

طراحی و ارزیابی مدل عملکرد اخلاقی پرستاران

نویسندگان: عباس عباس زاده^۱، دکتر حیدرعلی عابدی^۲،
دکتر فضل الله غفرانی^۳، دکتر فرخنده شریف^۴

خلاصه:

با وجود اهمیت زیادی که اخلاق در مراقبت سلامتی دارند، رویکرد غالب در مباحث اخلاقی بیشتر نظری است تا کاربردی. این بررسی به منظور طراحی یک مدل عملکرد اخلاقی پرستاران تدوین و بدین منظور از روش تری انگولیشن (Triangulation) برای انجام مطالعه استفاده شده است. این مطالعه در دو مرحله انجام شده. در مرحله اول که از یک روش کیفی بهره‌گیری شده، اطلاعات از نمونه‌ای هشت نفری پرستار در دسترس از طریق مصاحبه جمع‌آوری و بر اساس آن با استفاده از روش گراند تئوری (Grounded theory) مدل عملکرد اخلاقی پرستاران طراحی شده است، که این عملکرد را در سه سطح توضیح می‌دهد. در مرحله دوم مطالعه‌ای باروش کمی و توصیفی بر روی ۱۱۹ پرستار که به طور تصادفی انتخاب شده بودند انجام شد که کاربرد مدل را مورد بررسی قرار می‌دهد. مولفین معتقدند که مدل عملکرد اخلاقی می‌تواند در هدایت اقدامات مراقبتی مفید باشد. هرچند که این مدل باید در معرض نقد قرار گیرد.

کلید واژه: اخلاق، اخلاق پرستاری، عملکرد اخلاقی، مدل

مقدمه:

تقریباً برای همه پرستاران دغدغه اخلاقی بودن عملکرد خود و همکاری‌ان‌شان تجربه‌ای معمولی است و همه آنها می‌خواهند در محیطی اخلاقی کار کنند (۷). اما چون کلمه اخلاق حالت انتزاعی دارد، برداشتهای متفاوتی هم از عملکرد اخلاقی صورت می‌گیرد (۶). بویژه اینکه موضوع عملکرد اخلاقی به شدت تحت تاثیر زمینه‌های فرهنگی جامعه است. لذا تعریف عملکرد اخلاقی همواره موضوعی بحث برانگیز

است. در کار روزمره پرستاری موارد زیادی پیش می‌آید که مستقیماً به سلامت و زندگی بیماران ارتباط می‌یابد. درست است که پرستاری کردن از دیگران یک کار خیر و یک ارزش انسانی است و بسیاری از پرستاران نیز با این نیت خیر و وظایف خود را انجام می‌دهند (۱۹)، اما همه می‌دانیم که تنها نیت خیر کافی نیست بلکه عملکرد اخلاقی است که به کار ارزش می‌دهد (۱۵). در سالهای اخیر بر موضوع اخلاق

پرستاری تاکید روز افزونی می‌شود، در بسیاری از کتابهای درسی پرستاری، برنامه‌های بازآموزی و مقالات و نظایر آن به موضوع اخلاق توجه ویژه‌ای شده است (۱۴). با این وجود عموماً در موضوع اخلاق تمایل به رویکرد نظری وجود دارد. به نحوی که حتی اغلب پژوهشهای اخلاق پرستاری به جای آنکه در محیط مراقبت از بیمار انجام شود، در محیط آموزش و در دانشکده‌های پرستاری انجام شده است (۱۵).

۱- دانشجوی دکتری پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
۲- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان
۳- عضو هیئت علمی دانشگاه تربیت مدرس
۴- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

ما همواره در زندگی خود با مسائل اخلاقی روبرو می شویم. اخلاق تمامی موضوعات زندگی بشر را در بر می گیرد، موضوعات فلسفی، سیاسی، تربیتی و اجتماعی همگی متأثر از اخلاقند. متفکران در فلسفه به ماهیت تفکر اخلاقی تکیه می کنند، در سیاست آن را بکار می برند، در سطح فردی نوع سلوک آدمی و روابط اجتماعی او را تعریف و تبیین می کنند، و در سطح اجتماعی نیز بر اساس آن قانون می نویسند. همه این تلاشها برای یافتن راه یا راهکارهایی برای زندگی "بهتر" است (۱). برای پرستاران، اغلب موضوعات و مشکلات اخلاقی در ارتباط با نحوه پرستاری از بیماران بوجود می آید. در پرستاری نیز اخلاق بدنبال یافتن "بهترین" راه پرستاری کردن و "بهترین" عملکرد پرستاری است (۱۸).

در حقیقت مبنای پرستاری علوم انسانی است، بنابراین اخلاق از دیدگاه این حرفه عبارت است از کسب دانش و تلاشی در جهت رشد انسانیت و ارتقاء کیفیت زندگی (۲۰). در اخلاق پرستاری اصول اخلاقی با فرآیندهای انسان، سلامت، و جامعه آمیخته شده اند. از طرفی همین مفاهیم جوهره نظریه ها و مدل‌های پرستاری را تشکیل می دهند. بنابراین می توان گفت فرضیات، اصول، و مفاهیم نظریه ها و مدل های پرستاری با اخلاق پرستاری آمیخته بوده و هدایتگر کار، پژوهش و آموزش پرستاری می باشد. از این دیدگاه هرگونه نظریه پردازی در پرستاری که به تبیین و توصیف پدیده های مرتبط و پارادایم های آن بیانجامد عملی اخلاقی است. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف طراحی مدلی مبتنی بر اخلاق که عملکرد پرستاران را توصیف کند، انجام شده است. از آنجا که تبیین مفاهیم مرتبط با اخلاق به "معنای" پدیده عملکرد اخلاقی توجه می کند، چنین

پژوهشی با روش کمی قابل انجام نیست، لذا در این مطالعه از روش کیفی برای طراحی مدل عملکرد اخلاقی پرستاران استفاده شده است. ضمن اینکه بعد از معرفی مدل با روش تحقیقات کمی (نیمه تجربی) با استفاده از پرسشنامه کاربرد این مدل مورد آزمایش قرار گرفته است.

مواد و روش کار:

این مطالعه به روش تری انگولیشن (Triangulation) انجام شده است. در مرحله اول این مطالعه، عملکرد اخلاقی پرستاران با روش تحلیل مفهومی و گراند تئوری (Grounded theory) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای این منظور از روش مصاحبه با پرستارانی که مستقیماً در امر مراقبت از بیماران شرکت داشتند استفاده شد. در مطالعات کیفی روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بوده و حجم نمونه کم است (۵). نمونه مطالعات کیفی می تواند، فرد، زمان، محل، فرایند و یا مفهوم باشد (۸). در این مطالعات روش نمونه گیری بطور کامل قبل از انجام پژوهش تعیین نمی شود، بلکه در طی کار بر اساس اطلاعات بدست آمده روش اصلاح می شود (۱۰). در اینجا چون افرادی که به عنوان نمونه پژوهش شرکت می کنند، منبع اصلی اطلاعات می باشند، و همکاری فعالانه ای دارند، به جای کلماتی مثل پاسخگو یا واحد پژوهش که بیشتر نشانه نقش انفعالی می باشد، از کلمه شرکت کننده (Participant) استفاده می شود (۲۱).

شرکت کنندگان در این پژوهش پرستارانی هستند که حداقل مدت یک سال به کار درمانی تمام وقت اشتغال دارند، محدودیتی از لحاظ سن و جنس وجود نداشته و بدین ترتیب نمونه این پژوهش در مرحله اول ۸ پرستار با ویژگی فوق می باشد که گروهی

همگن (Homogeneous) را تشکیل می دهند. برای جمع آوری اطلاعات در مرحله اول پژوهش از مصاحبه که معمول ترین روش در پژوهش های کیفی است، استفاده شده است. در این نوع مصاحبه سعی می شود که احساسات، تجارب و افکار مصاحبه شونده در زمینه موضوع مورد پژوهش کشف شود (۱۷). در مطالعات کیفی استفاده از نمونه پایلوت (pilot) زیاد معمول نیست لذا مصاحبه از همان ابتدا در نمونه اصلی انجام می شود (۵). عموماً مصاحبه حالتی غیر سازمان یافته داشته و بویژه در ابتدا سعی می شود سوالات کلی مطرح گردد که مصاحبه شونده به راحتی افکار خود را ابراز نماید (۸).

مصاحبه در این پژوهش با روش غیر سازمان یافته صورت گرفته است. مصاحبه به صورت فردی انجام شده و پژوهشگر شخصاً مصاحبه را انجام داده است. فهرست مطالبی که مصاحبه رادر بر می گیرد از قبل مشخص شده، پژوهشگر این زمینه ها را در ذهن داشته و در طی مصاحبه بسته به مورد با طرح سوالات مناسب سعی کرد که در طی یک یا چند جلسه به کلیه این زمینه ها حول محور اصلی اشاره شود، که عبارت بود از: "از کار اخلاقی در پرستاری چه برداشتی دارید؟" و سپس به کشف نکات مورد نظر از جمله احساسات، ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران بیمار، ارتباط با سایر اعضای تیم پزشکی، مقررات و دستورالعملها و امور معنوی پرداخته می شد.

مدت مصاحبه در هر نوبت بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه بود و دفعات مصاحبه بسته به میزان دسترسی به هدف مصاحبه از یک تا دو نوبت انجام شد، بدیهی است در هر مورد تاریخ مصاحبه با هماهنگی مصاحبه شونده تنظیم شد. محتوای مصاحبه با استفاده از ضبط

صوت روی نوارهای ۹۰ دقیقه‌ای ضبط شد. برای اطمینان تعدادی باتری و نوار خالی اضافه همراه برداشته شد. مصاحبه در اطاقی انجام شد که حتی الامکان سکوت کامل برقرار باشد. پس از پایان مصاحبه نوار مربوطه برچسب زده شد. اطلاعات برچسب شامل تاریخ مصاحبه و کد مصاحبه شونده می باشد. از کد برای کمک به محرمانه نگهداشتن اطلاعات استفاده شد و مترادف اصلی این کد در محلی که کاملاً امن بود، بایگانی گردید. پیاده کردن مطالب از نوار توسط پژوهشگر انجام شد، هر یک ساعت نوار در عرض ۴ تا ۶ ساعت پیاده و تایپ شد. در سرپرگ هر صفحه کد مصاحبه شونده و تاریخ مصاحبه قید شد، متن استخراج شده در ۳ نسخه تهیه و یکی از آنها بدون هیچگونه اظهار نظری بایگانی شد. پس از استخراج نتایج نکات عمده مورد نظر مصاحبه شونده به صورت کد در سمت چپ متن نوشته شد و نظرات پژوهشگر بصورت تقریظ در سمت راست آن نوشته شد. در مرحله بعد کدها به همراه تعداد تکرار آنها در صفحات جداگانه‌ای نوشته شد. در این مرحله کدهای مرتبط بایکدیگر در قالب چند گروه طبقه بندی شدند. که حاصل این طبقه بندی و تجزیه و تحلیل آنها طراحی مدل عملکرد اخلاقی پرستاران می باشد.

مرحله دوم این پژوهش به آزمون کارآئی این مدل پرداخته است. برای این منظور بر اساس مدل عملکرد اخلاقی پرسش نامه‌ای توسط پژوهشگران طراحی شد که شامل دو قسمت می باشد. بخش اول در برگیرنده ۹ سوال در خصوص ویژگیهای دموگرافیک واحدهای پژوهش می باشد. بخش دوم شامل ۲۳ سوال بسته در خصوص عملکرد اخلاقی پرستاران می باشد. در طراحی این سوالات از مدل سطوح عملکرد اخلاقی پرستاران و نیز کدهای مطرح شده در مصاحبه‌ها بهره گیری

شده است. به نحوی که عملکرد پرستاران را در سه سطح آن نشان می دهد. نمونه مرحله دوم این پژوهش شامل ۱۱۹ پرستار شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمان می باشند که با استفاده از فهرست اسامی و باروش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند.

نتایج:

نتایج این پژوهش در دو بخش قابل ارائه می باشد. بخش تحلیل مفهومی عملکرد اخلاقی پرستاران که حاصل آن مدل سطوح عملکرد اخلاقی پرستاران می باشد، که از مصاحبه‌ها استخراج شده است. بخش دوم به بررسی کارآئی این مدل می پردازد که در قالب جداول توزیع فراوانی و تحلیل آماری یافته‌های پژوهش تنظیم شده است.

مدل سطوح عملکرد اخلاقی پرستاران قبل از توضیح مدل عملکرد اخلاقی باید توجه داشت که در فرهنگ اسلامی که زمینه انجام خدمات مراقبت پرستاری در جامعه ما را پوشش می دهد، عملکرد اخلاقی یا به تعبیری فعل اخلاقی عبارت از خدماتی است که انسان بدون هیچ چشم داشتی به هم نوع خود می کند و طبعاً ارزشی والا دارد. بدون شک خدمات خالصانه پرستاری با در نظر داشتن هدف خدمت به همنوع مشمول عملکرد اخلاقی می شود. از دیدگاه اسلام انسان بطور بالقوه استعداد شکوفائی اخلاقی را دارد به شرط آنکه محیط سالمی به پرورش این استعداد کمک کند (۴).

در تحلیل مفهومی عملکرد اخلاقی پرستاران و در تجزیه و تحلیل کدهای مطرح شده نکات زیر در عملکرد اخلاقی مکشوف گردید:

۱- پرستاران ماهیتاً کار اخلاقی بر عهده

دارند.

۲- اخلاق پرستاری با اینکه شباهتهایی با اخلاق پزشکی (بیومدیکال) دارد، اما چیزی جدای از آن است.

۳- اخلاق پرستاری دانش و مهارتی در جهت رشد انسانیت، معنویت و ارتقاء کیفیت زندگی است.

۴- عملکرد اخلاقی پرستاری آن است که نیت های فردی خوب و نیکو را به سمت اعمال خوب و نیک سوق دهد.

عملکرد اخلاقی پرستاران در ارتباط با مراقبت از بیماران در سه سطح قابل بررسی است:

الف) سطح اول عملکرد اخلاقی - سطح فردی:

ارتباط فردی پرستار با بیمار و خانواده او اولین سطح عملکرد اخلاقی است. در این سطح ارتباط پرستار و بیمار و ارتباط پرستار و همکاران و مقررات حرفه ای تعیین کننده رفتار پرستار نبوده بلکه انگیزه های درونی و ارضاء نیاز عاطفی خدمت به همنوع و رضایت فردی عمده ترین نقش را در بردارد. در اینجا قبل از آنکه مسائل حرفه پرستاری مطرح باشد، پرستار به عنوان یک انسان به همنوع خود خدمت می کند. به همین دلیل در این سطح برای حل مسائل اخلاقی دیدگاه وظیفه گرایی اخلاقی بیشتر مشکل گشا است. در کار پرستاری موارد فراوانی وجود دارد که بدون اینکه کسی متوجه شود پرستار ارزشمندترین خدمات را به بیمار ارائه می کند. حتی در موارد زیاد خود بیمار نیز بدلیل عدم هوشیاری یا مناسب نبودن شرایط روحی و جسمی توجه به ارزش این خدمات ندارد. در اینجا تنها هدایتگر عمل اخلاقی پرستار انگیزه های فردی می باشند. هدف اولیه عملکرد در این سطح تقدیر و تشویق ظاهری نبوده، بلکه

ارضاء نیازهای سطح بالای معنوی محرک اصلی می باشند.

بررسی عملکرد اخلاقی در این سطح از طریق مراجعه به خود فرد و پرسش از میزان رضایت از عملکرد اخلاقی فردی است. هرچند که نمی توان انتظار داشت شخص دقیقاً آنچه را که احساس می کند، ابراز بدارد. مقایسه عملکرد فرد نیز با خود او در طی زمان می تواند ملاکی برای توسعه عملکرد اخلاقی فردی باشد. تقویت عملکرد اخلاقی نیز می تواند با آموزشهایی که در طی آن به ارزش کار اخلاقی در رضایت فرد و بیان نمونه هایی از پاداش عملکرد اخلاقی در افراد و توجه به ضبط و بیان خاطرات عملکرد اخلاقی میسر شود. تذکر و یادآوری اهمیت عملکرد اخلاقی در زندگی و نقش آن در جلب رضایت معنوی و توسعه ارزشهای انسانی از راههای تقویت عملکرد در این سطح است.

ب) سطح دوم عملکرد اخلاقی - سطح بین فردی (سطح حرفه ای):

در سطح دوم تمرکز و زاویه دید فراتر از ارتباط پرستار و بیمار است و بخشی از محیط رانیز شامل می شود. به نحوی که مجموعه اقدامات مراقبت پرستاری توسط گروه پرستاران دخیل در مراقبت بیمار مورد توجه قرار می گیرد. در این سطح آموزشهای حرفه ای و داشتن مهارت در انجام رویه های پرستاری و استانداردهای حرفه هدایتگر عملکرد پرستار می باشد. آموزشهای دوران تحصیلات رسمی پرستاری و برنامه های بازآموزی در تقویت عملکردها موثر است. در این سطح بیشتر دیدگاه غایت گرایی می تواند در حل مشکلات اخلاقی مورد توجه قرار گیرد.

بررسی عملکرد اخلاقی در این سطح با نظارت های مدیریت پرستاری در رعایت

استانداردهای حرفه ای و بررسی بازده کار در رضایت بیماران و میزان عوارض بیماری صورت می گیرد. تقویت عملکرد اخلاقی در این سطح با طراحی برنامه های آموزش ضمن خدمت و طراحی سیستم پرستاری اخلاق مدار عملی می شود. علاوه بر آن راند اخلاقی پرستاری و برگزاری جلسات آموزش اخلاق و تدوین مقررات اخلاق پرستاری در این سطح موثر است. تشویق موارد مثبت عملکرد اخلاقی و بیان نکات منفی می تواند به اصلاح عملکرد اخلاقی کمک کند.

ج) سطح سوم عملکرد اخلاقی - سطح اجتماعی (بین حرفه ای):

در سطح سوم تمرکز و دید فراتر از حرفه پرستاری است و محیط بیمارستان را شامل می شود. به نحوی که کل فرایند درمان و مراقبت مورد قضاوت قرار می گیرد. در این سطح مجموعه محیط بیمارستان و عوامل مربوط به آن شامل مدیریت خدمات سلامتی، اقتصاد بهداشت و درمان، روابط بین رشته ای و مجموعه ای از عوامل مرتبط با آن هدایتگر عملکرد پرستار می باشد. در اینجا بیشتر دیدگاههای اخلاق موقعیتی و انسان گرایانه در حل مشکلات اخلاقی مورد استفاده قرار می گیرند.

بررسی عملکرد اخلاقی در این سطح بر اساس ملاکها و مشخصات محیط اخلاقی، مقررات و نظامات ارائه خدمات سلامتی، روابط بین رشته های مختلف علوم سلامتی و امکانات ارائه خدمات سلامتی صورت می پذیرد. تقویت عملکرد اخلاقی در این سطح با تشکیل کمیته های اخلاقی بیمارستان، تجدید نظر در مقررات و بخشنامه ها و سوق دادن سازمانهای سلامتی از مراکز انتفاعی به مراکز خدمات انسانی و بررسی موارد اخلاقی با همکاری بین رشته ای و مدیریت اخلاقی

مجموعه های خدمات سلامتی صورت می پذیرد.

بر اساس مدل سطوح عملکرد اخلاقی پارادیم های چهارگانه پرستاری به شرح زیر تعریف می شوند:

◆ انسان: انسان موجودی است که با اخلاق معنی پیدا می کند. تمام عملکرد اخلاق در جهت انسانیت صورت می گیرد. در این مدل انسان دارای احترام و حق آزادی بوده و شایسته رفتار اخلاقی است. کار اخلاقی موجب ارتقاء شان انسانی و کار غیر اخلاقی در وهله اول عملی غیر انسانی است.

◆ سلامت: سلامت بعنوان یک ارزش در کانون توجه اعمال اخلاقی قرار می گیرد. حفظ حیات انسانهایی از والاترین ارزشهای اخلاقی است و هر گونه کمک در جهت ارتقاء سطح سلامت در پیوستار سلامت و ناخوشی عملکردی اخلاقی است که می تواند پی آمدهای فردی، حرفه ای و اجتماعی داشته باشد. چون هدف مراکز مراقبت سلامتی توسعه سلامت است، از دیدگاه عملکرد اخلاقی این مراکز محلی برای توسعه و آموزش اخلاق می باشند.

◆ محیط: محیط در برگیرنده مجموعه ای از عوامل فیزیکی، انسانی، عاطفی است که می تواند به توسعه عملکرد اخلاقی بیانجامد. محیطی که به توسعه عملکرد اخلاقی کمک کند محیط اخلاقی است. در این مدل محیط پرستاری محیطی اخلاقی است که همه اجزاء و عوامل آن به سمت هدف گسترش اخلاق (سلامت) بسیج شده اند. هرگونه ناهماهنگی در عناصر محیط چه عناصر مادی و چه عناصر غیر مادی می تواند در مسیر این هدف مانع ایجاد کند. بایست بین مجموعه عواملی در محیط می توان به اخلاقی کردن محیط کمک کرد.

◆ پرستاری: پرستاری کردن ذاتاً عملی

۷ کد اخلاقی بدست آمده از مرحله اول بررسی می باشد از دیدگاه پرستاران مورد بررسی نشان می دهد از پرستاران خواسته شده بود که میزان وجود این صفات در خود و در همکارانشان را تعیین کنند. به طوری که در این جدول مشخص است پرستاران مورد بررسی صفات اخلاقی را در خودشان بیشتر از همکارانشان تعیین شده است. ضمناً این اختلاف در تمام موارد بجز یک مورد (تلاش در نجات جان بیمار) از لحاظ آماری معنی دار است.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار میزان رضایت از عملکرد اخلاقی منابع مراقبت سلامتی را نشان می دهد. به نحوی که در این جدول مشخص است، پرستاران مورد بررسی، بیشترین میزان رضایت را هم از دیدگاه خودشان و هم آنگونه که از دیدگاه بیماران برداشت کرده اند، به ترتیب از عملکرد خود، جامعه پرستاری، مدیریت بیمارستان و پزشکان بیان کرده اند. ضمن اینکه این میزان رضایت را از دیدگاه بیماران در تمام موارد کمتر بیان کرده اند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار است.

جدول شماره ۲: میانگین انحراف معیار و معنی دل بودن تفاوت ارزیابی پرستاران از عملکرد اخلاقی خود و همکاران بر اساس نظرات پرستاران مورد بررسی

معنی دار	عملکرد خود		عملکرد همکاران		فضیلت اخلاقی
	انحراف معیار	میانگین ۱-۵	انحراف معیار	میانگین ۱-۵	
۰/۰۶۶	۰/۷۱	۴/۲۷	۰/۷۹	۴/۱۳	وفای به عهد
۰/۰۰۷	۰/۶۰	۴/۴۹	۰/۷۵	۴/۲۹	امانتداری
۰/۰۰۰	۰/۷۱	۴/۳۶	۰/۹۵	۴/۰۳	حفظ اسرار بیمار
۰/۰۰۰	۰/۵۹	۴/۴۶	۰/۸۳	۴/۱۱	صدافت
۰/۰۰۰	۰/۷۳	۴/۲۴	۰/۹۰	۳/۸۵	احترام به نظر بیمار
۰/۵۸۱	۰/۵۷	۴/۵۸	۰/۶۲	۴/۵۵	تلاش در نجات جان بیمار
۰/۰۰۱	۰/۷۱	۴/۲۶	۱/۰۷	۳/۹۶	عدم تبعیض و عدالت
۰/۰۰۰	۰/۵۳	۴/۳۸	۰/۶۹	۴/۱۴	مجموع فضائل

کاربرد مدل سطوح عملکرد اخلاقی در یک پژوهش اخلاقی می پردازد. در این بررسی تعداد ۱۱۹ پرستار شاغل در بیمارستانهای علوم پزشکی کرمان مشارکت داشتند. خصوصیات فردی این پرستاران نشان می دهد که بیشتر پرستاران مورد بررسی زن، متأهل، صبح کار، و در سمت پرستار مشغول بکار می باشند.

جدول شماره ۱ فراوانی پرستاران مورد بررسی بر حسب بعضی متغیرها

وضع تاهل حسب جنس سمت	زن				مرد				ذکر نشده		
	مجرد	متاهل	ذکر نشده	کل	مجرد	متاهل	ذکر نشده	کل	مجرد	متاهل	کل
پرستار	۲۷	۴۴	۲	۷۳	۰	۹	۰	۹	۱	۲	۳
سرپرستار	۲	۱۶	۰	۱۸	۰	۱	۰	۱			
سوپروایزر	۱	۵	۰	۶	۰	۰	۰	۰			
سایر	۲	۳	۰	۵	۰	۳	۰	۳	۱	۱	۱
جمع	۳۲	۶۸	۲	۱۰۲	۰	۱۳	۰	۱۳	۱	۳	۴

اخلاقی است. و با پشتوانه جنبه های معنوی، انسانی و دستمایه های علمی و حرفه ای خدمتی است در جهت توسعه اخلاق پرستار در این مدل نقش چندجانبه ای را بر عهده دارد. او ضمن اینکه در وهله اول از انجام کار اخلاقی احساس رضایت وجدانی می کند، به عنوان عاملی اخلاقی نیازها و احساسات

بیمار را درک می کند و طی یک ارتباط صادقانه و بی ریا برای بیمار حق اختیار و انتخاب قائل می شود.

کاربردهای مدل اخلاقی پرستاری در زمینه های آموزش، پژوهش و کار پرستاری توضیح داده شده است. بطور خلاصه می توان گفت کاربرد این مدل در آموزش تدوین طرحهای آموزشی است که فراگیر را در سه سطح عملکرد اخلاقی با مباحث پرستاری آشنا می کند. در پژوهش می تواند موجب طراحی چهارچوبی نظری برای هدایت پژوهش های پرستاری با دیدگاه اخلاقی باشد. در عمل نیز می تواند به مدیران و دست اندکاران مراقبتهای پرستاری در طراحی نظام مدیریت خدمات پرستاری و تدوین برنامه های آموزش ضمن خدمت و کمیته های اخلاقی کمک کند.

بخش دوم نتایج این بررسی به آزمون

جدول شماره ۳: میانگین انحراف معیار میزان رضایت از عملکرد اخلاقی منابع مراقبت سلامتی بر اساس نظراتی پرستاران مورد بررسی

رضایت از:	از دیدگاه خود		از دیدگاه بیماران	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پرستار (خرد)	۳/۵۶	۱/۰۳	۳/۳۸	۰/۹۳
جامعه پرستاری	۲/۵۶	۱/۱۶	۳/۰۶	۱/۰۱
مدیریت بیمارستان	۲/۴۴	۱/۰۷	۲/۴۵	۱/۰۱
پزشکان	۲/۳۱	۰/۹۹	۲/۷۲	۱/۰۸

بحث:

در زمینه اخلاق پرستاری در کشور ما مطالعات محدودی صورت گرفته است. در مطالعه ای که سخنور (۱۳۷۶) در زمینه اخلاق پرستاری، انجام داد نمونه ای ۱۶۸ نفری از پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز را با پرسش نامه ای پژوهشگر ساخته مورد بررسی قرار داده است. یافته های پژوهش نشان داد که میزان آگاهی از اصول اخلاق پرستاری در حد مطلوبی نمی باشد، ضمناً میزان تحصیلات و محل کار بر میزان آگاهی موثر بوده است. پژوهشگر پیشنهاد می کند که برنامه های آموزشی منسجم همراه با ایجاد شرایط بهتر برای تمرین مهارت های مختلف اخلاقی دانشجویان پرستاری تنظیم گردد (۳).

ذره هوشیاری خواه (۱۳۷۹) در مطالعه ای توصیفی مقایسه ای دانش و نگرش دانشجویان و پرستاران را با یکدیگر مقایسه کرد. نمونه پژوهش شامل ۱۰۰ دانشجو و ۱۳۰ پرستار است که به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه پژوهشگر ساخته استفاده شد. این مطالعه نشان داد که در مجموع دانش و نگرش پرسنل پرستاری در مقایسه با دانشجویان

میزان بالاتری داشته و این اختلاف معنی دار بوده است (۲).

با وجود اینکه این پژوهشها از این نظر که جزو اولین پژوهشهای اخلاق پرستاری در کشورمان است ارزش بسیار زیادی دارند، اما به دلیل وجود مشکلات متدولوژی بویژه مسائل مربوط به روانی پرسش نامه ها باید در خصوص نتایج آنها با احتیاط اظهار نظر کرد. اما به هر حال آنچه مسلم است نظرات پرستاران شرکت کننده در این پژوهشها در مجموع حاکی از آن است که دانش اخلاقی آنها در سطح کاملاً مطلوبی نبوده است. مک دانیل (McDaniel)، (۱۹۸۸) در مطالعه ای تاثیر آموزش اخلاق در محیط بالینی بر پرستاران در ارتقاء کار اخلاقی آنان با بیمارانشان و تاثیر این برنامه بر نظرات پرستاران راجع به محیط اخلاقی را مورد بررسی قرار داد. نتایج این پژوهش نشان می دهد که برنامه آموزشی اخلاق بالینی تاثیر متوسطی بر مشارکت اخلاقی و نظرات اخلاقی شرکت کنندگان در این دوره آموزشی داشته است. بنابراین اگر مدیران در مورد منافع دوره آموزش بالینی اخلاق پرستاری در محیط سوال کنند، در کل پاسخ این است که می توان انتظار تغییر مثبت و افزایش مشارکت آنان را داشت (۱۴).

موضوع اخلاق وابسته به فرهنگ بوده و مطالعات انجام شده در سایر کشورها قابل تعمیم به فرهنگهای دیگر نمی باشد در همین زمینه لاتزن (Lutzen)، (۱۹۹۷)، می گوید، برای شناخت موضوع اخلاق در اقدامات پرستاری ما نیازمند نگرشی زمینه ای هستیم، وی معتقد است این شیوه برخورد یعنی اینکه ایده جهانی شدن اخلاق را در آستانه هزاره سوم باید با احتیاط بیشتری مطرح کنیم زیرا اقدامات اخلاقی به شدت به زمینه های فردی و اجتماعی وابسته اند. ارزشهای اخلاقی جوامع بویژه تاثیر آن بر اعتقادات راجع به سلامت و بیماری و اولویتهای درمان تاثیر انکار ناپذیر دارند. در همین زمینه نویسنده توسعه دانش نظری اخلاق پرستاری را منوط به مطالعات متمرکز بر جنبه های زمینه ای مراقبت سلامتی می داند (۱۳).

سلتبوئه (Sletteboe)، (۱۹۹۷) به تحلیل مفهوم معضل اخلاقی پرداخته است، وی می نویسد، در منابع مختلف معضل به اشکال مختلفی تعریف شده است، به این منظور تحلیل مفهومی صورت گرفته و در طی آن به آگاه بودن پرستار از راهها و شقوق مختلف کار تاکید شده است (۱۸).

ارلن و فراست (Erlan Frost)، (۱۹۹۱) در مطالعه ای با عنوان احساس ناتوانی پرستاران در مواجهه با تصمیمات اخلاقی، از روش کیفی استفاده کردند، بر اساس نتایج این پژوهش احساس ناتوانی تجربه رایجی در پرستاران است. داده های به دست آمده نشان می دهد که احساس ناتوانی به این دلیل ایجاد می شود که پزشک نقش غالب را داشته و پرستار دانش کافی برای انتخاب راههای مختلف را ندارد. هنگامی که پرستاران در خود احساس ناتوانی بکنند، خود را غیر موثر (Ineffective) توصیف می کنند (۱۱).

هامریک (Hamric) در مقاله ای می نویسد:

اولین اثر را بر رضایت خود فرد و تعالی وجود او می گذارد (۱۶).

بدیهی است مدل اخلاقی عملکرد پرستاران که در این مقاله معرفی شده است در ابتدای مسیر تکامل خود قرار داشته و اصلاحات بعدی می تواند به تکمیل آن کمک کند.

کاربرد این مدل در بررسی نظرات پرستاران نشان دهنده آن است که پرستاران در سطح عملکرد فردی کار خود را اخلاقی تر از سطوح حرفه ای و اجتماعی می دانند. آزمون این مدل با استفاده از نظرات پرستاران نشان می دهد که برای عملکرد اخلاقی تقویت سطوح دوم و سوم ضرورت بیشتری می یابد. به عبارت دیگر عملکرد پرستاران در سطح اول (سطح فردی) مطلوب تر از سطح دوم (سطح حرفه ای) و به همین نحو عملکرد در این سطح مطلوب تر از سطح سوم آن (سطح بین حرفه ای) می باشد. بدین نحو می توان نتیجه گرفت که چنانچه هدف پیشبرد عملکرد اخلاقی پرستاران باشد، می بایست بیش از توجه به تقویت فضائل اخلاق فردی به اصلاح محیط، روابط و قوانین سازمان مراکز خدمات سلامتی توجه کرده و سپس به سطح حرفه ای یعنی آموزشها و تدوین مقررات اخلاق در حرفه پرستاری عنایت داشت. در حالیکه در حال حاضر عموماً آموزش اخلاق به تذکر فضائل اخلاق فردی در سطح تثوریک آن محدود می شود.

است. مدلها می توانند هدایت کننده کار پرستار بوده و فواید آنها در کمک به بهبود عملکرد پرستاران مورد توجه قرار دارد. مدل سطوح عملکرد اخلاقی علاوه بر آنکه پیچیدگی مدلهای فلسفی اخلاق پرستاری از قبیل مدلهای اصالت سودمندی و وظیفه مداری را ندارد، طرحی ساده از عملکرد اخلاقی پرستاران را ارائه می دهد که در سه سطح فردی، حرفه ای و اجتماعی قابل استفاده است. این مدل بیش از آنکه به تصمیم گیری اخلاقی کمک کند، زمینه های لازم برای تصمیم اخلاقی و ایجاد حساسیت اخلاقی را مورد توجه قرار می دهد. چنانچه حساسیت نسبت به رعایت اخلاق در سطح فردی، حرفه ای و اجتماعی ایجاد شود خود بخود روحیه توجه به اخلاق ایجاد شده و مسائل بعدی قابل طرح خواهد بود. در همین زمینه کیگان و کیگان (Keegan Keegan)، (۱۹۹۲) به مفهوم جامع اخلاق در حرفه های بهداشتی اشاره کرده و می نویسند، جامعیت اخلاق به این معناست که مفهوم زیر ساخت اخلاق در واقع احترام به تمامیت و یکپارچگی وجود انسانهاست. بر این اساس اعمال مانه به دلیل نظارت قانونی یا استانداردهای اجتماعی اخلاقی می شود، بلکه، خوب بودن اعمال ماهمانگ و یکپارچه با وجود ماست. بر اساس مفهوم اخلاق جامع، زیر بنای فعل اخلاقی نتایج آتی یا نهانی آن اعمال نیست، بلکه دلیل آن تعالی آگاهانه فردی است که آن اعمال را انجام میدهد. بنا بر این کار اخلاقی

عمل به کدهای اخلاقی مستلزم آن است که فرد توانائی قضاوت و پذیرش مسئولیت در قبال مسائل اخلاقی را داشته باشد تا به عنوان عامل اخلاقی مطرح شود. بعضی شواهد از این موضوع حکایت می کند که مشکلات اقتصادی و روحیه حاکم بر مراکز مراقبت بهداشتی و نیاز به اینکه پرسنل پرستاری کار مستقیم مراقبتی انجام دهند مانع از تشویق روحیه اخلاقی در پرستاران شده است. مشکلات اخلاقی رانمی توان جدا از ساختار سازمانی مراکز مراقبت بهداشتی مورد بررسی قرار داد. به همین دلیل پیشنهاد شده است که موضوع اخلاق در مراقبت بهداشتی می بایست رویکرد فعلی خود را تغییر داده و به جای توجه به افراد به سازمانها و ساختار توجه کند. مطالعه ای که اخیراً در همین خصوص انجام شده است نشان می دهد که واکنش در مقابل معضلات اخلاقی به چهار عامل زیر بستگی دارد: برداشت فرد از میزان تأثیری که بر محیطش می گذارد، میزان تبحر در امور بالینی، میزان توجه به مسائل اخلاقی، و میزان آموزش مداوم آنان در زمینه اخلاق. کاربرد عملی این عوامل شامل تغییر در ساختار مثل ایجاد محیط همکاری و تفاهم، حفظ و ارتقاء تبحر بالینی در کارکنان و تدارک نظامی که در آن راجع به معضلات اخلاقی گفتگو شود و انجام آموزش مداوم در زمینه اخلاق، می باشد (۱۲).

در این مقاله با توجه به این پیشینه سعی در طراحی مدل عملکرد اخلاقی پرستاران شده

منابع:

- ۱- پویمان، لوتی. درآمدی بر فلسفه اخلاق - شناسائی درست و نادرست. ترجمه شهرام ارشد نژاد. تهران، انتشارات گیل، ۱۳۷۸.
- ۲- ذره هوشیاری خواه، حجت. مقایسه دانش و نگرش دانشجویان پرستاری سال سوم و چهارم و پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی کرمان در زمینه اخلاق پرستاری در سال ۱۳۷۸. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری مامانی رازی دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۱۳۷۹.

- practicing nurses" *Nursing Clinics Of North America* 1998 vol. 33 No. 2 . PP. 363- 371.
- 16-Keegan L, Keegan GT. "A concept of holistic ethics for the health professional" *Journal of Holistic Nursing*, 1992 Vol. 10 No. 3, PP. 205-217.
- 17-Rodgers BL, Knafk KA. *Concept development in nursing, Foundations, techniques, and applications*. Philadelphia: W. B. Saunders Co. 2000.
- 18-Sletteboe, A. "Dilemma: a concept analysis" *Journal of Advanced Nursing*, 1997 Vol.26 No. 3, PP. 449-454.
- 19-Smith R, Hiatt H, Berwick D. "A Shared Statement of Ethical Principles for Those Who Shape and Give Healthcare, A Working Draft From The Tavistock Group" *JONA* 1999 Vol.29, No. 6 , PP. 5- 9.
- 20- Thompson IE, Melia KM, Boyd KM. *Nursing Ethics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 21-Wood GL, Haber J. *Nursing researches Methods, critical appraisal, and utilization*. St. Louis: Mosby Co. 1998.
- utilization. Philadelphia: W. B. Saunders Co. 1993.
- 9-Chally PS, Loriz L. Ethics in trenches: Decision making in practice. *American journal of nursing*. Vol. 98 No. 6 June 1998.
- 10-Dempsey PA, Dempsey AD. *Using nursing research Process, critical evaluation, and utilization*. Philadelphia:Lippincott Co.2000.
- 11- Erlen JA, Frost B. "Nurses perceptions of powerlessness in influencing ethical decisions" *Western Journal of Nursing Research* Vol.13 No. 3, PP. 397-407. 1991.
- 12- Hamric AB. "The Nurse As A Moral Agent in Modern Health Nursing Outlook 1999 Vol. 47, No. 3, P. 106.
- 13-Lutzen K. "Nursing ethics into the next millennium: a context - sensitive approach for nursing ethics" *Nursing Ethics* 1997 Vol. 4 No. 3, PP. 218- 226.
- 14-McDaniel C. "Enhancing nurses' ethical practice, Development of clinical ethics program" *Nursing Clinics of North America* Vol. 33 No. 2, PP. 299-30. 1998.
- 15-McDaniel C. "Ethical Environment, Reports of
- ۳- سخنور، رستم، بررسی میزان آگاهی از اصول اخلاق پرستاری و تصمیم گیریهای بالینی و بکارگیری آن از دیدگاه پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی شیراز پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۶.
- ۴-فایضی ع، آشتیانی، م. مبانی تربیت و اخلاق اسلامی قم: انتشارات روحانی ۱۳۷۵.
- 5-Abbot P, Sapsford R. *Reserch methods for nurses and the caring professions*. Buckingham: Open University Press. 1998.
- 6-Aroskar MA. "Ethical working relationships in patient care, Challenges and possibilities" *Nursing Clinics Of North America* vol. 33 No. 2, 1998 PP. 313-324.
- 7-Bandman EL., Bandman B. *Nursing Ethics, Through The Life Span Norwalk: Appleton & Lange* 1995.
- 8-Burns N, Grove SK. *The practice of nursing research, Conduct, critique &*