخلاقی پذیرفته شده می‌باشد که در دهه‌های اخیر به‌عنوان یک مفهوم برجسته درآمده است (۲۸). به نظر می‌رسد که پرستاران در این زمینه دچار مشکل هستند؛ لذا پیشنهاد می‌شود در آموزش ضمن خدمت و تدوین برنامه‌های آموزشی پرستاری، آموزش مراقبت مددجو محور و تأکید بر استقلال بیماران مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری است که در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تصویب رسیده است. بدین‌وسیله از تمامی مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی تبریز که حمایت مالی کردند و از مسؤولان بیمارستان‌های امام رضا (ع)، مدنی، سینا و رازی تبریز و نیز از کلیه مشارکت‌کنندگانی که در این طرح تحقیقاتی همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- 1 - Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing: a literature review. *Nurs Ethics*. 2007 Nov; 14(6): 716-40.
- 2 - Sayers KL, de Vries K. A concept development of 'being sensitive' in nursing. *Nurs Ethics*. 2008 May; 15(3): 289-303.
- 3 - Ohnishi K, Ohgushi Y, Nakano M, Fujii H, Tanaka H, Kitaoka K, et al. Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nurs Ethics*. 2010 Nov; 17(6): 726-40.
- 4 - Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics*. 2008 May; 15(3): 304-21.
- 5 - Borhani F, Keshtgar M, Abbaszadeh A. Moral self-concept and moral sensitivity in Iranian nurses. *J Med Ethics Hist Med*. 2015 Apr 4; 8: 4.
- 6 - Robichaux C. Developing ethical skills: from sensitivity to action. *Crit Care Nurse*. 2012 Apr; 32(2): 65-72.
- 7 - Lutzen K, Ewalds-Kvist B. Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl. *J Bioeth Inq*. 2013 Oct; 10(3): 317-24.
- 8 - McAndrew NS, Leske JS, Garcia A. Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *J Trauma Nurs*. 2011 Oct-Dec; 18(4): 221-30.
- 9 - Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*. 2012 Jul; 19(4): 479-87.
- 10 - Basak T, Uzun S, Arslan F. Investigation of the moral sensibility of intensive care nurses. *Gulhane Medical Journal*. 2010; 52(2): 076-081.
- 11 - Kim YS, Kang SW, Ahn JA. Moral sensitivity relating to the application of the code of ethics. *Nurs Ethics*. 2013 Jun; 20(4): 470-8.
- 12 - Borhani F, Abbaszadeh A, Mohsenpour M. Nursing students' understanding of factors influencing ethical sensitivity: a qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013 Jul-Aug; 18(4): 310-315.
- 13 - Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2015 Sep; 22(6): 661-75.
- 14 - Rest JR, Narvaez D, Thoma SJ, Bebeau MJ. A neo-Kohlbergian approach to morality research. *Journal of Moral Education*. 2000; 29(4): 381-95.
- 15 - Lutzen K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994; 4(4): 241-248.
- 16 - Abbaszadeh A, Borhani F, Nematollahi LM. [The comparison of the level of moral sensitivity in nursing students and nursing staffs in Kerman in 2010]. *Medical Ethics Journal*. 2010; 4(12): 39-54. (Persian)

- 17 - Izadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. [Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012]. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2013; 6(2): 43-56. (Persian)
- 18 - Al-Kandari F, Thomas D. Perceived adverse patient outcomes correlated to nurses' workload in medical and surgical wards of selected hospitals in Kuwait. *J Clin Nurs*. 2009 Feb; 18(4): 581-90.
- 19 - Weaver K, Morse JM. Pragmatic utility: using analytical questions to explore the concept of ethical sensitivity. *Res Theory Nurs Pract*. 2006 Fall; 20(3): 191-214.
- 20 - Lutzen K, Nordin C. Benevolence, a central moral concept derived from a grounded theory study of nursing decision making in psychiatric settings. *J Adv Nurs*. 1993 Jul; 18(7): 1106-11.
- 21 - Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. [Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 2010]. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 4(5): 58-64. (Persian)
- 22 - Mousavi S, Mohsenpour M, Borhani F, Ebadi M. [Ethical sensitivity of nurses and nursing students working in Aja university of medical sciences]. *Medical Ethics Journal*. 2015; 9(31): 127-43. (Persian)
- 23 - Kim HR, Ahn SH. Moral sensitivity and moral distress among Korean hospital nurses. *Korean J Med Ethics*. 2010; 13(4): 321-36.
- 24 - Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2012 Jan; 19(1): 116-27.
- 25 - Lutzen K, Johansson A, Nordstrom G. Moral sensitivity: some differences between nurses and physicians. *Nurs Ethics*. 2000 Nov; 7(6): 520-30.
- 26 - Espeland K, Shanta L. Empowering versus enabling in academia. *J Nurs Educ*. 2001 Nov; 40(8): 342-6.
- 27 - Arab M, Zarei A, Hosseini M. [Awareness and observation of patients' rights from the perspective of patients: a study in university hospitals in Tehran]. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2010; 8(2): 77-86. (Persian)
- 28 - Ebrahimi H, Sadeghian E, Seyedfatemi N, Mohammadi E. [Challenges associated with patient autonomy in Iranian hospitals: a qualitative study]. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(4): 92-103. (Persian)
- 29 - Lutzen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics*. 2010 Mar; 17(2): 213-24.
- 30 - Kim YS, Park JW, You MA, Seo YS, Han SS. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. *Nurs Ethics*. 2005 Nov; 12(6): 595-605.
- 31 - Lutzen K, Nordin C. The influence of gender, education and experience on moral sensitivity in psychiatric nursing: a pilot study. *Nursing Ethics*. 1995; 2(1): 41-50.

# Moral sensitivity and its relationship with demographic and professional characteristics of nurses working in medical wards of hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences

Elham Amiri\* Hossein Ebrahimi\* Maryam Vahidi\* Mohamad Asghari Jafarabadi\*\* Hossein Namdar Areshtanab\*

## Abstract

Article type:  
Original Article

Received: Oct. 2017  
Accepted: Dec. 2017  
e-Published: 25 Dec. 2017

**Background & Aim:** Moral sensitivity has various dimensions including personal sentiments, scientific competency, and reasoning and decision making capabilities. To achieve this, some personal traits and educational preparedness are needed. The aim of this study was to determine nurses' moral sensitivity and its relationship with demographic and professional characteristics in hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. **Methods & Materials:** This descriptive, correlational study was conducted on 198 nurses working in the medical wards of hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences in 2016. Census sampling method was implemented. Data were collected through a demographic and professional characteristics form and the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ). The data were analyzed by the SPSS software version 13 using descriptive statistics, T test, Pearson correlation coefficient and ANOVA.

**Results:** The mean score for nurses' moral sensitivity was  $4.84 \pm 0.48$  (out of 7). The highest scores were related to the domains of "Interpersonal orientation" and "following the rules". The lowest scores were related to the domains of "experiencing moral conflict" and "modifying autonomy". There was a significant and inverse correlation between age and "modifying autonomy" ( $P=0.008$ ,  $r=-0.193$ ) and also between age and "following the rules" ( $P=0.034$ ,  $r=-0.156$ ). Moreover, there was a significant and inverse correlation between work experience and "following the rules" ( $P=0.009$ ,  $r=-0.187$ ).

**Conclusion:** Given that the nurses gained a low score in the domain of "modifying autonomy", it is suggested that client centered care and patient's autonomy be emphasized in developing nursing curriculum and in service training programs.

Corresponding author:  
Hossein Ebrahimi  
e-mail:  
Ebrahimih@tbzmed.ac.ir

**Key words:** moral sensitivity, nurses, professional ethics

### Please cite this article as:

- Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Asghari Jafarabadi M, Namdar Areshtanab H. [Moral sensitivity and its relationship with demographic and professional characteristics of nurses working in medical wards of hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 23(4): 295-306. (Persian)

\* Dept. of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

\*\* Dept. of Statistics and Epidemiology, School of Health, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran; Road Traffic Injury Research Center, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran