

**بنام خداوند
بخشنده و مهربان**

۹۰۹۲۵

دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پرستاری و مامایی

تجربه پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی و ارائه الگو برای آن

استاد راهنما: دکتر منصوره یادآور نیکروش

دانشجو: حسین ابراهیمی

استاد مشاور: دکتر سیده فاطمه اسکویی

استاد مشاور: دکتر فضل‌احمدی

رساله پایانی جهت دریافت درجه دکترای (PhD) پرستاری

کتابخانه تخصصی پرستاری
موسسه تخصصی پرستاری

تابستان ۱۳۸۵

۱۳۸۶ / ۱۶ / ۳

۹۰۶۲۵

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده پرستاری و مامائی

تصویب رساله

آقای حسین ابراهیمی دانشجوی دوره دکتری در تاریخ ۸۵/۵/۴ از پایان نامه خود تحت عنوان:

تجربه پرستاران در تصمیم گیری اخلاقی: **آراء الگو**

جهت اخذ دانشنامه دکترای (PhD) در رشته پرستاری دفاع نموده اند و پایان نامه ایشان با درجه عالی (نمره = ۱۹/۴۰) به تصویب رسید.

استاد راهنما: دکتر منصوره یادآور نیکروش

استاد مشاور: دکتر سیده فاطمه اسکوئی

استاد مشاور: دکتر فضل اله احمدی



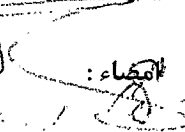


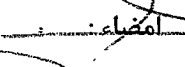

استاد ناظر خارج از دانشگاه: دکتر سادات سیدباقر مداح


استاد ناظر خارج از دانشگاه: دکتر عیسی محمدی

استاد ناظر از دانشگاه: دکتر رخشنده محمدی

استاد ناظر از دانشگاه: دکتر نعیمه سید فاطمی

این پایان نامه طرح مصوبه دانشگاه است
شماره ثبت (کد: ۱۵۵/پ)

امضاء: 
امضاء: 
امضاء: 
امضاء: 
امضاء: 
امضاء: 
امضاء: 


دکتر سیده فاطمه اسکوئی
رئیس دانشکده

تقدیم به همه کسانی که به من درس زندگی و آموختن را یاد دادند.

تقدیم به همسر مهربان و دلسوزم که تحمل سختی‌ها و مشقت‌های زندگی بویژه سختی‌های دوران تحصیل را برایم امکان پذیر و آسان نمود.

تقدیم به پسرم پویا که با کنجکاوی، پرسش چرا برای همه‌ی پدیده‌ها و جنب و جوش خود به زندگی خانوادگی‌ام تحرک، منطق و پویایی می‌بخشد.

تقدیر و تشکر

اکنون که به لطف الهی و یاری خداوند انجام پژوهش و نوشتن رساله را به پایان رسانده‌ام، مایلیم از افرادی که در پیمودن این راه به من کمک کرده و حمایت‌های بی‌دریغ خود را نصیب اینجانب کردند، تشکر و قدردانی نمایم.

ابتدا لازم می‌دانم از پرستارانی تشکر کنم که با شرکت داوطلبانه در پژوهش و نهایت همکاری، تجربه‌های ارزشمند خویش را در اختیار اینجانب قرار داده و انجام این پژوهش را امکان‌پذیر ساختند.

از استاد راهنمای گرامی سرکارخانم دکتر نیک روش و استادان مشاور سرکار خانم دکتر اسکویی و جناب آقای دکتر احمدی بخاطر راهنمایی‌های سازنده و ارزشمندشان و حمایت‌های روانی‌شان در انجام این رساله بی‌نهایت تشکر و قدردانی می‌نمایم.

همچنین بر خود واجب می‌دانم که از همکاران گرامی خود سرکارخانم دکتر ثناگو، جناب آقای دکتر پیروی، جناب آقای دکتر نگارنده، جناب آقای دکتر عشوندی و جناب آقای صاحبی حق که در مراحل مختلف انجام پژوهش و رساله به طرق مختلف به من کمک نموده و بنده را مورد عنایت و لطف خود قرار دادند، تشکر و سپاسگزاری نمایم.

از استادان ناظر گرامی سرخانم دکتر مداح، جناب آقای دکتر محمدی، سرکار خانم دکتر محمدی و سرکارخانم دکتر سیدفاطمی که با قبول زحمت و مطالعه رساله و ارائه نقطه نظرات ارزشمند خود و در به آخر رساندن این کار به اینجانب کمک نمودند، سپاسگزارم.

همچنین ضروری است از ریاست محترم دانشکده سرکار خانم دکتر اسکویی، معاونین محترم ایشان بویژه سرکار خانم دکتر محمدی و سرکار خانم شاهپوریان و مسئول محترم تحصیلات تکمیلی سرکار خانم دکتر سیدفاطمی بخاطر زحمات زیادی که در دوران تحصیل و انجام پژوهش متحمل شدند، بی‌نهایت تشکر و قدردانی نمایم. لازم می‌دانم از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه، مسئولین و کارکنان محترم کتابخانه، واحد کامپیوتر و سایر عزیزان در قسمت آموزش نیز تشکر و قدردانی نمایم.

چکیده

مقدمه: تصمیم‌گیری اخلاقی عنصر ضروری در امر پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن‌آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش‌های پرستار می‌تواند منجر به تعارض-های اخلاقی گردند که نیازمند توانایی پرستاران برای بازشناسی معضله‌ها و تصمیم‌گیری اخلاقی مناسب برای بیماران است. هدف این مطالعه کشف ماهیت تجربه پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی در مراقبت از بیماران می‌باشد.

روش و مواد کار: این مطالعه با استفاده از رویکرد نظریه پایه انجام گرفت. شرکت‌کننده‌های آن ۱۷ پرستار بودند که گردآوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار و بدون ساختار و عمیق انجام گرفت. داده‌ها ضبط و کلمه به کلمه دست‌نویس شدند و تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش استرئوس و کوربین در مقایسه مداوم و کدگذاری باز، محوری و انتخابی انجام گرفت.

نتایج: بافت تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران متشکل از عوامل فردی و شغلی پرستار، عوامل مربوط به بیمار و خانواده بیمار، عوامل مربوط به پزشک و محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری می‌باشد. پرستاران رویکردهای وظیفه‌ای و محافظتی و جلوگیری از آسیب را با توجه به بافت موثر خود در تصمیم‌گیری اخلاقی درپیش می‌گیرند. رویکردهای وظیفه‌ای و محافظتی پرستاران دارای سه رویکرد فراوظیفه‌ای و محافظت از بیمار، وظیفه‌ای و محافظت از بیمار و خود و زیر وظیفه‌ای و محافظت از خود می‌باشد. واکنش عمده آنان به بافت و رویکردهای خود در تصمیم‌گیری از استرس شغلی تا تنش اخلاقی، از آسیب به پرستار تا آسیب به بیمار و از رضایت تا ناراضیاتی فرق می‌کند. همچنین سایر واکنش‌های روانی-عاطفی پرستاران از افزایش انگیزه تا کاهش انگیزه، از احساس سرحالی تا خستگی و بی‌حوصلگی، از دلگرمی تا تضعیف روحیه، از حس شایستگی تا حس ناشایستگی، از الگو سازی مثبت تا الگوسازی منفی و از سازگاری و حساسیت تا عادی‌شدن و بی‌تفاوتی متفاوت است. به نظر پرستاران، بافت موثر عامل عمده تعارض و استرس آنان و عدم امکان مراقبت و پاسخدهی اخلاقی آنان به نیازهای بیمار و خانواده بیمار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، ضروری است که پرستاران برای تصمیم‌گیری اخلاقی و بدور از استرس و تنش اخلاقی به بافت تصمیم‌گیری خود توجه کنند و عامل‌های درگیر در محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت درصدد اصلاح ساختار و تدوین اصول و مقررات اخلاقی برآیند تا شرایط برای رفتار اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بهبود یابد. الگوی تصمیم‌گیری اخلاقی ارائه شده در این مطالعه با توجه به بافت می‌تواند قدم اولیه و کمک‌کننده در این راستا باشد.

کلمات کلیدی: بافت تصمیم‌گیری اخلاقی، رویکرد جلوگیری از آسیب، رویکرد وظیفه‌ای و محافظتی، استرس، نظریه پایه، پرستاری

فهرست مطالب	
صفحه	عنوان
۱-۸	فصل اول : معرفی موضوع
۱	بیان مسئله
۵	سؤال پژوهش
۶	پیش فرض‌ها و فلسفه هدایت کننده و پارادایم پژوهش
۹-۴۸	فصل دوم : بررسی متون
۹	اخلاق و اخلاقی بودن
۱۰	دو دیدگاه اخلاق
۱۱	نظریه‌های اخلاق: دو مکتب اخلاقی در اخلاق هنجاری
۱۸	اصول اخلاقی
۲۷	اصول اخلاق پزشکی
۳۰	رویکردهای استدلال اخلاقی
۳۸	تصمیم‌گیری اخلاقی و الگوهای آن
۴۴	مروری بر مطالعات
۴۹-۷۴	فصل سوم : روش‌شناسی پژوهش
۴۹	رویکرد مورد استفاده در مطالعه
۵۱	محیط پژوهش
۵۱	روش نمونه‌گیری
۵۷	روش جمع‌آوری داده‌ها
۵۸	روش تحلیل داده‌ها
۶۹	اعتمادپذیری و دقت مطالعه
۷۳	ملاحظات اخلاقی
۷۵-۲۴۳	فصل چهارم: یافته‌های پژوهش
۷۵	معرفی شرکت کنندگان در پژوهش
۷۵	طبقات اصلی و فرعی
۷۸	مفهوم تصمیم‌گیری اخلاقی برای پرستاران
۷۹	بافت موثر برای تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران
۷۹	(۱) عوامل مربوط به پرستار
۱۱۵	(۲) عوامل مربوط به بیمار و خانواده بیمار
۱۲۸	(۳) عوامل مربوط به پزشک
۱۳۹	(۴) محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت پرستاری

۱۶۴	تعامل و رویکردهای پرستاران
۱۶۴	رابطه پرستار
۱۶۴	(۱) رابطه پرستار با بیمار و خانواده
۱۷۳	(۲) رابطه پرستار با همکاران
۱۷۹	رویکردهای پرستاران
۱۷۹	(۱) رویکردهای وظیفه ای و محافظتی
۲۱۹	(۲) رویکرد پیشگیری از آسیب
۲۲۴	پیامدها و نتایج حاصل از بافت، تعامل و رویکردهای پرستاران
۲۲۴	(۱) استرس شغلی و تنش اخلاقی
۲۳۰	(۲) آسیب به بیمار و آسیب به پرستار
۲۳۴	(۳) رضایت بیمار و خانواده او و احساس رضایت پرستار
۲۳۶	(۴) سایر واکنش‌ها یا اثرات روانی-عاطفی بر پرستار
۲۴۴-۳۰۸	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۲۴۴	سئوال پژوهش ۱: تصمیم‌گیری اخلاقی برای پرستاران به چه معنی می‌باشد؟
۲۴۵	سئوال پژوهش ۲: بافت موثر برای تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران چیست؟
۲۶۰	سئوال پژوهش ۳: تعامل و رویکردهای پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی چیست؟
۲۷۳	سئوال پژوهش ۴: پیامدهای حاصل از بافت و رویکردهای پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی چیست؟
۲۸۰	نظریه پایه: رویکرد جلوگیری، وظیفه‌ای و محافظتی پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی
۲۹۲	الگو برای تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران
۲۹۲	پیش فرض‌ها
۲۹۴	متاپارادیم‌های الگو
۲۹۶	مراحل و الگوی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران
۳۰۱	محدودیت‌های پژوهش
۳۰۱	کاربرد یافته‌های پژوهش
۳۰۶	پیشنهاد برای پژوهش‌های بعدی
۳۰۸	منابع
۳۱۸	اظهار نامه پژوهشگر و ارزیابی اخلاقی پژوهش
۳۱۹	تأییدیه رئیس دانشکده جهت انجام پژوهش
	فهرست دیاگرام‌ها
۸۱	دیاگرام شماره ۱: رابطه میان اعتقاد و باورها، حس مسئولیت‌پذیری، عملکرد، پاسخدهی و مراقبت و پیامدهای آن
۸۵	دیاگرام شماره ۲: رابطه درک، همدلی و نועدوستی را با چگونگی عملکرد و پیامدهای ناشی از آن
۸۸	دیاگرام شماره ۳: رابطه خطرپذیری با عملکرد بویژه مداخله خودجانبه و پیامدهای حاصل

۹۱	دیاگرام شماره ۴: رابطه میان انتظار تشویق و تنبیه، تشویق و تنبیه و پیامدهای حاصل
۹۲	دیاگرام شماره ۵: رابطه مشکلات شخصی و خانوادگی را با چگونگی عملکرد و پیامدهای حاصل
۹۸	دیاگرام شماره ۶: رابطه دانش و تجربه شغلی را با سایر ویژگی‌های و عملکرد پرستار و پیامدهای حاصل
۱۰۰	دیاگرام شماره ۷: رابطه کمبود منابع با آگاهی و شناخت و رابطه آن با عملکرد، پاسخدهی، مراقبت و ارتباط با بیمار و پیامدهای حاصل
۱۱۱	دیاگرام شماره ۸: رابطه میزان اختیار پرستار را با چگونگی عملکرد و پیامدهای آن
۱۱۲	دیاگرام شماره ۹: رابطه نوع شیفت، تعداد و طولانی بودن شیفت پرستار با امکانات و عملکرد و پیامدهای حاصل
۱۱۸	دیاگرام شماره ۱۰: رابطه درک، نگرش و فرهنگ بیمار و خانواده او با ارتباط بیمار و خانواده با پرستار و پیامدهای حاصل
۱۲۰	دیاگرام شماره ۱۱: رابطه نیازها و خواسته‌های بیمار و خانواده با چگونگی پاسخدهی و مراقبت و پیامدهای آن
۱۲۶	دیاگرام شماره ۱۲: رابطه تنش و نگرانی بیمار و خانواده با پاسخدهی پرستار و پیامدهای آن
۱۲۸	دیاگرام شماره ۱۳: رابطه تقدیر خانواده بیمار با عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۳۱	دیاگرام شماره ۱۴: رابطه حضور پزشک با عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۳۳	دیاگرام شماره ۱۵: رابطه دردسترس بودن پزشک با حضور پزشک، عملکرد پرستار و پیامدهای حاصل
۱۳۵	دیاگرام شماره ۱۶: رابطه پذیرش و احترام به مداخله پرستار از سوی پزشک با چگونگی عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۳۸	دیاگرام شماره ۱۷: رابطه میان مداخله پزشکی تأخیری و نامناسب و پیامدهای آن
۱۴۱	دیاگرام شماره ۱۸: رابطه کمبود پرسنل پرستاری با چگونگی عملکرد، مراقبت، پاسخدهی و ارتباط پرستار و پیامدهای آن
۱۴۵	دیاگرام شماره ۱۹: رابطه کمبود امکانات و وسایل، کمبود تخت خالی و کمبود دارو با وضعیت بیمار، عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۴۷	دیاگرام شماره ۲۰: رابطه پرکاری و سختی کار با چگونگی عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۵۱	دیاگرام شماره ۲۱: رابطه کمبود وقت و نداشتن فرصت کافی پرستار با عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۱۵۴	دیاگرام شماره ۲۲: رابطه تشویق و تنبیه پرستار با عملکرد و پیامدهای آن
۱۵۸	دیاگرام شماره ۲۳: رابطه میان ساختار نامناسب پرستاری را با پیامدها و عملکرد پرستار
۱۶۳	دیاگرام شماره ۲۴: رابطه درآمد، حقوق و مزایای پرستار با عملکرد و پیامدهای آن
۱۶۶	دیاگرام شماره ۲۵: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، ارتباط دوجانبه، عملکرد و پیامدهای آن
۱۶۹	دیاگرام شماره ۲۶: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، توجه و توجیه پذیری بیمار و خانواده او و پیامدهای آن
۱۷۰	دیاگرام شماره ۲۷: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، دادن آگاهی به بیمار و خانواده و پیامدهای آن
۱۷۲	دیاگرام شماره ۲۸: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، گفتن حقیقت تلخ و پیامدهای آن
۱۷۶	دیاگرام شماره ۲۹: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، همکاری و کمک متقابل پرستار و همکاران، عملکرد و پیامدهای آن
۱۷۷	دیاگرام شماره ۳۰: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، تبادل تجربیات و نظرات، عملکرد و پیامدهای آن
۱۷۸	دیاگرام شماره ۳۱: بافت موثر و رابطه پرستار با بیمار و خانواده بیمار و پزشک
۱۸۱	دیاگرام شماره ۳۲: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، فداکاری و در اختیار کامل شغل بودن و پیامدهای آن
۱۸۲	دیاگرام شماره ۳۳: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، ترک تأخیری بخش و صرف وقت برای بیمار، عملکرد و پیامدها
۱۸۷	دیاگرام شماره ۳۴: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، مداخله خودجانبه و پیامدهای آن
۱۹۱	دیاگرام شماره ۳۵: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، چالش پرستار و پیامدهای آن

۱۹۶	دیاگرام شماره ۳۶: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، عملکرد و انجام مسئولیت و پیامدهای آن
۲۰۰	دیاگرام شماره ۳۷: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، مراقبت پرستار و پیامدهای آن
۲۰۷	دیاگرام شماره ۳۸: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، پاسخدهی پرستار و پیامدهای آن
۲۱۵	دیاگرام شماره ۳۹: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، ثبت کاذب پرستار و پیامدهای آن
۲۱۶	دیاگرام شماره ۴۰: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، منشی‌گری و عملکرد پرستار و پیامدهای آن
۲۱۷	دیاگرام شماره ۴۱: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، قصور و کم‌کاری پرستار و پیامدهای آن
۲۲۳	دیاگرام شماره ۴۲: رابطه میان عوامل مربوط به بافت، رویکرد جلوگیری از آسیب و پیامدهای آن
۲۲۳	دیاگرام شماره ۴۳: رابطه میان بافت موثر، رابطه پرستار با بیمار، خانواده و پزشک و رویکردهای پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی
۲۸۱	دیاگرام شماره ۴۴: رابطه ویژگی‌های پرستار با رابطه، رویکرد و پیامدها
۲۸۳	دیاگرام شماره ۴۵: رابطه عوامل مربوط به بیمار و پرستار با رابطه و رویکرد و پیامدها
۲۸۴	دیاگرام شماره ۴۶: رابطه عوامل مربوط به پزشک با رویکرد پرستار و پیامدها
۲۸۵	دیاگرام شماره ۴۷: رابطه محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت با رابطه، رویکردها و پیامدها
۲۸۷	دیاگرام شماره ۴۸: رابطه محدودیت‌های ساختاری و نظام مدیریت، ویژگی‌های منفی پزشک و ویژگی‌های مثبت پرستار با رویکرد و پیامدها
۲۹۰	دیاگرام شماره ۴۹: رابطه میان بافت موثر، روابط با بیمار، خانواده و همکاران، رویکردهای جلوگیری از آسیب، وظیفه‌ای و محافظتی پرستاران و پیامدهای حاصل
۳۰۰	دیاگرام شماره ۵۰: الگو و فرایند انتخاب رویکرد در تصمیم‌گیری اخلاقی پرستار
۷۵	جدول شماره ۱: طبقات اصلی، طبقات فرعی و ویژگی‌های اصلی آنها
	فهرست پیوست‌ها
۳۲۰	پیوست شماره ۱: برگ درخواست همکاری
۳۲۱	پیوست شماره ۲: برگ اطلاعات برای داوطلبان شرکت در تحقیق
۳۲۲	پیوست شماره ۳: فرم رضایت آگاهانه شرکت در مطالعه
۳۲۳	پیوست شماره ۴: چهارچوب و برنامه مصاحبه
۳۲۴	پیوست شماره ۵: فهرست کدهای باز
۳۲۸	چکیده انگلیسی

فصل اول:

معرفی موضوع

"من برای کامل کردن مکارم اخلاق مبعوث شده‌ام"

پیامبر گرامی اسلام(ص)

در این فصل، ابتدا بیان مسئله بحث می‌شود، سپس اهداف و سئوالات پژوهش و در آخر پیش فرض‌ها، فلسفه هدایت‌کننده و پارادایم تحقیق توضیح داده می‌شود.

بیان مسئله

اخلاق با معنی واژه‌هایی مثل درست، غلط، خوب، بد، باید و وظیفه رابطه دارد. اخلاق اساساً با تصمیم‌گیری انفرادی یا گروهی افراد درباره درستی یا غلط بودن اعمال خاص و اینکه یک نفر باید چه کاری را انجام دهد و یا حق چه چیزی را دارد، سروکار دارد(رامبلد^۱، ۱۹۹۳). علم اخلاق^۲ شاخه‌ای از فلسفه است که خطوط راهنما برای اعمال مطلوب ترسیم می‌کند(دون مارین^۳، ۱۹۹۸).

پرستاری حرفه‌ای است که برای هدایت عمل نیازمند دانش اخلاقی پرستاری است. پرستار در هر شرایط و موقعیت تحصیلی که باشد، نیازمند اخلاق است؛ چراکه نتایج عمل او بستگی به دانش اخلاقی وی دارد. درواقع، می‌توان گفت تمام اعمال پرستاری اخلاقی است(چین^۴، ۱۹۹۹). عمل اخلاقی جنبه‌حیاتی مراقبت پرستاری است و رشد شایستگی اخلاقی برای حال و آینده عمل پرستاری ضروری است(شروتر^۵، ۲۰۰۲a). پرستاران نیازمند توسعه دانش واژه‌شناسی و رعایت ملاحظات اخلاقی هستند تا قادر به اداره‌کردن موقعیت‌ها در آینده باشند. آنها نمی‌توانند مسئولیت جوابگویی به بیماران را انکارکنند، لذا بایستی قادرباشند مراقبت ایمن، شایسته، قانونی و اخلاقی برای تمام بیماران تامین نمایند(شروتر، ۲۰۰۲b). آنها بایستی مراقبت پرستاری اخلاقی را از تمام

1 . Rumbold
2 . Ethics
3 . Dunn Marianne
4 . Chinn
5 . Schroeter

بیماران در تمام محیط‌های مراقبتی به‌عمل‌آورند و متوجه باشند که عامل اخلاقی عنصر جدانشدنی از حرفه پرستاری است (کینگ^۱، ۲۰۰۲).

متأسفانه، حوزه اخلاق مراقبت بهداشتی در طول چهار دهه اخیر به نگرانی‌های پرستاری یا رشد آن توجه خوبی نشان نداده‌است و در تئوری، تحقیق و عمل به انواع مسائل اخلاقی که پرستاران در عمل با آن مواجه هستند و مسائلی که آنها در نقش خود به عنوان عامل اخلاقی تجربه می‌کنند، تمایل سطحی یا جزئی نشان داده‌است (رادنی^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). همچنین، الگوهایی که اخیراً در اخلاق مطرح شده‌اند، خیلی مفید نمی‌باشند؛ چراکه به دلیل عدم توجه کافی به بافتی^۳ که معضل‌های اخلاقی در آن رخ می‌دهند، تمایل به تعریف اخلاق در واژه‌های محدود دارند (چمبلیس^۴، ۱۹۹۶؛ کیت‌چنر^۵، ۱۹۹۶؛ پرلبل‌تنسکی^۶، ۱۹۹۶؛ تروینو^۷، ۱۹۸۷؛ وگنر^۸، ۱۹۹۶).

مسائل اخلاقی پیچیده به دلیل داشتن ماهیت انتزاعی، مبهم، عاطفی و همچنین شخصی بودن ارزش‌ها موجب معضل‌های بزرگ در نظام ارائه مراقبت بهداشتی می‌شوند. در واقع، معضل اخلاقی از تعارض ناشی می‌شود که منشاء آن تضاد میان افراد در برداشت متفاوت از معنی زندگی و راه درست زندگی می‌باشد (دون مارین، ۱۹۹۸). تصمیم‌گیری اخلاقی فرایندی است که افراد از آن برای حل تعارض‌های اخلاقی استفاده می‌کنند (نیوفیلد^۹، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر، تصمیم‌گیری اخلاقی شکل سازمان یافته تأمل^{۱۰} اخلاقی است. تأمل اخلاقی زمانی صورت می‌گیرد که فرد با یک مشکل اخلاقی مواجه شود و سؤال "چه باید بکنم؟" را از خود بپرسد (رادنی و همکاران، ۲۰۰۲).

اگرچه تصمیم‌گیری پرستاران معمولاً بدون آگاهی هوشیار از فرایند تصمیم‌گیری صورت می‌گیرد، اما آنها دارای یک حس درونی هستند که می‌دانند چه کار می‌کنند. با این حال، پرستاران اغلب تصمیم‌گیری اخلاقی را

1. King
2. Rodney
3. Contextual
4. Chambliss
5. Kitchener
6. Prilleltensky
7. Trevino
8. Wegener
9. Newfield
10. Deliberation

به دلیل این که به اندازه سایر تصمیم‌گیری‌ها روشن نمی‌باشد، دشوار می‌یابند. همچنین هر پرستاری ممکن است یک موقعیت را بطور متفاوت تجربه کند و بطور متفاوت در موقعیت‌ها تعارض اخلاقی را شناسایی کند و احساسات، رفتارها، اعمال و تحلیل او و همین‌طور روشن‌سازی موقعیت برای او متفاوت باشد (تسودین^۱، ۲۰۰۳). همگان معتقدند که تصمیم‌گیری اخلاقی عنصر ضروری عمل حرفه پرستاری است. عواملی مثل پیشرفت فن آوری پزشکی، تخصیص منابع، افزایش هزینه‌ها، افزایش جمعیت سالمندی، توجه به حقوق فردی و تغییر در نقش پرستار می‌توانند منجر به تعارض‌های اخلاقی گردند که ممکن است پرستار در عمل روزانه با آنها برخورد کند (یونگ^۲، ۱۹۹۷). همچنین، تصمیم‌گیری اخلاقی اساساً متفاوت از سایر تصمیم‌گیری‌ها نیست، اگرچه ممکن است احساس شود که تصمیم‌گیری اخلاقی بسیار دشوار است و تجلی سطح بالاتر استدلال را دربرمی‌گیرد؛ اما، اخلاق چیز ذهنی و پیچیده نیست، بلکه چیزی روزمره و عملی است. روشن است که گاهی اوقات تصمیم‌های اساسی در زندگی وجود دارد که بایستی گرفته شوند، اما این تصمیمات اساس قبلی دارند که دیگران قبلاً گرفته‌اند و تمام آنها ریشه در ارزش‌ها، باورها و نگرش‌های افراد تصمیم‌گیرنده دارند. اگرچه اکثر این تصمیم‌ها مدیریتی و برخی شغلی و مراقبتی است، اما برخی از آنها به طور مستقیم اخلاقی هستند؛ همچنین پرستاران باید به بیماران، مددجویان و همکاران در تصمیم‌گیری‌ها کمک کنند (گیبسون^۳، ۱۹۹۳؛ شروتتر، ۲۰۰۲). در این باره، گیبسون (۱۹۹۳) اظهار می‌دارد که پرستاری قسمت حیاتی و یکپارچه سیستم مراقبت بهداشتی است؛ پرستاران تماس بسیار نزدیک و بسیار مداومی با مددجو نسبت به سایر حرفه‌های مراقبت بهداشتی دارند؛ آنها محرم اسرار بیماران و اعضای خانواده در برابر ترس‌ها، امیدها و اندوه‌ها هستند. بنابراین، این موقعیت، مزیت‌ها و مسئولیت‌های بی‌نظیری را برای آنها بوجود می‌آورد. به نظر او، در سطح اولیه پیشگیری، بیماران برای کسب اطلاعات و حمایت در مواقعی که آنها با تصمیم‌گیری‌های دشواری مواجه می‌شوند به پرستاران نگاه می‌کنند. در سطح ثانویه مراقبت درمانی، پرستاران بطور فعال در کنترل و حفظ چگونگی‌های درمان مثل سیستم‌های حمایت زندگی درگیر هستند و در سطح جامعه از پرستاران انتظار می‌رود که در سازمان بهداشتی در قالب‌بندی سیاسی و

1. Tschudin

2. Yung

3. Gibson

جوامع حرفه ای در بدنه‌های قانونی درگیرشوند. مسلماً پرستاری فعالیت اخلاقی است که انجام کار خوب و اجتناب از آسیب را شامل می‌شود (شروتر، ۱۹۹۹).

پرستاران نیازمند توانایی بازشناسی معضل‌های اخلاقی^۱ و تصمیم‌گیری مناسب هستند. آنها برای تصمیم‌های پرستاری (بالینی، فنی و اخلاقی) در مسائل خاص برای بیمار خاص مسئول هستند. شناخت تصمیم‌گیری اخلاقی قسمت مهمی از شناخت عمل حرفه افراد حرفه ای است. آنها باید بدانند که در عمل با مسائل اخلاقی چگونه می‌توان برخورد کرد (رادنی و همکاران، ۲۰۰۲). پرستاران بعنوان افراد حرفه ای باید بدانند که چگونه تصمیم‌گیری اخلاقی بکنند تا حقوق اخلاقی بیماران را بدون به‌خطراختن وجدان اخلاقی خود، محترم بشمارند (یونگ، ۱۹۹۷).

مطالعات نشان می‌دهند که آگاهی پرستاران از مسئولیت‌های اخلاقی خود در ارائه مراقبت‌ها رو به افزایش است؛ با این حال، آنها برای نشان دادن معضل‌های اخلاقی آماده نشده‌اند و تنها فرصت شرکت کردن در تصمیم‌گیری اخلاقی به آنها داده شده‌است. مطالعات نشان داده‌اند که پرستاران هم در شناسایی معضل‌های اخلاقی و هم در حل آنها مشکل دارند (رادنی و همکاران، ۲۰۰۲). اگرچه تصمیم‌گیری اخلاقی فرایندی شبیه سایر فرایندهای تصمیم‌گیری است، اما ممکن است عناصری بیشتر در آن درگیر باشند که نیاز به روشن‌سازی و بحث بیشتر نسبت به سایر فرایندهای تصمیم‌گیری باشد. اغلب در موقعیت‌های چالش‌انگیز اخلاقی، نگرانی اصلی و عمده در مسائل اخلاقی روشن است یا حداقل آن لحظه آنطور به نظر می‌رسند که روشن می‌باشد، اما موقعیت‌ها و اهمیت موقعیت‌ها پیوسته در حال تغییر و تحول است (تسودین، ۲۰۰۳). به نظر ویلیامز^۲ (۲۰۰۴) در مورد مسائل اخلاقی معمولاً با اطلاعات ناکافی، منابع ناکافی و زمان ناکافی تصمیم‌گیری می‌شود؛ درحالی که لازم است در موقعیت‌های غیرمعمول و پرخطر به منابع متعددی توجه شود. اکثریت این تصمیم‌ها روتین وار هستند و اغلب با تأمل کم یا غیرصریح اتخاذ می‌شوند. او اظهار می‌دارد که تصمیم‌گیری اخلاقی کمتر مطالعه شده‌است؛ اما از زمانی که وجود داشته، دریافته‌اند که تصمیم‌گیری اخلاقی بسیار پیچیده‌است و تحت تأثیر

1. Moral dilemmas

2. Williams