

## بررسی ارتباط استدلال اخلاقی و تعلق‌پذیری بالینی و عوامل مؤثر بر آن‌ها در پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه

سیمین کوکبی اصل<sup>۱</sup>، ساره ذکاوت<sup>۲</sup>، سمیه رستم‌خان<sup>۳</sup>، ابولفضل دهبانی‌زاده<sup>۴</sup>، مهسا قائمی‌زاده<sup>۵</sup>، میلاد امیری<sup>۶\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

۲. کارشناسی ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه سلامت جامعه/کارمند، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. مربی گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری، مرکز تحقیقات مهارت‌ها و مراقبت‌های بالینی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

۵. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

۶. کارشناسی ارشد، گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران.

### چکیده

بخش مراقبت‌های ویژه، محیطی چالش‌برانگیز و پرفشار است که پرستاران روزانه در آن با تصمیمات اخلاقی دشواری مواجه می‌شوند؛ لذا، این تحقیق با هدف تعیین هم‌بستگی استدلال اخلاقی و تعلق‌پذیری بالینی در پرستاران بخش‌های ویژه‌ی ایران انجام شد. مطالعه‌ی حاضر، از نوع مقطعی، توصیفی-تحلیلی بود و بر روی ۱۲۶ پرستار شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه‌ی بزرگ‌سالان بیمارستان‌های شهر یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. در این مطالعه از روش تمام‌شماری استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های تی مستقل، آنووا، رگرسیون و ضریب هم‌بستگی پیرسون بهره گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۶ صورت گرفت. بر اساس نتایج این مطالعه، میانگین و انحراف معیار نمره‌ی کل تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی پرستاران، به ترتیب  $13/75 \pm 5/50$  و  $109/68 \pm 36/07$  بود. این نتایج نشان‌دهنده‌ی سطح خوب تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی متوسط است؛ همچنین، بین محل خدمت و تعلق‌پذیری بالینی رابطه‌ی معنی‌دار آماری مشاهده شد ( $p=0/02$ )؛ اما بین تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی رابطه‌ی معنادار آماری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ). علی‌رغم اینکه بین تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی پرستاران ارتباط معنی‌دار مشاهده نشد، برخی خصوصیات دموگرافیک، دارای ارتباط معنی‌دار و پیش‌بینی‌کننده برای تعلق‌پذیری بالینی پرستاران بود. توصیه می‌شود، مسئولان و مدیران پرستاری از نتایج این مطالعه برای ارتقاء سطح استدلال اخلاقی و حس تعلق‌پذیری به محیط بالینی پرستاران استفاده کنند.

**واژگان کلیدی:** استدلال اخلاقی، بخش مراقبت ویژه، پرستار، تعلق‌پذیری بالینی.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۰۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۰/۱۱

\* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

میلاد امیری

آدرس: گروه روان‌پرستاری، دانشگاه علوم

پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

کد پستی: ۷۵۹۱۳۳۸۹۲۱

تلفن: ۰۷۴ - ۳۳۳۳۷۰۰۱

Email: [amirimilad7400@gmail.com](mailto:amirimilad7400@gmail.com)

## مقدمه

بخش مراقبت ویژه<sup>۱</sup> به لحاظ وجود شرایط خاص بیماران یک محیط پیچیده از لحاظ مراقبتی و اخلاقی می‌باشد. برخی موضوعات اخلاقی مانند حفظ استقلال بیمار، تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های پایان عمر، سودرسانی و عدم ضرر رساندن و انتخاب‌های اخلاقی مربوط به توزیع منابع محدود می‌تواند پرستاران را با چالش‌های اخلاقی مواجه کند (۱). شرایط بیماران در بخش مراقبت‌های ویژه ممکن است به صورت لحظه‌ای دچار تغییر شود و زندگی آن‌ها را به خطر بیندازد، لذا برای پرستاران بخش مراقبت ویژه قدرت تصمیم‌گیری در زمان اندک ضروری می‌باشد. به منظور اخذ بهترین تصمیم، پرستاران بخش مراقبت ویژه باید دارای مهارت‌های استدلال اخلاقی قوی و احساس تعلق بالینی باشند (۲، ۳). استدلال اخلاقی در برگزیده قضاوت و اخذ تصمیم درست در برخورد با مسائلی است که هر روز در محیط بالین با آن‌ها روبرو می‌شود (۴). نظریه استدلال اخلاقی لارنس کهلبرگ<sup>۲</sup> درباره این موضوع است که افراد چگونه فکر می‌کنند و در یک موقعیت اخلاقی چه چیزی را مدنظر قرار می‌دهند. این فرآیند، تشخیص درست و غلط در یک موقعیت معین است. کهلبرگ سطح استدلال اخلاقی را به سه سطح استدلال پیش عرفی، استدلال عرفی و استدلال پساعرفی تقسیم‌بندی می‌کند (۵). در محیط بالینی، استدلال اخلاقی می‌تواند در برگزیده بهترین تصمیم برای بیمار با در نظر گرفتن رفاه او و خانواده بیمار باشد (۶).

یکی دیگر از عوامل عمده و تاثیرگذار بر رفتار و موفقیت

## پیام‌های کلیدی

- جابجایی به موقع پرستاران بخش مراقبت ویژه در جهت حفظ سطح مطلوب تعلق‌پذیری بالینی آن‌ها ضروری است.
- بکارگیری پرستاران با مدرک تحصیلی بالاتر در جایگاه‌های مهم پرستاری، اهمیت دارد و در ایجاد انگیزه در آنان تاثیرگذار است.
- آموزش اصول اخلاقی برای پرستاران می‌تواند به تصمیم‌گیری آن‌ها در معضلات اخلاقی کمک کند.

پرستاران حس تعلق است که به عنوان اساس واکنش‌های عاطفی و رفتاری افراد شناخته شده است (۷). تعلق‌پذیری نیاز به بودن و احساس اهمیت داشتن برای دیگران است که آبراهام مازلو<sup>۳</sup> آن را به عنوان سومین نیاز اساسی در نظریه خود مطرح می‌کند (۸). در پرستاری این مفهوم برای اولین بار در حیطه روان‌پرستاری توسط هاگرتی<sup>۴</sup> و همکاران مورد توجه قرار گرفت (۹). در حوزه روان‌پرستاری تعلق‌پذیری به صورت حس جدایی ناپذیر فرد نسبت به سیستم یا محیط تعریف می‌گردد. به عبارت دیگر تعلق‌پذیری، یک تجربه شخصی است که در پاسخ به حس رضایت، پذیرش، احترام و امنیت فرد که از گروه دریافت می‌کند و تا چه اندازه ارزش‌های وی با ارزش حرفه‌ای گروه هماهنگی داشته باشد، شکل می‌گیرد (۷). تعلق حرفه‌ای یک نیاز اساسی

3. Abraham Maslow  
4. Hagerty

1. Intensive Care Unit (ICU)  
2. Lawrence Kohlberg

طرفی میزان تعلق‌پذیری بالینی نیز می‌تواند عملکرد پرستاران را در شرایط گوناگون مانند چالش‌ها و سختی‌ها تحت تاثیر قرار دهد. لذا توجه به اخلاقیات و تعلق‌پذیری بالینی پرستاران حائز اهمیت است. از طرفی مطالعه‌ای که ارتباط استدلال اخلاقی با تعلق‌پذیری بالینی پرستاران و تاثیر احتمالی آن بر کیفیت مراقبت پرستاری را بررسی کرده باشد یافت نشد. در نتیجه این مطالعه با هدف تبیین ارتباط بین استدلال اخلاقی و تعلق‌پذیری بالینی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان شهر یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

### روش کار

این مطالعه یک مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی بود که در شهر یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد. تمامی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۱۴۰۲ که معیارهای ورود را داشتند، وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش مراقبت ویژه، تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری. پرستارانی که در زمان انجام پژوهش در مرخصی یا ماموریت بودند از مطالعه خارج شدند.

پژوهشگر مطالعه خود را پس از تایید شورای پژوهشی و کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و دریافت کد IR.YUMS.REC.1402.089 و ارائه مجوزهای لازم و همچنین هماهنگی با مسئولین محترم بخش مراقبت ویژه بزرگسالان در سه بیمارستان آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج آغاز کرد.

در این مطالعه بخش فعالیت شامل دو نوع بخش مراقبت ویژه شامل مراقبت ویژه داخلی (شامل بیماران سرویس داخلی

در محیط کار است. یک حس اجتماعی معنی‌دار است که حس امنیت و همبستگی را ایجاد می‌کند (۷، ۱۰). با توجه به ماهیت بخش مراقبت ویژه کار تیمی از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا ایجاد حس تعلق‌پذیری بالینی در این بخش جهت افزایش همکاری در بین پرستاران و اخذ تصمیم‌های اخلاقی ضروری است (۱۱).

مطالعات مختلفی ارتباط بین حس تعلق و کارآمدی را نشان داده است (۱۲). در نتیجه شناسایی عوامل مرتبط و افزایش حس تعلق‌پذیری بالینی پرستاران می‌تواند باعث افزایش کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان هدف نهایی پرستاری گردد (۱۳). نتایج مطالعات انجام شده نشان دهنده این است که افزایش مهارت‌های استدلال اخلاقی ممکن است باعث افزایش احساس تعلق در عمل بالینی شود. از طرفی اعتماد به نفس و خودکارآمدی در پرستاران در ارتباط موثر برقرار کردن با همکاران تاثیرگذار است و سطح استدلال اخلاقی با تاثیرگذاری بر این عوامل می‌تواند بر نحوه ارتباط بین پرستاران و در نتیجه تعلق‌پذیری بالینی آن‌ها تاثیرگذار باشد (۱۴). علاوه بر این، احساس تعلق با افزایش رضایت شغلی، سطوح پایین‌تر فرسودگی شغلی و افزایش ارتقاء سلامتی بیماران مرتبط است (۱۵، ۱۶).

ماهیت حرفه پرستاری اخلاقی می‌باشد. پرستاران نقش مهم و حساسی در ارائه مراقبت‌های درمانی به خصوص در بخش مراقبت ویژه دارند و سازمان‌ها و جامعه به طور روزافزون بر مراقبت با کیفیت تاکید دارند. از طرفی پرستاران در طول دوران حرفه کاری خود با چالش‌ها و معضلات اخلاقی گوناگونی مواجه می‌شوند. این معضلات می‌تواند وضعیت روانی، دید حرفه‌ای و نگرش پرستاران به حرفه پرستاری را تحت شعاع قرار دهد. از

(شامل گویه‌های ۱، ۳، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷، ۳۳)، پیوستگی (شامل گویه‌های ۸، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۴) و کارآمدی (شامل گویه‌های ۲، ۵، ۱۱، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۳۱ و ۳۲) ارزیابی می‌شود و نمره بالاتر بیانگر سطوح بالاتر تعلق‌پذیری می‌باشد. دو آیتم (۶ و ۱۲) در هیچ طبقه‌ای قرار نمی‌گیرند. همچنین برخی سوالات (۱۰، ۱۴، ۲۲ و ۲۶) به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌دهی آن براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز صحیح) تا ۵ (همیشه صحیح) است (۱۷). با توجه به لیکرت ۵ درجه‌ای نقطه برش طیف میانی پرسشنامه ۳ می‌باشد که در زمینه درجه‌بندی میانگین پاسخ‌ها، میانگین ۱ تا ۲/۱ در سطح تعلق‌پذیری ضعیف، ۲/۱۱ تا ۳/۱۰ در سطح تعلق‌پذیری متوسط و ۳/۱۱ تا ۵ در سطح تعلق‌پذیری خوب ارزیابی می‌شود. این پرسشنامه اولین بار در کشور توسط حسونود و همکاران که شکل انطباق یافته مقیاس تجربی تعلق‌پذیری لوت جونز و همکاران در سال ۲۰۰۷ بود مورد استفاده قرار گرفت. در نسخه فارسی این پرسشنامه سوالات ۱۰ و ۲۶ از پرسشنامه حذف شده است. در نتیجه حداقل نمره ۳۲ و حداکثر نمره ۱۶۰ خواهد بود. شاخص روایی محتوای مقیاس یا شاخص روایی کل به روش محاسبه میاگین تعیین شد که برابر ۰/۹۲ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر ۰/۹۲، در خرده مقیاس عزت نفس ۰/۸۵، در خرده مقیاس پیوستگی ۰/۸۶ و برای خرده مقیاس کارآمدی ۰/۸۰ به‌دست آمد (۱۸).

آزمون معضلات اخلاقی پرستاری<sup>۳</sup> یک آزمون اختصاصی پرستاری است که توسط کریشام در سال ۱۹۸۱ در دانشگاه

و داخلی مغز و اعصاب) و مراقبت ویژه جراحی (شامل بیماران سرویس جراحی، جراحی مغز و اعصاب و ارتوپدی) بود. در مجموع ۱۳۸ پرستار در بخش‌های مراقبت ویژه بزرگسالان مشغول به کار بودند. با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج ۶ نفر به دلیل سابقه کمتر از یک سال و یک نفر به دلیل عدم تمایل شرکت مطالعه از مطالعه خارج شدند و در نهایت ۱۳۱ پرستار وارد مطالعه شدند. توضیحات لازم در خصوص هدف انجام مطالعه به پرستاران داده شد. بر اختیاری بودن شرکت در پژوهش، عدم نیاز به نوشتن نام و نام خانوادگی در پرسشنامه‌ها و اطمینان بر محرمانه بودن داده‌های جمع‌آوری شده، تاکید گردید. پرسشنامه‌ها پس از اخذ رضایت آگاهانه کتبی و شفاهی، در شیفت‌های مختلف توزیع گردید. یک هفته برای تکمیل پرسشنامه فرصت داده شد. در نهایت ۱۲۶ پرسشنامه توسط پرستاران تکمیل گردید.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سه قسمتی شامل فرم اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه تعلق‌پذیری بالینی لوت جونز<sup>۱</sup> و همکاران و آزمون معضلات اخلاقی کریشام<sup>۲</sup> بود. فرم اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، نوع استخدام، سابقه کاری، میزان تحصیلات و بخش محل فعالیت کار بود.

جهت بررسی تعلق‌پذیری بالینی پرستاران مورد مطالعه از پرسشنامه تعلق‌پذیری بالینی لوت جونز و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه توسط لوت جونز و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شده و دارای ۳۴ گویه است. در این پرسشنامه تعلق‌پذیری بر اساس سه خرده مقیاس اصلی شامل عزت نفس

### 3. Nursing Dilemma Test (NDT)

1. Levett-Jones
2. Crisham

۱۸ تا ۳۰، نشان دهنده عدم برخورد و ناآشنایی قبلی با معضل است. این پرسشنامه توسط زیرک و همکاران به فارسی ترجمه و تایید شد. روایی صوری و محتوایی و همچنین پایایی آن (۰/۹۵) گزارش شده است (۱۹).

تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای توصیف داده‌ها از آمار توصیفی (جداول و شاخص‌های عددی) و جهت تعیین روابط بین متغیرها از آمار استنباطی (آنالیز واریانس یک طرفه<sup>۳</sup>، آزمون تی مستقل<sup>۴</sup>، همبستگی پیرسون<sup>۵</sup> و رگرسیون<sup>۶</sup>) استفاده شد. همچنین توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگوروف اسمیرنوف<sup>۷</sup> بررسی گردید که نتایج حاکی از توزیع نرمال داده‌ها بود ( $p > 0.05$ ).

### نتایج

در این مطالعه که به صورت مقطعی انجام شد، ۱۲۶ پرستار شرکت نمودند. شاغل بودن دو مجری تحقیق در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان در دو بیمارستان مختلف و آشنایی نسبی با پرستاران و در نتیجه توضیح کامل هدف تحقیق برای آن‌ها را می‌توان یکی از دلایل آمار بالای مشارکت پرستاران دانست. ۸۵ نفر (۶۷/۵٪) زن و ۴۱ نفر (۳۲/۵٪) مرد، ۷۴ نفر (۵۸/۷٪) مجرد، ۶۹ نفر (۵۴/۸٪) رسمی - پیمانی بودند. ۴۵ نفر (۳۵/۷٪) در گروه سنی ۳۰-۲۶ سال بودند. ۱۱۵ نفر (۹۱/۳٪) دارای مدرک کارشناسی و ۱۱ نفر (۸/۷٪) دارای مدرک فوق لیسانس بودند. ۸۵ نفر (۶۷/۵٪) زن و ۴۱ نفر (۳۲/۵٪) مرد، ۷۴ نفر (۵۸/۷٪) مجرد، ۶۹ نفر (۵۴/۸٪) رسمی - پیمانی بودند. ۴۵ نفر (۳۵/۷٪) در گروه

مینه سوتا و بر مبنای نظریه کهلبرگ با مطالعه‌ی وسیعی بر روی ۱۳۰ پرستار طراحی شد. شامل شش سناریو در رابطه با معضلات اخلاقی رایج فعالیت پرستاری بوده که هر سناریو شامل سه بخش است. شرکت‌کننده این شش بیانیه را به ترتیب اولویت، مرتب می‌کند. هر کدام از این گزینه‌ها بیانگر سطح تکامل ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ از سطوح تکامل اخلاقی کهلبرگ می‌باشد. با استفاده از این قسمت پرسشنامه، ۳ شاخص مهم برای هر فرد محاسبه می‌شود. شاخص اول بررسی سطح تکامل اخلاقی فرد بر اساس سطوح کهلبرگ می‌باشد. بر اساس پاسخ پرستاران، سطح تکامل استدلال اخلاقی آن‌ها در سه سطح پیش عرفی (مجموع سطح اول و دوم)، عرفی (مجموع سطح سوم و چهارم) و پس عرفی (مجموع سطح پنجم و ششم) تعیین می‌گردد. شاخص دوم، استدلال اخلاقی<sup>۱</sup> است و مجموع نمرات سطح ۵ و ۶ تکامل اخلاقی کهلبرگ بوده و بین ۱۸ تا ۶۶ متغیر خواهد بود. شاخص سوم ملاحظات بالینی<sup>۲</sup> است که میزان تأثیر قوانین اداری و عوامل محیطی بر تصمیم‌گیری اخلاقی را نشان می‌دهد. کل نمره این شاخص بین ۶ تا ۳۶ متغیر خواهد بود. استدلال اخلاقی نشان می‌دهد که اصول اخلاقی در زمان تصمیم‌گیری اخلاقی چقدر اهمیت دارد و نشان دهنده سطح تکامل اخلاقی بالاتر است. نمره ملاحظات بالینی بیشتر، نشانه توجه بیشتر به قوانین اداری در تصمیم‌گیری اخلاقی و سطح پایین‌تر تکامل اخلاقی است. بخش سوم هر سناریو، میزان آشنایی و مواجهه قبلی پرستار با آن معضل را بررسی می‌کند. نمره ۶ تا ۱۷، نشانه برخورد و آشنایی پرستار با معضل و نمره

5. pearson correlation
6. Regression analysis
7. Kolmogorov-Smirnov test

1. Moral Reasoning (MR)
2. Practical Consideration (PC)
3. one-way ANOVA
4. Independent Samples T-Test

رابطه معنی‌داری مشاهده شد ( $p=0/02$ ). اما بین نمره تعلق‌پذیری بالینی با متغیرهای جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، سن، سابقه کار و وضعیت استخدامی رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نشد ( $p>0/05$ ).

سنی ۲۶-۳۰ سال بودند. ۱۱۵ نفر (۹۱/۳٪) دارای مدرک کارشناسی و ۱۱ نفر (۸/۷٪) دارای مدرک فوق لیسانس بودند. همانگونه که نتایج جدول ۱ بر اساس نتایج آزمون تی تست نشان می‌دهد، بین نمره تعلق‌پذیری بالینی و بخش محل خدمت

جدول ۱ - مشخصات فردی و ارتباط آن با تعلق‌پذیری بالینی و ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران

متغیر	تعلق‌پذیری بالینی		استدلال اخلاقی
	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
جنسیت	مرد	۱۴/۶۳ $\pm$ ۱۰/۸۲	۵/۸۱ $\pm$ ۳۶/۴۴
	زن	۱۳/۳۵ $\pm$ ۱۱/۳۸	۵/۳۷ $\pm$ ۳۵/۹۱
p-value		۰/۴۹	۰/۶۱
تحصیلات	کارشناسی	۱۲/۷۰ $\pm$ ۱۱/۱۸	۵/۶۷ $\pm$ ۳۶/۰۰
	کارشناسی ارشد	۲۹/۲۹ $\pm$ ۱۰/۴۵	۳/۳۰ $\pm$ ۳۶/۹۱
p-value		۰/۵۹	۰/۶۰
تاهل	متاهل	۱۱/۱۱ $\pm$ ۱۰/۴۷	۵/۹۴ $\pm$ ۳۵/۴۹
	مجرد	۱۵/۳۲ $\pm$ ۱۱/۵۱	۵/۱۷ $\pm$ ۳۶/۴۸
p-value		۰/۲۶	۰/۸۷
بخش محل فعالیت	جراحی	۱۲/۰۷ $\pm$ ۱۱۲/۹۳	۵/۵۲ $\pm$ ۳۶/۴۲
	داخلی	۱۴/۶۰ $\pm$ ۱۰/۶۷	۵/۵۱ $\pm$ ۳۵/۷۷
p-value		۰/۰۲	۰/۵۱
سابقه کاری	۱-۵	۱۱/۳۱ $\pm$ ۱۰/۹۶	۵/۴۳ $\pm$ ۳۵/۵۶
	۶-۱۰	۱۴/۰۲ $\pm$ ۱۱۱/۴۹	۵/۳۰ $\pm$ ۳۵/۳۰
	۱۱-۱۵	۱۹/۶۲ $\pm$ ۱۰/۷۰	۵/۲۱ $\pm$ ۳۷/۹۴
	۲۰-۱۶	۱۴/۳۶ $\pm$ ۱۱۳/۲۵	۸/۴۰ $\pm$ ۳۶/۰۰
	بیشتر از ۲۰	۱۰/۸۳ $\pm$ ۱۰/۵۰	۵/۶۰ $\pm$ ۳۸/۷۸
p-value		۰/۴۹	۰/۲۲
سن	۲۵-۲۰	۱۱/۰۲ $\pm$ ۱۰/۶۵	۴/۹۱ $\pm$ ۳۷/۲۵
	۳۰-۲۶	۱۱/۵۰ $\pm$ ۱۱۲/۳۱	۵/۲۷ $\pm$ ۳۴/۹۳
	۳۵-۳۱	۱۷/۲۶ $\pm$ ۱۰/۷۳	۵/۰۷ $\pm$ ۳۶/۱۰
	۴۰-۳۶	۱۵/۶۰ $\pm$ ۱۱۲/۳۷	۶/۳۱ $\pm$ ۳۷/۰۰

استدلال اخلاقی	تعلق پذیری بالینی	متغیر	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
۷/۵۳±۳۷/۵۰	۱۰/۸۵±۱۰۹/۸۳	بیشتر از ۴۰	
۰/۴۱	۰/۳۷	<b>p-value</b>	
۵/۸۴±۳۵/۵۲	۱۲/۵۴±۱۱۱/۳۳	رسمی - پیمانی	<b>نوع استخدام</b>
۵/۱۶±۳۵/۰۰	۱۳/۳۶±۱۱۱/۸۷	قراردادی - شرکتی	
۴/۹۲±۳۷/۲۴	۱۵/۳۹±۱۰۶/۰۵	طرحی	
۰/۲۲	۰/۲۵	<b>p-value</b>	

تعلق پذیری بالینی (کارآمدی، پیوستگی و عزت نفس) بررسی شده است. بین ملاحظات عملی و پیوستگی همبستگی مثبت و معنی‌دار اما ضعیف مشاهده شد ( $p < ۰/۰۵$ ).

بر اساس یافته‌های جدول شماره ۲ طبق آزمون همبستگی پیرسون، میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات برای سه مقیاس استدلال اخلاقی، ملاحظات عملی و آشنایی قبلی با معضلات توضیح داده شده است و همبستگی آن‌ها با سه خرده مقیاس

جدول ۲\_ همبستگی استدلال اخلاقی، ملاحظات بالینی، آشنایی با معضلات اخلاقی و تعلق پذیری بالینی

تعلق پذیری بالینی	کارآمدی	پیوستگی	عزت نفس	حداقل و حداکثر نمره ممکن	محدوده نمره مشاهده شده	میانگین ± انحراف معیار	زیرمقیاس‌های آزمون معضلات اخلاقی
$r=۰/۰۰۰$ $p=۰/۹۹$	$r=۰/۰۰۷$ $p=۰/۴۳$	$r=۰/۱۸$ $p=۰/۰۴$	$r=۰/۰۷$ $p=۰/۴۳$	۶-۳۶	۱۱-۳۲	۲۱/۵۷±۴/۲۷	ملاحظات بالینی
$r=-۰/۱$ $p=۰/۲۳$	$r=۰/۰۴$ $p=۰/۶۴$	$r=-۰/۱۵$ $p=۰/۰۹$	$r=-۰/۰۰۷$ $p=۰/۹۳$	۱۸-۶۶	۲۴-۴۸	۱۳/۲۱±۳/۸۳	آشنایی با معضلات
$r=-۰/۱$ $p=۰/۲۶$	$r=-۰/۰۹$ $p=۰/۲۷$	$r=۰/۰۸$ $p=۰/۳۳$	$r=-۰/۰۶$ $p=۰/۴۶$	۶-۳۰	۶-۲۶	۳۶/۰۸±۵/۵۰	استدلال اخلاقی

بیشتر پرستاران در سطح پساعرفی قرار دارند (۷۲/۶۲٪). همچنین با ارزیابی بخش سوم آزمون معضلات پرستاری نتایج نشان داد اغلب پرستاران آشنایی خوبی با معضلات اخلاقی پیش‌آمده داشتند.

بر اساس نتایج جدول ۳ و ارزیابی بخش اول آزمون معضلات پرستاری، بیشتر پرسنل تصمیم گرفتند تا در سناریوها، تصمیم اخلاقی بگیرند (۴۳۰ پاسخ از ۷۵۶ پاسخ ممکن، معادل ۵۶/۹٪). ارزیابی بخش دوم آزمون معضلات پرستاری نشان داده است

جدول شماره ۳ - بررسی نمرات و درصد پاسخگویی در شش سناریو مطرح شده

سناریو	سناریو یک نوزاد با آنومالی	سناریو دو اجبار دارویی	سناریو سه درخواست مرگ	سناریو چهار آشناسازی	سناریو پنج اشتباه دارویی	سناریو شش پایان زندگی	مجموع
تصمیم گیری (درصد)							
باید انجام دهد	۸۵(۶۷/۵)	۷۳(۵۷/۹)	۱۰۸(۸۵/۷)	۲۴(۱۹)	۹۳(۷۳/۸)	۴۷(۳۷/۳)	۴۳۰(۵۶/۹)
نمی تواند تصمیم بگیرد	۲۷(۲۱/۴)	۱۴(۱۱/۱)	۷(۵/۶)	۳(۲/۴)	۲۰(۱۵/۹)	۲۷(۲۱/۴)	۹۸(۱۲/۹۵)
نباید انجام دهد	۱۴(۱۱/۱)	۳۹(۳۱)	۱۱(۸/۷)	۹۹(۷۸/۶)	۱۳(۱۰/۳)	۵۲(۴۱/۳)	۲۲۸(۳۰/۱۵)
تعداد تکامل اخلاقی (درصد)							
پیش عرفی	۳۹(۳۰/۹۶)	۲۴(۱۹)	۲۹(۲۳/۰۲)	۲۶(۲۰/۶۳)	۳۹(۳۱)	۱۵(۱۱/۹۰)	۱۷۲(۲۲/۷۵)
عرفی	۳۶(۲۸/۵۷)	۳۶(۲۸/۶)	۲۰(۱۵/۸۷)	۱۹(۱۵/۰۷)	۶۳(۵۰/۰۰)	۵۴(۴۲/۸۶)	۲۲۸(۳۰/۱۶)
پساعرفی	۵۱(۴۰/۴۷)	۶۶(۵۲/۴)	۷۷(۶۱/۱۱)	۸۱(۶۴/۳)	۲۴(۱۹/۰۰)	۵۷(۴۵/۲۴)	۳۵۶(۴۷/۰۹)
میانگین (ملاحظات بالینی) $\pm$ انحراف معیار							
	۱/۷۸ $\pm$ ۳/۸۵	۱/۵۳ $\pm$ ۳/۸۶	۱/۵۳ $\pm$ ۳/۳۵	۱/۶۸ $\pm$ ۳/۳۱	۱/۷۶ $\pm$ ۳/۶۰	۱/۶۹ $\pm$ ۳/۸۴	۴/۲۷ $\pm$ ۲۱/۵۷
میانگین (استدلال اخلاقی) $\pm$ انحراف معیار							
	۲/۱۱ $\pm$ ۶/۱۹	۲/۲۲ $\pm$ ۵/۴۷	۲/۲۴ $\pm$ ۵/۱۸	۱/۹۳ $\pm$ ۵/۲۱	۱/۸۳ $\pm$ ۷/۶۳	۲/۰۴ $\pm$ ۶/۳۷	۵/۴۹ $\pm$ ۳۶/۰۷
میانگین (آشنایی با معضلات) $\pm$ انحراف معیار							
	۱/۰۹ $\pm$ ۲/۴۸	۱/۰۳ $\pm$ ۱۲/۱۳	۱/۱۲ $\pm$ ۲/۲۵	۱/۱۱ $\pm$ ۲/۲۲	۱/۰۱ $\pm$ ۲/۱۴	۱/۰۴ $\pm$ ۱/۹۸	۳/۸۳ $\pm$ ۱۳/۲۱

وضعیت استخدامی)، نتایج نشان داد که ارتباط معناداری بین سن ( $P=0/01$ )، سابقه کار ( $P=0/006$ )، محل خدمت ( $P=0/004$ ) و وضعیت استخدامی ( $P=0/04$ ) مشاهده شد.

بر اساس نتایج جدول ۴ و استفاده از آنالیز رگرسیون خطی برای بررسی ارتباط بین نمره تعلق پذیری بالینی و شاخص های دموگرافیک (سن، جنس، تحصیلات، سابقه کار، محل خدمت و

جدول شماره ۴- متغیرهای پیش‌بینی تعلق‌پذیری بالینی

متغیر پیش‌بینی	B	SE	Beta	T	P-value
Constant	۱۲۰/۰۲	۸/۷۶		۱۳/۶۹	۰/۰۰۰۱
سن*	۵/۲۷	۲/۰۳	۰/۴۲	۲/۵۹	۰/۰۱
سابقه کاری*	-۵/۷۲	۲/۰۳	-۰/۴۶	-۲/۸۱	۰/۰۰۰۶
بخش محل خدمت*	۷/۰۷	۲/۴۲	۰/۲۵	۲/۹۱	۰/۰۰۴
وضعیت استخدام*	-۲/۷۷	۱/۳۳	-۰/۱۷	-۲/۰۸	۰/۰۴

\*Dependent variable: Clinical belongingness,  $R^2=0.16$ ,  $F=3.17$ ,  $P\text{-value}<0.001$ , Method: ENTER

## بحث

توجه به اخلاقیات و در کنار آن تعلق‌پذیری بالینی و رضایت از حرفه در پرستاران به عنوان یکی از مهمترین و بزرگ‌ترین گروه ارائه دهنده خدمت بهداشتی و درمانی ضروری می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط استدلال اخلاقی و تعلق‌پذیری بالینی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه در شهر یاسوج در سال ۱۴۰۲ انجام شد.

با بررسی نتایج در قسمت اول آزمون معضلات اخلاقی پرستاران به این نتیجه می‌رسیم که اغلب پرستاران در سناریوها در مواجهه با چالش‌های اخلاقی تصمیم اخلاقی اتخاذ کردند. در مطالعه بیسال<sup>۱</sup> و همکاران نیز که در ترکیه انجام شد اغلب پرستاران در سناریوهای مختلف توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی داشتند. در مطالعه نامبرده بیشترین تصمیم‌گیری اخلاقی مربوط به سناریو سوم در رابطه با آغاز تنفس مصنوعی (۸۶٪) بود. در مطالعه حاضر نیز ۸۵٪ پاسخ‌دهندگان در این سناریو

تصمیم‌گیری مشابه داشتند. این یافته با نتایج مطالعه نامبرده همسو است (۲۰). ماهیت حرفه پرستاری به گونه‌ای است که همواره مسائل اخلاقی بر تصمیم‌گیری پرستاران تاثیرگذار است و گاهی می‌تواند بر تصمیمات علمی غلبه کند که نشان‌دهنده ذات اخلاقی حرفه پرستاری است (۲۱). اما تعداد قابل توجهی از پرستاران نیز در این شرایط توانایی تصمیم‌گیری نداشتند که این مسئله نیازمند بررسی بیشتر توسط مدیران پرستاری در جهت شناسایی دلایل ناتوانی این پرستاران در تصمیم‌گیری را تبیین می‌کند. بر اساس تجربه محقق که خود در بخش مراقبت ویژه شاغل است این امر می‌تواند ناشی از عدم آشنایی لازم پرستاران نسبت به اصول اخلاقی مانند استقلال، اصل سودرسانی، اصل عدم ضرر و زیان و یا عدم آشنایی با دستورالعمل‌های این حرفه در مواقع چالش‌برانگیز بین اصول نامبرده باشد.

با تجزیه و تحلیل قسمت دوم آزمون معضلات اخلاقی پرستاران به این نتیجه دست می‌یابیم که میانگین نمره استدلال

1. Baysal

اخلاقی پرستاران از سطح متوسط بالاتر و در حد مطلوب قرار دارد. بر اساس نتایج این مطالعه اغلب پرستاران در سطح پساعرفی<sup>۱</sup> قرار داشتند. این امر نشان دهنده تکامل اخلاقی پرستاران در سطوح بالای اخلاقی کهلهبرگ است. زمانی که فرد در سطح پساعرفی استدلال کند، به این معنی است که در حیطه اخلاقی قوانین اجتماعی را در اولویت قرار می‌دهد و ممکن است نقض قانون را به دلیل به دنبال خیر بزرگ‌تر نقض کند (۲۲). پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه مستقیماً با جان بیماران سروکار دارند و این مسئله از این نظر حائز اهمیت است که در شرایط مختلفی امکان روی دادن تضادی بین قانون مجموعه و مسائل اخلاقی بروز کند که می‌تواند کیفیت مراقبت پرستاران را تحت شعاع قرار دهد. لذا وجود سطوح بالای استدلال اخلاقی در پرستاران می‌تواند باعث شود که تصمیم‌گیری آن‌ها صرفاً بر اساس پاداش و تنبیه نبوده و عمل خود را با در نظر گرفتن ابعاد شخصی، اجتماعی و اخلاقی اتخاذ کند. در مطالعه حاجیلو که به بررسی ارتباط استدلال اخلاقی و ارزش‌های حرفه‌ای دانشجویان پرستاری پرداخت، میانگین نمره استدلال اخلاقی ۴۶/۴ بود که بیشتر از متوسط نمره می‌باشد. لذا این نتیجه را می‌توان با نتیجه مطالعه حاضر همسو دانست (۲۳). اما نتایج این مطالعه با برخی مطالعات نیز ناهمسو است (۲۴). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت در متدولوژی مطالعه، فرهنگ‌های حاکم بر جوامع مختلف و در نتیجه تعاریف متفاوت از اخلاق و تفاوت جو سازمانی حاکم بر بیمارستان دانست.

همچنین یافته‌های مطالعه نشان داد میانگین نمره ملاحظات عملی پرستاران در سطح متوسط بوده است و

پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی بصورت نسبی تحت تأثیر عوامل محیطی قرار می‌گیرند. در این مطالعه ملاحظات عملی پرستاران با مولفه پیوستگی تعلق‌پذیری بالینی رابطه معنادار آماري اما ضعيفي داشت. این ارتباط می‌تواند به دلیل حفظ رابطه بین فردی بالینی پرستاران باشد که به دلیل جلوگیری از قضاوت‌های احتمالی و عمل بر اساس قوانین سازمان باشد. دیفیلیپیس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه خود نشان دادند مقوله اصلی برای تاب آوری اخلاقی، ارتباط هماهنگ پرستاران است که نشان دهنده نگرانی اصلی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه با توجه به زندگی اخلاقی آن‌ها است (۲۵).

ارزیابی بخش سوم آزمون معضلات اخلاقی نشان داد که پرستاران با معضلات اخلاقی آشنایی بالایی دارند. بیسال و همکاران نیز در مطالعه خود اعتقاد داشتند که پرستاران بخش آنکولوژی با معضلات اخلاقی آشنایی خوبی دارند. یافته این مطالعه با نتیجه مطالعه حاضر همسو است (۲۰). آشنایی قبلی با معضلات اخلاقی برای پرستاران به ویژه پرستاران بخش مراقبت ویژه به دلیل نیاز به تصمیم‌گیری در زمان اندک در شرایط حساس بیماران حائز اهمیت است. این امر به پرستاران کمک می‌کند تا در مواجهه با معضلات اخلاقی راه حل مشکلات را بهتر پیدا کنند و بهترین تصمیم را بگیرند (۲۶). لذا مدیران پرستاری با در نظر گرفتن دیگر عوامل مهم، در چینش نیروهای بخش مراقبت ویژه باید دقت لازم را به عمل آورند.

نتایج مطالعه نشان‌دهنده سطح خوب تعلق‌پذیری بالینی بود. نتایج مطالعه دبیری‌فر نیز نشان داد که میانگین نمره تعلق‌پذیری بالینی دانشجویان  $0.56 \pm 3/31$  بود که

## 1. Post-conventional

## 2. Defilippis

تعلق‌پذیری بالینی پایین‌تری برخوردار بودند، اما این رابطه معنادار نبود. این امر از این جهت که بکارگیری افراد دارای مدارک بالاتر در جایگاه شغلی مناسب می‌تواند بر تعلق‌پذیری بالینی آن‌ها و در نتیجه بازده عملکردی مناسب‌تر موثر باشد، حائز اهمیت است.

با توجه به یافته‌های مطالعه متغیرهای پیش‌بینی‌کننده برای تعلق‌پذیری بالینی پرستاران سن، بخش محل خدمت، سابقه کار و نوع استخدام است. در این بین سابقه کار و نوع استخدام یک رابطه معکوس را پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس یافته‌های این مطالعه، علی‌رغم اینکه رابطه معنی‌داری بین تعلق‌پذیری بالینی و نوع استخدام مشاهده نشد، اما نیروهای طرحی که امنیت شغلی کمتری دارند تعلق‌پذیری کمتری نیز داشتند. ایجاد امنیت شغلی بر اساس نوع استخدام تاثیر بسزایی بر انگیزه پرستاران، آموزش و ادامه تحصیل آنان دارد که در نهایت این عوامل بر تعلق‌پذیری بالینی پرستاران موثر است (۳۶). از طرفی رضایت شغلی به مرور زمان بر تعلق‌پذیری پرستار تاثیرگذار است و در صورتی که بعد از گذشت سال‌ها کار در بالین، پرستار رضایت شغلی نداشته باشد، حس تعلق آن تحت تاثیر قرار خواهد گرفت که این نتایج را می‌توان با نتیجه مطالعه چانگ<sup>۱</sup> که اعتقاد داشت نوع استخدام و موقعیت شغلی بر رضایت شغلی موثر است، همسو دانست (۳۷). با توجه به اینکه تعلق‌پذیری بالینی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری آنان و در نتیجه سلامت بیماران تاثیرگذار است، لذا توجه و برنامه‌ریزی مسئولان حوزه بهداشت و درمان به این عوامل پیش‌بینی‌کننده از نظر ارتقاء تعلق‌پذیری بالینی پرستاران حائز

نشان‌دهنده سطح خوب تعلق‌پذیری بالینی می‌باشد. این نتیجه می‌تواند با نتیجه مطالعه حاضر همسو باشد (۲۷). از طرفی این نتیجه با نتایج برخی مطالعات ناهمسو می‌باشد (۷). از آنجایی که حس تعلق‌پذیری برگرفته از بعد شخصیتی، فرهنگی و اجتماعی است می‌توان این تفاوت را ناشی از این عوامل دانست. همچنین در این مطالعه میانگین نمره زیرمقیاس کارآمدی بیشترین نمره را به خود اختصاص داد که این نتیجه با نتیجه برخی مطالعات همسو (۷، ۲۸) اما با مطالعه محمدی‌پور که زیرمقیاس عزت‌نفس بیشترین میانگین نمره را داشت ناهمسو است (۲۹). با توجه به مکان انجام مطالعه این تعارض می‌تواند به دلیل تفاوت فرهنگ حاکم بر جامعه باشد. همچنین یافته‌های این مطالعه بر رابطه معنادار آماري تعلق‌پذیری بالینی پرستاران با بخش محل خدمت دلالت دارد. بر اساس تجربیات محقق که سابقه کار در هر دو نوع بخش مراقبت ویژه داخلی و جراحی را دارد، نوع بیماران پذیرش شده در این بخش‌ها دارای تفاوت در نتیجه نوع کار و سختی کار پرستاران این دو بخش متفاوت است. همچنین بر طبق مطالعات انجام شده فرسودگی شغلی پرستاران بخش مراقبت ویژه از سایر بخش‌ها بیشتر است (۳۰). بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه داخلی میانگین سنی بالاتر و طول مدت بستری بیشتری دارند که این امر باعث می‌شود مورثالیتی این بیماران بیشتر و در نتیجه فرسودگی شغلی پرستاران بیشتر شود (۳۰-۳۴). نتایج این مطالعه را می‌توان با نتایج برخی مطالعات همسو دانست (۳۵). همچنین یافته‌های این مطالعات نشان داد که افراد دارای مدرک کارشناسی ارشد به نسب افراد داری مدرک کارشناسی از سطح

1. Chuang

اهمیت است.

نتایج مطالعه از عدم ارتباط بین استدلال اخلاقی و تعلق‌پذیری بالینی پرستاران حمایت می‌کند. اما برخی عوامل تاثیرگذار بر تعلق‌پذیری بالینی پرستاران می‌تواند ملاحظات عملی آن‌ها تحت تاثیر قرار دهد. از طرفی تعلق‌پذیری بالینی با بخش محل خدمت رابطه معنادار داشت. شناسایی عوامل تاثیرگذار بر تعلق‌پذیری بالینی پرستاران جهت ارائه مراقبت با کیفیت ضروری است. به عنوان راهکار می‌توان به جابجایی به موقع نیروهای دچار فرسودگی و خستگی شغلی اشاره کرد. همچنین براساس تجربه محقق مقایسه مورثالیتهی بخش مراقبت ویژه داخلی و جراحی بدون در نظر گرفتن شرایط خاص این دو بخش تاثیر منفی بر انگیزه پرستاران خواهد داشت و مدیران پرستاری باید به این نکته توجه ویژه داشته باشند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش این است که اطلاعات در مورد هر دو مفهوم تعلق‌پذیری بالینی و استدلال اخلاقی بر اساس خودگزارش‌دهی پرستاران جمع‌آوری گردید و هر دو مفهوم متأثر از زمینه‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی هستند. بنابراین در هنگام تعمیم دادن و مقایسه با سایر جوامع بایستی دقت کرد. بیمارستان‌های مورد مطالعه همگی از بیمارستان‌های آموزشی درمانی بودند که این موضوع می‌تواند سطح تعلق‌پذیری بالینی آن‌ها را تحت تاثیر قرار دهد.

### نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان می‌دهد که استدلال اخلاقی با تعلق‌پذیری بالینی پرستاران ارتباط مستقیم و معناداری ندارد. سطح استدلال اخلاقی متوسط بود. از طرفی پرستاران بعد از فارغ‌التحصیلی با حیات بیماران سروکار دارند و مراقبت ایمن و با کیفیت آنان ضروری است. لذا توجه به اصول اخلاقی و آگاهی پرستاران از این اصول در راستای تحقق این امر ضروری است. در ارتباط با سطح خوب و بالای تعلق‌پذیری بالینی پرستاران که در این پژوهش بدست آمد، نقش انکارناپذیر تعلق‌پذیری پرستاران بالینی در ارائه خدمات مطلوب و ایمن به بیمار یادآوری می‌شود. این امر می‌تواند تحت تاثیر از خصوصیات فردی، هویت و فرهنگ حاکم بر جامعه باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله، نویسندگان از تمامی پرستارانی که ما را در انجام این پژوهش کمک کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

### تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و/یا انتشار این مقاله اعلام نکردند.

## منابع

1. Yousefi M, Ebrahimi Z, Bakhshi M, Fazaeli S. Occupational Challenges of Intensive Care Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Journal of caring sciences*. 2023;12(2):110-5. [in Persian]
2. Schallenger CD, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Rocha LP, Dalmolin GL, Pereira LA. Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units. *Revista brasileira de enfermagem*. 2019;72(suppl 1):2-8.
3. Li G, Wu YT, Asghar A, Zhong Y. New nurses' turnover intention and clinical belonging, based on latent class analysis (LCA). *Nursing open*. 2024;11(1):e2077.
4. Amiri R, Gaeni M, Ahmari H, Momenyan S. The Relationship between moral reasoning and the caring behavior of nurses in emergency departments of Qom, 2015. *Iranian Journal of Emergency Care*. 2017;1(3):1-10. [in Persian]
5. Ahmadpour J, Nakhaei H. Earnings management as an ethical issue )In view of Kohlberg's theory of moral reasoning. 2020;16(38):113-36. [in Persian]
6. Cho HL, Grady C, Tarzian A, Povar G, Mangal J, Danis M. Patient and family descriptions of ethical concerns. *The American journal of bioethics*. 2020;20(6):52-64.
7. Dabirifard M, Hasanvand S, Salmani N. Evaluation level of clinical belongingness in bachelor nursing students. *Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences*. 2016;9(1):90-6. [in Persian]
8. Kenrick DT, Giskevicius V, Neuberg SL, Schaller M. Renovating the Pyramid of Needs: Contemporary Extensions Built Upon Ancient Foundations. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*. 2010;5(3):292-314.
9. Hagerty BM, Lynch-Sauer J, Patusky KL, Bouwsema M, Collier P. Sense of belonging: a vital mental health concept. *Arch Psychiatr Nurs*. 1992;6(3):172-7.
10. Ching HY, Fang YT, Yun WK. How New Nurses Experience Workplace Belonging: A Qualitative Study. *Sage Open*. 2022;12(3):21582440221119471.
11. Galletta M, Portoghese I, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. *Nursing in critical care*. 2016;21(3):146-56.
12. Pourteimour S, Jamshidi H, Parizad N. Clinical Belongingness and its Relationship with Clinical Self-Efficacy among Nursing Students: A Descriptive Correlational Study. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(1):47-51.
13. Squire D, Gonzalez L, Shayan C. Enhancing sense of belonging in nursing student clinical placements to advance learning and identity development. *Journal of Professional Nursing*. 2024;51:109-14.
14. Pai H-C, Hwu L-J, Lu Y-C, Yen W-J. Effects of an ethical decision-making reasoning scheme in nursing students: A randomized, open-label, controlled trial. *Nurse education today*. 2022;108:105189.
15. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2019;94:21-31.
16. Borrott N, Day GE, Sedgwick M, Levett-Jones T. Nursing students' belongingness and workplace satisfaction: Quantitative findings of a mixed methods study. *Nurse education today*. 2016;45:29-34.
17. Levett-Jones T, Lathlean J. Belongingness: A prerequisite for nursing students' clinical learning. *Nurse education in practice*. 2008;8(2):103-11.
18. Ashktorab T, Hasanvand S, Seyedfatemi N, Zayeri F, Levett-Jones T, Pournia Y. Psychometric testing of the Persian version of the Belongingness Scale-Clinical Placement Experience. *Nurse education today*. 2015;35(3):439-43.
19. Zirak M, Moghaddsiyan S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences.

- Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;4(4):45-55.
20. Baysal E, Sari D, Erdem H. Ethical decision-making levels of oncology nurses. *Nursing ethics*. 2019;26(7-8):2204-12.
21. Dolan C. Moral, Ethical, and Legal Decision-making in Controversial NP Practice Situations. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2017;13(2):e57-e65.
22. Peens BJ, Louw DA. Kohlberg's theory of moral development: insights into rights reasoning. *Medicine and law*. 2000;19(3):351-72.
23. Hajilo P, Torabi M, Eslami Panah M. Relationship Between Ethical Reasoning and Professional Values among Nursing Students. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2022;30(1):1-11. [in Persian]
24. Fazljoo E, Borhani F, Abbaszadeh A, Dadgari A. Assessment of moral reasoning ability of the nurses in dealing with moral dilemmas. *Med Ethics J*. 2016;10(36):47-54. [in Persian]
25. Defilippis TMS, Curtis K, Gallagher A. Moral resilience through harmonised connectedness in intensive care nursing: A grounded theory study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;57:102785.
26. Rizalar S, Baltaci N. Ethical decision-making levels of nurses and its affecting factors. *Int J Caring Sci*. 2020;13(1):42-52.
27. Jamshidi H, Pourteimour S. Investigating The Relationship Between Moral Intelligence And Clinical Belongingness With Clinical Self-Efficacy In Nursing Students Of Urmia Nursing And Midwifery Faculty In 2019. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;18(4):264-75.
28. Kim M, Jung D. Reliability and validity of the korean version of belongingness scale-clinical placement experience. *Asian nursing research*. 2012;6(4):137-42.
29. shahmohamadi p, heidarzadeh a, kazemi m, ahmadinia h. Investigating the predictive role of belongingness to the efficacy clinical environment and the development of education nursing students of Rafsanjan in 1395. *Bimonthly of Education Strategies in Medical Sciences*. 2021;14(4):172-9. [in Persian]
30. Shorofi SA, Karimzadeh M. Factors Associated with Burnout in Nursing Staff: A Review Article. *Clinical Excellence*. 2015;3(2):56-70.
31. Moitra VK, Guerra C, Linde-Zwirble WT, Wunsch H. Relationship Between ICU Length of Stay and Long-Term Mortality for Elderly ICU Survivors. *Critical care medicine*. 2016;44(4):655-62.
32. Aghili M, ahmadi joybari n, Asghari A, Namazi M. Evaluation of burnout rate of nurses in different intensive care units, obstetrics and gynecology wards and neonatal wards in public hospitals. *Zanko Journal of Medical Sciences*. 2022;23(76):25-33. [in Persian]
33. Rhodes A, Moreno RP, Metnitz B, Hochrieser H, Bauer P, Metnitz P. Epidemiology and outcome following post-surgical admission to critical care. *Intensive care medicine*. 2011;37(9):1466-72.
34. Frezza EE, Squillario DM, Smith TJ. The ethical challenge and the futile treatment in the older population admitted to the intensive care unit. *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality*. 1998;13(3):121-6.
35. Johnson S, Kring D. Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: medical-surgical vs. intensive care. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2012;21(6):343-7.
36. Saber EA, Abdalla SM, Yousef HR. Job Characteristics and its' Impact on Nurses' Work Motivation at Main Assuit University Hospital. *Assiut Scientific Nursing Journal*. 2018;6(15):15-23.
37. Chuang L-M, Liu C-M, Hsiao S-C. A Study on Job Satisfaction of Clinical Nurses: Using a Medical Center in Southern Taiwan as an Example. *Advances in Management and Applied Economics*. 2022;12(4).

## Association of Moral Reasoning with Clinical Belongingness and Their Influential Factors among ICU Nurses

Simin Kokabiasl<sup>1</sup>, Sareh Zekavat<sup>2</sup>, Somayeh Rostamkhan<sup>3</sup>, Abolfazl Dehbanizadeh<sup>4</sup>, Mahsa Ghaemizadeh<sup>5</sup>, Milad Amiri\*<sup>6</sup>

1. MS in Psychiatric Nursing, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.
2. MS in Psychiatric Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
3. MS in Community Health Nursing, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. MS in Medical-surgical Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
5. Master's student, Department of Pediatrics, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.
6. MS in Psychiatric Nursing, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran.

**Received:** 06 June 2024

**Accepted:** 28 August 2024

**Published:** 31 December 2024

**\*Corresponding Author**

**Milad Amiri**

**Address:** Nuring and Midwifery school,  
Psychiatric Department, Yasuj University  
Medical Science Yasuj, Iran.

**Postal Code :** 7591338921

**Tel:** 98 74 33 33 70 01

**Email:** [amirimilad7400@gmail.com](mailto:amirimilad7400@gmail.com)

**Citation to this article:**

Kokabiasl S, Zekavat S, Rostamkhan S, Dehbanizadeh A, Ghaemizadeh M, Amiri M. Association of moral reasoning with Clinical Belongingness and Their Influential Factors among ICU Nurses. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2024; 17:Article number: 16.

### Abstract

The intensive care unit (ICU) is a challenging and stressful environment where nurses encounter difficult ethical decisions daily. Therefore, this study aimed to determine the correlation between moral reasoning and clinical belongingness among Iranian ICU nurses. This cross-sectional, descriptive-analytical study was conducted on 126 nurses working in the adult ICUs of hospitals in Yasuj, Iran in 2023 using census sampling. Questionnaires measuring clinical belongingness and moral reasoning were used to collect data. Data were analyzed using independent samples t-test, ANOVA, regression, and Pearson's correlation coefficient via SPSS-26 software. The findings revealed that the mean scores for clinical belongingness and moral reasoning among the nurses were  $109.68 \pm 13.75$  and  $36.07 \pm 5.50$ , respectively, indicating good clinical belongingness and moderate moral reasoning. Moreover, a statistically significant relationship was identified between the place of service and clinical belongingness ( $p = 0.02$ ), while no significant relationship was found between clinical belongingness and moral reasoning ( $p > 0.05$ ). Although no significant relationship was established between clinical belongingness and moral reasoning, certain demographic characteristics showed a significant predictive relationship with nurses' clinical belongingness. Accordingly, it is recommended that nursing officials and managers utilize these findings to improve moral reasoning and the sense of belonging to the clinical environment among nurses.

**Keywords:** Clinical Belongingness, Moral Reasoning, Nurses, Intensive Care Unit.

