

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

لیدا نیک فرید^۱

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر اخلاق مراقبت یکی از رویکردهای مورد توجه رشته‌ی پرستاری است که توسط نظریه پردازان اخلاق پرستاری مورد بحث و بسط قرار گرفته است. هدف از این مقاله معرفی پیشینه‌ی تاریخی این رویکرد و ورود آن در پرستاری است.

روش بررسی: برای تألیف این مقاله‌ی مروری جامع، کلیدواژه‌های اخلاق مراقبت، مراقبت اخلاقی، اخلاق پرستاری و رویکردهای فلسفی اخلاق پزشکی بدون محدودیت زمانی در پایگاه‌های ایرانی و بین‌المللی موجود در اینترنت مورد جستجو قرار گرفت. مقالات مرتبط انتخاب شده و براساس اهداف مطالعه، مقاله تدوین شد.

یافته‌ها: با توجه به مطالب و مقالات به‌دست آمده مقاله به بخش‌های مقدمه، مقدمه‌ای بر تاریخ اخلاق در حرفه‌های مراقبت سلامتی، نظریه‌ی اخلاق مراقبت و اخلاق مراقبت در پرستاری تقسیم شد. در اصل مقاله‌ی هر قسمت به تفصیل توضیح داده شده است. مراقبت، به‌صورت احساس نگرانی و همدلی برای دیگران و داشتن تعهد به آن‌ها تعریف می‌شود. اخلاق مراقبت نظریه‌ای بود که از حرکات فمینیستی شروع شد و بر فعل مراقبت به‌عنوان یک فضیلت زنانه به‌عنوان رویکردی برای داشتن تعهد اخلاقی به دیگران یاد می‌کند. اخلاق مراقبت بر خلاف اخلاق وظیفه‌گرا و پیامدگرا، جزیی نگر، متن محور، عینی، درگیر و مبتنی بر عواطف است. در سال‌های اخیر به‌دلیل اهمیت مفهوم مراقبت در پرستاری، اخلاق مراقبت به‌عنوان یک رویکرد اخلاقی مورد نیاز برای پرستاری مورد توجه بسیار قرار گرفته است. مقاله به بررسی دانش کنونی و مسیر رو به جلوی توسعه‌ی اخلاق مراقبت در پرستاری می‌پردازد.

نتیجه‌گیری: در حال حاضر نظریه پردازان اخلاق در پرستاری رویکرد اخلاق مراقبت را به‌عنوان رویکرد غالب اخلاقی برای پرستاری قبول نکرده‌اند اما به جهت کمک به استقلال حرفه‌ای، لزوم توجه به آن به‌عنوان متممی برای رویکرد غالب کنونی را مورد بحث قرار داده‌اند.

کلیدواژه‌ها: نظریه‌ی اخلاقی، اخلاق پرستاری، مراقبت

* ۱- استادیار دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* نویسنده‌ی مسؤول: تهران خیابان ولیعصر نبش نیاپس دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی گروه کودکان، Email: l.nikfarid@sbmu.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۵۳۴۸۴۲۱

مقدمه

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

اخلاق پزشکی یا زیستی، به دلیل مواجهه‌ی پزشکان، پرستاران، و دیگر حرف مراقبت سلامتی با معضلات و دوره‌های اخلاقی مرگ- زندگی، در حال حاضر به‌عنوان یک رشته‌ی مجزا و مفصل شمرده شده و بدنه‌ی دانش آن رو به گسترش است (۱). در حال حاضر هدف آن، جستجو برای یافتن پاسخ سؤالات عمیق فلسفی درباره‌ی مرگ، زندگی و قدر و منزلت انسان و کمک به توسعه و کنترل سیاست‌گذاری‌های مؤثر بر عملکرد بالینی است (۲). اخلاق پرستاری که از شکل‌گیری آن به‌صورت شاخه‌ای مستقل مدت کمی می‌گذرد، همچنان زیرمجموعه‌ای از اخلاق پزشکی تلقی می‌شود (۳). با این حال در سال‌های اخیر، پرستاران به‌دنبال مجزا شناختن اخلاق حرفه‌ای خود از اخلاق پزشکی بوده‌اند. یکی از دلایل این جستجو، تلاش بی‌شائبه‌ی آن‌ها برای مجزا کردن مرزهای رشته‌ی خود از رشته‌های دیگر و کسب هویتی مستقل به‌عنوان یک حرفه برای پرستاری می‌باشد (۴، ۵). بسیاری از فیلسوفان پرستاری معتقدند رویکرد اخلاقی متفاوت از پزشکی کلید کسب هویت مجزایی است که سالیان سال حرفه‌ی پرستاری برای یافتن آن تلاش کرده است. مطالعه‌ی تحلیلی بر تاریخچه‌ی پرستاری و پزشکی و نگاه فلسفی کنونی این دو رشته بر مسائل مشترک مورد تمرکزشان، راهگشای کشف نیاز به مسیر متفاوت این دو می‌باشد. (۶). این تفاوت‌ها عبارتند از:

- پرستاری روی سلامتی و پزشکی روی معالجه و درمان متمرکز است. تاریخ پرستاری مدرن مملو از تلاش برای کشف و ارتقاء ایده‌ال‌ها، از طریق تقویت نقش فعال مددجو و بیمار در درمان خود و پیشگیری از پیشرفت بیماری با آموزش و تمرکز بیشتر بر زندگی بیمار در خارج از بیمارستان است. در مقابل پزشکی رویکردی همواره به سمت پدرسالاری در تصمیم‌گیری و تمرکز صرف بر درمان‌های معالجه‌ای و بیماری محور داشته است.

- پزشکی کنونی دانشی با رویکرد بیمارستان- محور دارد در حالی که پرستاری بیشتر به سمت جامعه محور بودن پیش می‌رود. همچنین در حالی که پرستاری به حرفه‌ای سلامت- محور تبدیل شده است که بر حفظ و ارتقاء سلامتی افراد تأکید دارد، پزشکی در مقابل حرفه‌ای بیماری محور است که بر درمان و پیشگیری از بیماری و نیز اصلاح ناهنجاری‌ها با انجام مداخلات جراحی پیچیده و درمان‌های زیستی شیمیایی پیشرفته متمرکز است (۷، ۶).

- پرستاری موقعیتی مراقبتی اختیار کرده است که به افراد یاری رساند تا با بیماری مزمن خویش سازگار شوند و ظرفیت عملکرد کنونی خود را علی‌رغم بیماری توسعه دهند، در حالی که موقعیت درمانی پزشکی تلاش برای مقابله با بیماری مزمن و کم کردن تأثیرات جسمی آن و تأکید بر ناتوانی‌های ایجاد شده است (۸، ۹).

- مواجهه‌ی پزشک- بیمار، به‌طور سنتی، اپیزودیک بوده و ماهیتی مشاوره‌ای دارد. به‌عنوان مثال، پزشک تاریخچه‌ی پزشکی بیمار را می‌گیرد، علائم و نشانه‌ها و فرایند پیشرفت بیماری را بررسی می‌کند، از بیمار رضایت‌نامه گرفته، با انجام مداخلات تشخیصی، برنامه‌ی درمانی مناسب را تدوین کرده و با دستور به انجام رژیم درمانی خاص، به نظارت بر حسن اجرای آن می‌پردازد. تمامی این عملکردهای بالینی، موقتی و کوتاه مدت بوده و ماهیتی معالجه‌ای دارند. در مقابل مواجهه‌ی پرستار با مددجو بیشتر شخصی و با تمرکز بر فرایندهای سازگاری و ارزش‌های فردی او می‌باشد. به عبارت دیگر پرستاری می‌رود تا عامل همیشه حاضر زندگی افراد باشد که آن‌ها را رسیدن به سطح مطلوب سلامتی یاری می‌رساند (۷).

با دلالت بر این تفاوت‌ها بود که حرفه‌ی پرستاری هر چند همچنان اصول مشترک اخلاقی با پزشکی را به یدک می‌کشد، در تلاش است تا فلسفه‌ی اخلاقی مجزایی بیابد. این امر نه تنها برای کسب هویت حرفه‌ای بلکه به دلیل کاستی‌هایی است که رشته‌ی پرستاری در حیطه‌ی اخلاق بالینی خود در زمان تکیه‌ی صرف بر اخلاق زیستی رایج و

اخلاق پزشکی " بدون محدود کردن به پرستاری و محدودیت زمانی انجام شد. تمام مقالات در دسترس در Medline, Google, Proquest, OVID, CINAHL, Iranmedex و books از طریق موتورهای جستجو و با استفاده از کلیدواژه‌های ذکر شده شناسایی شد. معیارهای ورود شامل انگلیسی یا فارسی بودن، دارا بودن واژه‌های مورد نظر در کلیدواژه‌ها یا عنوان، و منتشر شده در مجلات دانشگاهی با مرور همتایان بود. مقالاتی که در نتیجه استخراج اولیه به دست آمدند، مورد مطالعه‌ی موشکافانه قرار گرفته و سپس بر اساس اهداف مطالعه ۲۶ مقاله و کتاب انتخاب شد. سوالات مطالعه این بود: تعریف اخلاق مراقبت چیست؟ تاریخچه‌ی اخلاق مراقبت چیست؟ نظریه‌های مراقبتی رشته‌های دیگر کدام هستند؟ ریشه‌های فلسفی نظریه‌ی اخلاق مراقبت چه می‌باشند؟ تأثیر آن بر نظریه‌های اخلاق پرستاری چیست؟

یافته‌ها

با توجه به مطالب و مقالات به دست آمده مقاله به بخش‌های مقدمه‌ای بر تاریخ اخلاق در حرفه‌های مراقبت سلامتی، نظریه‌ی اخلاق مراقبت و اخلاق مراقبت در پرستاری تقسیم شد.

مختصری بر تاریخچه‌ی اخلاق در حرفه‌های مراقبت سلامتی

تا چهل سال قبل، نظریه‌های اخلاقی تحت سیطره‌ی وظیفه‌شناسی (دئونولوژی) Kant و نتیجه‌گرایی Bentham و Mill بود. در نظریه‌ی وظیفه‌شناسی، عملی اخلاقی است که براساس نقش یا اصول باشد. در نتیجه‌گرایی عملی اخلاقی است که بهترین نتیجه را به دنبال داشته باشد که می‌تواند برای فرد یا همگان باشد. دئونولوژی باید مشخص کند که کدام نقش‌ها یا اصول اخلاقی هستند و پشت چرایی وظیفه‌ی فرد برای پیروی از اصول، عقلانیت است. نتیجه‌گرایی باید مشخص کند چه چیزهایی عقوبت خوب به همراه دارند و

کنونی احساس می‌کند. اخلاق پرستاری لازم است بیشتر بر اخلاق عملکرد روزانه‌ی بالینی دلالت داشته باشد تا دوره‌های اخلاقی. تاکید صرف بر اصول ثابتی مانند عدالت و سودرسانی که در اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی فلسفه‌ی غالب است، علاوه بر ناکافی بودن و بی‌کفایتی در شکل‌گیری رویکرد اخلاقی پرستاری که باید متضمن روابط فی‌مابین باشد تا حل معضلات احتمالی پیش آمده، با تاکید پرستاری مبنی بر تکیه به ارزش‌های بیمار مغایرت دارد (۹). در پزشکی نیز گاه نگرانی برای ارتقاء سودرسانی برای بیمار به تقویت پدرسالاری رایج منجر می‌شود. به همین جهت، اخلاق پرستاری در مسیر مجزای اخیر خود به سمت اخلاق منش و فضیلت با تولد جریانات فلسفی فمینیستی اخلاق مراقبت، دیدگاهی تازه یافت (۸). در چند دهه‌ی اخیر شاهد افزایش روزافزون توجه فیلسوفان پرستاری به مفهوم مراقبت و اخلاق مراقبت هستیم. پرستاران در جستجوی دفاع از شأن افرادی که مسؤولیت مراقبتشان را دارند و با ظهور نظریه‌های مورد توجه و انقلابی پرستاری مانند نظریه‌ی مراقبت انسانی Watson و اهمیت تاکید بر مفهوم مرکزی مراقبت به‌عنوان جوهره‌ی پرستاری، به‌طور فزاینده‌ای در تلاش برای افزایش حوزه‌های نظری و فلسفی اخلاقی خود با تاکید بر نظریه‌ی اخلاق مراقبت می‌باشند (۱۰). در مقالات پرستاری ایران جای خالی معرفی این نظریه و توجه اخیر حرفه‌ای بر آن احساس می‌شود. لذا این مقاله با هدف مروری بر مقالات و مستندات مرتبط با پارادایم معرفی شده‌ی نوین برای اخلاق پرستاری به نام اخلاق مراقبتی نگاشته شده است.

مواد و روش بررسی

در مطالعه‌ی مروری حاضر، فرایند مطالعه با مروری بر ادبیات موجود شروع شد تا ماهیت کلی مفهوم و چگونگی پرداختن و تعریف آن درک شود. سپس مروری وسیع تر و عمقی‌تر با استفاده از کلید واژه‌های "اخلاق مراقبت"، "مراقبت اخلاقی"، "اخلاق پرستاری" و "رویکردهای فلسفی

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

موجب خوشحالی می‌شوند (۱۱). نقدهای زیادی به این دو رویکرد اخلاقی وارد شد و در پاسخ به کمبودهای آنها، رویکرد سوم اخلاقی به نام اخلاق فضیلت یا منش توسعه یافت که ریشه در تاریخ باستان یونان دارد. در این رویکرد گفته می‌شود افراد فاضل در موقعیت‌های پیچیده اخلاقی، راه و مسیر درست را می‌روند. این رویکرد در حال حاضر در متون اخلاقی مورد بیشترین بحث قرار گرفته است (۱۲).

در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ هم‌زمان با پیشرفت‌های چشم‌گیر پزشکی مسایل اخلاقی جدیدی به وجود آمد مثلاً این که چه کسی زنده بماند و چه کسی بمیرد. این سؤالات موجب رشد اخلاق زیستی برای پاسخ‌گویی به سؤالات عمیق فلسفی درباره‌ی زندگی و مسایل مرتبط با موجودات انسانی شد (۱۳).

در دهه‌های اخیر، مباحث اخلاقی از حوزه‌ی محدود اخلاق پزشکی به مباحث گسترده‌تر اجتماعی و دوراهی‌های اخلاق زیستی گسترش یافت. در دهه‌ی ۱۹۸۰ چارچوبی در اخلاق زیستی مورد استفاده قرار گرفت که به آن اصول‌گرایی گفته می‌شود. در این چارچوب چهار اصل وجود دارد که شامل خودمختاری، عدم آسی‌برسانی، خیرخواهی و عدالت است. این چهار اصل به عنوان الگوی اخلاقی برای تصمیم‌گیری‌ها در بالین معرفی شدند (۱۳، ۱۲).

اگرچه رویکردهای اصول‌گرا در اخلاق زیستی، پاسخی مناسب به توسعه‌ی پزشکی خصوصاً پیوند اعضا و فن‌آوری‌های طولانی‌کننده‌ی عمر بود، اما باعث چالش‌هایی نیز شد. به عنوان مثال ممکن است عمل به وظیفه‌ی پزشکی منجر به نقض خواست بیمار در آن شرایط خاص شود. لذا رویکرد دیگری برای تحلیل موردی مسایل اخلاقی معرفی شد که هر مورد را براساس چهار ویژگی آن یعنی، اندیکاسیون‌های پزشکی، ارجحیت بیمار، کیفیت زندگی و جنبه‌های زمینه‌ای مانند مسایل فرهنگی و مالی می‌سنجند (۱۱). هم‌زمان توجهات به سمت اخلاق فضیلت یا منش جلب شد که به جای تمرکز روی فعلی که قرار است انجام شود یا نشود، روی فاعل آن تاکید می‌کند. در واقع در این رویکرد بحث و سؤال این

نیست که من چه کاری باید انجام داده یا از چه کاری اجتناب کنم، بلکه سؤال این است که "چه کارهایی من را پرستار خوبی می‌کند". هم‌زمان با توسعه‌ی مباحثات در زمینه‌ی این رویکرد اخلاقی، توجهات به سمت فلسفه‌ی دیگری جلب شد که ریشه در جنبش‌های فمینیستی داشت. این رویکرد، اخلاق مراقبت نام داشت (۱۳، ۱۱).

نظریه‌ی اخلاق مراقبت

نظریه‌ی اخلاق مراقبت در دهه‌ی ۱۹۸۰ توسط Gilligan توسعه یافت. او در مطالعات Kohlberg بر روی تکامل اخلاق کودکان، نقش دستیاری او را داشت و با انتشار کتابی به نام "صدایی متفاوت" رویکردی زنانه و متفاوت از رویکردهای اخلاقی رایج را معرفی کرد. Gilligan در این کتاب نتیجه‌ی مطالعه‌ی خود را بر روی دو دانش‌آموز یازده ساله‌ی تقریباً هم سطح بیان می‌کند که به یک سری سؤالات حول و حوش موضوعی اخلاقی پاسخ می‌دهند (۱۴).

از نظر دختر مورد مصاحبه‌ی Gilligan همه چیز به شرایط، افراد و زمینه بستگی دارد. در حالی که پسر در استدلال خود همواره عنصر "عدالت" و مسئله‌ی احقاق حق خود یا تجاوز به حقوق دیگران را مطرح می‌کند، دختر نگران "مراقبت" از نیازمندان و "توجه" به محتاجان و تقویت روابط و ترویج عواطف میان مردم است (۱۶، ۱۴).

Gilligan این سؤال را مطرح می‌کند که آیا دختر قادر به دیدن چیزهایی است که پسر آنها را نمی‌بیند. پاسخ او به این سؤال مثبت است و به این ترتیب او نظریه‌ی اخلاق مراقبت را توسعه می‌دهد (۱۵). در نظریه‌ی اخلاق مراقبت، به وضوح تفاوت جنسیتی در نگاه به مسایل اخلاقی مطرح است. زنان به جای نگرش انتزاعی به مسایل اطراف، شبکه‌ای از روابط فی‌مابین را می‌بینند و از نظر آنها مسؤولیت افراد مراقبت از دیگران و تقویت و گسترش روابط فی‌مابین برای حل معضلات اخلاقی است تا تکیه بر قواعد انتزاعی و کلی (۱۷). در مرحله‌ی بعدی تکامل اخلاق مراقبت، نظریه پردازان به نقد اصول مشترک رویکردهای اخلاقی رایج یعنی تکلیف

وجود ارتباط بین دو فرد برای رخ دادن مراقبت را ضروری نمی‌دانند. همچنین آن‌ها مراقبت را فعلی دوجانبه تعریف نمی‌کنند. لذا فرد مراقبت کننده ممکن است از طرف فرد مراقبت شونده، به‌طور متقابل مراقبت دریافت کند یا خیر. پس چطور می‌توان مطمئن شد که همه افراد مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند؟

پاسخ این است که وجود شبکه‌ی مراقبتی به‌جای قراردادهای دو طرفه بین افراد، این امر را تضمین می‌کند. تا زمانی که افراد جامعه از ظرفیت مراقبت کنندگی خود کم نگذارند، می‌توان مطمئن بود که همگان مراقبت کافی و مورد نیاز خود را دریافت می‌کنند. اگر همه‌ی افراد، همانند مادری که از حداکثر ظرفیت مراقبتی خود برای تأمین نیازهای کودکان خود استفاده می‌کند، به تأمین نیازهای مراقبتی یکدیگر بپردازند، شبکه‌های مراقبتی وسیعی در جامعه تشکیل می‌شود که منفعت نهایی آن ترویج اخلاق است (۱۶). از طرف دیگر نظریه پردازان در تلاش برای تعریف مراقبت آن‌گونه که مد نظر آن‌هاست، مراقبت را رفتار با افراد نه تنها از روی احترام بلکه با تلاش برای همدلی با آن‌ها می‌دانند. در واقع صرف مراقبت کردن اخلاقی محسوب نمی‌شود بلکه محتوای مراقبت ملاک است. یعنی باید دو شرط داشته باشد یک آن که مراقبت نسبت به امور درست باشد و دیگر آن که مراقبت به گونه‌ای درست انجام شود نه به هر شکل ممکن (۱۸).

Manning رفتار به شیوه‌ی مادرترزا گونه را عاملی منجر شونده به فرسودگی مراقبتی می‌داند. او معتقد است افراد در درجه‌ی اول متعهد به مراقبت از خود می‌باشند. با تشکیل و شناخت شبکه‌های مراقبتی راهی برای توانمندسازی تمام افراد جامعه برای مراقبت گرفتن و مراقبت شدن به‌وجود می‌آید تا نیازهای مراقبتی همگان مرتفع شود (۱۹).

نکته‌ی دیگر دانستن مراقبت به‌عنوان یک مهارت است، مهارتی که علاوه بر زنان مردان نیز به‌صورت نهفته از آن دارند. عوامل مختلفی بر بروز یا نماندن نگاه داشتن این مهارت مؤثر است. این مهارت را می‌توان آموخت. تجارب پاداش دهنده و

گرا و پیامدگرا می‌پردازند. توسل به قواعد عام برای تعمیم اخلاقی، بی‌طرفی در داوری‌های اخلاقی و به‌کارگیری عقلانیت به‌عنوان سه اصل مشترک دو رویکردهای اخلاقی غالب، که منتقدین آن‌ها را مردسالاری اخلاقی می‌نامند، توسط اخلاق‌گرایان مراقبت زیر سؤال می‌روند (۱۹، ۱۸).

از نظر اخلاق‌گرایان مراقبت، برای حل معضلات اخلاقی ضروری است تا فاعل اخلاقی از یک طرف جانبداری کرده و پای احساسات را به میان بکشند و در حل مسایل جزئی‌نگر باشند (۱۸).

گوهر وجودی این رویکرد مراقبت است که به شیوه‌ای کامل در روابط مادر و فرزند دیده می‌شود. مادران بدون توجه به اصول اخلاقی و یا التزام به وظایف خود، با رویکردی خیرخواهانه و از سر دلسوزی مراقب فرزند خود هستند. در حالی که پدر طبق اخلاق اصول‌گرا، وظیفه‌گرا و پیامدگرا، کودک را به‌عنوان مثال برای دروغ گفتن مورد تنبیه سخت قرار می‌دهد، مادر قبل از توسل به هر تنبیه‌ی که از نظر او می‌تواند روابط فی‌مابین کودک و جهان اطرافش را خدشه‌دار کند، به بررسی علل روانی انجام دروغ‌گویی در آن شرایط خاص می‌پردازد. به این شکل کودک در شرایط گوناگون و موقعیت‌های مختلف ارتکاب خطا، با رفتارهای متفاوت مادر مواجه می‌شود (۱۷).

اخلاق مراقبت دارای پنج خصیصه‌ی کلیدی توجه اخلاقی، درک همدلانه، هوشیاری ارتباطی، فراگیری و پاسخ است. برای التزام به مراقبت سه شرط اصلی شامل وجود ارتباط بین دو فرد، نیاز به مراقبت در یکی از آن‌ها و توان مراقبت در دیگری وجود داشته باشد مورد نیاز است. فعل مراقبتی در صورتی به بهترین شکل ممکن رخ می‌دهد که که فردی که توان مراقبت دارد، به فرد دیگر توجه داشته باشد، موقعیت را از دیدگاه او ببیند، نسبت به نیازهای او احساس مسؤولیت کند و برای پاسخ‌گویی به نیاز او، به شیوه‌ای که موجب رشد و پرورش باشد از او مراقبت کند و سپس واکنش او را در قبال مراقبت در نظر بگیرد (۱۴).

برخی نظریه پردازان اخلاق مراقبت، شرط اول یعنی

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

تنبیه کننده‌ی افراد درباره‌ی مراقبت عاملی برای توسعه‌ی این مهارت ذاتی است (۱۸).

نظریه‌ی اخلاق مراقبت با نقد رویکردهای رایج اخلاقی مانند اصول گرایی و وظیفه گرایی، با ادعای جایگزینی آن‌ها آمد اما مورد نقد بسیار نیز قرار گرفت. نویسندگان بسیاری تلاش کردند با اشاره به نقاط ضعف این رویکرد، به کارگیری آن را به‌عنوان یک رویکرد واحد برای پیروی اخلاقی مورد تردید قرار دهند. از طرفی نویسندگانی نیز هستند که می‌خواهند بین این رویکرد و رویکرد اخلاق عدالت محور سازش برقرار کنند. از نظر آن‌ها اخلاق مراقبت به معنای نظام اخلاقی جایگزین نظام‌های اخلاقی شناخته شده، مورد قبول نیست. اما می‌توان آن را به مثابه‌ی ارزشی انسانی تلقی کرد که فراتر از جنسیت بوده و زن و مرد باید همچون آرمانی اخلاقی به آن بنگرند. به این شکل در موازات نظام‌های رایج اخلاقی می‌توان مردم را به داشتن حس مراقبتی نسبت به یکدیگر و به طبع آن به‌وجود آمدن شبکه‌های قدرتمند مراقبتی در جامعه ترغیب نمود. اما هر زمان که لازم باشد تکیه بر اصول اخلاقی پذیرفته شده برای تعیین راه درست در دوره‌های اخلاقی اجتناب ناپذیر است (۱۸، ۱۹).

اخلاق مراقبت در پرستاری

شاید به دلیل دارا بودن واژه‌ی مراقبت بود که این رویکرد اخلاقی مورد توجه پرستاران قرار گرفت (۲۰). پرستاران حرفه‌ی خود را یک حرفه‌ی مراقبتی می‌دانند، در حالی که حرفه‌ی آن‌ها به‌سرعت در حال رفتن به سمت علمی شدن است. در حال حاضر آن‌ها به شدت در حال مفهوم‌سازی مراقبت هستند تا به این شکل بتوانند به توسعه‌ی حرفه‌ای خود و ساختن هویتی مجزا برای آن برسند (۲۱).

به موازات شکل گیری رویکرد اخلاق مراقبت، مفهوم پردازی برای واژه‌ی مراقبت توسط نظریه پردازان پرستاری صورت گرفت. یکی از بهترین تعاریف برای مراقبت توسط Mayeroff (۱۹۷۱) مطرح شد (۲۰). او مطرح می‌کند که مراقبت یک مفهوم مرکزی است که به دو شیوه‌ی از هم

متفاوت اما دارای تعامل با هم تعریف می‌شود (۱) مراقب کسی بودن یا از کسی مراقبت کردن (Taking care of/ Giving care) و (۲) اهمیت دادن یا دل‌نگران بودن (Caring about) تعریف اول ارایه مراقبت برای کسی است که نیاز به مراقبت دارد. این تعریف، همان عمل پرستاری تلقی می‌شود که لازمه‌ی آن حضور دو نفر است که اتصال آن‌ها با هم عمدتاً با مسؤلیت یکی برای رفع نیازهای دیگری تضمین می‌شود. تعریف دوم واکنش عاطفی به فرد نیازمند مراقبت است. در واقع احساس تعهدی است که موجب می‌شود یک واکنش عاطفی ایجاد شود. این درباره‌ی وظایف مختلف پرستاران نیست، بلکه نگرش آن‌ها به افراد دیگر را نشان می‌دهد. این معنی ابعاد روانی اجتماعی روابط پرستار- بیمار را در بر می‌گیرد و یک ارزش دارای دلالت اخلاقی است که می‌گوید پرستاران باید نسبت به بیماران، همدلانه عمل کنند. پرستاران خوب، مراقبتی با کفایت ارایه می‌دهند و به روشی همدلانه به بیمارشان اهمیت می‌دهند. این معنی در دهه‌های اخیر اهمیت زیادی یافته است. در واقع تعریف دوم، مراقبت کنندگی را از حالت ابزاری خارج ساخته و دیدگاه اگزستانسیالیستی به آن می‌دهد (۲۲، ۲۰).

مراقبت مفهوم بزرگی است که شامل مجموعه‌ای از رفتارهای بر پایه‌ی نگرانی، شفقت، اهمیت، توجه و تعهد به یک فرد یا گروهی از افراد می‌باشد. لذا این سؤال مطرح می‌شود که آیا مراقبت یک فضیلت است؟ فضایل اخلاقی و اخلاق فضیلت بخشی از حرفه‌ی پرستاری از زمان نایتینگل بوده است. در زمان ویکتوریایی برخی رفتارها از نظر اخلاقی مناسب طبقه‌ی وسط و بالای زنان جامعه تلقی می‌شد که از آن جمله مراقبت از یتیمان و فقرا و کارهای خیرخواهانه بود. اگر مراقبت یک فضیلت باشد، پس اخلاق مراقبت به اخلاق فضیلت مرتبط می‌شود (۲۲، ۲۱).

تأکید و تمرکز پرستاران بر جنبه‌ی دوم مراقبت، تلاش برای حل معضلات ناشی از غلبه‌ی رویکردهای اصول‌گرای اخلاق در حیطه‌ی پزشکی و توجه به اخلاق فضیلت در دهه‌های اخیر موجب توسعه‌ی اخلاق مراقبتی در جامعه‌ی

مراقبت کشاند. پرستاران در جستجوی دفاع از شان افرادی هستند که مورد مراقبت می‌باشند.

در واقع نظریه پردازان اخلاق در پرستاری، نظریه‌های اخلاقی رایج را به دلیل عدم کفایت آن‌ها درباره‌ی نیازهای اجتماعی پیچیده نقد کرده‌اند و از نظر آن‌ها تعقل بر پایه‌ی مراقبت، و اخلاق مراقبت به‌عنوان پاسخ‌های معاصر به نیاز نظریه‌های نوین اخلاقی امروز می‌باشند.

Lachman (۲۰۱۲) برای روشن ساختن نحوه‌ی کاربرد اخلاق مراقبت در پرستاری مثالی می‌زند: آقای ۵۹ ساله به دلیل درد شکمی حاد و استفراغ دانه قهوه‌ای در بیمارستان پذیرفته می‌شود. او سابقه‌ی طولانی مصرف الکل و دیابت کنترل نشده و آمپوتاسیون پای چپ دارد. همسرش چهار ماه قبل بعد از چهل سال زندگی مشترک فوت کرده است. بیمار مکرراً درخواست مسکن می‌کند که پزشک برای اجتناب از صدمه به بیمار، نسبت به دادن مسکن بیشتر دودل است. پرستار در حمایت از بیمار به منظور حل تضاد با پزشک با او وارد مذاکره می‌شود و در نتیجه دوز مورفین بیمار افزایش می‌یابد. او می‌نویسد برای مراقبت چهار مرحله وجود دارد که نیازی نیست به ترتیب انجام شوند و این چهار مرحله‌ی مراقبت از بیمار، راهبردهای شناختی، عاطفی و عملی را در بر داشته و عبارتند از: نگران بودن و اهمیت دادن (Caring about)، مراقب بودن (Taking care of)، مراقبت دادن (Caregiving) و دریافت مراقبت (Care receiving). در مثال ذکر شده، پرستار در مرحله‌ی اول با اهمیت به بیمار نیاز او به افزایش داروی مخدر را با ارزیابی درد او (با مراقب بودن) تشخیص می‌دهد (مرحله‌ی دو). سپس در مرحله‌ی سوم او به عمل دست زده و پزشک را با خبر می‌سازد و در مرحله‌ی آخر واکنش بیمار به مراقبت ارایه شده را بررسی می‌کند (۲۴).

در واقع از نظر فیلسوفان اخیر پرستاری که به مفهوم پردازی مراقبت پرداخته‌اند، صرف عمل مراقبتی برای بیمار نمی‌تواند التزام اخلاقی ایجاد کند. در واقع لازم است مراقبت پرستار چهار وجه توجه، مسؤولیت پذیری، لیاقت و

پرستاری شده است. برخی معتقدند پرستاران زمانی در نقش حرفه‌ای خود احساس رضایت می‌کنند که دو معنای مراقبت پوشش داده شود، یعنی علاوه بر اجرای عمل مراقبتی (تعریف اول)، پرستار خود را متعهد و از حیث عاطفی متصل به بیمار (تعریف دوم) احساس کند. لذا نظریه پردازان معتقدند مراقبت و اخلاق بر پایه‌ی مراقبت می‌تواند این همسویی را ایجاد کند. Watson و Benner بیشترین سهم را در ترویج اخلاق مراقبت در متون پرستاری داشتند. از نظر آن‌ها اخلاق اصول‌گرا، از پرستار می‌پرسد برای آن که اخلاقی باشد چه باید انجام ندهد و از چه چیز پرهیز کند. در حالی که اخلاق مراقبت فرد را به پرسیدن این سؤال وا می‌دارد که چطور با فردی که از او مراقبت می‌کند، تعامل داشته باشد. از نظر Watson اصول و قوانین، بایدها و نبایدهای حرفه‌ای ما را مشخص می‌کنند و ما نباید نگران اصول اخلاقی باشیم. اما مراقبت یک ایده‌ال اخلاقی است و تعهدی ایجاد می‌کند که پرستار از شأن انسانی بیمار محافظت کرده و بر کیفیت روابط روزمره و لحظه‌ای او با بیمار تأثیر می‌گذارد که این لازمه‌ی پرستاری با کیفیت است.

از نظر Benner تجربه‌ی بیماری به معناسازی فرد بستگی دارد و درک معنای شخصی هر بیمار به پرستار اجازه‌ی دخول ترمیم‌کننده به دنیای بیمار را می‌دهد. لازمه‌ی این همدلی و نگرستن از چشم بیمار، داشتن تعهد اخلاقی نسبت به افراد نیازمند مراقبت است که در اخلاق مراقبت به آن اشاره می‌شود.

از نظر Fry نظریه‌های کنونی اخلاق پزشکی در کار پرستاری و تصمیم‌گیری آن‌ها در مورد بیمار مناسب ندارند. چرا که اخلاق پرستاری بیشتر بر اخلاق روزمره‌ی عملکرد بالینی متمرکز است تا دوره‌های اخلاقی. به‌عنوان مثال اصل سودرسانی و خیرخواهی برای بیمار که در اخلاق پزشکی حاکم است، منجر به پدرسالاری پزشکی می‌شود در حالی که این رویکرد با ارزش‌های پرستاری که بر بیمار محور بودن عملکردها متمرکز است، مغایرت دارد. همین خط مجزا از پزشکی پرستاران را به سمت اخلاق فضیلت و اخلاق

اخلاق مراقبت: رویکردی پرستاری در اخلاق

واکنش‌پذیری به مراقبت‌گیرنده را داشته باشد. به این شکل که پرستار بتواند نیاز بیمار را تشخیص دهد. برای آن که مراقبت اتفاق بیافتد، وجود این توجه لازم است. بسیاری از سیاست‌های بیمارستانی برای پرستاران مانند راندهای دوره‌ای برای تقویت حس توجه پرستاران است. در مورد مسؤولیت‌پذیری هیچ شکي وجود ندارد که لازمه‌ی پرستاری از بیماران تعهد به مسؤول بودن برای بیماران است که در کدهای اخلاقی پرستاری نیز به آن اشاره شده است. اما سؤال این است که اگر گاهی پرستاران بیش از انجام وظیفه‌ی خود به نیازهای بیمار خود توجه می‌کنند، آیا کاری بیهوده انجام داده‌اند، یا کیفیت مراقبت خود را تغییر می‌دهند (۲۵، ۲۳). لذا Lachman معتقد است التزام اخلاقی به مراقبت، شیوه و کیفیت مسؤولیت‌پذیری پرستار را تغییر می‌دهد. سومین جزء مراقبت یعنی لیاقت و کارآمدی، لزوم افزایش دانش و مهارت پرستار را مشخص می‌کند. به این معنی که برای بهبود کیفیت مراقبت لازم است پرستار دانش، و مهارت لازم برای انجام اعمال مراقبتی را داشته باشد. در نهایت مراقبت خوب نیازمند توجه به نیازهای جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و فرهنگی بیمار است که با هدف دادن استقلال به بیمار و حس به‌زیستی او انجام می‌شود. در نهایت لازم است پرستار تأمین نیازهای بیمار با ارایه مراقبت را در واکنش‌های او بررسی کند (۲۴). مراقبت امری دوجانبه است و از دید Watson پرستار باید آن قدر در راهبردهای خود مراقبتی شرکت جوید که انگیزه و انرژی اجرای چهار جزء مراقبت را داشته باشد به گونه‌ای که نه برای انجام وظیفه بلکه برای کاوش متن مراقبت از دید بیمار و یافتن نیازهای مراقبتی او در جنبه‌های مختلف و رفع آن نیازها به عمل مراقبت اهتمام ورزد (۲۵).

وقتی کسی پرستاری را انتخاب می‌کند، تعهد اخلاقی می‌دهد که از بیماران مراقبت کند. این مسئله بدین شکل در کدهای اخلاقی پرستاران مطرح می‌شود که "پرستار به شأن، ارزش و حقوق تمام افراد نیازمند مراقبت سلامتی احترام می‌گذارد". کنار گذاشتن تورش‌های شخصی و پیش‌داوری‌ها برای اجرای چهار مرحله‌ی مراقبت، آسان نیست. مراقبت

می‌تواند به سادگی فقط یک وظیفه‌ی اخلاقی در نظر گرفته شود، یا می‌تواند تعهدی باشد به ورود به دنیای نیازهای بیماران و ارایه‌ی بهترین کار در آن لحظه برای آنان (۲۶).

نتیجه‌گیری

در مجموع می‌توان گفت، اخلاق مراقبت به‌عنوان یک رویکرد اخلاقی در پرستاری تنها کمتر از سه دهه است که مورد توجه متون پرستاری می‌باشد. نظریه‌پردازی درباره‌ی این رویکرد همچنان ادامه دارد. این فلسفه‌ی اخلاقی هم‌گام با رفع نقایص نظری آن توسط اخلاق‌گرایان مراقبتی در رشته‌های دیگری چون فلسفه اخلاق، در مسیر گذر به سمت معرفی شدن آن به‌عنوان یک متمدن اخلاقی در کنار رویکردهای غالب اخلاق پزشکی و پرستاری می‌باشد. اتفاق نظر بر این که مراقبت یک امر جنسیتی نبوده و مقوله‌ای برای التزام و تعهد اخلاقی به رفع نیازهای هم‌نوعان است، و نیز یافتن تعریف واحدی از مراقبت با کیفیت، با تأکید بر جزء اگزیستانسیالیستی آن (دیدن از نقطه نظر بیمار)، حرفه‌ی پرستاری را در یافتن اخلاق بر پایه‌ی مفهوم مراقبت به‌عنوان رویکرد غالب خود در مراقبت روزمره‌ی پرستاری و روابط متقابل با مددجویان یاری می‌رساند. در سال‌های اخیر شاهد نظریه‌های معطوف به اخلاق و معنویت در پرستاری بوده‌ایم که بر بازگشت پرستاری به مفهوم اصلی و مرکزی آن یعنی مراقبت تأکید می‌کنند. مراقبت یک فضیلت انسانی محسوب شده و تلفیق آن در بالین و در ارایه‌ی عملکردهای حرفه‌ای موجب اعتلای کیفیت آن‌ها و نیز تضمین انجام اخلاقی آن‌ها می‌باشد. در واقع با وجودی که اخلاق معطوف به مراقبت یا مراقبت به شیوه‌ی اخلاقی مفاهیمی هستند که پرداختن به آن‌ها قدمتی چند دهه‌ای دارد، اما نظریه‌های مرتبط با آن تنها در رشته‌ی پرستاری است که مورد توجه قرار گرفته و با سرعت بسیار در نظریه‌های نوین نظریه‌پردازان پرستاری مانند Watson، Benner و Parse پردازش می‌شود. آزمون این نظریه‌ها در بالین می‌تواند بر استحکام فرضیه‌های آن‌ها افزوده و راه حلی برای تضمین کیفیت ارایه مراقبت و اخلاقی عمل کردن پرستاران باشد.

References

1. Johnstone MJ. Bioethics: a nursing perspective. Sydney: Elsevier; 2009.
2. Duwell M. Bioethics: methods, theories, domains. London: Routledge; 2013.
3. Horn P. The Philosophical Basis of Bioethics. *Semin Pediatr Neurol*. 2015; 22 (3):196- 200.
4. Hughes J, Common J. Ethical issues in caring for patients with dementia. *Nursing Standards*. 2015; 29 (42): 42- 47.
5. Watson J. Applying the art and science of health care. NY: National league nursing; 1994.
6. Breier-Mackie S. Medical ethics and nursing ethics: is there really any difference? *Gastroenterol Nurs*. 2006; 29 (2): 182- 183.
7. Seedhouse D. What's the difference between health care ethics, medical ethics and nursing ethics? *Health Care Anal*. 1997; 5 (4): 267- 274.
8. Breier-Mackie S. Patient autonomy and medical paternity: Can nurses help doctors listen to patients? *Nurs Ethic*. 2001; 8(6): 510-521.
9. DeWolf Bosc MS, Savage TA. The Ethical Component of Nursing Education. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
10. Watson J. Caring knowledge and Informed Moral Passion. *ANS Adv Nurs Sci*. 1990; 13: 15- 24.
11. Butts JB, Rich K. *Nursing Ethics: across the curriculum and into practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publication; 2005.
12. Gallagher A. Reflections on compassion in care. *Nurs Ethics*. 2015; 22 (8): 843- 844.
13. O'Connor K. *Nursing Ethics and the 21st-Century Armed Conflict: The Example of Ciudad Juárez*. *J Transcult Nurs*. 2015; 27. Pii: 1043659615620657.
14. Held V. *The Ethics of Care*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
15. Noddings N. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley u.a: Univ. of California Press, 1984.
16. Grimshaw J. *The Idea of Female Ethics, in a Companion of Ethics*. Oxford: Blackwell Publisher; 2005.
17. Tuck I, Harris L, Renfro T, Lexvold L. Care: a value expressed in philosophies of nursing services. *J Prof Nurs*. 1998; 14 (2): 92- 96.
18. Blum L. *Care in Encyclopedia of Ethics*. London: Routledge; 2001.
19. Baier A. *What do Women Want in a Moral Theory in Contemporary Moral Problems?* New York: West Publishing Company; 1997.
20. Meyerhoff H, Van Hofwegen L, Harwood CH, Drury M, Emblen J. *Spiritual nursing interventions*. *Can Nurs*. 2002; 98 (3): 21- 24.
21. Watson J. *Leading via caring-healing: The fourfold way toward transformative leadership*. *Nurs Adm Q*. 2000; 25 (1): 1- 6.
22. Matsuoka R. *Examining Caring Theories in Nursing from Non-nursing Viewpoint*. *J Nursing Stud N CNJ*. 2007; 6 (1): 43- 51.
23. Edward SD. *Is There a Distictive Care Ethics?* *Nurs Ethics*. 2011; 18: 184- 191.
24. Lachman V.D. *Ethical challenges in healthcare: Developing your moral compass*. New York, NY: Springer. 2009.
25. Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Merkouris A. *The ethical dimension of nursing care rationing. A thematic synthesis of qualitative studies*. *Nurs Ethics*. 2014;22(8): 881-900.
26. Burnell L, Agan DL. *Compassionate care: Can it be defined and measured? The development of the Compassionate Care Assessment Tool*. *Int J Car Sci*. 2013;6(2):180-7.

Care of ethics: a nursing approach to ethics

Lida Nikfarid¹

Abstract

Background: Recently ethics of care has been one of approaches which has being discussed and developed its theoretical basis by nursing ethical theorists. The aim of this article is to introduce this approach and its entry to nursing.

Methods: This study was descriptive - analytical study that was conducted cross-sectional in 2015. The data gathering tool was a questionnaire consisted of three parts: demographic information, Quranic Intimacy questionnaire and a test of mental health. The collected data were analyzed using SPSS version 19 software and Pearson correlation test, t-test and ANOVA.

Results: The article has been divided to sections includes introduction, introduction to history of ethics of medicine, ethics of care and ethics of care in nursing. Care has been defined as a sense of being worry and feeling empathy for someone and to be commitment about him. Care of ethics has begun as a feministic movement and emphasized care as a feministic virtue which can be used for being commitment about others. Care of ethics unless teleological and deontological views is context based, objective, and emotion based. In the recent years, nursing ethical theorist has been attentive to this approach. The article discusses the current knowledge and the forward way to the development of a unique care of ethics in nursing.

Conclusion: Nowadays ethical theorists in nursing have not accepted ethics of care as a dominant ethical approach for nursing but for creating a more professional independency, it has been discussed as a complement for current ethical approaches used in nursing ethics.

Keywords: Ethical theory, Nursing ethics, Care

^{1*}. Lida Nikfarid, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*Corresponding Author: Email: l.nikfarid@sbmu.ac.ir , Tel: +989125348421