

بررسی سطح تکامل اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی

دانشگاه علوم پزشکی استان اردبیل در سال 1396

مهری سیدجوادی^۱، راحله محمدی^۲، آرزو میرزایی^{۳*}، مریم میرزایی^۴

تاریخ دریافت: 97/6/31

تاریخ پذیرش: 98/5/7

تاریخ انتشار: 98/8/21

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

اخلاق پرستاری یکی از زیربنایی‌ترین موضوعات حرفه‌ی پرستاری است که پرستاران را موظف به رعایت اصولی می‌نماید تا در کنار آن مددجو با اطمینان و اعتماد بیشتری مراقبت‌های پرستاری را دریافت کند. این مطالعه به منظور تعیین سطح تکامل اخلاقی پرستاران و عوامل مؤثر بر آن صورت گرفت. این مطالعه به روش توصیفی تحلیلی، در سال ۱۳۹۶ بر روی ۳۱۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌ی تکامل اخلاقی کلبیگ استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل شش سناریو با موضوع نوزاد با آنومالی‌های شدید، اجبار دارویی، تقاضای بالغان نسبت به مرگ، آشناسازی پرستار جدید، اشتباه دارویی و افراد بیمار در مراحل آخر بیماری است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی، تجزیه و تحلیل شدند. در این مطالعه، ۵۱ پرستار (۱۶/۴۵٪) در سطح پیش‌عرفی، ۱۰۱ پرستار (۳۲/۵۸٪) در سطح عرفی، ۱۳۲ پرستار (۴۲/۵۸٪) در سطح پس‌عرفی و ۲۶ پرستار (۸/۳۸٪) در سطح ملاحظات بالینی قرار داشتند. همچنین میانگین نمره‌ی تفکر اخلاقی شرکت‌کنندگان در مطالعه $42/58 \pm 5/6$ و میانگین نمره‌ی ملاحظات بالینی $21/53 \pm 4/3$ به دست آمد. مطالعه‌ی حاضر نشان داد اکثریت پرستاران از نظر سطوح تکامل اخلاقی کلبیگ در سطح عرفی و پس‌عرفی قرار دارند؛ با این حال، این مقدار کمتر از پنجاه درصد کل پرستاران است که نشان می‌دهد سطح تکامل اخلاقی پرستاران در سطح متوسط است و به بررسی بیشتر علل و عوامل مرتبط با آن و تلاش برای ارتقای آن نیاز دارد.

واژگان کلیدی: اخلاق پرستاری، پرستاران، تکامل اخلاقی، کلبیگ

1. مربی، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

2. مربی، گروه پرستاری، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

3. کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

4. کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: اردبیل، بزرگراه شهید، بین چهارراه حافظ و پل سعدی، دانشکده‌ی پرستاری مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۴۵۵۰۲۵۹.

Email: mohammadir1357@gmail.com

مقدمه

امروزه با سپری شدن دوره‌های مختلف، تلاش انسان‌ها بر این بنا نهاده شده است تا برای تأمین نیازهای مادی و معنوی خود، رویکردی عقلانی و اخلاقی داشته باشد؛ در واقع رویکرد دنیای امروز را می‌توان بازگشت به عقلانیت و اخلاق دانست؛ از این رو می‌توان اخلاق را مرکز و کانون تحولات دنیای آینده دانست (۱). اخلاق که مجموعه‌ای از بایدها و نبایدها و جزء فطرت و بدیهیات عقلی بشر است، یکی از مهم‌ترین هدف‌های پیامبران در نظر قرآن است؛ زیرا اعتلا و سعادت انسان در گرو پایبندی و آراستگی به اخلاق الهی است، تاجایی که پیامبر اکرم (ص) هدف از بعثت خود را تکمیل مکرمت‌های اخلاقی بیان فرموده‌اند (۲). علم اخلاق برای افراد تکالیفی را تعیین می‌کند تا در زندگی خود و در تعامل با دیگران بر طبق آن تکالیف عمل کنند (۳). علم اخلاق به مجموعه اصول معیاری (سنجشی) می‌پردازد که شایسته است رفتار بشری به مقتضای آن صورت بگیرد (۴). رسالت علم اخلاق شناسایی قوا و استعدادهاى مختلف انسان و چگونگی ایجاد تعادل میان امیال گوناگون او و راهنمایی او به کمال حقیقی خود است (۵).

به دلیل ارتباط تنگاتنگ کار و اخلاق، کار بدون توجه به اخلاق به نتیجه‌ی مطلوبی به دنبال نخواهد داشت و انسان را به سعادت نمی‌رساند. از دیدگاه امام علی (ع) ارزش هر کار به اخلاقی بودن آن است نه به زیادی آن (۵). هرگاه انسان در عرصه‌ی رفتار با تصمیم‌گیری مواجه می‌شود، معیارها و ارزش‌های اخلاقی می‌توانند تکیه‌گاه‌هایی نیرومند برای تصمیمات نهایی اتخاذ شده باشند (۷۶).

در همین راستا موضوع اخلاق پزشکی نیز مبین این است که چه اقدامی و تحت چه شرایطی مناسب‌ترین اقدام، برای بیماران است (۳) و با توجه به اهمیت موضوع، اولین بار در سال ۱۳۷۰ کتاب اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت، درمان و

آموزش پزشکی تألیف شد و به دنبال آن، کنگره‌ی اخلاق پزشکی شکل گرفت (۵). اخلاق پزشکی یکی از مقوله‌های ضروری حرفه‌ی پزشکی و پرستاری است که موضوع آن بررسی مجموعه‌ی آداب و رفتار پسندیده یا ناپسندی است که صاحبان حرف پزشکی باید رعایت کنند (۵). گرچه برخورداری از سطح مناسب تکامل اخلاقی برای همه‌ی افراد جامعه مهم است، این موضوع برای کارکنان بهداشتی از جمله پرستاران بیشتر اهمیت دارد؛ زیرا کارکنان در مراقبت‌های درمانی خود همواره با مسائلی روبه‌رو هستند که در زندگی روزمره‌ی خود، آن‌ها را تجربه نکرده‌اند (۸). تقریباً همه‌ی رشته‌های مرتبط با سلامت به‌نوعی با مسائلی روبه‌رو می‌شوند که حل آن‌ها نیازمند برخورداری از توانایی استدلال اخلاقی است. این موضوع به‌ویژه در پرستاری بیشتر اهمیت دارد؛ زیرا در امر مراقبت، پرستاران از نظر مدت زمان و عمق ارتباط، بیشترین ارتباط انسانی را با بیمار برقرار می‌کنند (۹).

امروزه دانش پرستاری به‌طور چشمگیری افزایش یافته و بر صلاحیت‌های فنی پرستاری بسیار تأکید شده است؛ اما اهمیت مراقبت‌های اخلاقی به حدی است که گاهی بر جنبه‌های فنی کار پرستاری برتری می‌یابد. پرستاران با توجه به نقش مراقبتی خود هر روز با شرایطی مواجه می‌شوند که به تصمیم‌گیری اخلاقی نیاز دارد (۹). پزشکان و پرستاران افراد تأثیرگذاری هستند که در صورت توجه به وظایف و حفظ حدود و حریم خود از نظر اخلاقی، محیطی سالم و سرشار از انرژی و تلاش را در مراکز درمانی ایجاد می‌کنند (۱۰).

پرستار شدن تنها کسب دانش و یادگیری مهارت‌های خاص یا انجام دادن فعالیت‌های علمی روزمره نیست؛ بلکه پرستار شدن شامل کسب ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی است که سبب تغییرات اساسی در نگرش اخلاقی و جایگاه اخلاقی پرستاران می‌شود (۳). از طرفی نقش و مسئولیت پرستاران

نظریه‌های رایج در زمینه‌ی تکامل اخلاقی است (۳). کلبرگ شش مرحله را در تکامل اخلاقی انسان مشخص ساخته که به ترتیب عبارت‌اند از: سوگیری اطاعت و تنبیه، لذت نسبی‌گرایی، سوگیری پسر خوب، دختر خوب، پایداری نظم اجتماعی و قدرت، جهت‌گزینی مبتنی بر قوانین اجتماعی، اخلاقی‌گزینی مبتنی بر اصول. کلبرگ این شش مرحله را در سه سطح پیش‌عرفی، عرفی و پس‌عرفی خلاصه کرده است که به ترتیب، دو به دو در این سطوح قرار می‌گیرند. اخلاق پیش‌عرفی^۲ شامل مرحله‌ی اول و دوم، سطح اخلاق عرفی^۳ شامل مرحله‌ی سوم و چهارم و سطح اخلاقی پس‌عرفی^۴ شامل مرحله‌ی پنجم و ششم است (۱۵). هرچند کلبرگ پیشاهنگ حوزه‌ی تحول اخلاقی و بانی انقلاب شناختی در ادبیات تحول اخلاقی است (۱۶)، انتقاداتی نیز بر نظریه‌ی او وارد شده است. طبق نظر گیلیگان^۵، نظریه‌ی کلبرگ مردم‌محور است (۱۷)؛ همچنین از منظر کلبرگ مراحل رشد اخلاقی ثابت و بدون تغییر است و استدلال و داوری‌های اخلاقی با جنبه‌های شناختی ارتباط دارد؛ اما از نظر اسلام قوانین و احکام اخلاقی مطلق و واقعی هستند. در نظریه‌ی کلبرگ سطوح متعالی روحانی و عقلانی اخلاق نادیده گرفته شده است (۱۸). همچنین کلبرگ رفتار اخلاقی را با چگونگی تفکر و قضاوت اخلاقی فرد مرتبط دانسته و جوانب مهم دیگر را کم‌اهمیت شمرده است (۱۹).

در زمینه‌ی بررسی تکامل اخلاقی پرستاران مطالعات اندکی در دنیا صورت گرفته است؛ برای مثال واحدیان و الحانی (۱۳۸۷) در مطالعه‌ای مروری روی متون چاپ‌شده گزارش داده‌اند که بررسی سطح تکامل اخلاقی پرستاران دو اشکال دارد: اول اینکه تعداد مطالعات انجام‌شده در این زمینه

روزبه‌روز تعاریف وسیع‌تری پیدا می‌کند و پرستاری به‌عنوان حرفه‌ای ویژه و مستقل شناخته می‌شود؛ بنابراین تنها در سایه‌ی به‌کارگیری ماهرانه و دقیق قوانین و مقررات است که زمینه‌ی دستیابی به استقلال حرفه‌ای فراهم می‌شود (۱۱). ذات طبیعی پرستاری احترام‌گذاشتن به حقوق بشر، بدون توجه به رنگ، عقیده، فرهنگ، نوع بیماری، جنسیت، ملیت، سیاست، نژاد یا مناسبت‌های اجتماعی است (۱۲). هدف علم اخلاق در حرفه‌ی پرستاری نیز بهبود مراقبت‌های پرستاری و هدایت آن در جهتی است که ارتقای سلامتی بیماران را به دنبال دارد (۳). مراقبت پرستاری بر اساس اخلاق حرفه‌ای معیارهای رفاه مددجو را بالا می‌برد، به انتخاب مددجو احترام می‌گذارد، حریم شخصی و امنیت او را تضمین می‌کند، کیفیت زندگی و حرمت او را در نظر می‌گیرد، حد انصاف را در استفاده از منابع رعایت و همچنین در برخورد با مددجو و سایر اعضای تیم بهداشتی یکپارچه و صادقانه و حرفه‌ای عمل می‌کند (۳).

پرستاران و دیگر کارکنان بهداشتی هر روز با موقعیت‌هایی مانند سقط جنین، اشتباهات درمانی و دارویی، بیماران در حال مرگ و... مواجه می‌شوند که ممکن است نیازمند اخذ تصمیم‌هایی مناسب باشد تا ضمن آسیب وارد نشدن به بیمار، اصول اخلاقی و مرزهای اخلاقی جامعه حفظ شود (۸).

مهارت‌های استدلال اخلاقی همراه با توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی، باید به‌طور هدفمند در میان کارکنان بهداشتی تقویت شود؛ زیرا استدلال اخلاقی تقویت‌شده با عملکرد بالینی بهتر در ارتباط است (۱۳). استدلال و تکامل اخلاقی به معنای توانایی تشخیص و ترکیب دیدگاه‌های متعدد در تحلیل و شناسایی مسائل اخلاقی است (۱۴). مسائل پیش‌گفته تأییدکننده‌ی این دیدگاه است که کارکنان درمانی از جمله پرستاران باید در سطح مناسبی از رشد و تکامل اخلاقی قرار داشته باشند. نظریه‌ی تکامل اخلاقی کلبرگ^۱، یکی از

2. Pre-Conventional
3. Conventional
4. Post-Conventional
5. Gilligan

^۱. Kohlberg

پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته شامل سن، جنس، شهرستان محل خدمت، بخش محل خدمت و تأهل استفاده شد. همچنین برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به تکامل اخلاقی، از پرسش‌نامه‌ی تکامل اخلاقی کلبرگ استفاده شد.

کریشام^۵ این آزمون را در سال ۱۹۸۱ ساخته است. آزمون شامل شش سناریو با موضوع نوزاد با آنومالی‌های شدید، اجبار دارویی، تقاضای بالغان نسبت به مرگ، آشناسازی پرستار جدید، اشتباه دارویی و افراد بیمار در مراحل آخر بیماری است. به دنبال هر سناریو سه سؤال اصلی مطرح می‌شود که سؤال اول از فرد می‌خواهد که اگر در موقعیت این سناریو قرار گیرد، چه اقدامی انجام می‌دهد؛ در اینجا سه گزینه وجود دارد که باید یکی از آن‌ها انتخاب شود؛ گزینه‌ی اول نشان‌دهنده‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی مطلق، گزینه‌ی دوم نشان‌دهنده‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی نسبی و گزینه‌ی سوم نشان‌دهنده‌ی ناتوانی در تصمیم‌گیری است. در سؤال دوم از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود که دلیل انتخاب خود را ذکر کنند. در این قسمت شش بیانیه‌ی رایج که بیانگر علل موجود برای اقدام انجام‌شده است برای فرد ارائه می‌شود و از او خواسته می‌شود تا به ترتیب اولویت این گزینه‌ها را مرتب کند. هر کدام از این گزینه‌ها در هر سناریو بیانگر سطح تکامل دو، سه، چهار، پنج و شش از سطوح تکامل اخلاق کلبرگ است و یک گزینه نیز میزان در نظر گرفتن قوانین مؤسسه‌ای را در تصمیم‌گیری نشان می‌دهد. با استفاده از این قسمت پرسش‌نامه سه شاخص مهم برای هر پرستار محاسبه می‌شود. شاخص اول بررسی سطح تکامل اخلاقی فرد است و بستگی به این دارد که در هر سناریو کدام گزینه را به‌عنوان اولین اولویت انتخاب کرده است و در نهایت سطح تکامل اخلاق پرستاران در سه سطح پیش‌عرفی (مجموع سطح اول و دوم)، عرفی (مجموع سطح چهارم و پنجم) و سطح پس‌عرفی (مجموع سطح پنجم و ششم) تعیین می‌شود. شاخص بعدی

بسیار محدود است؛ دوم تعداد بسیار زیادی از این مطالعات نیز در کشورهای غربی به‌ویژه ایالات متحده انجام شده است (۲۰). در متون چاپ‌شده در زمینه‌ی سطح تکامل اخلاقی پرستاران، نتایج تا حدی متناقض بوده است. مطالعات گوتالس^۱ و همکاران (۲۰۱۰) و کادزما^۲ (۱۹۸۰) نشان داده است بیشتر پرستاران در سطح عرفی تکامل اخلاقی قرار دارند (۲۱ و ۲۲)؛ در حالی که مطالعه‌ی کدی^۳ (۱۹۹۱) نشان داد پرستاران بیشتر در سطح پس‌عرفی تکامل اخلاقی قرار می‌گیرند (۲۳). مطالعه‌ی برهانی و همکاران در ایران نیز (۱۳۸۹) نشان داد حدود نیمی از پرستاران بررسی‌شده در سطح پس‌عرفی و سایر پرستاران در سطوح پایین‌تر تکامل اخلاقی قرار دارند (۲۴). این مطالعه با هدف تعیین سطح تکامل اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی استان اردبیل انجام شده تا با آگاهی از وضعیت تکامل اخلاقی آنان، بتوان از نتایج پژوهش به منظور برنامه‌ریزی صحیح آموزش اخلاق در آینده استفاده کرد.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی-تحلیلی، در سال ۹۷-۱۳۹۶ با هدف بررسی سطح تکامل اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده است. جامعه‌ی پژوهش شامل تمامی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی شهرهای اردبیل، گرمی و مشگین‌شهر بودند. طبق فرمول کوکران^۴ تعداد نمونه چهارصد نفر برآورد شد که از بین این تعداد ۳۱۰ پرسش‌نامه تکمیل و جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری نیز به روش در دسترس انجام شد. معیارهای ورود، سابقه‌ی کار بیشتر از یک سال در بالین در بخش‌های مختلف بیمارستان و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک از

1. Goethals
2. Kudzma
3. Cady
4. Cochran

5. Grisham

یافته‌ها

در مطالعه‌ی حاضر ۳۱۰ پرستار شاغل در بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی استان اردبیل بررسی شدند. میانگین سنی پرستاران $30/43 \pm 5/65$ بود. ۶۹ نفر (۱۲/۳٪) مرد و ۲۴۱ نفر (۷۷/۱٪) زن بودند. ۱۰۰ نفر (۳۲/۳٪) مجرد، ۲۰۸ نفر (۶۷/۱٪) متأهل و ۲ نفر (۰/۶٪) مطلقه بودند. ۲۲۰ پرستار (۷۰/۹۶٪) از شهرستان اردبیل، ۵۹ نفر (۱۹/۳٪) از شهرستان گرمی و ۳۱ نفر (۱۰٪) از مشگین‌شهر بودند. از بین شرکت‌کنندگان ۱۰۸ نفر (۳۴/۸٪) در بخش داخلی، ۴۲ نفر (۱۳/۵٪) در بخش جراحی، ۳۴ نفر (۱۱٪) در بخش اورژانس، ۴۳ نفر (۱۳/۹٪) در بخش کودکان و ۸۳ نفر (۲۶/۸٪) در بخش ویژه کار می‌کردند.

بررسی پاسخ پرستاران به سؤال اول هر سناریوی پرسش‌نامه نشان داد بیشتر پرستاران گزینه‌ی صحیح را در هر مورد انتخاب کرده بودند. تعداد و درصد پاسخ‌دهندگان به تفکیک هر سؤال در جدول شماره‌ی یک نشان داده شده است.

بررسی پاسخ پرستاران به سؤال دوم هر سناریو نشان داد که ۵۱ پرستار (۱۶/۴۵٪) در سطح پیش‌عرفی، ۱۰۱ پرستار (۳۲/۵۸٪) در سطح عرفی، ۱۳۲ پرستار (۴۲/۵۸٪) در سطح پس‌عرفی و ۲۶ پرستار (۸/۳۸٪) در سطح ملاحظات بالینی قرار داشتند. همچنین میانگین نمره‌ی تفکر اخلاقی شرکت‌کنندگان در مطالعه $42/58 \pm 5/6$ و میانگین نمره‌ی ملاحظات بالینی $21/53 \pm 4/3$ به دست آمد.

نمره‌ی تفکر بنیادین پرستاری^۱ است که مجموع نمرات سطح پنج و شش تکامل اخلاقی کلبرگ است. نمرات NP در هر شش سناریو جمع می‌شود و نمرات در محدوده‌ای بین ۱۸ تا ۶۶ متغیر خواهد بود. شاخص بعدی نمره‌ی ملاحظات عملی است که میزان در نظر گرفتن قوانین اداری در تصمیم‌گیری اخلاقی را بررسی می‌کند. با توجه به اینکه در هر سناریو یک گزینه مربوط به این شاخص است، نمرات این شاخص نیز بین ۶ و ۳۶ متغیر خواهد بود. نمره‌ی NP بیشتر نشان‌دهنده‌ی سطح تکامل اخلاقی بالاتر و نمره‌ی PC بیشتر نشان‌دهنده‌ی توجه بیشتر به قوانین اداری در تصمیم‌گیری اخلاقی و سطح پایین‌تر تکامل اخلاقی است. سؤال سوم پرسش‌نامه مربوط به میزان آشنایی شرکت‌کنندگان با معماهای مشابه است که هر کدام دارای پنج بیانیه است و پاسخ‌دهنده باید یکی از آن‌ها را انتخاب کند و به ترتیب به بیانیه‌ی اول تا پنجم نمرات یک تا پنج تعلق می‌گیرد که محدوده‌ی نمرات بین شش تا سی متغیر خواهد بود و نمره‌ی کمتر نشان‌دهنده‌ی آشنایی بیشتر است.

نمرات بین شش تا هفده نشان‌دهنده آشنایی قبلی و بین هجده تا سی نشان‌دهنده نبود آشنایی قبلی است. زیرک و همکاران، روایی و پایایی ابزار را در سال ۱۳۸۹ به دست آورده و پایایی را ۹۵٪ گزارش کرده‌اند (۳). روایی آزمون در این مطالعه نیز، با بررسی سؤالات آزمون به همت پنج نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری و پنج نفر از پرستاران مجرب بالینی به دست آمد. پانزده نفر پرستار بالینی نیز با آزمون مجدد پایایی آن را به دست آوردند که ۸۲٪ بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ و آزمون‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و تحلیلی شامل آزمون تی، پیرسون، آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل شدند.

1. Nursing Principled Thinking, NP

جدول شماره ۱- تعداد و درصد پاسخ پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به سؤال اول پرسش‌نامه‌ی تکامل اخلاقی کلبرگ

سناریو	گزینه‌های سناریو	پاسخ	
		تعداد	درصد
نوزاد با آنومالی‌های شدید	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۶۹	۲۲/۳
	باید نوزاد را احیا کرد	۱۶۷	۵۳/۹
	نباید نوزاد را احیا کرد	۷۴	۲۳/۹
اجبار دارویی	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۴۶	۱۴/۸
	نباید دارو را به زور تزریق کرد	۱۸۲	۵۸/۷
	باید دارو را به زور تزریق کرد	۸۲	۲۶/۴
تقاضای بالغان برای مردن	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۳۸	۱۲/۲
	باید به برقراری تنفس بیمار کمک کرد	۲۵۲	۸۱/۳
	نباید به برقراری تنفس بیمار کمک کرد	۲۰	۶/۴
آشناسازی پرستار جدید	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۴۶	۱۴/۸
	باید زمان را برای آشناسازی پرستار جدید اختصاص داد	۱۳۸	۴۴/۵
	نباید زمان را برای آشناسازی پرستار جدید اختصاص داد	۱۲۶	۴۰/۶
اشتباه دارویی	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۳۷	۱۱/۹
	باید اشتباه دارویی را گزارش کرد	۲۴۰	۷۷/۴
	نباید اشتباه دارویی را گزارش کرد	۳۳	۱۰/۶
بالغان با بیماری شدید	نمی‌توان در موقعیت مذکور تصمیم گرفت	۵۶	۱۸/۱
	باید به سؤالات بیمار درباره‌ی سلامتی پاسخ داد	۱۶۵	۵۳/۲
	نباید به سؤالات بیمار درباره‌ی سلامتی پاسخ داد	۸۹	۲۸/۷

وجود دارد ($p=0.01$). همچنین این آزمون نشان داد بین شهرستان محل خدمت پرستاران و نمره‌ی تفکر اخلاقی، رابطه‌ی آماری معناداری وجود دارد ($p=0.01$). (نک: جدول شماره‌ی دو).

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سن و نمره‌ی تفکر اخلاقی رابطه‌ی آماری معناداری وجود ندارد ($p=79\%$). در بررسی سایر مشخصات دموگرافیک پرستاران و رابطه‌ی آن با نمره‌ی تفکر اخلاقی، آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد بین نمره‌ی تفکر اخلاقی و تأهل، رابطه‌ی آماری معناداری

جدول شماره ۲- ارتباط مشخصات دموگرافیک پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با نمره‌ی تفکر اخلاقی

متغیر	گروه ه	تعداد	درصد	میانگین \pm انحراف معیار	Pvalue
جنس	مذکر	۶۹	۲۲/۳	۴۲/۸۱ \pm ۵/۸۴	۰/۶۳
	مؤنث	۲۴۱	۷۷/۱	۴۱/۵۹ \pm ۵/۵۲	
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰۰	۳۲/۳	۴۰/۱۸ \pm ۵/۸۵	۰/۰۰۱
	متاهل	۲۰۸	۶۷/۱	۴۲/۷۰ \pm ۵/۳۳	
	مطلقه	۲	۰/۶	۳۹/۵۰ \pm ۲/۱۲	
	اردبیل	۲۲۰	۷۰/۹	۴۱/۵۱ \pm ۵/۴۳	
شهرستان محل خدمت	گرمی	۵۹	۱۹/۰	۴۳/۵۹ \pm ۵/۹۸	۰/۰۱
	مشگین شهر	۳۱	۱۰	۴۵/۰۰ \pm ۶/۲۴	
بخش محل خدمت	داخلی	۱۰۸	۳۴/۸	۴۱/۲۶ \pm ۶/۰۲	۰/۰۶
	جراحی	۴۲	۱۳/۵	۴۰/۶۱ \pm ۵/۳۰	
	اورژانس	۳۴	۱۱/۰	۴۱/۶۷ \pm ۶/۳۸	
	کودکان	۴۳	۱۳/۹	۴۳/۶۹ \pm ۴/۹۸	
	ویژه	۸۳	۲۶/۸	۴۲/۴۰ \pm ۴/۹۷	

سؤال است.

بحث

نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد اکثر پرستاران در پاسخ به سؤال اول سناریو، در خصوص انتخاب اینکه در شرایط گفته‌شده کدام گزینه را انتخاب می‌کنید و پاسخ‌گو باید یکی از سه گزینه‌ی داده‌شده را انتخاب می‌کرد، پاسخ‌های اخلاقی را انتخاب کرده بودند که نشان‌دهنده‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران است؛ ولی در هر مورد تعدادی شایان توجه نیز تصمیم‌گیری درستی انجام ندادند؛ زیرا همکاران نیز در مطالعه‌ی خود به نتیجه‌ای مشابه نتیجه‌ی پژوهش حاضر رسیده‌اند (۳). نتایج این قسمت از آزمون نشان‌دهنده‌ی قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران در موقعیت‌های مختلف بالینی است و نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد با وجود اینکه اغلب پرستاران مورد مطالعه قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های مختلف بالینی را داشتند، عده‌ای هم از این

درباره‌ی نمره‌ی ملاحظات بالینی پرستاران، آزمون همبستگی پیرسون نشان داد بین سن و نمره‌ی ملاحظات بالینی رابطه‌ای معنادار وجود دارد ($p=0/01$) و این رابطه مثبت است؛ بدین معنی که با افزایش سن، نمره‌ی ملاحظات بالینی نیز افزایش می‌یابد. آزمون تی نیز نشان داد بین جنس و نمره‌ی ملاحظات بالینی رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p=0/06$). همچنین آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد بین وضعیت تاهل و نمره‌ی ملاحظات بالینی ($p=0/18$)، بین شهرستان محل خدمت و نمره‌ی ملاحظات بالینی ($p=0/21$) و همچنین بین بخش محل خدمت و نمره‌ی ملاحظات بالینی رابطه‌ی معنادار آماری وجود ندارد ($p=0/06$).

در خصوص پاسخ به سؤال سوم در هر سناریو، تجزیه و تحلیل آماری نشان داد نمره‌ی میزان آشنایی شرکت‌کنندگان با معماهای هر سناریو ۱۵/۲۳ بود که نشان‌دهنده‌ی آشنایی قبلی واحدهای مورد پژوهش با سناریوهای مطرح‌شده در هر

برگزاری دوره‌های آموزش اخلاق در دوران تحصیل و حین خدمت در بیمارستان‌های مورد مطالعه و همچنین تفاوت تعداد پرستاران مورد مطالعه باشد. در کل نمره‌ی تفکر اخلاقی بین پرستاران در سطح بالایی قرار ندارد و در سطح متوسط است که این مورد، به بررسی‌های بیشتر نیاز خواهد داشت. با توجه به مسئولیت اخلاقی پرستاران در بالین باید علل سطح تکامل اخلاقی پایین و عوامل مرتبط با ارتقای آن بررسی شود. همچنین مسئولان باید برگزاری دوره‌های آموزشی اخلاقی مؤثر و آموزش‌های اخلاقی لازم به پرستاران را، هم در دوران تحصیل و هم در دوران خدمات بالینی، در کانون توجه قرار دهند. در این خصوص بعضی مطالعات نشان داده‌اند که با افزایش سطح آموزش، سطح تکامل اخلاقی پرستاران نیز افزایش می‌یابد که باید این مطلب نیز در کانون توجه قرار گیرد (۲۳، ۲۵-۲۷).

در بررسی رابطه‌ی بین مشخصات دموگرافیک پرستاران با نمره‌ی تفکر اخلاقی نکته‌ی در خور توجه این بود که بین وضعیت تأهل پرستاران با نمره‌ی تفکر اخلاق رابطه‌ی آماری معناداری وجود داشت ($p=0/001$). طوری که بیشترین نمره مربوط به پرستاران متأهل و کمترین نمره مربوط به افراد مطلقه بود. این مورد در مطالعات مشابه یافت نشد. در مطالعات مشابه بین تفکر اخلاق و وضعیت تأهل رابطه‌ی آماری معناداری وجود نداشت (۹ و ۲۸). این تفاوت می‌تواند به علت تفاوت تعداد افراد بررسی‌شده یا ناشی از تفاوت فرهنگی شهرهای مختلف باشد. مطالعه‌ی حاضر نشان داد که پرستاران متأهل نمره‌ی تفکر اخلاقی بالاتری نسبت به بقیه دارند که می‌توان گفت تأهل می‌تواند تأثیر مثبتی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران داشته باشد؛ البته با توجه به اینکه تعداد افراد مطلقه فقط دو نفر بودند، نمی‌توان به این نتیجه‌ی قطعی رسید که افراد مطلقه نمره‌ی تفکر اخلاقی پایین‌تری دارند؛ کما اینکه اگر تعداد این گروه بیشتر بود می‌توانست در نمره‌ی تفکر اخلاق اثرگذار باشد؛ از این رو، این

قدرت تصمیم‌گیری برخوردار نبودند. علت این شرایط و عوامل مرتبط با آن، برای تقویت و ارتقای قدرت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بالینی، به بررسی بیشتر نیاز دارد.

با توجه به نظریه‌ی تکامل اخلاقی کلبه‌گ و سه سطح آن که پیش از این توضیح داده شد، بیشتر پرستاران در سطح پس‌عرفی قرار داشتند؛ بدین معنا که اکثر پرستاران در سناریوهای مطرح‌شده، بیانیه‌های مربوط به اخلاق پس‌عرفی را به‌عنوان بالاترین الویت خود انتخاب کرده‌اند. با وجود اینکه اغلب پرستاران مورد مطالعه در سطح پس‌عرفی و سپس عرفی قرار گرفته‌اند، این تعداد زیر ۵۰٪ می‌باشد؛ یعنی کمتر از نیمی از پرستاران در این سطوح قرار گرفته‌اند که طبق نظریه‌ی تکامل اخلاقی کلبه‌گ، این نتیجه نشان می‌دهد که تکامل اخلاقی پرستاران مورد مطالعه در حد متوسط است. همچنین میانگین نمره‌ی تفکر اخلاقی از حداکثر نمره که ۶۶ بود $42/73 \pm 5/6$ به دست آمد که این نیز نشان‌دهنده‌ی سطح تفکر اخلاقی متوسط است. در این خصوص زیرک و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان داده‌اند که بیشتر پرستاران (حدود ۴۳٪) در سطح پس‌عرفی قرار دارند و میانگین نمره‌ی تفکر اخلاق آن‌ها $46/6 \pm 6/7$ است که بیشتر از مطالعه‌ی حاضر است (۳). همچنین برهانی و همکاران نشان داده‌اند که در شهر کرمان اکثریت پرستاران در سطح عرفی و پس‌عرفی قرار دارند و میانگین نمره‌ی آن‌ها $42/16$ است (۹) که با مطالعه‌ی حاضر مشابهت دارد. در مطالعه‌ی گوتالس و همکاران (۲۰۱۰) مشخص شده اکثر پرستاران از نظر استدلال اخلاقی در سطح عرفی قرار دارند (۲۱). مقایسه‌ی نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که نتایج تا حدودی مشابه هم هستند؛ هر چند که نمره‌ی تفکر اخلاقی به‌دست‌آمده در بین پرستاران شهر تبریز، بیشتر از پرستاران شهر اردبیل بود، نمره‌ی تفکر اخلاقی پرستاران اردبیل و کرمان تقریباً مشابه و حدود ۴۲٪ بود. تفاوت نمره‌ی تفکر اخلاقی بین پرستاران استان‌های مختلف می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگ‌ها و

بیشتر پرستاران نسبت به کودکان و تفاوت محیط کار در بخش کودکان باشد؛ البته برای نتیجه‌گیری قطعی درباره‌ی علل آن، به بررسی بیشتر نیاز است.

افزون‌براین، نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد بین جنس، وضعیت تأهل، شهرستان محل خدمت و بخش محل خدمت با نمره‌ی ملاحظات بالینی رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود ندارد؛ ولی بین سن و نمره‌ی ملاحظات بالینی رابطه‌ی آماری معناداری وجود دارد؛ طوری که این رابطه مثبت است و با افزایش سن، نمره‌ی ملاحظات بالینی افزایش می‌یابد. همان‌طور که پیش از این گفته شده نمره‌ی ملاحظات بالینی نشان‌دهنده‌ی این است که فرد چقدر به قوانین اداری در تصمیم‌گیری اخلاقی پایبند است و هر چه نمره‌ی ملاحظات بالینی بالاتر باشد، نمره‌ی استدلال اخلاقی پایین‌تر خواهد بود. نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر نشان داد که هر چه سن فرد بیشتر می‌شود، به قوانین اداری در تصمیم‌گیری‌های بالینی بیشتر توجه می‌کند تا اینکه تصمیم‌گیری اخلاقی داشته باشد. در این رابطه هام^۱ (۲۰۰۲) نیز نشان داده است در آمریکا هر چه سابقه‌ی بالینی پرستاران افزایش یابد (که مشخصاً با افزایش سابقه‌ی بالینی، سن نیز افزایش می‌یابد) تکامل اخلاقی پرستاران کاهش می‌یابد و پرستاران اهداف سازمانی را به منافع بیماران ترجیح می‌دهند (۳۰). در نتیجه می‌توان گفت، سن می‌تواند روی تصمیم‌گیری اخلاقی با در نظر گرفتن قوانین اداری و ملاحظات بالینی تأثیر داشته باشد؛ به بیان دیگر، هر چه سن بالاتر می‌رود توجه به قوانین اداری نسبت به تصمیم‌گیری اخلاقی بیشتر خواهد شد. این مبحث به گونه‌ای ناخودآگاه، قانون و قوانین اداری را در نقطه مقابل اخلاق قرار می‌دهد. این چالش همواره وجود دارد که مرز اخلاق و قانون کجاست؟ البته با توجه به اینکه حداقل‌های اخلاقی و کمترین حدود اخلاقی که دیگر اغماض‌پذیر و فراموش‌شدنی نیست،

موضوع به بررسی‌های بیشتر با تعداد بیشتر در مطالعات آینده نیاز دارد.

همچنین نتیجه‌ی بررسی ارتباط بین نمره‌ی تفکر اخلاق با شهرستان محل خدمت نیز نشان داد که این تفاوت معنی‌دار است؛ طوری که از بین سه شهرستان بررسی‌شده، بیشترین نمره‌ی تفکر اخلاقی مربوط به پرستاران مشکین‌شهر، سپس به ترتیب گرمی و اردبیل بود. این تفاوت در بین شهرستان‌های استان اردبیل می‌تواند ناشی از تفاوت فرهنگ‌ها در بین شهرستان‌های استان و تفاوت محیط کار و تفاوت نحوه‌ی برخورد مسئولان با پرستاران باشد و پیشنهاد می‌شود علل و عوامل مرتبط با آن در بین شهرستان‌ها و راهکارهای افزایش نمره‌ی تفکر اخلاقی بین پرستاران بررسی شود.

همچنین نتایج بررسی‌ها نشان داد که بین سایر مشخصات دموگرافیک پرستاران شامل سن، جنس و بخش محل خدمت با نمره‌ی تفکر اخلاقی رابطه‌ی آماری معنی‌داری وجود ندارد؛ ولی بیشترین نمره‌ی مربوط به تفکر اخلاقی مربوط به بخش کودکان و کمترین نمره مربوط به بخش جراحی بود. در این خصوص مطالعه‌ی زیرک و همکاران نشان داده که بین جنس و سن با نمره‌ی تفکر اخلاقی، تفاوت آماری معنی‌داری وجود ندارد که مشابه مطالعه‌ی حاضر است؛ ولی بین بخش محل خدمت و نمره‌ی تفکر اخلاقی رابطه‌ی معنی‌دار وجود دارد؛ طوری که بیشترین نمره مربوط به بخش کودکان و کمترین مربوط به بخش جراحی بود (۳). در همین خصوص مطالعات دیگری نیز نشان داده‌اند که بین بخش محل خدمت، جنسیت، سن و سطح تکامل اخلاقی رابطه‌ی آماری معناداری وجود ندارد (۲۲، ۲۳، ۲۹ و ۳۰). با توجه به اینکه در مطالعه‌ی حاضر مشابه مطالعه‌ی زیرک و همکاران، بیشترین نمره‌ی تفکر اخلاق مربوط به پرستاران بخش کودکان و کمترین مربوط به بخش جراحی بود، می‌توان گفت که پرستاران در بخش کودکان بیشتر سعی می‌کنند که تصمیم‌گیری اخلاقی داشته باشند و این می‌تواند به علت توجه و احساس و عواطف

1. Ham

نتیجه‌گیری

در کل مطالعه‌ی حاضر نشان داد بیشتر پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی استان اردبیل از نظر سطوح تکامل اخلاقی کلبرگ در سطح عرفی و پس‌عرفی قرار داشتند. آنان از نظر تکامل اخلاقی در سطح متوسط بودند که به بررسی بیشتر علل و عوامل مرتبط با آن و تلاش برای ارتقای آن نیاز دارد. همچنین، تعداد چشمگیری از پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب موفق نبودند. سطح تکامل اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی بررسی شده در شهرهای اردبیل، گرمی و مشگین‌شهر متفاوت بود. همچنین نتایج نشان داد که ملاحظات بالینی با سن پرستاران مورد مطالعه در ارتباط است و در سن بالاتر رعایت ملاحظات بالینی و پایبندی به قوانین اداری بیشتر و بهتر می‌شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل با کد تصویب IR-arums-REC-1396-97 است. از تمام مسئولانی که در تصویب و اجرای طرح همکاری کردند و همه‌ی پرستاران بالینی بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی استان اردبیل که در پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

به قانون تبدیل می‌شود تا حقوق اجتماعی رعایت گردد، باید گفت قوانین اداری مراکز سلامت (از جمله بیمارستان) در کشور ما برای رعایت حداقل‌های اخلاقی وضع شده‌اند؛ از این رو، پایبندی به قوانین اداری در تعارض با تصمیم‌گیری اخلاقی نخواهد بود.

نتیجه‌ی نمره‌ی آشنایی قبل پرستاران با سناریوهای پرسش‌نامه که ۱۵/۲۳ به دست آمد نشان‌دهنده‌ی این موضوع است که اغلب پرستاران با سناریوهای مشابه آشنایی داشته‌اند و در بالین با مواقعی مشابه آن‌ها مواجه شده‌اند؛ موقعیت‌هایی که به تصمیم‌گیری اخلاقی نیاز داشته‌اند. این موضوع نیز نشان می‌دهد با توجه به اینکه پرستاران در بالین بیشترین ارتباط را با بیمار دارند، آموزش اخلاقی پرستاران به صورت دوره‌ای و طبق نیاز در بالین حتماً باید در کانون توجه مسئولان محترم آموزش پرستاری قرار گیرد.

در مطالعه‌ی حاضر محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که باید به آن‌ها توجه شود؛ برای نمونه اینکه بررسی در سه شهرستان استان انجام شد و امکان بررسی در سایر شهرستان‌های استان برای پژوهشگر وجود نداشت؛ از این رو پیشنهاد می‌شود این پژوهش در تمام بیمارستان‌های آموزشی‌درمانی استان اردبیل انجام شود و در صورت تفاوت سطح تفکر اخلاقی در بین شهرستان‌ها، مشابه مطالعه‌ی حاضر، علل و عوامل مؤثر بررسی شود و اقدامات لازم برای ارتقای این امر مهم در بین پرستاران استان انجام گیرد. همچنین با توجه به نقدهای وارد شده به نظریه‌ی تکامل اخلاقی کلبرگ، پیشنهاد می‌شود با در نظر گرفتن نظریه‌های اسلامی و بومی که فرهنگ غربی کمتر در آن دخیل باشد، مطالعات بیشتری در خصوص تکامل اخلاقی در بین پرستاران انجام شود.

منابع

- 1- Esmailpourzanjani S, Mashouf S, khaki S. Evaluation of professional ethics observance in nursing practice from nurses and patients' point of view in Shahid Beheshti University of Medical Sciences' Teaching Hospitals. Iranian Journal of Medical Education. 2015; 15: 447-59. [in Persian]
- 2- Mashayekhipoor MA. Principles of work ethics from Imam Ali's point of view. Journal of Islamic Management. 2011; 19(1): 37-65. [in Persian]
- 3- Zirak M, Moghadasian S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. The study of level of ethical development in nurses working in training-treatment Hospitals Affiliated in Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Qom Univ Med Sci J. 2012; 6(3): 3-39. [in Persian]
- 4- Ebne Ali Z, Kalhor Z, Maleki M. The relationship between ethics and mysticism. Journal of Islamic Denominations. 2018; 5(9): 57-67. [in Persian]
- 5- Shahabeddin S. Ethics and medical rights. Journal of Medical Council of Iran. 2011; 29(1): 93-5. [in Persian]
- 6- Jones TM. Ethical decision making by individuals in organizations: An issue contingent model. Academy of Management Review. 1991; 16: 366-95.
- 7- Morris SA, McDonald RA. The role of moral intensity in moral judgments: An empirical investigation. Journal of Business Ethics. 1995; 14: 715-26.
- 8- Schroeter K. Ethics in preoperative practice patient advocacy. AORN J. 2002; 75(5): 941-4.
- 9- Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazael MA. Nurses and nursing students' ethical reasoning in facing with dilemmas: A comparative study. Medical Ethics & History of Medicine. 2010; 3(4): 71-81. [in Persian]
- 10- Eisazadeh N, Vaskoei Eshkevari K, Zebardast J, Malek Mohamadi M, Shasty S. The assessment of nurses' knowledge and attitude towards Islamic Commandments in Tehran University of Medical Sciences hospitals In 2014. Payavard. 2015; 9 (3): 266-275. [in Persian]
- 11- Nasiriani K, Farnia F, Nasiriani F. Study of respecting patients' rights from nurse's point of view employed in Yazd hospitals. Ir J Forensic Med. 2007; 13(1): 33-7. [in Persian]
- 12- Sanjari M, Zahedi F, Larijani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in Iran. Iranian J Publ Health. 2008, 37(1): 22-7.
- 13- Hewko SJ, Cooper SL, Cummings GG. Strengthening moral reasoning through dedicated ethics training in dietetic preparatory programs. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2015; 47(2): 42-9.
- 14- Sordjan R M. Evaluating moral reasoning in nursing education. SAGE Journal. 2013; 21(4): 32-38.
- 15- Kohlberg L. Stages of moral development. Moral education. 1971; 4: 23-9.
- 16- Jahangirzadeh MR. The perception of evolution in moral development. Journal of Moral knowledge. 2011; 2(4): 101-22.
- 17- Assaareh AR, Mahdizaadeh Tehraani A, Amini Zarrin AR, Azimi SH. A critical review of Kohlberg's theory of moral judgment and a guideline on its developmental stages. Quarterly Journal of Education. 2018; 2: 93-112. [in Persian]
- 18- Javidan F, Dehghan M.S, Shamsi Gooshki E, Abbasi M. Analysis of Kohlberg's theory on moral development from Quran point of view. Bioethics Journal. .2012; 2(6): 11-48. [in Persian]
- 19- Lotf Abadi H. Criticizing Piaget, Kohlberg, and Bandura's moral development theories and presenting a new model for research on Iranian school students' moral development. Journal of Educational Innovations. 2005; 11: 25-41. [in Persian]
- 20- Vahedian Azimi A, Alhani F. Educational challenges in ethical decision making in nursing. Medical Ethics & History of Medicine. 2008; 1(4): 21-30. [in Persian]
- 21- Goethals S, Gastmans C, Casterle BDD. Nurses' ethical reasoning and behavior: A Literature Review. Int J Nurs Stud. 2010; 47(5): 635-50.
- 22- Kudzma EAC. Moral reasoning of nurses in the work setting [Dissertation]. Boston (USA). Boston University; 1980.
- 23- Cady PA. An analysis of moral judgment in registered nurse: Pricpiled reasoning versus caring

values [Dissertation]. Boston (USA). Boston University; 1991.

24- Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazael MA. Compassion of the moral reasoning ability of nurses and nursing students at Kerman University of Medical Sciences in dealing with ethical problems. *Medical Ethics & History of Medicine*. 2010; 4: 74-6. [in Persian]

25- Zinych UM. The effect of the level of nursing education on moral ethical reasoning and behavior of practicing nurses [Dissertation]. Southern Connecticut; 1989.

26- Sullivan-Mann J, Perron CA, Fellner AN. The effects of simulation on nursing students' critical thinking scores: A quantitative Study. *Newborn Infant Nurs Review*. 2009; 9(2): 114-5.

27- Arangie-Harrell P. Moral development

among college nursing students: cognitive and affective influences [Dissertation]. Memphis (USA). University of Memphis; 1998.

28- Zare Hoshyarikhah H. Comparison of knowledge and attitude of third and fourth year nursing student and nurses in hospitals of Kerman University of Medical Sciences in nursing ethics [Dissertation]. Kerman (Iran). Kerman University of Medical Sciences; 1999. [in Persian]

29- Murray NM. Moral reasoning in male and female nurses: A care perspective VS a justice perspective [Dissertation]. New Jersey (USA). New Jersey State University; 1995.

30- Ham KL. A comparison of ethical reasoning abilities of senior baccalaureate nursing students and experienced nurses [Dissertation]. Memphis (USA). University of Memphis; 2003.

Surveying the Level of Ethical Development of Nurses Working in Educational Hospitals of Ardabil University of Medical Sciences in 2017

Mehri Seyedjavadi¹, Raheleh Mohammadi¹, Arezo Mirzayee^{*2}, Maryam Mirzayee²

¹Department of Nursing, School Of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

³Department of Student Research Committee of Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Abstract

Nursing ethics is one of the most basic aspects of nursing profession, which nurses are required to follow the principles receiving nursing care with confidence by patients. This study was conducted to determine the level of moral development of nurses and its contributing factors. This descriptive, analytic study was performed in 2017, study samples were 310 nurses working in educational hospitals of Ardabil University of Medical Sciences. Samples were selected by convenience method. The data was collected using a Kohlberg's nursing dilemma test. The questionnaire included six scenarios: newborn with anomalies, forcing medication, adult's request to die, new nurse's orientation, medication error, and uninformed terminally ill adult. The data was analyzed by IBM SPSS 18 using descriptive and analytic tests. In this study, 51 nurses (16.45%) were in the pre-conventional level, 101 nurses (32.58%) in the conventional level, 132 nurses (42.58%) at the post-normal level and 26 nurses (8.38%) at the level of clinical considerations. Moral thinking mean score was 42.58 ± 5.6 and the mean score of the clinical considerations was 21.53 ± 4.3 . The present study showed that the majority of nurses are in the post conventional and conventional level; but this is less than 50% of all nurses, which shows that the level of moral development of nurses is in the moderate level. It requires further investigation of the causes and related factors and more efforts for improving it.

Keywords: Nursing ethics, Nurses, Ethical development, Kohlberg

* Corresponding Author: mohammadirr1357@gmail.com