

مقایسه‌ی توانایی استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی کرمان در برخورد با معضلات اخلاقی

فریبا برهانی^{*}، عباس عباس‌زاده^۱، مهری کهن^۲، محمد علی فضایل^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

تحولات دنیای کنونی در برگیرنده‌ی ویژگی‌هایی است که نیاز به رویکرد اخلاق در حرفه‌های مختلف را ضرورتی انکارناپذیر کرده است. در دهه‌ی گذشته با تلاش زیاد سعی شد آمادگی پرستاران برای شرایط جدید مراقبت بالا برود، اما طبق شواهد موجود در اکثر کشورهای جهان، حتی پرستاران با مدارج تحصیلی عالی در مورد مباحث اخلاقی توانایی ابراز عقیده نداشته یا به نحوی کنار گذاشته می‌شوند. مطالعات انجام شده در زمینه‌ی آموزش اخلاق نشان‌دهنده‌ی این است که هر چقدر مدت تحصیل افزایش می‌یابد بر میزان توانایی استدلال اخلاقی دانشجویان افزوده می‌شود. اما با این‌که پرستاران بالینی و دانشجویان پرستاری آموزش‌های تقریباً یکسانی در زمینه‌ی موضوعات اخلاقی می‌بینند، شواهد حاکی از آن است که توانایی استدلال اخلاقی این دو گروه با هم متفاوت است. بدین دلیل و به منظور به دست آوردن دیدگاه روشن‌تری از وضعیت استدلال اخلاقی در جامعه‌ی مورد بررسی، این مطالعه‌ی توصیفی - تحلیلی با هدف مقایسه‌ی استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری و پرستاران در برخورد با معضلات اخلاقی انجام شد. اطلاعات این پژوهش با استفاده از برگردان فارسی پرسشنامه‌ی آزمون معضلات اخلاقی پرستاری (Nursing Dilemma Test) که در سال ۱۹۸۱ توسط Chrisam تهیه شده و شامل ۶ سناریو است، جمع‌آوری گردیده است. با وجود این‌که روایی و پایایی متن زبان اصلی این پرسشنامه مستند است، برای اطمینان از استفاده‌ی آن در زبان فارسی، اعتبار و اعتماد این پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها نشان‌دهنده‌ی آن است که میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی دانشجویان از پرستاران بیش‌تر است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است ($P=0/000$). در پرستاران با افزایش تجربه‌ی کاری میزان استدلال اخلاقی افزایش یافته است ($r = 0.222$). تفاوت معنی‌داری بین آشنایی قبلی با معضلات اخلاقی و استدلال اخلاقی در دو گروه وجود نداشت ($P=0/478$). با توجه به این‌که توان ناکافی پرستاران در استدلال اخلاقی به‌ویژه در هنگام مواجهه با معضلات اخلاقی می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری نامناسب و ایجاد استرس در آن‌ها شود، بر اساس نتایج این مطالعه، توصیه‌هایی برای تقویت توانایی‌های پرستاران در مواجهه با معضلات اخلاقی قابل ارائه است. با توجه به پایین بودن نمره‌ی استدلال اخلاقی پرستاران ضرورت یافتن راه‌های افزایش توانایی این گروه تأکید می‌شود.

واژگان کلیدی: استدلال اخلاقی، معضلات اخلاقی، دانشجویان پرستاری، پرستاران

^۱ استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۲ دانشیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۳ مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

^۴ دانشجوی پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی قم

* **نشانی:** کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ علوی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری مامایی رازی، تلفن: ۰۳۴۱۳۲۰۵۲۲۰

Email: faribaborhani@msn.com

مقدمه

در دنیای امروز بار دیگر موضوع اخلاق در کانون توجه حرفه‌های مرتبط با سلامت قرار گرفته است. شاید این توجه به اخلاقیات به دلیل مسائل و تحولاتی باشد که در زمینه‌ی سلامت اتفاق افتاده است. از جمله‌ی این تحولات استفاده از فن آوری‌های پیشرفته، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش متوسط عمر، افزایش اطلاعات عمومی مردم و تفاوت در نوع و حجم درخواست‌های مرتبط با خدمات سلامت، ایجاد حوزه‌های جدیدی مثل پیوند اعضا، روش‌های نوین باروری، و نظایر آن را می‌توان نام برد (۱). تجربه نشان داده است که رویکردهای سنتی مبتنی بر پروتکل، دستورالعمل و مدیریت علمی در مواجهه با موضوعات جدید سلامت ناکارآمد هستند. از طرفی، ویژگی غالب در این مسائل علاوه بر جنبه‌های فنی، جنبه‌های اخلاقی و معنوی آن است که روزه‌روز در حوزه‌ی خدمات سلامت و پزشکی اهمیت بیش‌تری پیدا می‌کند (۲). تقریباً همه رشته‌های مرتبط با سلامت به نوعی با مسائلی روبه‌رو می‌شوند که حل آن‌ها نیازمند برخورداری از توانایی استدلال اخلاقی است. این موضوع به‌ویژه در پرستاری از آن نظر اهمیت می‌یابد که در امر مراقبت، پرستاران بیش‌ترین ارتباط انسانی با بیمار را از نظر مدت زمان و عمق ارتباط برقرار می‌کنند.

امروزه، دانش پرستاری به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته و تأکید زیادی بر صلاحیت‌های فنی پرستاری شده است، اما اهمیت مراقبت اخلاقی به حدی است که گاهی بر جنبه‌های فنی کار پرستاری برتری می‌یابد. پرستاران با توجه به نقشی که در مراقبت از بیماران دارند، هر روز با شرایطی مواجهه می‌شوند که نیاز به تصمیم‌گیری اخلاقی دارند (۳) و گاهی اوقات در چنین شرایطی دچار نوعی سردرگمی بین الزامات شخصی و حرفه‌ای پزشک و مددجو می‌شوند (۴). در دهه‌ی گذشته عملکرد پرستاران از تبعیت صرف دستورات پزشکی به حمایت و پیروی خواسته‌های بیماران تغییر یافته

است و بنابراین بیش‌تر باید در فعالیت‌هایی که مربوط به حقوق بیمارانشان است درگیر شوند (۵). آنچه مسلم است پرستاران مسؤولند تا با اتخاذ تصمیمات مناسب کشمکش بین ارزش‌های خود، حرفه و ارزش‌های بیمارانشان را حل کنند. اما با وجود اطلاعات زیاد و بصیرت خاصشان نسبت به وضعیت بیماران، شواهد حاکی از آن است که اغلب در فرآیند تصمیم‌گیری نقش کمی دارند که یکی از دلایل آن می‌تواند کمبود توانایی استدلال اخلاقی باشد (۶).

مطالعات انجام‌شده حاکی از عدم اطمینان فارغ التحصیلان پرستاری به توانایی خود برای انجام صحیح و اخلاقی مراقبت‌های پرستاری است که این موضوع خود عاملی برای احساس عدم اطمینان به خود و استرس در آن‌ها می‌شود (۷). در دهه‌ی گذشته تلاش‌های زیادی صورت گرفته است که آمادگی لازم را در پرستاران برای شرایط جدید مراقبت سلامت فراهم کند، اما شواهد فراوان در اکثر کشورهای جهان حاکی از آن است که پرستاران دارای مدارج عالی علمی معتقدند در مورد مباحث اخلاقی توانایی ابراز عقیده ندارند یا به‌نحوی کنار گذاشته می‌شوند (۸) و با توجه به این که در شرایط چالش‌انگیز اخلاقی تنها پرستاران نیستند که تصمیم می‌گیرند و عوامل متعددی می‌تواند بر تصمیم آن‌ها تأثیر بگذارد، در نتیجه، ممکن است کشمکش‌هایی برای آن‌ها ایجاد شود که توانایی استدلال اخلاقی آنان را برای مواجهه با این کشمکش‌ها افزایش می‌دهد (۹).

مطالعات انجام‌گرفته در زمینه‌ی آموزش اخلاق نشان‌دهنده‌ی این است که هر چقدر سال‌های تحصیل افزایش می‌یابد بر میزان توانایی استدلال اخلاقی دانشجویان افزوده می‌شود (۱۰). اما هر چند که پرستاران بالینی و دانشجویان پرستاری آموزش‌های تقریباً یکسانی در زمینه‌ی موضوعات اخلاقی می‌بینند، توانایی استدلال اخلاقی در این دو گروه با هم متفاوت است (۱۱).

مطالعات انجام شده در زمینه‌ی استدلال اخلاقی پرستاران

انجام شده در ایران در این زمینه، ضرورت انجام این مطالعه را نشان می‌دهد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی توانایی استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری و پرستاران دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شده است.

روش کار

این مطالعه مقایسه‌ای است که در آن استدلال اخلاقی دانشجویان سال آخر و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر کرمان بر اساس مدل Kohlberg، مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین عواملی که بر تصمیم‌گیری اخلاقی در موقعیت‌های چالش برانگیز اخلاقی تأثیر می‌گذارد و ارتباط بین استدلال اخلاقی و آشنایی با معضل مشابه و تجربه‌ی قبلی در این زمینه تعیین گردیده است. نمونه‌ی مورد پژوهش در قسمت دانشجویان با روش سرشماری انتخاب گردید. بدین ترتیب که از کلیه‌ی دانشجویان سال‌های سوم و چهارم دانشکده‌ی پرستاری - مامایی رازی کرمان که مایل به شرکت در پژوهش بودند برای تکمیل پرسش‌نامه دعوت شد. نمونه‌ی پرستاران بر حسب نسبت تعداد پرستاران در ۴ بیمارستان دانشگاهی شهر کرمان به روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای تصادفی انتخاب گردید.

اطلاعات این پژوهش با استفاده از برگردان فارسی پرسشنامه‌ی آزمون معضلات اخلاقی پرستاری^۱ که توسط Chrisham در سال ۱۹۸۱ در دانشگاه مینه سوتا تهیه شده است، جمع‌آوری شد. این پرسشنامه بر مبنای نظریه‌ی Kohlberg تدوین شده و شامل ۶ سناریو در مورد معضلات مراقبت از مددجویان است. این سناریوها توسط Chrisham، با مطالعه‌ی وسیعی بر روی ۱۳۰ پرستار به‌دست آمده‌اند. عناوین معضلات اخلاقی مورد بررسی عبارتند از: ۱- نوزاد مبتلا به نقص عضو؛ ۲- تجویز اجباری دارو؛ ۳- درخواست بیمار برای پایان زندگی؛ ۴- ورود پرستار جدید به سیستم؛ ۵- اشتباه دارویی و ۶- مراقبت در مراحل انتهایی زندگی. هر یک از این سناریوها وضعیت مددجویی را بیان می‌کند که

در خصوص تأثیر میزان تحصیلات، نتایج متفاوتی را نشان می‌دهد. در یک مطالعه مشخص شد که پرستاران دارای مدارک تحصیلی دیپلم، فوق‌دیپلم، لیسانس و فوق‌لیسانس در نوع استدلال اخلاقی تفاوتی ندارند و نوع رایج استدلال اخلاقی در همه‌ی آن‌ها از نوع قراردادی است (۱۲). اما در مطالعه‌ی دیگری گزارش شده است که ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و استدلال اخلاقی وجود دارد (۹). یافته‌های بعضی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که با افزایش تجربه‌ی کاری توانایی استدلال اخلاقی هم افزایش می‌یابد (۱۰). استدلال اخلاقی به‌عنوان یک توانایی شناختی در اثر تکرار مواجهه با موضوعات اخلاقی تقویت می‌شود (۹). البته در کنار این موضوع، بعضی مطالعات تأثیر سوابق تجربه را بدین صورت نشان نمی‌دهد، بدین معنی که افراد با سابقه‌تر توانایی استدلال اخلاقی کم‌تری دارند (۱۱)؛ در نتیجه، در این مورد توافق وجود ندارد.

یافته‌های مطالعه‌ای در زمینه‌ی چگونگی برخورد پرستاران در ایران با مسائل اخلاقی و نحوه‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی آن‌ها نشان می‌دهد که پرستاران واکنش‌های روان‌شناختی مختلفی به تصمیم‌گیری اخلاقی نشان می‌دهند. عملکرد اخلاقی و توجه به منفعت بیمار موجب بروز واکنش‌های روان‌شناختی مثبت در پرستاران مثل احساس رضایت، افزایش انگیزه و حس شایستگی می‌شود. اما عملکرد منفی یا عدم امکان مراقبت و پاسخدهی مطلوب به بیمار یا محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری مثل کمبود امکانات و وسایل، کمبود پرستار و فشار کاری موجب واکنش‌های روان‌شناختی منفی مثل احساس نارضایتی، کاهش انگیزه، حس ناشایستگی و تضعیف روحیه می‌شود (۱۳). از مرور متون پرستاری در زمینه‌ی اخلاق چنین استنباط می‌شود که عوامل زیادی بر استدلال اخلاقی پرستاران تأثیر می‌گذارد و ممکن است استرس‌های زیادی برای پرستاران در موقعیت‌های کاری ایجاد کند.

نتایج متفاوت به‌دست آمده از تحقیقات و کمبود مطالعات

¹ Nursing Dilemma Test

ترجمه شده، توسط ۲ نفر مسلط به ادبیات فارسی و زبان انگلیسی مورد بازنگری قرار گرفت. سپس نظرات ۱۰ نفر از متخصصان اخلاق پزشکی از دانشگاه‌های مختلف علوم پزشکی کشور در مورد روایی محتوا و صوری پرسشنامه پرسیده شد. به منظور اطمینان از پایایی پرسشنامه با روش آزمون مجدد در گروهی مشتمل بر ۱۰ دانشجو و ۱۰ پرستار مورد تحلیل قرار گرفت و پس از کسب ضریب پایایی ۸۲ درصد در گروه اصلی مورد استفاده قرار گرفت.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی به کلیه‌ی مشارکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد و از محرمانه بودن اطلاعات و داوطلبانه بودن همکاری اطمینان داده شد.

نتایج

در این مطالعه ۹۰ دانشجوی پرستاری ترم‌های پنجم، ششم، هفتم و هشتم (سال‌های سوم و چهارم) و ۱۱۵ پرستار بالینی شرکت کردند. نتایج حاکی از آن است که میانگین سن پرستاران ۳۵/۲۳ سال در دامنه‌ی ۲۳ تا ۵۳ سال و میانگین سن دانشجویان ۲۱/۵۴ سال در دامنه‌ی ۲۰ تا ۲۵ سال است. میانگین سابقه‌ی کار پرستاران ۱۰/۹۵ سال است که کم‌ترین سابقه‌ی کار ۶ ماه و بیش‌ترین آن ۲۸ سال است. از مجموع دانشجویان پرستاری، ۷۴ نفر (۸۲/۲ درصد) زن و تعداد ۱۶ نفر (۱۷/۸ درصد) مرد و از مجموع پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق ۱۰۹ نفر (۹۴/۸ درصد) زن و ۶ نفر (۵/۲ درصد) مرد می‌باشند. جدول شماره‌ی ۱ مشخصات دموگرافیک پرستاران و دانشجویان پرستاری مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۲ نظرات پرستاران و دانشجویان پرستاری در آزمون معضل اخلاقی را نشان می‌دهد. با مراجعه به این جدول مشخص می‌شود که با وجود شباهت نسبتاً زیاد بین نظرات پرستاران و دانشجویان پرستاری تفاوت‌هایی هم بین آن‌ها وجود دارد. به‌نحوی که تقریباً در تمام موارد گزینه‌ی «پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد» که نشان از عدم اطمینان در تصمیم‌گیری اخلاقی است، در پرستاران بیش‌تر از دانشجویان

می‌تواند برای پرستاری که مسؤولیت مراقبت از او و خانواده‌اش را بر عهده دارد، موقعیتی مشکل‌آفرین باشد. به‌دنبال این سناریو سه نوع سؤال مطرح می‌شود: نوع اول درباره‌ی نوع واکنش پرستار در آن موقعیت فرضی است. نوع پاسخ می‌تواند به سه صورت صحیح، غلط و بدون جواب تفسیر شود. گروه دوم سؤالات شش دیدگاه رایج را در ارتباط با سناریوی ارائه شده بر مبنای مراحل ۲ تا ۶ نظریه‌ی Kohlberg در رشد اخلاقی مطرح می‌کند. نحوه‌ی تعیین هر یک از این گزینه‌ها نشان‌دهنده‌ی نوع استدلال اخلاقی پاسخ‌دهنده بر مبنای نظریه‌ی Kohlberg است. در هر کدام از این سناریوها دو گزینه نشان‌دهنده‌ی استدلال منطقی پرستار است. اگر پاسخ‌دهنده این دو مورد را در اولین اولویت‌های خود انتخاب کند در یک آئتم نمره‌ی ۶ و در دیگری نمره‌ی ۵ را می‌گیرد. بنابراین، حداکثر نمره در استدلال اخلاقی در هر سناریو ۱۱ و در کل ۶ سناریو ۶۶ می‌شود. هرچه نمره در این پرسشنامه کم‌تر باشد نشان‌دهنده‌ی توان پایین استدلال اخلاقی است. طبعاً کم‌ترین نمره هم در این پرسشنامه در زمینه‌ی استدلال اخلاقی ۱۸ است که حاصل جمع نمره‌ی ۱ و ۲ در هر سناریو است. در بخش سوم، میزان مواجهه‌ی پاسخ‌دهنده با موقعیت‌های مشابه با سؤالی از نوع لیکرت درباره‌ی تجربه‌ی قبلی بررسی شده است. اگر نتیجه‌ی حاصل از این قسمت نمره‌ی ۶ تا ۱۷ باشد، نشان‌دهنده‌ی برخورد و آشنایی پرستار با معضل مشابه و کسب نمره‌ی ۱۸ تا ۳۰ نشان‌دهنده‌ی عدم برخورد و ناآشنایی با موقعیت‌های مشابه است (۱۰).

برای تعیین تفاوت بین استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری از آنالیز واریانس یک طرفه و برای تعیین ارتباط بین تجربه‌ی افراد و میزان استدلال اخلاقی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

روایی و پایایی پرسشنامه توسط مؤلف آن تعیین شده و توسط پژوهشگران زیادی مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه در موضوع اخلاق پرستاری پرسشنامه‌ی شناخته‌شده‌ای است (۱۰، ۹). برای اطمینان بیش‌تر نسخه‌ی

جدول شماره ۱ - مشخصات دموگرافیک پرستاران و

است.

دانشجویان پرستاری مورد بررسی

مشخصات	تعداد	درصد
سن پرستاران (سال):		
کمتر از ۲۶	۸	۷/۱
۲۷ تا ۳۶	۶۴	۵۶/۶
۳۷ تا ۴۶	۳۳	۲۹/۲
بیشتر از ۴۷	۸	۷/۱
جمع	۱۱۳	۱۰۰
سابقه کار:		
کمتر از ۱ سال	۳	۲/۶
۱ تا ۱۰ سال	۵۷	۴۹/۶
۱۱ تا ۱۹ سال	۳۸	۳۳
۲۰ تا ۲۸ سال	۱۷	۱۴/۸
جمع	۱۱۵	۱۰۰
بیمارستان محل خدمت:		
شفا	۲۵	۲۱/۸
شهید باهنر	۳۵	۳۰/۴
افضلی پور	۴۵	۳۹/۱
شهید بهشتی	۱۰	۸/۷
سن دانشجویان پرستاری (سال)		
۲۰ تا ۲۱	۵۰	۵۷/۵
۲۲ تا ۲۳	۲۷	۳۱
۲۴ تا ۲۵	۱۰	۱۱/۵
جمع	۸۷	۱۰۰

جدول شماره ۳ میانگین استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری بر حسب متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد. آنالیز آماری نشان داد که میانگین نمره استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری (۴۶/۶۶) در دامنه ۳۰ تا ۶۰، و نمره پرستاران (۴۲/۱۶) در دامنه ۲۷ تا ۶۲ است. بر این اساس، میانگین نمره استدلال اخلاقی دانشجویان از پرستاران بیشتر است و این اختلاف معنی‌دار است ($P=۰/۰۰۰$).

برای تعیین رابطه‌ی سال‌های تجربه‌ی کاری پرستاران با استدلال اخلاقی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد و نتایج نشان داد که رابطه‌ی معنی‌دار مثبتی بین سال‌های تجربه و نمره استدلال اخلاقی وجود دارد و این ارتباط از نظر آماری معنی‌دار است ($r = ۰/۲۲۲$ ، $P = ۰/۰۱۷$). طبیعی است که دانشجویان پرستاری به دلیل این‌که عموماً تجربه‌ی کار بالینی ندارند، در این قسمت از بررسی دخالت داده نشدند.

جدول شماره ۲ - نظرات شخصی پرستاران و دانشجویان پرستاری

سناریو	پرستاران تعداد (درصد)	دانشجویان تعداد (درصد)
۱- آیا احیا نوزاد با نقص عضوهای زیاد و متعدد بایستی با جدیت انجام شود؟		
بله	۷۸ (۶۷/۸)	۶۲ (۶۸/۹)
خیر	۱۲ (۱۰/۵)	۹ (۱۰)

۱۹ (۲۱/۱)	۲۵ (۲۱/۷)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع
۲- آیا تزریق دارو به بیمار دارای مشکل سوء ظن بایستی به اجبار انجام شود؟		
۴۱ (۴۵/۶)	۷۲ (۶۲/۶)	بله
۴۲ (۴۶/۷)	۲۹ (۲۵/۲)	خیر
۷ (۷/۸)	۱۴ (۱۲/۲)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع
۳- آیا تنفس مصنوعی را برای بیماری که در مراحل انتهایی زندگی است می‌تواند آغاز کند؟		
۷۷ (۸۵/۶)	۹۱ (۷۹/۱)	بله
۱۰ (۱۱/۱)	۱۰ (۸/۷)	خیر
۳ (۳/۳)	۱۴ (۱۲/۲)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع
۴- آیا پرستار در بخش کودکان باید مراقبت بیماران با وضعیت حاد را برای آشنا سازی پرستار جدیدالورود به عمل نیاورد؟		
۱۸ (۲۰)	۲۴ (۲۰/۹)	بله
۶۷ (۷۴/۴)	۶۹ (۶۰)	خیر
۵ (۵/۶)	۲۲ (۱۹/۱)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع
۵- آیا در صورت اشتباه پرستار در دادن دارو باید اشتباه خود را گزارش دهد؟		
۷۴ (۸۲/۲)	۸۳ (۷۲/۲)	بله
۱۰ (۱۱/۱)	۱۲ (۱۰/۴)	خیر
۶ (۶/۷)	۲۰ (۱۷/۴)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع
۶- آیا با وجود دستور پزشک مبنی بر نگفتن تشخیص بیمار به سرطان پیشرفته، آیا پرستار باید به خواست خانواده‌ی بیمار و بیمار احترام بگذارد و تشخیص را به آنها بگوید؟		
۳۳ (۳۶/۷)	۲۶ (۲۲/۶)	بله
۳۹ (۴۳)	۴۸ (۴۱/۷)	خیر
۱۸ (۲۰/۲)	۴۱ (۳۵/۷)	پرستار نمی‌تواند تصمیم بگیرد.
۹۰ (۱۰۰)	۱۱۵ (۱۰۰)	جمع

جدول شماره ۳ - میانگین استدلال اخلاقی پرستاران و

بحث

دانشجویان پرستاری بر حسب متغیرهای مورد بررسی

متغیر	میانگین	f
جنس (پرستاران)		
مرد	۴۱/۶۷	۰/۸۵۶
زن	۴۲/۱۸	۰/۰۳۳
جنس (دانشجویان)		
مرد	۴۴/۶۹	۰/۲۳۳
زن	۴۷/۰۸	۱/۴۴۵
ترم تحصیلی		
۵	۴۸/۰۰	
۶	۴۵/۱۲	۰/۵۱۲
۷	۴۵/۶۳	
۸	۴۶/۴۵	
کار دانشجویی		
بلی	۴۵/۶۰	۰/۷۷۲
خیر	۴۶/۵۶	۰/۰۸۴

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که توانایی استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری با هم تفاوت معنی‌داری دارد. به نحوی که میانگین نمره استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری بیش‌تر از پرستاران است. این نتیجه در مطالعه‌ی مشابهی که Ham در مقایسه‌ی توانایی استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری انجام داد نیز مشاهده شد. در آن مطالعه گزارش شد که توانایی دانشجویان پرستاری بیش‌تر از پرستاران است و اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است (۹). هم‌چنین Kelly نیز در مطالعه‌ی خود به وجود این تفاوت پی برد (۱۴).

میانگین نمره استدلال اخلاقی دانشجویان و پرستاران ایرانی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در مقایسه با پرستاران و دانشجویان سایر مطالعات که با استفاده از همین ابزار در کشورهای دیگر انجام شده کم‌تر است. در مطالعه‌ی Ham میانگین نمره استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری ۵۳/۷۷ و در پرستاران ۵۱/۷۴ گزارش شده است (۹) در حالی که این نمره در دانشجویان پرستاری شرکت‌کننده در این بررسی ۴۶/۶۶ و در پرستاران ۴۲/۱۶ است. این یافته نگران‌کننده است، زیرا صحت عملکرد اخلاقی پرستاران را که ارائه‌دهندگان واقعی خدمت به بیمار هستند زیر سؤال می‌برد. کاهش توان استدلال اخلاقی پرستاران در مقایسه با دانشجویان پرستاری نیاز به شناسایی عواملی دارد که باعث شده پرستاران توانایی دوران دانشجویی خود را از دست بدهند. البته این احتمال وجود دارد که ضروریات و تأثیرات محیط کار باعث شود پس از فارغ‌التحصیلی توجه پرستاران به کدها، دستورالعمل‌ها و روش‌های نظری حل معضلات اخلاقی کاهش یابد و همین امر باعث کاهش توانایی استدلال اخلاقی آن‌ها شده باشد. از طرفی، دانشکده‌های پرستاری به‌عنوان واحدهای آموزش‌دهنده‌ی پرستاران باید به این نکته توجه کنند که چگونه می‌توانند با اتخاذ تدابیری یادگیری استدلال اخلاقی را ماندگارتر بنمایند؛ چرا که به‌نظر می‌رسد از

توانایی استدلال اخلاقی پرستاران بر اساس نوع بیمارستان تفاوت معنی‌دار آماری نشان نداد ($P = ۰/۴۳$) هرچند که پرستاران شاغل در بیمارستان روان‌پزشکی نمره‌ی بالاتری را به‌دست آوردند. تفاوت نمره استدلال اخلاقی پرستاران بر حسب نوع بخش معنی‌دار بود ($P = ۰/۰۱۴$)، به نحوی که بیش‌ترین میانگین مربوط به پرستاران شاغل در بخش مدیریت پرستاری (۴۷/۶) و کم‌ترین آن در بخش داخلی (ریه، ۳۳/۵) دیده شد.

میانگین استدلال اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری بر حسب مواجهه با معضل مشابه بررسی شد که اختلاف میانگین دو گروه معنی‌دار نبود ($P=۰/۴۷۸$).

دانشکده‌ها به‌عنوان مرجع رسمی آموزش‌دهنده انتظار می‌رود که بهترین و توانمندترین پرستاران را تربیت نمایند. طبعاً یکی از مواردی که در توانمندی کادر پرستاری تأثیر زیادی دارد، قدرت استدلال اخلاقی آنان است. با توجه به اهمیت توانایی استدلال اخلاقی در اتخاذ تصمیمات صحیح اخلاقی بررسی بیش‌تر در این زمینه ضروری است. چنان‌چه این موضوع در مطالعات بعدی تکرار شود، در آن صورت راه‌های ارتقاء توانایی استدلال اخلاقی پرستاران اولویت می‌یابد. منابع بسیار زیادی تصمیم‌گیری اخلاقی را یکی از نیازهای روزمره‌ی پرستاران می‌دانند و تأکید می‌کنند همان‌گونه که انتظار می‌رود پرستار واجد مهارت‌های فنی و مراقبتی باشد، برای ایفای مراقبتی جامع نیاز به آن دارد که تصمیمات اخلاقی مناسبی اتخاذ کند. لذا افزایش توان استدلال اخلاقی پرستاران یکی از مهم‌ترین وظایفی است که سازمان‌های مربوطه بر عهده دارند. این موضوع از طرف دیگر نشان می‌دهد که موضوع استدلال اخلاقی هم در گذشته و هم در زمان حاضر به‌خوبی مورد توجه قرار نگرفته است. به‌عبارت دیگر، آموزش‌های زمان تحصیل و تجارب زمان کار هیچ‌کدام نتوانسته است در افزایش قدرت استدلال اخلاقی پرستاران تأثیر چشمگیری داشته باشد. این امر بار دیگر ضرورت و فوریت برنامه‌ریزی برای توان‌افزایی در استدلال اخلاقی دانشجویان و پرستاران را نشان می‌دهد.

در این مطالعه رابطه‌ی معنی‌دار آماری بین آشنایی قبلی با معضلات اخلاقی و توانایی استدلال اخلاقی مشاهده نگردید. این موضوع البته می‌تواند به دلیل کم بودن میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی آن‌ها باشد. از طرف دیگر، ممکن است به دلیل عدم توجه مدرسین پرستاری و دانشجویان پرستاری به موقعیت‌های اخلاقی که برای آن‌ها پیش می‌آید، به‌عنوان مسأله و موضوع اخلاقی که نیاز به مداخله‌ی پرستاری دارد، باشد. هرچند که بسیاری از مؤلفان پرستاری بر این عقیده‌اند که یادگیری‌های تجربی یکی از روش‌های مناسب افزایش استدلال اخلاقی پرستاران است (۱۵)، یافته‌های این مطالعه

نشان می‌دهد که تجربه‌ی قبلی دانشجویان پرستاری با این معضلات در افزایش استدلال اخلاقی آنان تأثیری نداشته است. ممکن است وجود این یافته به دلیل بی‌توجهی به آموزش لازم در این زمینه باشد یعنی دانشجو با چنین موقعیتی مواجه شده، اما آموزش‌های لازم برای نحوه‌ی برخورد با آن را دریافت نکرده است. این‌که مواجهه‌ی قبلی پرستاران بالینی با موضوعات اخلاقی باعث افزایش توانایی آن‌ها نشده است، دلیلی بر این است که فرصت یادگیری مداوم و تأثیرپذیری و بحث و بررسی در خصوص موضوعات و معضلات اخلاقی می‌تواند به توسعه‌ی توانایی استدلال اخلاقی منجر شود. بنابراین، صرف مواجه شدن نمی‌تواند به تنهایی قدرت استدلال اخلاقی پرستاران را افزایش دهد. در بررسی موضوعات اخلاقی در تجربه‌ی روزمره بهتر است اساتید و مدرسان متخصص در زمینه‌ی اخلاق به همراه گروه درگیر در تجربه‌ی مراقبت از بیمار به تحلیل موقعیت بپردازند تا بتدریج توانایی پرستاران در این زمینه افزایش یابد. در این هنگام است که می‌توان از استدلال مناسب در برخورد با معضلات اخلاقی اطمینان بیش‌تری یافت.

صرف برخورد با موضوعات اخلاقی نمی‌تواند باعث افزایش توانایی استدلال اخلاقی شود و برای توسعه‌ی استدلال اخلاقی آموزش اخلاقی نیز لازم است. در مطالعه‌ی Ketefian در سال ۱۹۸۱ انجام داد به این نتیجه رسید که هر چه پرستاران تجربه‌ی کاری بیش از یک‌سال داشتند توانایی استدلال اخلاقی کم‌تری داشتند (۱۶). Hamric در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسید که محیط‌های بالینی تأثیر منفی بر توانایی استدلال اخلاقی پرستاران گذاشته است (۱۷). Penticuff و همکاران معتقدند که محیط بالینی می‌تواند بر اشتیاق پرستاران برای دخالت در فعالیت‌های استدلال اخلاقی تأثیر داشته باشد، مشروط بر این‌که در این محیط‌ها اتفاقات از جنبه‌ی اخلاقی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرد (۱۸). نتایج حاصل از بررسی Cooper با یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر مغایرت دارد (۱۹). وی گزارش می‌کند که توانایی استدلال اخلاقی با

از دیگر نتایج این بررسی آن است که افزایش تجربه‌ی کاری پرستاران موجب افزایش توانایی استدلال اخلاقی آنها شده است. این نتیجه طبیعی است، زیرا به‌طور منطقی انتظار می‌رود که با افزایش تجارب کاری پرستاران، توانایی استدلال اخلاقی آنان افزایش یابد. به‌طور غیرمستقیم می‌توان نتیجه گرفت که محیط‌های بالینی در طی سال‌های کار، توان پرستاران در استدلال اخلاقی را رشد می‌دهند، به همین جهت ضرورت برنامه‌های ضمن خدمت بار دیگر روشن می‌شود تا بتوان از این بستر برای توسعه‌ی هرچه بیش‌تر توانایی استدلال اخلاقی پرستاران شاغل استفاده کرد.

نتایج این بررسی نشان می‌دهد که توانایی استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری با افزایش سنوات تحصیل آنها افزایش معنی‌داری نیافته است. این یافته با نتایج مطالعه‌ی Woods همخوانی دارد (۱۲). اما محققانی مثل Duckett و همکاران (۱۵) و Crisham (۱۰) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که توانایی استدلال اخلاقی دانشجویان پرستاری با افزایش سنوات تحصیلی آنها افزایش می‌یابد. این یافته به مسؤولان آموزش اخلاق در مراکز آموزش پرستاری توصیه می‌کند که برنامه‌هایی برای افزایش توانایی دانشجویان در طی دوره‌ی تحصیل پیش‌بینی نمایند.

متغیرهای دموگرافیک پرستاران و دانشجویان مورد بررسی در این مطالعه بر توانایی استدلال اخلاقی آنها تأثیر معنی‌داری نداشته است. این امر نشان می‌دهد که وضعیت استدلال اخلاقی جامعه‌ی مورد بررسی وضعیتی عمومی است و پراکندگی زیادی در گروه‌های مختلف مورد بررسی بر حسب متغیرهای گزارش شده ندارد. Ham نیز در بررسی خود همین نتیجه را به‌دست آورده است (۹). این مطالعه در یک دانشکده و در مجموعه بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه در شهر کرمان انجام شده است. تعمیم‌پذیری داده‌ها از این نظر باید با احتیاط صورت بگیرد. هرچند که متمرکز بودن برنامه‌های آموزشی و مدیریت خدمات پرستاری احتمال تعمیم‌پذیری در کشور را تا حدی امکان‌پذیر می‌کند، تکرار

افزایش تماس با موقعیت‌های چالش برانگیز اخلاقی افزایش می‌یابد. هر چند پژوهش‌هایی در زمینه‌ی رابطه بین آشنایی قبلی با معضلات اخلاقی و توانایی استدلال اخلاقی وجود دارد، مثل مطالعه‌ی Crowley (۲۰) و Vito (۲۱)، اما در این پژوهش با وجود آشنایی قبلی با معضلات اخلاقی، توانایی استدلال اخلاقی در پرستاران بالینی افزایش نیافته و خود بیانگر این موضوع است که با افزایش آشنایی و برخورد با معضلات اخلاقی توانایی حل مسأله و تفکر انتقادی برای حل مشکل افزایش نمی‌یابد. یکی از گروه‌هایی که می‌توانند به رفع این مشکل کمک کنند، مدیران پرستاری هستند که برای دستیابی به هدف ارتقاء کیفیت مراقبت از مددجویان می‌توانند موانع و عوامل فرسودگی پرستاران در مواجهه با معضلات اخلاقی و افزایش توان استدلال اخلاقی آنها را در برنامه‌ی کار خود قرار دهند. در این زمینه بهتر است از گروه‌های مختلف پرستاری برای تدوین سیاست‌های مربوطه استفاده شود.

در بررسی نتایج این مطالعه مشخص می‌شود که نسبت قابل توجهی از پرستاران و دانشجویان پرستاری در مواجهه با سؤال اخلاقی در سناریوهای مطرح شده در پرسش‌نامه عدم توانایی تصمیم‌گیری را گزارش کرده‌اند. این موضوع به خودی خود تا حدودی نگران‌کننده است و نشان از عدم کفایت آنها در اتخاذ تصمیمات اخلاقی دارد. هرچند که منابعی از قبیل منشور اخلاقی و کدهای اخلاقی انجمن پرستاری در دسترس پرستاران وجود دارد، به‌نظر می‌رسد این منابع به دلایل مختلف از قبیل عدم بومی‌سازی در تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران و دانشجویان پرستاری مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. با توجه به پیشرفت‌های علم پرستاری انتظار می‌رود که عملکرد پرستاران در زمینه‌ی حل مسائل اخلاقی هم افزایش یابد. اما ظاهراً این موضوع مورد توجه قرار نگرفته است. این امر ضرورت توجه بیش‌تر به آموزش استدلال اخلاقی و جست‌وجوی راه‌هایی برای توان افزایش پرستاران در استدلال اخلاقی را نشان می‌دهد.

طولانی مدت و تدارک محتوا و برنامه‌ی مناسب در قالب برنامه‌های آموزشی از قبیل کارگاه و بازآموزی و دوره‌های طولانی مدت رسمی به رفع مشکل کمبود توانایی استدلال اخلاقی کمک کنند. از آنجا که استدلال اخلاقی ارتباط مستقیمی با تصمیم‌گیری اخلاقی دارد، می‌توان حدس زد که پرستاران مورد بررسی توانایی تصمیم‌گیری اخلاقی مناسبی ندارند و این خطر وجود دارد که با تصمیم‌گیری‌های نامناسب صدمات و خساراتی به مددجویان وارد شود که گاهی جبران آن غیر ممکن است؛ بنابراین، هر گونه اقدامی برای رفع این مشکل اولویت زیادی پیدا می‌کند.

به نظر می‌رسد اهمیت دارد تا به فکر اصلاح آموزش‌های استدلال اخلاقی باشیم. دوران دانشجویی زمان مناسبی برای آموزش استدلال اخلاقی است، چرا که دانشجو در این زمان سؤالات فراوان اخلاقی که بعضاً حالت فلسفی هم دارد در ذهن می‌پروراند و آموزش استدلال اخلاقی فرصت مناسبی است که بتوان از ذهن کاوشگر دانشجو در توسعه‌ی دانش اخلاقی بهره برد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه‌ی پرستاران و دانشجویان محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمان تشکر و قدردانی نمایند.

این پژوهش در مناطق دیگر و با حجم نمونه‌ی بیشتر می‌تواند اطمینان بیشتری ایجاد کند. از طرف دیگر، در این مطالعه متغیرهای محدودی از جنبه‌ی تأثیر بر توانایی استدلال اخلاقی مورد بررسی قرار گرفته است و طبعاً عوامل فراوانی می‌تواند بر این توانایی تأثیر بگذارد؛ بنابراین، در مطالعات پیش‌تر می‌توان متغیرهای دیگری از قبیل عوامل اجتماعی و شخصی که توسط پرستاران تجربه می‌شود را مورد بررسی قرار داد. هر چند که روایی پرسشنامه این مطالعه توسط متخصصان اخلاق زیستی ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است، اگر بتوان در مطالعات بعدی از پرسشنامه‌ای که تناسب بیشتری با فرهنگ ایرانی داشته باشد، استفاده کرد صحت یافته‌های مطالعه بیشتر قابل اطمینان است.

نتیجه‌گیری

با افزایش سرعت رشد تکنولوژی این نیاز احساس می‌شود که پرستاران بین ارزش‌های شخصی و حرفه‌ای خود تمایز قایل شده و اهداف سازمانی مؤسسه‌ی خود را در نظر بگیرند. اما نتایج این مطالعه نشان‌دهنده‌ی این واقعیت است که دانشجویان پرستاری هم که در شرف فارغ التحصیلی هستند و از آن‌ها انتظار می‌رود که بر اساس اصول اخلاقی و آموزش‌هایی که در این زمینه دیده‌اند قادر به تشخیص معضلات اخلاقی و مواجهه صحیح با آن‌ها با رویکرد تفکر منطقی باشند، چنین اتفاقی در آن‌ها نیفتاده و توانایی مورد انتظار در آنان وجود ندارد. با این‌که آموزش استدلال اخلاقی در دانشکده‌ها فواید زیادی دارد، چون در حال حاضر توان استدلال پرستاران نیز در زمینه‌ی استدلال اخلاقی در سطح مطلوبی قرار ندارد، می‌توان با تشکیل گروه‌های کاری متشکل از پرستاران، مربیان و دانشجویان به آموزش روش‌های استدلال اخلاقی پرداخت، چون روش تیمی در آموزش اخلاق می‌تواند به توسعه‌ی استدلال اخلاقی کمک زیادی بکند.

کم بودن میانگین نمره‌ی استدلال اخلاقی دانشجویان و پرستاران مورد بررسی در این مطالعه می‌تواند با برنامه‌ریزی

منابع

- Professional Values [dissertation]. Toronto (CA). University of Toronto; 2004.
- 12- Woods T. The Effect of Education on Ethical Decision Making Among Practicing Nurses in Rural Setting [dissertation]. Memphis (USA). Memphis State University; 1992.
- ۱۳- ابراهیمی ح، نیکروش م، اسکویی ف، احمدی ف. استرس: واکنش عمده پرستاران به بافت تصمیم‌گیری اخلاقی. مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران ۱۳۸۶؛ دوره ۱۴ (شماره ۵۴): ۵-۲۱.
- 14- Kelly B. Preserving moral integrity: a follow up study with new graduate nurses. *J Adv Nur* 1998; 28(5): 1134-45.
- 15- Duckett L, Rowan M, Ryden M, et al. Progress in the moral reasoning of baccalaureate nursing students between program entry and exit. *Nurs Res* 1997; 46(4): 222-29.
- 16- Ketefian S. Moral reasoning and moral behaviour among selected groups of practicing nurses. *Nurs Res* 1981; 30(3): 171-76.
- 17- Hamric A. Moral distress in every day ethics. *Nurs Outlook* 2000; 48(5): 199-201.
- 18- Penticuff JH, Walden M. Influence of practice environment and nurse characteristics on perinatal nurses' responses to ethical dilemmas. *Nurs Res* 2000; 49(2): 64-72.
- 19- Cooper MC. Principle – oriented ethics and the ethic of care: a creative tension. *ANS Adv Nurs Sci* 1991; 14(2): 22-31.
- 20- Crowley M. The relevance of Noddings, ethics of care to the moral education of nurses. *J Nurs Edu* 1994; 33(2): 74- 80.
- 21- Vito k. Moral development considerations in nursing curricula. *J Nurs Edu* 1983; 22(3): 108 -13.
- 1- Horton K, Tschudin V, Forget A. The value of nursing : a literature review. *Nurs Ethics* 2007;14(6): 716-40.
- 2- Freeman SJ, Engels DW, Altekruze MK. Foundation for ethical standards and codes: the role of moral philosophy and theory in ethics. *Couns Values* 2004; 48: 163-73.
- 3- Grypdonck M, Cannaearts N, Steeman E, Dierckx DC. Empirical studies in nursing ethics. *Med Health Care Philos* 2004; 7(1): 31-9.
- 4- Pike AW. "I don't know how ethical I am": An Investigation into the Practices Nurses Use to Maintain Their Moral Integrity [dissertation]. Massachusetts. Boston University; 2001.
- 5- Godfery NS. Character and Ethical Behaviour of Nurses [dissertation]. Cloumbia. The University of Missouri; 1999.
- 6- Thissen M. Nursing Education and the Ethics of Care [dissertation]. Canada. Concordia University; 2003.
- 7- MacIntosh J. Reworking professional nursing identity. *West J Nurs Res* 2003; 25(6): 725-41.
- 8- Woods M. Nursing ethics education: are we really delivering the good (s) ? *Nurs Ethics* 2005 ; 12(1): 5-18.
- 9- Ham KL. Comparison of Ethical Reasoning Abilities of Senior Baccalaureate Nursing Students and Experienced Nurses [dissertation]. Tennessee. The University of Memphis; 2002.
- 10- Crisham P. Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Res* 1981; 30(2): 104 -10.
- 11- Duquette Lenore M. Effects of Nursing Education on the Formation of