

## اولویت‌های اخلاق پرستاری از دیدگاه پرستاران، نتایج یک مطالعه‌ی کشوری

لیلا افشار<sup>۱</sup>، سودابه جولایی<sup>۲\*</sup>، خورشید وسکویی<sup>۳</sup>، علیرضا باقری<sup>۴</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

تلاش برای ارائه‌ی مراقبت‌های سلامتی مبتنی بر اصول اخلاقی بدون در نظر گرفتن آرا و نظرات کلیه‌ی دست‌اندرکاران نظام سلامت ممکن نیست. پرستاران به‌عنوان یکی از اجزاء این نظام و با توجه به نقش کلیدی که به‌طور مداوم در مواجهه با بیمار ایفا می‌کنند در معرض تصمیم‌گیری‌های اخلاقی قرار دارند. اتخاذ چنین تصمیماتی بدون دانش کافی از یک‌سو منجر به عدم تأمین نیازهای گیرندگان خدمات خواهد شد و از سوی دیگر ارائه‌کنندگان خدمات از جمله پرستاران را دچار استرس و تنیدگی اخلاقی خواهد کرد. از آنجا که تلاش در جهت تقویت مبانی اخلاقی نظام سلامت باید با در نظر گرفتن نیازها و انتظارات مخاطبان این حوزه باشد ضروری است که به تدوین اولویت‌ها با روشی علمی در این خصوص توجه شود. در این مطالعه ابتدا با استفاده از تکنیک دلفی نسخه‌ی پیشنهادی موضوعات اخلاقی در حوزه‌ی پرستاری تدوین و در قالب پرسشنامه‌ای حاوی بیست موضوع مطرح شده برای پرستاران بیمارستان‌های آموزشی و سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور ارسال شد و بر این اساس اولویت‌های اخلاق پرستاری از دیدگاه آنان تعیین شد.

بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش ده اولویت اول اخلاق پرستاری از دیدگاه پرستاران به ترتیب عبارت بودند از: ارزش‌های اخلاقی در پرستاری، آموزش اخلاق پرستاری، اخلاق در مدیریت پرستاری، حقوق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (پرستاران)، رابطه‌ی پرستار با بیمار و خانواده‌ی او، حقوق گیرندگان خدمات سلامت (بیماران)، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پرستاری، حقیقت‌گویی و رازداری، اخلاق در آموزش پرستاری و در نهایت رابطه‌ی پرستار با همکاران.

**واژگان کلیدی:** اولویت‌های اخلاق پرستاری، ارزش‌های اخلاقی در پرستاری، آموزش اخلاق

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، پزشک و پژوهشگر دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

<sup>۲</sup> دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۳</sup> معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی تهران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

\* نشانی: تهران، میدان توحید، نبش نصرت شرقی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تلفن: ۶۱۰۵۴۴۱۰

## مقدمه

ارائه‌ی مراقبت اخلاقی یکی از اهداف اساسی سیستم‌های ارائه‌ی خدمات سلامت در دنیاست. برای دستیابی به این هدف، تربیت و آموزش نیروی انسانی، متناسب با اولویت‌های اخلاقی و بر حسب شرایط فرهنگی در هر جامعه اجتناب‌ناپذیر است.

از آن‌جا که بخشی از اولویت‌های اخلاقی در هر حرفه علاوه بر ارزش‌های تعریف‌شده در آن حرفه، منبعث از ارزش‌ها و اولویت‌های جامعه و همچنین تک تک افراد آن گروه حرفه‌ای است، توجه به این اولویت‌ها را می‌توان در دستورکار برنامه‌ریزی آموزشی در حوزه‌ی یادشده دانست.

تدوین اولویت‌ها را می‌توان به‌عنوان روشی برای انتخاب میان چند موضوع و بر اساس روندی مبتنی بر امتیازدهی تعریف کرد. این اولویت‌بندی در تمام بخش‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی قابل اجراست، به‌ویژه هنگامی که تقاضا و نیاز بیش از منابع موجود باشد. در چنین حالتی اولویت‌بندی را در سطوح مختلفی می‌توان انجام داد (۱). از جمله‌ی این موارد، اعمال اولویت‌بندی در تدوین برنامه‌ریزی‌های آموزشی و سیاست‌گذاری در حوزه‌ی سلامت است. با توجه به نقش کلیدی و اهمیت اخلاق پزشکی در زمینه‌ی برنامه‌ریزی آموزشی و همچنین در سیاست‌گذاری‌های سلامت تعیین اولویت در مورد این مباحث می‌تواند ابزار مناسب و قابل استنادی را برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران تهیه کند (۲).

نظام مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارای بخش‌های متنوعی است که هر یک از آن‌ها به‌نحوی نقش خود را ایفاء می‌کنند. از میان اجزای درگیر در این سیستم، پرستاری یکی از مهم‌ترین ارکان است، به‌طوری که خدمات ارائه‌شده توسط این گروه به‌طور مستقیم بر شاخص‌های مربوط به سلامت و بیماری و پیامدهای مرتبط با آن‌ها مؤثر است. از سوی دیگر، به لحاظ تاریخی نیز حرفه‌ی پرستاری به‌دلیل لزوم مراقبت از

دیگران ذاتاً حرفه‌ای اخلاقی قلمداد می‌شده است (۳).

پرستاران بیش‌ترین وقت خود را در بالین بیمار می‌گذرانند و تماس نزدیکی با تجارب مختلف بیماران دارند، و در نتیجه به‌طور مداوم با تصمیم‌گیری‌های اخلاقی مواجه می‌شوند. از سوی دیگر، با توجه به پیشرفت‌های جدید و روزافزون در حوزه‌ی مراقبت‌های سلامتی و دستیابی به فناوری‌های نوین، جنبه‌های اخلاقی مراقبت‌های سلامت دارای پیچیدگی‌هایی شده‌اند که این امر باعث دگرگونی و تنوع در معضلات اخلاقی و افزایش بروز چالش‌های اخلاقی در میان اعضای تیم مراقبت از جمله پرستاران شده است (۳). پرستاران نسبت به سایر گروه‌های ارائه‌کننده‌ی خدمات مراقبت سلامت، در محیط کاری خود استعداد و زمینه‌ی بیش‌تری برای رویارویی با موضوعات اخلاقی دارند (۴).

نتایج مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که از هر سه پرستار یک‌نفر تنیدگی اخلاقی (Moral distress) را تجربه می‌کند (۵). در بخش مراقبت‌های ویژه به‌علت نیاز گسترده به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در مراقبت و درمان بیماران در وضعیت‌های بحرانی بروز تنیدگی اخلاقی افزایش می‌یابد و درصد بالاتری از پرستاران این نوع تنیدگی را تجربه می‌کنند (۶). در چنین شرایطی توجه به اولویت‌های اخلاقی موجود از منظر پرستاران و در محیط کاری آنان ضروری است و می‌تواند ابزار مناسبی برای برنامه‌ریزی آموزشی به منظور کسب مهارت‌های لازم و تأمین نیاز سیاست‌گذار برای شناخت و مواجهه با این مسائل باشد.

به همین منظور و با توجه به این‌که شناسایی اولویت‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی برای کاهش تنیدگی اخلاقی نیز بسیار تعیین‌کننده باشد، پژوهش حاضر با هدف تعیین اولویت‌های اخلاق پرستاری کشور با کاربرد رویکردی علمی و بر اساس نظرات پرستاران کشور انجام شده است تا ضمن جلب توجه سیاست‌گذاران به موضوعات دارای اهمیت بیش‌تر بر اساس شواهد به‌دست آمده، تلاش‌های بعدی نیز در جهت

پاسخ‌گویی به این مسائل در راستای اولویت‌های مطرح‌شده از سوی جامعه‌ی پرستاری باشد.

### روش کار

در این مطالعه به منظور تعیین اولویت‌های اخلاق پرستاری در کشور، با بررسی برنامه‌های آموزشی و دروس اخلاق ارائه‌شده به دانشجویان پرستاری، مقالات منتشرشده توسط گروه پزشکی و پرستاری در حوزه‌ی اخلاق و مطالعات انجام شده (۸، ۷، ۲) لیستی از موضوع‌ها و چالش‌های اخلاقی مرتبط با حرفه‌ی پرستاری توسط پژوهشگران تهیه شد. موضوع‌های استخراج‌شده، با استفاده از روش دلفی برای تعدادی از صاحب‌نظران، مدرسان و محققان اخلاق پرستاری ارسال شد و با استفاده از نظرات ایشان، لیست تهیه‌شده مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت. این فهرست، دستمایه‌ی تهیه‌ی پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته شد که مجدداً برای دریافت پیشنهادات تکمیلی و اصلاح نهایی برای اساتید فرستاده شد.

در قدم بعدی، پرسشنامه‌ی تهیه‌شده برای انجام مطالعه‌ی اولیه برای بیست‌نفر از پرستاران ارسال شد و پس از تحلیل نتایج و انجام اصلاحات مجدد، پرسشنامه‌ی نهایی با بیست موضوع از عناوین چالش‌برانگیز حوزه‌ی اخلاق پرستاری تدوین و در قسمت اول پرسشنامه، بخشی مربوط به اطلاعات دموگرافیک پاسخ‌دهندگان اضافه شد.

روایی ابزار طراحی‌شده به روش روایی صوری و محتوا و با توجه به تهیه‌ی آن بر اساس متون علمی و روش دلفی و سپس انجام اصلاحات ضروری بر اساس دیدگاه‌های صاحب‌نظران مورد تایید قرار گرفت. به این ترتیب که ابزار آماده شده برای ده نفر از افراد شناخته شده در حوزه‌ی اخلاق و پرستاری ارسال و نظرات اصلاحی آنان با اجماع تیم پژوهش در پرسشنامه اعمال شد.

برای تعیین پایایی ابزار از ضریب آلفای کرونباخ بر روی پاسخ‌های بیست‌نفر از پرستاران در مطالعه‌ی اولیه استفاده شد

و با توجه به مقدار به‌دست آمده (۰/۹۹۷) ابزار از پایایی مناسبی برخوردار بوده است.

با توجه به مشارکت مدیریت پرستاری دانشگاه در مطالعه، پرسشنامه‌ها در طی سال ۱۳۹۰ و از طریق دفاتر پرستاری برای مدیران پرستاری کلیه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و سازمان تأمین اجتماعی ارسال شد تا به نسبت تعداد پرستاران شاغل در هر دانشگاه توزیع شود. از شرکت‌کنندگان در این مطالعه خواسته شده بود تا در صورت تمایل و رضایت در شرکت داوطلبانه در این پژوهش بر اساس دیدگاه خود و توجه به اهمیت موضوع در سطح کلان و ملی بیست موضوع اخلاق پرستاری مطرح‌شده در پرسشنامه را اولویت‌بندی کرده و به هر موضوع از یک تا بیست، به ترتیب اهمیت، نمره بدهند. اطلاعات پرسشنامه‌های تکمیل‌شده پس از استخراج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### نتایج

جمعاً تعداد ۲۴۰ پرسشنامه‌ی تکمیل‌شده مورد بررسی قرار گرفتند که پنج پرسشنامه به دلیل نقص اطلاعات از مطالعه حذف شد. از مجموع ۲۳۵ فرد شرکت‌کننده در این مطالعه تعداد ۱۷۱ نفر (۷۲/۸ درصد) زن، ۵۹ نفر (۲۵/۱ درصد) مرد بودند و در پنج مورد (۲/۱ درصد) نیز جنسیت شرکت‌کننده مشخص نشده بود.

از میان شرکت‌کنندگان در مطالعه تعداد هشت‌نفر (۳/۴ درصد) در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۱ نفر (۵۵/۸ درصد) در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های تپ یک، ۷۰ نفر (۲۹/۸ درصد) در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های تپ دو و ۲۵ نفر (۱۰/۶ درصد) در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه‌های تپ سه مشغول به کار بودند. جزییات اطلاعات دموگرافیک در جدول شماره‌ی یک نمایش داده شده است.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش زمینه‌ی فعالیت خود را در

حوزه‌های بالینی، آموزشی، پژوهشی، سیاست‌گذاری سلامت شرکت‌کنندگان در بیش از یک زمینه فعالیت داشته و به‌طور و کمیته‌های اخلاق اعلام کرده بودند. گرچه برخی از هم‌زمان در دو یا سه حوزه کار می‌کردند.

#### جدول شماره ۱ - اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در مطالعه

جنسیت	تحصیلات			محل خدمت			تعداد	درصد	
	زن	مرد	لیسانس	فوق لیسانس	دکتر	تیپ یک			تیپ دو
۱۷۱	۵۹	۱۹۱	۳۹	۱	۱۳۱	۷۰	۲۵	۸	
۷۲/۸	۲۵/۱	۸۱/۳	۱۶/۶	۱/۷	۵۵/۸	۲۹/۸	۱۰/۶	۳/۴	

اخلاق پرستاری، اخلاق در مدیریت پرستاری، حقوق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (پرستاران)، رابطه‌ی پرستار با بیمار و خانواده‌ی او، حقوق گیرندگان خدمات سلامت (بیماران)، تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پرستاری، حقیقت‌گویی و رازداری، اخلاق در آموزش پرستاری و در نهایت رابطه‌ی پرستار با همکاران است. (جدول شماره ۲)

در تجزیه و تحلیل نتایج حاصله به هر سوال نمره‌ای از یک تا ۲۰ داده شد و سپس مجموع رتبه‌های هر سوال محاسبه و به ترتیب از کم‌ترین امتیاز که اولویت شماره ۱ یک در نظر گرفته شد سایر اولویت‌ها مرتب شدند و نتایج به شرح زیر به دست آمد:

در مجموع، از بیست موضوع مورد پرسش، ده اولویت اول به ترتیب شامل: ارزش‌های اخلاقی در پرستاری، آموزش

#### جدول شماره ۲ - ده اولویت اول اخلاق پرستاری در کشور

اولویت	موضوع	امتیاز
۱	ارزش‌های اخلاقی در پرستاری	۱۶۵۴
۲	آموزش اخلاق پرستاری	۱۷۱۳
۳	اخلاق در مدیریت پرستاری	۱۷۹۶
۴	حقوق ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (پرستاران)	۱۸۶۸
۵	رابطه‌ی پرستار با بیمار / خانواده‌ی بیمار	۱۹۵۱
۶	حقوق گیرندگان خدمات سلامت (بیماران)	۲۰۱۵
۷	تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در پرستاری	۲۰۱۶
۸	حقیقت‌گویی / رازداری	۲۱۱۴
۹	اخلاق در آموزش پرستاری	۲۱۵۷
۱۰	رابطه‌ی پرستار با همکاران	۲۳۶۴

ترتیب عبارتند از: عدالت در توزیع منابع سلامت در حوزه‌ی پرستاری، رابطه‌ی پرستار با پزشک، تبیین اصول اسلامی در اخلاق پرستاری، رضایت آگاهانه، تنش‌های اخلاقی در پرستاری، ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های ویژه‌ی پرستاری،

در این مطالعه از شرکت‌کنندگان خواسته شده بود تا اولویت‌های خود را برای کلیه‌ی موضوعات بیست‌گانه تعیین کنند. بر همین مبنا اولویت‌های یازدهم تا بیستم تحت عنوان اولویت‌های ده‌گانه‌ی دوم بر اساس نظرات شرکت‌کنندگان به

اخلاق در پژوهش پرستاری، کدهای اخلاق پرستاری، نگاه‌دارنده‌ی حیات و در نهایت کمیته‌های اخلاق بیمارستانی. پرستاری در مراحل پایان حیات و قطع دستگاه‌های (جدول شماره‌ی ۳)

جدول شماره‌ی ۳ - اولویت‌های ده گانه‌ی دوم اخلاق پرستاری در کشور

اولویت	موضوع	امتیاز
۱۱	عدالت در توزیع منابع سلامت در حوزه‌ی پرستاری	۲۴۶۸
۱۲	رابطه‌ی پرستار با پزشک	۲۴۹۶
۱۳	تبیین اصول اسلامی در اخلاق پرستاری	۲۵۷۴
۱۴	رضایت آگاهانه	۲۹۴۹
۱۵	تنش‌های اخلاقی در پرستاری	۲۹۶۰
۱۶	ملاحظات اخلاقی در مراقبت‌های ویژه پرستاری	۳۰۴۳
۱۷	اخلاق در پژوهش پرستاری	۳۱۷۲
۱۸	کدهای اخلاق پرستاری	۳۲۳۱
۱۹	پرستاری در مراحل پایان حیات / قطع دستگاه‌های نگاه‌دارنده حیات	۳۳۳۲
۲۰	کمیته‌های اخلاق بیمارستانی	۳۶۲۸

## بحث

هر یک از عناوین مطرح‌شده در پرسشنامه موضوعاتی هستند که مورد توجه بسیاری از اندیشمندان حوزه‌ی اخلاق قرار گرفته‌اند و به‌علاوه همکاران پرستار در کار روزانه‌ی خود در مراکز درمانی، آموزشی و پژوهشی با چالش‌های ناشی از این مسائل مواجهه‌ی رودرو دارند. در این مطالعه به منظور تعیین اولویت‌های اخلاق پرستاری با استفاده از پرسشنامه‌ی نظرات مدرسان و محققان فعال در این حوزه و نیز مدیران پرستاری شاغل در کشور جمع‌آوری شد.

در مراحل اولیه‌ی تدوین پرسشنامه دیدگاه‌های گوناگونی در خصوص انتخاب موضوعات مطرح شدند، به‌طوری‌که برخی از صاحب‌نظران تاکید بیش‌تری بر طرح کلی مباحث داشتند؛ برای مثال، پرستاری در مراحل پایان حیات را عنوان مناسبی می‌دانستند ولی گروهی دیگر در مقابل طرح عناوین به صورت مستقل و جزیی را مورد تاکید قرار دادند. به‌عنوان مثال، بر اساس نظر این گروه مباحث مطرح در ملاحظات

اخلاقی پرستاری در پایان حیات مانند قطع دستگاه‌های نگاه‌دارنده‌ی حیات، پیوند عضو از بیمار مرگ مغزی، مراقبت‌های تسکینی (Palliative care)، حریم خصوصی بیمار در حال مرگ و... هر یک باید به‌عنوان یک موضوع مستقل در پرسشنامه مطرح می‌شدند و مورد اولویت‌بندی قرار می‌گرفتند، اما در نهایت لیست نهایی تلفیقی از هر دو دیدگاه را در بر داشت. در مورد برخی از موضوعات مطرح‌شده در پرسشنامه مطالعات خوب و توجه مناسبی از سوی محققان و سیاست‌گذاران نظام سلامت اعمال شده است در حالی که برخی دیگر از موضوعات مورد غفلت بوده و نیاز به اهتمام ویژه دارند.

یافته‌های مطالعه حاکی از آن است که پرستاران توجه به ارزش‌های اخلاقی را مهم‌ترین اولویت موضوعات اخلاقی در پرستاری می‌دانند. این انتخاب دور از انتظار نیست چرا که با توجه به نشأت گرفتن رفتارهای انسان از ارزش‌هایی که در طول زندگی کسب می‌کند و با توجه به این‌که هنوز کدها و

انتظار نبوده و می‌تواند زمینه‌ی مساعدی را برای برنامه‌ریزی آموزش اخلاق برای آن‌ها فراهم آورد و مقاومت را در این زمینه کاهش دهد. در همین راستا، مدیران پرستاری موظفند ضمن فراهم کردن شرایط لازم برای آموزش و انتقال اطلاعات اخلاقی به پرستاران در صورت نیاز از مشورت متخصصان اخلاق حرفه‌ای استفاده کنند تا منافع دریافت‌کننده‌ی خدمات همپا با همکاران پرستار حفظ شود. در سال‌های اخیر، سلسله کارگاه‌های اخلاق حرفه‌ای برای مدیران پرستاری از سوی معاونت پرستاری و آموزش مداوم پرستاری دانشگاه در پاسخ به همین اولویت طراحی و اجرا شده است.

پرستاران یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت را در کشور ما تشکیل می‌دهند و علی‌رغم اهمیت خدماتی که ارائه می‌دهند، هنوز از جایگاه مناسبی در سیستم سلامت و در جامعه برخوردار نیستند. از این رو، آنان توجه به حقوق خود را یکی از موضوعات اخلاقی در حرفه می‌دانند که خود می‌تواند راهگشای حل بسیاری از مسائل و مشکلات دیگر در این سیستم باشد. یافته‌های مطالعات جولایی و همکاران نیز حاکی از آن بود که احقاق حقوق بیماران و خانواده‌ی آن‌ها بدون برآوردن نیازهای اساسی و توجه به حقوق پرستاران امکان‌پذیر نیست (۱۳، ۱۲). توجه به حقوق پرستاران هم‌چنین می‌تواند به برقراری ارتباط متقابل مبتنی بر اعتماد با سایر اعضای تیم درمان منجر شود.

اولویت پنجم حاصل از یافته‌های این مطالعه به رابطه‌ی بین پرستار و بیمار و خانواده‌ی وی پرداخته است، چرا که ارتباط در قلب دیگر فعالیت‌های پرستاری قرار دارد. ارائه‌ی مراقبت بدون برقراری یک ارتباط مناسب امکان‌پذیر نیست. پرستاران در طی فعالیت‌های روزانه‌ی خود به‌طور مداوم با بیمار و خانواده‌ی وی در ارتباط هستند و نحوه‌ی برقراری این ارتباط از مسائل چالش‌برانگیز این حرفه است. در کلیه‌ی متون پرستاری نیز به اهمیت برقراری ارتباط مناسب جهت ارائه‌ی یک مراقبت اخلاقی تاکید شده است (۷). کدهای اخلاق

استانداردهای اخلاقی در حرفه‌ی پرستاری کشور ما به‌روشنی جایگاه خود را نیافته است، تکیه بر این ارزش‌های اخلاقی می‌تواند تا حدود زیادی به پرستاران در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در طی فعالیت‌های روزانه‌شان کمک کند. اولویت‌های اخلاقی پرستاری بازتابی از انتخاب‌های افراد به‌عنوان عضوی از یک حرفه و نشان‌دهنده‌ی موارد مهم در ارائه‌ی خدمات با کیفیت سلامت هستند (۹). در عین حال، شورای عالی اخلاق پزشکی در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در آیین‌نامه‌ی پیشنهادی خود تحت عنوان آیین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران مهم‌ترین ارزش‌های حاکم بر این حرفه را تدوین کرده و پرستاران را مسؤول رعایت آن‌ها در حرفه‌ی خود دانسته است (۱۰).

آموزش اخلاق پرستاری دومین انتخاب پرستاران مورد مطالعه در این اولویت‌بندی بوده است. این انتخاب حاکی از تاکید آنان بر ضرورت آموزش اخلاق برای این گروه حرفه‌ای است. از آن‌جا که در دهه‌ی اخیر واحد اخلاق پرستاری از برنامه‌ی آموزش پرستاری حذف شده است، این اولویت‌بندی می‌تواند شواهدی حاکی از ضرورت عملی بازنگری در برنامه‌ی آموزش اخلاق پرستاری ارائه دهد. خوشبختانه، در همین دهه، توجه روزافزون دست‌اندرکاران خدمات سلامت، منجر به برقراری برنامه‌های آموزشی در این حوزه برای پرستاران نیز شده است (۱۱). از آن جمله می‌توان به کارگاه‌های آموزشی اخلاق حرفه‌ای که در سال‌های اخیر برای پرستاران سراسر کشور برگزار و با استقبال همکاران مواجه شد اشاره کرد. هم‌چنین، در کدهای اخلاق پرستاری نیز به وظیفه‌ی مدرسان پرستاری در ارتقاء عملکرد اخلاقی و حرفه‌ای دانشجویان توجه شده است.

اخلاق در مدیریت پرستاری سومین اولویت انتخاب‌شده در این مطالعه بود. با توجه به این‌که بسیاری از تصمیم‌گیری‌های مدیریتی پرستاری می‌تواند تأثیر بسزایی در وضعیت کاری و حرفه‌ای پرستاران داشته باشد، تشخیص این‌که مقوله‌ی اخلاق برای این گروه ضروری است دور از

اطلاعاتی دست می‌یابند که ضروری است آن را راز تلقی کنند به همین دلیل است که آیین اخلاق پرستاری تصریح می‌کند که اطلاعات به‌دست آمده در حین مراقبت از بیمار باید راز تلقی شده و بدون رضایت بیمار در اختیار دیگران قرار نگیرد (۱۰). اهمیت توجه به مسائل اخلاقی در آموزش پرستاری که در این مطالعه اولویت نهم قلمداد شده است، شاید برای پرستاران به‌اندازه‌ی مدرسان و دانشجویان پرستاری برجسته نباشد. به‌نظر می‌رسد اگر این اولویت‌ها از دیدگاه مدرسان مورد ارزیابی قرار می‌گرفت ممکن بود در این زمینه نتایج متفاوتی به‌دست آید.

همان‌طور که مقوله‌ی ارتباط با بیمار و خانواده در میان ده اولویت اول اخلاقی در رتبه‌ی پنجم قرار گرفته و شرکت‌کنندگان در مطالعه اهمیت ویژه‌ای برای آن قائل بودند، انتظار می‌رفت که ارتباط پرستاران با یکدیگر هم در همان حدود رتبه‌ای قرار گیرد اما مروری بر متون مرتبط در این زمینه حاکی از آن است که پرستاران مهم‌ترین مشکل ارتباطی خود را در رابطه با پزشکان می‌دانند (۱۷) و عمدتاً به مشکلات ارتباطی بین خود پرستاران به‌عنوان یک مشکل اخلاقی اساسی کم‌تر پرداخته‌اند. نکته‌ی قابل توجه در این مطالعه این است که پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه مسأله‌ی اخلاقی ارتباط پرستار و پزشک را حتی از موارد ذکر شده هم کم اهمیت‌تر تلقی کرده‌اند که با یافته‌های مطالعات دیگر هم‌خوانی ندارد. در حالی که پرستار به‌عنوان عضوی از تیم درمان باید نحوه‌ی تعامل خود با سایر اعضای تیم، از جمله پزشکان و پرستاران را به‌گونه‌ای تنظیم کند که در راستای ارائه‌ی مؤثرتر و بهتر مداخلات درمانی باشد.

در خصوص اولویت‌های دهم تا بیستم به‌نظر می‌رسد که موارد بسیار مهمی در این رتبه‌بندی قرار گرفته‌اند که ضرورت آموزش گسترده‌تر را در این حوزه برای پرستاران و روشن کردن چالش‌های معاصر اخلاقی در حوزه‌ی سلامت را برای آنان گوشزد می‌کند.

پرستاری تأکید می‌کند که این ارتباط باید همراه با ملاحظت در رفتار و کلام بوده و باورهای اجتماعی، فرهنگی بیمار را در نظر بگیرد (۱۰).

در بسیاری از مطالعات انجام‌شده توجه به حقوق گیرندگان خدمت (بیماران) از مهم‌ترین اولویت‌های اخلاقی در حرفه‌ی سلامت محسوب شده است (۱۴). این که شرکت‌کنندگان در مطالعه‌ی حاضر این موضوع را در اولویت ششم موارد اخلاقی در پرستاری قرار داده‌اند می‌تواند به‌دلیل احساس فشاری باشد که آنان خود در نظام سلامت احساس می‌کنند و با توجه به این که انسانی که نیازهای اولیه‌اش برآورده نشده است به‌طور طبیعی قادر به برآورده کردن نیازهای دیگران نیست، ممکن است قابل توجه باشد.

موضوع تصمیم‌گیری‌های اخلاقی، حقیقت‌جویی و رازداری که در اولویت‌های بعدی در این مطالعه قرار گرفته‌اند، از جمله مسائل اساسی هستند که به‌نظر می‌رسد پرستاران احساس ارتباط مستقیم با آن را نداشته باشند. در واقع، هرچند که پرستاران در کار روزانه‌ی خود با موارد متعددی روبه‌رو می‌شوند که مستلزم تصمیم‌گیری اخلاقی است، ولی عملاً پترنالیسم (پدرسالاری) حاکم بر سیستم خدمات سلامت، جایی برای تصمیم‌گیری پرستاران در این حوزه باقی نمی‌گذارد. گرچه به‌نظر می‌رسد نظام سلامت ما در حال گذار از مدل ارتباطی پدرسالارانه است (۲) اما همچنان تصمیم‌گیرندگان اصلی پزشکان هستند و این مسأله می‌تواند توجه‌کننده‌ی توجه کم‌تر پرستاران به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی باشد (۱۵).

از سوی دیگر، با توجه به این که حقیقت‌جویی و ارائه‌ی اخبار مربوط به بیماری عمدتاً از مسؤولیت‌های پزشکان محسوب می‌شود، شاید پرستاران هنوز ضرورت و اهمیت حضور خود را در این فرایند به‌درستی نپذیرفته‌اند. مروری بر متون انجام‌شده، در این حوزه نیز موکدی بر این واقعیت است (۱۶). به‌علاوه، پرستاران به‌دلیل ارتباط تنگاتنگ با بیمار به

و بی‌توجهی نسبت به آن عملاً رضایت آگاهانه را از یک فرایند اطلاع‌رسانی و درک به روالی اداری در حد امضا کردن یک برگه فروکاسته است، در میان اولویت‌های اخلاق پرستاری در جایگاه پایین‌تری قرار گرفته است.

نکته‌ی مهم دیگری که در این مطالعه قابل توجه است قرار گرفتن کمیته‌های اخلاق بیمارستانی در رتبه‌ی آخر اولویت‌های اخلاق پرستاری است؛ اولیتی که در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط باقری برای تدوین اولویت‌های اخلاق پزشکی در جایگاه ششم قرار گرفته بود. این امر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی این نکته باشد که گرچه هدف اصلی از فعالیت این کمیته‌ها پیگیری اجرای استانداردهای حقوق‌گیرندگان خدمت ذکر شده است، هنوز نتوانسته‌اند تأثیرگذاری مناسبی بر حل و فصل چالش‌های اخلاقی بیمارستان‌ها داشته باشند، چرا که در صورت فعال‌بودن این کمیته‌ها، انتظار می‌رفت پرستاران نیز به‌عنوان عضوی از تیم درمان که ارتباط تنگاتنگی با بیمار دارند، علاوه بر اهمیت دادن به این فعالیت، نقش مؤثرتری در این کمیته‌ها ایفا کنند.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به کم بودن تعداد نمونه و بررسی دیدگاه‌های تنها یک گروه از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت اشاره کرد. در نهایت، چنین به نظر می‌رسد که برای دستیابی به نتایج یک اولویت‌بندی جامع و چندجانبه، لازم است که تدوین اولویت‌ها بر اساس دیدگاه‌های سایر گروه‌های دست‌اندرکار نظام سلامت نیز انجام گیرد.

#### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان در این مطالعه و اساتیدی که با راهنمایی‌های خود ما را در طراحی پرسشنامه یاری رساندند و هم‌چنین از مدیر محترم امور پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران و مدیران ارجمند امور پرستاری دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که در اجرای این طرح ما را از یاری بی‌دریغ خود بهره‌مند کردند قدردانی می‌شود.

مطالعات انجام‌شده در خصوص اولویت‌بندی مسائل اخلاقی در حوزه‌ی سلامت در کشور ما محدود بوده‌اند. اما برای مقایسه می‌توان از مطالعه‌ی انجام‌شده توسط باقری که برای تدوین اولویت‌های اخلاق پزشکی در کشور با روشی کمی در پی ارائه‌ی لیستی از اولویت‌های اخلاق پزشکی با امکان نظرسنجی از طیف وسیعی از صاحب‌نظران بوده است اشاره کرد (۲). به لحاظ ماهیت خدمات سلامت بدیهی است که اولویت‌های اخلاقی پزشکان و پرستاران با یکدیگر تفاوت‌هایی خواهند داشت اما در عین حال می‌تواند به‌ویژه در آن بخشی که در ارتباط با بیمار است دارای هم‌پوشانی‌هایی باشد. این نکته با مقایسه‌ی رتبه‌ی اولویت‌های این دو مطالعه قابل مشاهده است. به‌عنوان مثال، حقوق‌گیرندگان خدمات سلامت، حقیقت‌گویی و رازداری و هم‌چنین ملاحظات اخلاقی در آموزش (پزشکی و پرستاری) به‌طور مشترک در میان ده اولویت اول هر دو مطالعه قرار دارند. این امر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی اهمیت این موضوعات برای همه‌ی دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت باشد.

از جمله‌ی این اولویت‌ها هم‌چنین می‌توان از موضوع عدالت در تخصیص منابع نام برد که در رتبه‌ی یازدهم اولویت‌بندی مطالعه‌ی حاضر قرار گرفته است. موضوعی که در مطالعه‌ی انجام‌شده توسط باقری برای بررسی اولویت‌های اخلاق پزشکی در جایگاه سوم قرار گرفته بود (۲). این امر می‌تواند نشان‌دهنده‌ی عدم قطعیت در تعیین مصادیق عدالت در حوزه‌ی سلامت باشد. رضایت آگاهانه از جمله موضوعات اخلاقی مهمی است که بنیان آن بر احترام به خودمختاری افراد قرار دارد. این موضوع در مطالعه‌ی حاضر مکان چهاردهم از اولویت‌ها را به خود اختصاص داده است در حالی که در مطالعه‌ی انجام‌شده‌ی قبلی در میان پزشکان در رتبه‌ی چهارم جای گرفته بود. به نظر می‌رسد که گرچه در بیمارستان‌های آموزشی ما به شکل معمول اخذ رضایت آگاهانه عمدتاً بر عهده‌ی پرستاران نهاده شده است اما به دلیل این‌که چنین فرایندی به‌طور مستقیم بر ارتباط آنان با بیمار تأثیرگذار نبوده



9- Milton CL. Professional values in nursing ethics: essential or optional in the global universe? *Nurs Sci Q* 2007; 20(3): 212-5.

۱۰- بی‌نام. آئین اخلاق پرستاری در جمهوری اسلامی ایران، شورای عالی اخلاق، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.

(accessed in 2012) <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=36742>.

11- Joolae S. Nursing in Iran. *Nursing Ethics* 2010; 17(5): 666-7.

12- Joolae S, Tschudin V, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z. Factors affecting patients' rights: the lived experiences of Iranian nurses and physicians. *Int Nurs Rev* 2008; 55(1): 55-61.

13- Joolae S, Nikbakht-Nasrabadi A, Parsa-Yekta Z, Tschudin V. An Iranian perspective on patients' rights: a qualitative study. *Nurs Ethics* 2006; 13(5):488-502.

14- Joolae S, Hajibabae F. Patients' rights in Iran: a review article. *Nurs Ethics* 2012; 19 (1): 45-57.

15- Swider SM, McElmurry BJ, Yarling RR. Ethical decision making in a bureaucratic context by senior nursing students. *Nurs Res* 1985, 34(2): 108-12.

16- Zahedi F. The challenge of truth telling across cultures, a case study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 4:11.

17- Rosenstein AH. Nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 2002; 102(6): 26-34.

## منابع

1- Peacock S, Ruta D, Mitton C, Donaldson C, Bate A, Murtagh M. Using economics to set pragmatic and ethical priorities. *BMJ* 2006; 332(7539): 482-5.

۲- باقری ع.ر. اولویت‌های اخلاق پزشکی: نتایج یک مطالعه کشوری. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۵): ۴۸-۳۸.

3- Tschudin V. Ethics in nursing: caring relationship, 3<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Butterworth Heinemann; 2003.

4- Hamric AB. Moral distress in everyday ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48(5): 199-201.

5- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: what is really know about them?. *Nurs Ethics* 2000; 7(4): 360-6.

6- Bell J, Breslin JM. Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 2008;10(4): 94-7.

7- Joolae S, Joolaei A, Tschudin V, Bahrani N, Nikbakht-Nsarabadi A. Caring relationship: the core component of patients' rights as was experienced by Iranian patients. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3: 4.

۸- جولایی س، بخشنده ب، محمد ابراهیم م و همکاران. کدهای اخلاق حرفه ای پرستاری در ایران: گزارش بخشی از یک مطالعه اقدام پژوهی. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۹؛ دوره ۳ (شماره ۲): ۵۳-۴۵.

## Nursing ethics priorities from nurses aspects: a national study

Leila Afshar<sup>1</sup>, Soodabeh Joolae<sup>\*2</sup>, Khorshid Vaskouei<sup>3</sup>, Alireza Bagheri<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Medical Ethics PhD Student, Shiraz University of Medical Sciences and Researcher of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*

<sup>2</sup> *Associate Professor, Faculty of Nursing and Midwifery, Nursing Care Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*

<sup>3</sup> *MSc, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;*

<sup>4</sup> *Assistant Professor, Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

### Abstract

Providing ethical health care without considering the priorities from the viewpoints of all care providers is unachievable. Priority setting in health systems is an essential part of policy making and also in ethical dimensions of this system. Nurses are one of the key persons in health systems and due to their encounters with patients are involved in ethical decision making on a daily basis. Sound ethical reasoning and decision making without adequate knowledge will result in moral distress and also will have negative impact on patient's right.

The aim of this study was to investigate nursing ethics priorities on a national level. For this purpose a structured questionnaire consisting of 20 topics was developed by the research team and was sent to nurses in university teaching and social security organization hospitals. Based on the collected data the 10 first ethical priorities in nursing ethics were: nursing ethical values, nursing ethics education, ethics in nursing management, health care provider's rights, relationship between nurses, patients and their families, patient's rights, ethical decision making, truth telling and confidentiality, ethical aspects of nursing education and nurses' relationship with each other.

**Keywords:** nursing ethics priorities, ethical values in nursing, teaching ethics, ethical education

---

\*Email: [sjoolae@tums.ac.ir](mailto:sjoolae@tums.ac.ir)