

رابطه ی نمره ی استدلال اخلاقی با ویژگی های فردی و حرفه ای پرستاران

علی اکبر کوهی^۱، مرتضی خاقانی زاده^{۲*}، عباس عبادی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۲/۱۴

تاریخ انتشار: ۱۳۹۵/۲/۱۸

مقاله ی پژوهشی

چکیده

با توجه به تغییرات ایجاد شده در سازمان های مراقبتی، پرستاران مجبورند به معضلات اخلاقی بیش تر و پیچیده تری رسیدگی کنند که برای حل معضلات اخلاقی باید با روند تصمیم گیری اخلاقی آشنا باشند. لازمه ی تصمیم گیری اخلاقی برخورداری از توانایی استدلال اخلاقی است. مطالعه ی کنونی با هدف تعیین رابطه ی نمره ی استدلال اخلاقی با ویژگی های فردی و حرفه ای پرستاران؛ در یکی از بیمارستان های فوق تخصصی شهر تهران در سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

در این مطالعه ی توصیفی - تحلیلی، کلیه ی پرستاران واجد شرایط جامعه ی پژوهش به روش سرشماری به تعداد ۲۴۵ نفر شرکت کردند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه ی جمعیت شناختی و آزمون معضلات اخلاقی Crisham استفاده شد. برای تحلیل داده ها از آزمون های آماری توصیفی - تحلیلی و نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۲ استفاده شد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که میانگین نمره ی استدلال اخلاقی پرستاران $40/81 \pm 6/72$ است که پایین تر از نمره ی متوسط آزمون است، با افزایش سابقه ی کاری، میانگین نمره ی استدلال اخلاقی کاهش می یابد ($P \leq 0/05$) و مجردها نسبت به متأهل ها از میانگین نمره ی استدلال اخلاقی بیش تری برخوردارند ($P \leq 0/05$) و بین سایر ویژگی های جمعیت شناختی با نمره ی استدلال اخلاقی رابطه ی معنی داری مشاهده نشد. با توجه به پایین بودن توانایی استدلال اخلاقی پرستاران در این مطالعه، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی در خصوص روش های ارتقای توانمندی تصمیم گیری اخلاقی پرستاران راه کارهای مناسب آموزشی شناسایی شود و به منظور جلوگیری از کاهش توانایی استدلال اخلاقی با افزایش سابقه ی کار ضروری است که علت شناسایی شود و متناسب با علل، راه کارهایی برای کمک به مدیران پرستاری و کمیته ی اخلاق بیمارستانی به کار رود.

واژگان کلیدی: تصمیم گیری اخلاقی، استدلال اخلاقی، اخلاق پرستاری، پرستاران

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران، Email: aliakbarkoohil@gmail.com

^۲ دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران، Email: khaghanizade@bmsu.ac.ir

^۳ دانشیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران، Email: ebadi1347@yahoo.com

* نویسنده مسؤول: تهران، خیابان ملاصدرا، خیابان شیخ بهایی جنوبی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، کدپستی:

Email: khaghanizade@bmsu.ac.ir تلفن: ۸۸۰۴۲۱۳۹، ۱۴۳۵۹۱۶۴۷۱

مقدمه

در فرایند مراقبت، تعهد و رعایت اصول اخلاقی در ارائه‌ی مراقبت به بیمار بر انجام مراقبت تقدم دارد و رعایت مراقبت اخلاقی جزء ضروری حرفه‌ی پرستاری است (۱). بنابراین، حرفه‌ی پرستاری بر پایه‌ی اخلاق استوار است (۲) و از طرف دیگر به موازات تغییرات ایجاد شده در سازمان‌های مراقبتی، پرستاران مجبورند به معضلات اخلاقی بیشتر و پیچیده‌تری رسیدگی کنند (۳). از معضلات اخلاقی می‌توان به درمان تهاجمی بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیرضروری، تقلب در انجام و گزارش آزمایش‌ها، درمان ناکافی و ناکامل توسط کارکنان، توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین کارکنان و فقدان حمایت سازمانی، درد و رنج ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به منظور رفع نیازهای سازمان اشاره کرد (۴). مطالعات نشان داده است که پرستاران در طی کار خود، چالش‌های اخلاقی را مدنظر قرار می‌دهند ولی از پشتوانه و راه‌حل اخلاقی مناسب برخوردار نیستند (۵) و در تصمیم‌گیری اخلاقی ضعف دارند (۶). بنابراین، پرستاران هر روز در محیط کار خود با موقعیت‌های زیادی روبه‌رو می‌شوند که نیازمند تصمیم‌گیری اخلاقی و آگاهی از دلایل انتخاب یک تصمیم، جزء تفکیک‌ناپذیر کار روزمره‌ی پرستاران است (۷). بنابراین، پرستاران باید با روند تصمیم‌گیری اخلاقی آشنا باشند (۸، ۹). یکی از اجزای فرایند تصمیم‌گیری اخلاقی، استدلال اخلاقی است که به‌عنوان توانایی فرد برای قضاوت و تصمیم‌گیری صحیح و منطقی در برخورد با مسائل روزمره اشاره دارد، که منجر به قضاوت اخلاقی می‌شود (۱۰). قدرت درک یا فهم موضوعات اخلاقی از مقدمات عملکرد اخلاقی پرستاران است و این مقدمه، فرایند پیچیده‌ای است که شرایط مددجویان مورد تحلیل قرار می‌گیرد و در اثر آن، پیچیدگی و

ابهام برطرف می‌شود و راه برای تصمیم‌گیری هموار می‌شود (۱۱). بنابراین، نیاز است تا پرستار برای کاربرد مؤثر اخلاق، مهارت‌های استدلال، حساسیت اخلاقی و درک و تجزیه و - تحلیل اخلاق را توسعه دهد (۱۲). قضاوت افراد در مورد درستی و نادرستی کارها بر رضایت شغلی آن‌ها، فضای اخلاقی محیط کاری، تعهد و در نتیجه، کیفیت و کمیت عملکرد آن‌ها و به تبع آن، عملکرد سازمان و در نتیجه موفقیت آن تأثیر بسیاری دارد (۱۳). به‌طوری که برخی محققان در پرستاری بالینی، مراقبت را مجموعه‌ای از سه اصل اساسی اخلاق، قضاوت بالینی و مراقبت می‌دانند (۱۴). آنچه که مسلم است پرستاران مسئول هستند تا با اتخاذ تصمیمات مناسب، کشمکش بین ارزش‌های خود، حرفه و ارزش‌های بیمارستان را حل کنند. اما با وجود همه‌ی اطلاعات زیاد و بصیرت خاص‌شان نسبت به وضعیت بیماران، شواهد حاکی از آن است که اغلب در فرایند تصمیم‌گیری نقش کمی دارند که یکی از دلایل آن می‌تواند کمبود توانایی استدلال اخلاقی باشد (۱۵). برهانی و همکاران در مطالعه‌ای که به مقایسه‌ی سطح تکامل اخلاقی دانشجویان پرستاری و پرستاران در مواجهه با معضلات اخلاقی پرداخته‌اند اذعان می‌کند که عوامل زیادی مثل عوامل اجتماعی و شخصی می‌تواند بر استدلال اخلاقی پرستاران مؤثر باشد که باید در مطالعات بعدی مورد بررسی قرار گیرند (۱۶). بنابراین، عوامل بالینی تأثیرگذار در تصمیم‌گیری اخلاقی مانند آشنایی با منشور حقوق بیماران و کدهای اخلاقی، باید مورد بررسی قرار گیرد (۱۷) که در مطالعه‌ی حاضر به این نیاز پاسخ داده شده است و با توجه به این‌که در مطالعات داخلی، پاسخ دقیقی به وضعیت استدلال اخلاقی پرستاران شاغل داده نشده است و آگاهی از رابطه‌ی توانایی استدلال اخلاقی پرستاران با ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای آنان می‌تواند اطلاعات مفیدی را در اختیار مسئولین

پرستاری قرار دهد تا متناسب با این نتایج، برنامه‌ریزی‌های توانمندسازی پرستاران در زمینه‌ی استدلال اخلاقی را فراهم کنند. لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت استدلال اخلاقی پرستاران و رابطه‌ی آن با ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای آن‌ها انجام شد.

روش کار

این پژوهش یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی است که در سال ۱۳۹۴ در یکی از بیمارستان‌های فوق تخصصی شهر تهران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستاران با مدرک کارشناسی و حداقل یک سال سابقه‌ی کار بود، که به روش سرشماری کلیه‌ی پرستاران واجد شرایط جامعه پژوهش در این مطالعه شرکت کردند. ۲۷۰ پرسشنامه توزیع شد و در نهایت ۲۴۵ پرسشنامه بازگردانده شد (نرخ بازگشت ۹۰ درصد). ملاحظات اخلاقی پژوهش از قبیل اخذ مجوز نمونه‌گیری، مجوز کمیته‌ی اخلاق دانشگاه، کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی، رعایت امانت‌داری در استفاده از منابع و حفظ محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل دو قسمت بود: بخش اول این پرسشنامه مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه‌ی خدمت پرستاری، نوع بخش خدمتی، پست سازمانی، نوع خدمت، شیفت کاری، میانگین ساعات اضافه کاری، آگاهی از کدهای اخلاقی حرفه، آشنایی با منشور حقوق بیمار و گذراندن دوره‌ی اخلاق حرفه‌ای) بود و بخش دوم، شامل پرسشنامه‌ی آزمون معضلات اخلاقی (NDT)^۱ بود.

این آزمون در سال ۱۹۸۱ توسط Crisham در University of Minnesota تهیه شده است (۱۸). این پرسشنامه بر مبنای نظریه‌ی Kohlberg دارای سه سطح است: الف) سطح پیش‌عرفی: خودمحور بودن و اطاعت

محض از دیگران برای جلوگیری از سرزنش، ب) سطح عرفی: استفاده از قوانین و عرف جامعه، ج) سطح پس‌عرفی: قرار دادن شخصیت بر مبنای وجدان) تهیه و تدوین شده و شامل سناریو در مورد معضلات مراقبت از مددجویان است که عبارت‌اند از: نوزاد مبتلا به نقص عضو، تجویز اجباری دارو، اشتباه دارویی، درخواست بیمار برای پایان زندگی، ورود پرستار جدید به سیستم، مراقبت در مراحل انتهایی زندگی (۱۹). هر یک از این سناریوها وضعیت مددجویی را بیان می‌کند که می‌تواند برای پرستاری که از او مراقبت می‌کند وضعیتی مشکل‌ساز را به وجود آورد. به دنبال این سناریو، سه نوع سؤال مطرح می‌شود:

الف) نوع واکنش پرستار در آن موقعیت فرضی که پاسخ می‌تواند به سه صورت صحیح، غلط و بدون پاسخ تفسیر شود.

ب) شش دیدگاه رایج در ارتباط با سناریوی ارائه شده بر مبنای مراحل ۲ تا ۶ نظریه‌ی Kohlberg در رشد اخلاقی. در هر کدام از این سناریوها، دو گزینه نشان‌دهنده‌ی استدلال منطقی پرستار است که اگر پاسخ‌دهنده این دو مورد را در اولین اولویت‌های خود انتخاب کند، در یک آیت نمره‌ی ۶ و در دیگری نمره‌ی ۵ می‌گیرد. بنابراین، حداکثر نمره در استدلال اخلاقی در هر سناریو ۱۱ و در کل ۶۶ سناریو، ۶۶ می‌شود. کم‌ترین نمره در این پرسشنامه در زمینه‌ی استدلال اخلاقی ۱۸ است که حاصل جمع نمره‌ی ۱ و ۲ در هر سناریو است. بنابراین، در این پرسشنامه هرچه نمره کم‌تر باشد نشان دهنده‌ی توان پایین استدلال اخلاقی است.

ج) میزان مواجهه‌ی پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه است که اگر نتیجه‌ی حاصل از این قسمت نمره‌ی ۶ تا ۱۷ باشد، نشان‌دهنده‌ی برخورد و آشنایی پرستار با معضل مشابه و کسب نمره‌ی ۱۸ تا ۳۰، نشان‌دهنده‌ی عدم برخورد و ناآشنایی با موقعیت مشابه است. با توجه به مطلق بودن اخلاق در فلسفه‌ی اخلاق اسلامی، جواب صحیح در مورد سؤال اول هر

¹ Nursing Dilemma Test

(چهل و دو) می‌باشد و سطح تکامل اخلاقی ۳۸ نفر (۱۵/۵ درصد) پیش عرفی، ۱۸۷ نفر (۷۶/۳ درصد) عرفی و ۱۹ نفر (۷/۸ درصد) پس عرفی بود.

در این مطالعه متغیرهای سن، جنسیت، گذراندن دوره‌های اخلاق حرفه‌ای، پست سازمانی، نوع خدمت، شیفت کاری، اضافه کار، آگاهی از کدهای اخلاق حرفه‌ای، آگاهی از منشور حقوق بیمار با استدلال اخلاقی رابطه‌ی معنی‌داری نداشتند، ولی رابطه‌ی معنی‌داری بین تاهل و استدلال اخلاقی مشاهده شد ($P=0/040$) و همین‌طور بین سابقه‌ی کار با استدلال اخلاقی رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/019$). همچنین لازم به ذکر است که هرچند بین استدلال اخلاقی و بخش‌های درمانی رابطه‌ای وجود ندارد، ولی نتایج این مطالعه نشان داد که پرستاران بخش‌های ویژه (ICU، CCU، دیالیز، اورژانس)، نمره‌ی استدلال اخلاقی پایین‌تری نسبت به بخش‌های عمومی (داخلی و جراحی) داشتند (جدول شماره‌ی ۱).

سناریو مشخص می‌باشد و نمره‌ی استدلال اخلاقی هر فرد بر اساس قسمت دوم پرسشنامه تعیین می‌شود که ربطی به گزینه‌ی انتخابی در مورد سؤال اول هر سناریو ندارد و در این قسمت، دین افراد هم دخالتی ندارد. در این پرسشنامه توسط رحمانی و همکاران، براساس فرهنگ و مذهب جامعه ایران، تغییراتی در سناریوها اعمال شده که پایداری آن ۰/۹۵ شده است و در این مطالعه از این پرسشنامه استفاده شده است (۷).

نتایج

در این پژوهش ۲۴۵ پرستار با میانگین سنی $38/27 \pm 7/28$ و با میانگین سابقه‌ی کاری $14/39 \pm 7/33$ شرکت داشتند. اکثریت واحدهای مورد پژوهش خانم (۶۷/۸ درصد)، متأهل (۸۶/۱ درصد) بودند. بیش‌تر پرستاران از منشور حقوق بیمار به‌طور کامل آگاهی داشتند (۷۴/۷ درصد) و اکثر آن‌ها (۶۲/۴ درصد) دوره‌ی اخلاق حرفه‌ای نگذرانده بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی استدلال اخلاقی پرستاران شرکت کننده $40/81 \pm 6/72$ بود که پایین‌تر از متوسط نمره‌ی پرسشنامه

جدول شماره‌ی ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی واحدهای مورد پژوهش و رابطه‌ی آن‌ها با استدلال اخلاقی

متغیرهای جمعیت‌شناختی	تعداد	(میانگین)، (انحراف معیار) نمره‌ی استدلال اخلاقی	آزمون
جنسیت	مرد	(۴۰/۱۱)، (۷/۸۲)	$P=0/272$
	زن	(۴۱/۱۴)، (۶/۱۵)	
وضعیت تاهل	مجرد	(۴۳/۱۲)، (۷/۶۰)	$P=0/040^*$
	متاهل	(۴۰/۵۰)، (۶/۵۳)	
بخش	عمومی	(۴۱/۵۴)، (۶/۴۹)	$P=0/064$
	ویژه	(۳۹/۹۴)، (۶/۹۲)	
گذراندن دوره‌ی اخلاق حرفه‌ای	بله	(۴۱/۱۳)، (۶/۹۰)	$P=0/0577$
	خیر	(۴۰/۶۳)، (۶/۶۲)	
پست سازمانی	سرپرستار	(۴۱)، (۷/۶۶)	$P=0/775$
	مسئول شیفت	(۴۰/۳۰)، (۵/۵۱)	
	پرستار	(۴۱/۰۰۶)، (۷/۰۰۵)	

$P=۰/۴۱۰$	(۶/۵۶)، (۴۰/۳۵)	۱۴۰	رسمی موظف	نوع خدمت
	(۸/۴۴)، (۴۰/۶۶)	۱۲	رسمی اضافه کار	
	(۶/۷۲)، (۴۱/۵۵)	۹۲	قراردادی	
$P=۰/۵۵۶$	(۶/۳۱)، (۴۱/۱۸)	۶۴	صبح	شیفت کاری
	(۷/۳۲)، (۳۹/۴۱)	۳۹	صبح و عصر	
	(۶/۰۹)، (۴۱/۴۳)	۴۴	عصر و شب	
	(۷/۰۱)، (۴۰/۸۳)	۹۷	در گردش	
$P=۰/۱۴۶$	(۷/۱۴)، (۴۱/۸۰)	۴۷	کاملاً	آگاهی از کدهای اخلاق حرفه‌ای
	(۶/۸۰)، (۴۱/۱۶)	۱۲۵	تأخوری	
	(۶/۱۷)، (۳۹/۵۶)	۷۲	اصلاً	
$P=۰/۵۷۵$	(۶/۵۴)، (۴۰/۵۵)	۱۸۲	کاملاً	آگاهی از منشور حقوق بیمار
	(۶/۹۲)، (۴۱/۵۸)	۵۸	تا حدودی	
	(۱۲/۲۰)، (۴۱/۷۵)	۴	اصلاً	

* $P \leq ۰/۰۵$

شماره‌ی ۲، تزریق اجباری دارو (۲۴ درصد) بوده است. نمره‌ی واحدهای مورد پژوهش در خصوص نتایج قسمت سوم آزمون، ۱۳/۵۰ بوده که نشان‌دهنده‌ی برخورد و آشنایی قبلی پرستاران با معضل مشابه است.

نتایج پاسخ پرستاران به سؤالات قسمت اول آزمون NDT در جدول شماره‌ی ۲ تنظیم شده است. بیش‌ترین پاسخ صحیح پرستاران به سناریوی شماره‌ی ۳، یعنی تقاضای بالغین برای مردن (۹۳ درصد) و کم‌ترین پاسخ صحیح به سناریوی

جدول شماره‌ی ۲- پاسخ پرستاران بیمارستان بقیه‌الله‌الاعظم (عج) به قسمت اول سناریوهای آزمون NDT

سناریو	صحیح (تعداد)، (درصد)	غلط (تعداد)، (درصد)	بدون پاسخ (تعداد)، (درصد)
۱) احیاء نوزاد با آنومالی شدید.	(۱۶۰)، (۶۵/۳۰)	(۴۳)، (۱۷/۶)	(۴۲)، (۱۷/۱)
۲) تزریق اجباری دارو به بیمار بستری در بخش روان.	(۶۱)، (۲۴/۹)	(۱۷۴)، (۷۱)	(۱۰)، (۴/۱)
۳) تصمیم پرستار در مورد برقراری مجدد تنفس به بیماری که می‌گوید هیچ‌گونه تلاش اضافه‌ای برای افزایش طول عمر او نشود.	(۲۲۸)، (۹۳/۱)	(۱۰)، (۴/۱)	(۶)، (۲/۴)
۴) آشناسازی پرستار جدید در بخش کودکان علی‌رغم مشغله‌ی کاری در بخش.	(۱۴۱)، (۵۷/۶)	(۸۳)، (۳۳/۹)	(۲۱)، (۸/۶)
۵) گزارش تزریق اشتباهی دارو به یک بیمار سالمند.	(۲۲۲)، (۹۰/۶)	(۶)، (۲/۴)	(۱۷)، (۶/۹)
۶) پاسخ ندادن به سؤالات بیمار در مورد سلامتی و تشخیص بیماریش بنا به درخواست خانواده.	(۱۰۹)، (۴۴/۵)	(۹۸)، (۴۰)	(۳۸)، (۱۵/۵)

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی پرستاران نسبت به مطالعات مشابه از سطح پایین‌تری برخوردار است. به‌طور مثال در مطالعه‌ی زیرک و همکاران، میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی $46/6 \pm 6/7$ است (۲۰). همچنین، در پژوهش برهانی و همکاران، مشاهده شد که میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی $42/16$ است (۱۶). همچنین، در مطالعه‌ی Ham میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی $51/7 \pm 5/9$ بوده است (۱۸). تفاوت توانایی استدلال اخلاقی در مطالعات مختلف می‌تواند متأثر از عوامل متعددی باشد از جمله: نوع برنامه درسی، قوانین و مقررات محل کار، سطح آموزش، تفاوت‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، مذهبی، اعتقادی، ارزش‌ها و عرف حاکم بر جامعه، تجربیات بالینی پرسنل پرستاری، درک پرستاران از نقش خود و آموزش ضمن خدمت پرسنل، که همه تأثیر مستقیم و غیرمستقیم در گسترش استدلال و تصمیم‌گیری اخلاقی دارد (۲۱). نتایج این مطالعه نشان داد که اکثریت پرستاران در سطح عرفی استدلال اخلاقی قرار دارند، و طبق نظریه‌ی Kohlberg، مبنای استدلال اخلاقی این افراد، پای‌بندی به قوانین سازمان، هم‌رنگ شدن با جماعت و خود را خوب نشان دادن در نزد دیگران است. پایین بودن تعداد پرستاران دارای سطح استدلال اخلاقی پس‌عرفی در این مطالعه می‌تواند ناشی از تأکید بیش از اندازه‌ی مسئولین به پیروی بدون چون و چرا از قوانین سازمان و همچنین، پیچیدگی‌های تصمیم‌گیری اخلاقی در محیط‌های بالینی باشد که موجب تنزل پرستاران به سطح عرفی از مراحل تکامل اخلاقی Kohlberg می‌شود. همین‌طور پرستاران برای هم‌رنگ شدن با سایر همکاران، سعی می‌کنند استدلالاتی داشته باشند که مورد تایید همکاران، پزشکان بخش و موسسه قرار بگیرند (۲۲). این نتایج با مطالعه‌ی Raines هم‌خوانی ندارد، زیرا در مطالعه‌ی مذکور

فقط ۲۳ درصد پرستاران استدلال اخلاقی وابسته به دیگران (پیش عرفی) داشته‌اند و ۴۳ درصد پرستاران استدلال اخلاقی مستقل (عرفی) و ۳۴ درصد استدلال اخلاقی اقتضایی (پس عرفی) داشته‌اند (۲۳).

نتایج پاسخ‌های پرستاران در مواجهه با سؤالات قسمت اول پرسشنامه‌ی آزمون حاکی از آن بود که در تعداد زیادی از سناریوها، پرستاران پاسخ غلط داده‌اند یا گزینه‌ی پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد را انتخاب کرده‌اند. این موضوع به‌خودی خود تا حدودی نگران‌کننده و نشان از عدم کفایت آن‌ها در اتخاذ تصمیمات اخلاقی دارد. با توجه به نقش مهم پرستار در اتخاذ تصمیمات اخلاقی، در صورت عدم تصمیم‌گیری مناسب موجب حالت سردرگمی و تنیدگی اخلاقی در خود پرستار و عدم توجه به نیازهای مراقبتی در بیمار می‌شود و به تبع آن، باعث به تأخیر افتادن بهبودی بیمار می‌شود. نکته‌ی قابل توجه در مورد سناریوی اول (دستور پزشک مبنی بر عدم احیای خارج از حد معمول) و سناریوی ششم (پاسخ ندادن به سؤالات بیمار در مورد سلامتی و بیماری‌اش بنا به درخواست خانواده و طبق دستور پزشک) که موجب انتخاب گزینه‌ی «پرستار نمی‌تواند انتخاب کند» از جانب پرستار می‌شود؛ دلایل آن می‌تواند ناشی از احساس سلطه توسط حرفه‌ی پزشکی، محیط استرس‌آور، موقعیت پیچیده‌ی بیماران، زمان و فشار کاری زیاد باشد و همین‌طور استدلال اخلاقی پرستاران تحت تأثیر ارتباط ایجادشده بین پرستار و خانواده‌ی بیمار قرار می‌گیرد و موجب می‌شود پرستاران برای پیش‌گیری از عواقب تصمیم خود تبعیت از قانون را به ندای درون ترجیح دهند (۲۴-۲۶).

یافته‌ی این مطالعه نشان داد که با افزایش سابقه‌ی کاری پرستاران، استدلال اخلاقی کاهش می‌یابد که با مطالعه‌ی رژه و همکاران (۲۷)، Ham (۱۸)، Duckett و همکاران (۲۸)، Yung (۲۹)، Ketefian (۳۰)، Mayberry (۳۱) و

Casterlé و همکاران (۳۲) هم‌خوانی دارد. دلایل آن را می‌توان شیفت‌های کاری شلوغ و پرکار، فرسودگی شغلی، نارضایتی شغلی، محیط کار استرس‌زا و بدون تنوع نام برد که موجب می‌شود پرستاران نسبت به چالش‌های اخلاق بالینی بی‌انگیزه شوند. از سوی دیگر، با افزایش سابقه‌ی کاری، تعهد پرستاران نسبت به مؤسسه افزایش می‌یابد و پرستاران ممکن است منافع سازمانی را به حقوق بیمار ترجیح دهند (۳۲) و با مطالعه برهانی و همکاران (۱۶)، Penticuff و همکارش (۳۳) و Kyriacos (۳۴) هم‌خوانی ندارد، که می‌تواند ناشی از سبک مدیریتی، آموزش ضمن خدمت پرسنل یا تفاوت‌های فرهنگی باشد.

در مطالعه‌ی Kudzma مشخص شد بخش محل خدمت تأثیری بر سطح تکامل اخلاقی پرستاران ندارد (۳۵) و هم‌چنین، در مطالعه‌ی Cady، جنسیت تأثیری روی سطح تکامل اخلاقی افراد ندارد (۳۶). مطالعه‌ی Murray در آمریکا نیز نشان داد جنس و سن بر روی سطح تکامل اخلاقی پرستاران تأثیری نخواهد گذاشت (۳۷) و نتایج مطالعه‌ی Ham در آمریکا مشخص نمود سن، جنس، سطح و نوع تحصیلات تأثیری روی تکامل اخلاقی پرستاران ندارد (۱۸)؛ که تمامی مطالعات بالا با این مطالعه هم‌خوانی دارند. نکته‌ی قابل توجه در این مطالعه، رابطه نداشتن استدلال اخلاقی با آگاهی پرستاران از منشور حقوق بیمار و همین‌طور آگاهی از کدهای اخلاق حرفه‌ای است که دلایل آن می‌تواند مصداقی از فاصله‌ی بین تئوری و عمل در نظر گرفته شود. به‌طوری که هر چند پرستاران از منشور حقوق بیمار آگاهی دارند، ولی در به‌کار بردن مفاهیم منشور حقوق بیمار در اقدامات بالینی ضعف دارند و همین‌طور پرستاران برای حل معضلات اخلاقی محیط کاری خود به‌ندرت جهت مشورت به کمیته‌های اخلاق بیمارستانی مراجعه می‌کنند (۳۸). به عبارت دیگر، صرف برخورداری از توانایی بالای استدلال اخلاقی،

ارائه‌ی مراقبت اخلاقی و حرفه‌ای را تضمین نمی‌کند؛ ضروری است که شرایط لازم برای تبدیل استدلال اخلاقی به رفتار اخلاقی فراهم شود. بنابراین، با توجه به نقش مهم استدلال اخلاقی در تصمیم‌گیری اخلاقی و تأثیر آن بر توانمندی کادر پرستاری و ارتقای کیفیت خدمات پرستاری، باید برای رشد استدلال اخلاقی پرستاران راهکارهایی ارائه شود. یکی از این راهکارها، ایجاد برنامه‌ی درسی متناسب با مبانی ارزشی و فرهنگی جامعه، متناسب با مسائل مبتلا به جامعه و نیازهای کادر درمان و استفاده از روش‌های تدریس فعال است. از طرف دیگر، ضعف‌ها و چالش‌های موجود در برنامه‌ی درسی اخلاق پرستاری می‌تواند یک مانع مهم در ارتقاء و رشد اخلاقی پرستاران محسوب شود که با ارائه‌ی راهکارها و مدل‌های مناسب و جدید می‌توان به توسعه‌ی برنامه‌ی درسی اخلاق پرستاری و آموزش آن کمک کرد (۳۹). در نهایت، مشخص شد مجردها نسبت به متأهل‌ها میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی بالاتری دارند که می‌تواند ناشی از دغدغه‌های کم‌تر خانوادگی به دلیل کم‌تر بودن مسئولیت مدیریتی و درآمدی در خانواده در افراد مجرد باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که پرستاران دارای تجارب بالینی در زمینه‌ی سناریوهای ارائه شده در این آزمون بوده‌اند، به عبارت دیگر، تجارب قبلی پرستاران بر نمره‌ی استدلال اخلاقی آنان موثر بوده است.

نتیجه‌گیری

از حرفه‌ی پرستاری انتظار می‌رود که برای مددجویان خود، رفتار مراقبتی توأم با اصول اخلاقی و انسانی ارائه دهد که برای ارائه‌ی مراقبت اخلاقی سطح مناسبی از استدلال اخلاقی لازم و ضروری است. از آنجایی که استدلال اخلاقی ارتباط مستقیمی با تصمیم‌گیری اخلاقی دارد و پایین بودن میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی در این مطالعه می‌تواند اثرات جبران‌ناپذیری بر بهبودی بیمار بگذارد و همین‌طور موجب

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و طرح پژوهشی مرکز تحقیقات بالینی بیمارستان بقیه الله (عج) است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از شورای پژوهشی دانشکده‌ی پرستاری و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و واحدهای پژوهش به‌خصوص پرستاران محترم تشکر و قدردانی کنند.

تنیدگی اخلاقی در پرستاران شود بنابراین، ارائه‌ی راه‌کارهایی جهت بالابردن سطح تکامل اخلاقی ضروری است. هم‌چنین، نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که با افزایش سابقه‌ی کاری، استدلال اخلاقی کاهش می‌یابد که می‌تواند بیان‌گر بی‌تفاوتی پرستاران با گذشت زمان به معضلات اخلاقی در حرفه باشد و موضوعی نگران‌کننده است که باید عوامل ایجادکننده‌ی آن شناسایی شود و برای برطرف کردن آن برنامه‌ای اتخاذ شود. همین‌طور مشخص شد که علی‌رغم آگاهی بسیاری پرستاران از کدهای اخلاق حرفه‌ای و منشور حقوق بیمار، از این مفاهیم در مقابله با معضلات و چالش‌های اخلاقی محیط بالینی استفاده نمی‌کنند که باید با بهسازی محیط‌های بالینی و آموزش، استفاده از این مفاهیم در عمل تسهیل کرد تا فاصله‌ی بین تئوری و عمل را کاهش یابد. هم‌چنین، در برنامه‌های آموزشی با استفاده از روش‌های مناسب آموزشی، تأکید بر افزایش توانایی تفکر استدلالی و تصمیم‌گیری صورت گیرد.

منابع

- 1- McCrink A, Dowling C. Nursing Student Attitudes Towards Academic Misconduct, the Code of Ethics for Nurses and Their Commitment to the Ethic of Caring [dissertation]. Oakdale, New York (USA). Dowling College; 2008.
- 2- Sanjari M, Zahedi F, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in iran. Iran J Public Health 2008; 37(1 Sup): 22-7.
- 3- Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. Nurs Ethics 2010; 17(2): 233-46.
- 4- McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered. Nurs Ethics 2008; 15(2): 254-62.
- 5- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V, Mansouri I. An Iranian perspective on patients' rights. Nurs Ethics 2006; 13(5): 488-502.
- 6- Izadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. Iran J Med Ethics Hist Med 2013; 6(2): 43-55.[in Persian]
- 7- Zirak M, Moghaddsiyan S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences. Iran J Med Ethics Hist Med 2011; 4(4): 45-55. [in Persian].
- 8- Schroeter K. Ethics in perioperative practice—patient advocacy. AORN J 2002; 75(5): 941-9.
- 9- Rodney P, Varcoe C, Storch JL, et al. Navigating towards a moral horizon: a multisite qualitative study of ethical practice in nursing. Can J Nurs Res 2009; 41(1): 292-319.
- 10- Burnard P, Champan CM, Smalman S. Professional and Ethical Issues in Nursing, 3rd edition. Elsevir Health Sciences; 2004, p. 6-8.
- 11- Doane G, Pauly B, Brown H, McPherson G. Exploring the heart of ethical nursing practice: implications for ethics education. Nurs Ethics 2004; 11(3): 240-53.
- 12- Chaloner C. An introduction to ethics in nursing. Nurs Stand 2006; 21(32): 42-6.
- 13- Hashish EAA. Relationship between ethical work climate and nurses' perception of organizational support, commitment, job satisfaction and turnover intent. Nurs Ethics 2015; 8(5): 145-63.
- 14- Weaver K. Ethical sensitivity: state of knowledge and needs for further research. Nurs Ethics 2007; 14(2): 141-55.
- 15- Thissen M. Nursing education and the ethics of care [dissertation]. Concordia University; 2003.
- 16- Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazel MA. Nurses and nursing students ethical reasoning in facing with dilemmas: a comparative study. Iran J Med Ethics Hist Med 2010; 3(4): 71-81.[in Persian]
- 17- Zirak M, Hasankhani H, Parizad N. The ethical reasoning ability of nurses and nursing students: a literature review. Iran J Med Ethics Hist Med 2014; 7(6): 15-28. [in Persian].
- 18- Ham KL. A Comparison of Ethical Reasoning Abilities of Senior Baccalaureate Nursing Students and Experienced Nurses. Proceedings of the 37th Biennial Convention-Scientific Session; 2003.
- 19- Crisham P. Measuring moral judgment in nursing dilemmas. Nurs Res 1981; 30(2): 104-10.
- 20- Zirak M, Moghadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Level of ethical development in nurses working in teaching hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences. Qom Univ Med Sci J 2012; 6(3): 9-32. [in Persian]
- 21- Vahedian Azimi A, Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. Iran J Med Ethics Hist Med 2008; 1(4): 21-30. [in Persian]
- 22- Goethals S, Gastmans C, de Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. Int J Nurs Stud 2010; 47(5): 635-50.
- 23- Raines ML. Ethical decision making in nurses: relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. JONAS Healthc Law Ethics Regul 2000; 2(1): 29-41.
- 24- Oberle K, Hughes D. Doctors' and nurses' perceptions of ethical problems in end-of-life decisions. J Adv Nurs 2001; 33(6): 707-15.
- 25- Rodney P, Varcoe C, Storch J, et al. Navigating towards a moral horizon: a multisite

- qualitative study of ethical practice in nursing. *Can J Nurs Res* 2002; 34(3): 75-102.
- 26- Ebrahimi H, Nikraves H, Oskouie F, Ahmadi F. Stress: major reaction of nurses to the context of ethical decision making. *Razi J Med Sci* 2007; 14(54): 7-15. [in Persian]
- 27- Rejeh N, Karimoi MH, Borhani F, Khatooni A, Zirak M. Master of Science Nursing Students' Reasoning Abilities in Tehran Medical Science Universities in dealing with ethical dilemmas. *Q J Med Ethics* 2014; 8(29): 143-65. [in Persian]
- 28- Duckett L, Rowan M, Ryden M, et al. Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nursing Res* 1997; 46(4): 222-9.
- 29- Yung HH-p. Ethical decision-making and the perception of the ward as a learning environment: a comparison between hospital-based and degree nursing students in Hong Kong. *Int J Nurs Stud* 1997; 34(2): 128-36.
- 30- Ketefian S. Moral reasoning and moral behavior among selected groups of practicing nurses. *Nurs Res* 1981; 30(3): 171-6.
- 31- Mayberry MA. Ethical decision making: a response of hospital nurses. *Nurs Adm Q* 1986; 10(3): 75-81.
- 32- de Casterlé BD, Janssen PJ, Grypdonck M. The relationship between education and ethical behavior of nursing students. *West J Nurs Res* 1996; 18(3): 330-50.
- 33- Penticuff JH, Walden M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res* 2000; 49(2): 64-72.
- 34- Kyriacos U. Developing nurses' moral reasoning skills. *Curationis* 1995; 18(4): 38-42.
- 35- Kudzma EAC. Moral Reasoning of Nurses in the Work Setting [dissertation]. Boston (USA). Boston University, School of Nursing; 1980.
- 36- Cady P. An Analysis of Moral Judgment in Registered Nurse: Principled Reasoning Versus Caring Values [dissertation]. Boston (USA). Boston University, School of Nursing; 1991.
- 37- Murray N. Moral Reasoning in Male and Female Nurses: A Care Perspective VS a Justice Perspective [dissertation]. USA. New Jersey State University; 1995.
- 38- Sorta-Bilajac I, Baždarić K, Žagrović MB, et al. How Nurses and physicians face ethical dilemmas—the Croatian experience. *Nurs Ethics* 2011; 18(3): 341-55.
- 39- Khaghanizadeh M, Maleki H, Abbasi M, Abbaspoor A, Mesri M. The challenges of medical ethics curriculum: a qualitative study of instructors view. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(2): 70-79. [in Persian]

The relationship between ethical reasoning and demographic characteristics of nurses

Aliakbar Koochi¹, Morteza Khaghanizade^{*2}, Abbas Ebbadi³

¹MSc Student in Nursing, Student Research Committee, Faculty of Nursing, Bagiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

²Associate Professor, Behavioral Science Research Center, Baghiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³Associate Professor, Faculty of Nursing, Bagiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

As a result of the changes made in health care systems, nurses nowadays are faced with more complicated ethical dilemmas. Therefore, they need to be familiar with ethical decision-making procedures and have the ability to perform ethical reasoning. The present study aimed to evaluate this ability in nurses and investigate its relationship with demographic characteristics in a subspecialized hospital in Tehran during 2015. This was a descriptive-analytical study, and the research population consisted of 245 qualified nurses selected by census. A demographic questionnaire and Crisham's Nursing Dilemma Test were used to collect the data. Descriptive-analytical tests and SPSS software version 22 were used for data analysis. Based on the, the mean value of the nurses' ethical reasoning was 40.81 ± 6.72 , which is lower than the average score of the test. Furthermore, increased work experience led to a reduction in the mean value of ethical reasoning ($P \leq 0.05$). Overall, single subjects scored higher in the mean ethical reasoning than those who were married ($P \leq 0.05$), but no significant relationship was observed between other demographic characteristics and the mean of ethical reasoning. Due to the nurses' low ability to perform ethical reasoning, further studies will need to be conducted on proper training methods to promote ethical decision-making in nurses. As regards the reduced ethical reasoning ability in nurses with more work experience, it is necessary to identify the reasons and devise appropriate solutions with the help of nursing managers and hospital ethics committees.

Keywords: decision-making, ethical reasoning, nursing ethics

* Corresponding Author: Email: khaghanizade@bmsu.ac.ir