



فصلنامه اخلاق و فرهنگ

در پرستاری و مامایی

دانشگاه شاهد/ دوره اول/ شماره ۱/ پیاپی ۱/ بهار ۱۳۹۳

شاپا: ۰۴۵-۲۳۸۳ X

شماره مجوز وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی: ۷۰۰/۸۵۷/تاریخ ۹۲/۰۳/۲۹ شماره پروانه وزارت ارشاد: ۹۲/۹۵۲۶ تاریخ ۹۲/۰۴/۱۰

قابل توجه نویسندگان محترم

تمامی مراحل و فرایندها پذیرش، داوری و ... مقاله به صورت الکترونیکی و آنلاین می‌باشد.

کارشناس فنی چاپ: معصومه رضایی اسمرود
ویراستار انگلیسی: مهناز رضوی پیره ماشان
صفحه‌آرا: سیما عدالت نیا
ناشر: انتشارات دانشگاه شاهد

صاحب امتیاز: دانشگاه شاهد
مدیرمسئول: دکتر محمدرضا حیدری
سرمدبیر: دکتر نفیسه ظفرقندی
مدیر اجرایی: رضا نوروززاده

اعضای هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا)

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	استادیار	دکتر فروزان آتش‌زاده
دانشگاه تربیت مدرس	استاد	دکتر فضل‌الله احمدی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	دانشیار	دکتر طاهره اشک‌تراب
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	دکتر فاطمه الحانی
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	دکتر منیره انوشه
دانشگاه شاهد	استادیار	دکتر مریم جدید میلانی
دانشگاه شاهد	استادیار	دکتر محمدرضا حیدری
دانشگاه شاهد	دانشیار	دکتر ناهید رژه
دانشگاه شاهد	استادیار	دکتر پروین رهنما
دانشگاه شاهد	دانشیار	دکتر نفیسه ظفرقندی
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	استاد	دکتر عباس عباس‌زاده
دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی	دانشیار	دکتر مسعود فلاحی خشک‌تاب
دانشگاه تربیت مدرس	دانشیار	دکتر عیسی محمدی
دانشگاه علوم پزشکی گلستان	استادیار	دکتر غلامرضا محمودی
دانشگاه شاهد	دانشیار	دکتر اطهر معین
دانشگاه شاهد	دانشیار	دکتر مجیده هروی کریموی



نشانی: تهران، خیابان ولی عصر (عج)، تقاطع طالقانی، کوچه رحیم‌زاده پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه شاهد، فصلنامه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۸۷

نماینده: ۶۶۴۱۸۵۸۰

<http://ecnm.shahed.ac.ir>

هدف نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی انتشار نتیجه تحقیقات و مطالعات گروه‌های مختلف آموزشی و پژوهشی دانشگاه‌ها و مؤسسات علمی - پژوهشی کشور است.

توجه: نویسنده مسئول باید تعهدنامه کتبی مبنی بر اینکه مقاله پیش‌تر در نشریه دیگری چاپ نشده را به دفتر مجله علمی ارسال کند؛ تایپ چکیده فارسی با قلم B Mitra نمره ۱۳ و متن مقاله با قلم B Mitra نمره ۱۳، چکیده انگلیسی با قلم Times New Roman نمره ۱۲/۵ باشد درخصوص پژوهش‌های مداخله‌ای، نظر کمیته اخلاق مؤسسه مربوطه و ثبت آن در سایت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) ضروری است.

- **انواع مقالات قابل قبول عبارت‌اند از:** الف) مقالات اصیل کمی و کیفی (Original Articles)؛ ب) گزارش مورد (Case Report) و ج) مقالات مروری (Review Articles) در صورتی پذیرفته می‌شوند که نویسنده یا نویسندگان آن حاصل و نتایج کارهای تحقیقاتی خود را با دیگران مقایسه کرده باشند.

نحوه ارائه متن مقاله

- **صفحه عنوان (Title Page) به زبان فارسی و انگلیسی:** الف) عنوان کامل مقاله؛ ب) نام و نام خانوادگی و بالاترین درجه علمی و سمت دانشگاهی نویسنده (گان) و نویسنده مسئول با علامت * مشخص شود؛ ج) نام گروه آموزشی نویسنده؛ د) نام، آدرس پستی و پست الکترونیکی نویسنده مسئول شامل: شهر، دانشگاه، دانشکده، پست الکترونیک، تلفن دانشکده، تلفن منزل، تلفن همراه و نامبر؛ ه) درج عنوان مکرر مقاله (Running Title)؛ و) درج نام مؤسسات یا سازمان‌هایی که کمک مالی، تجهیزاتی، دارویی و ... را فراهم کرده‌اند.

- **چکیده مقاله:** چکیده مقاله باید حداکثر ۲۵۰ کلمه بوده و به تفکیک حاوی عنوان، مقدمه، روش، یافته‌ها، نتیجه‌گیری و واژگان کلیدی باشد؛ استفاده از ۳ تا ۵ واژه از واژگان فهرست Mesh (عنوان مباحث پزشکی) در ایندکس مدیکوس توصیه می‌شود و خلاصه مقاله به هر دو زبان فارسی و انگلیسی در صفحه‌ای جداگانه ارسال شود (چکیده انگلیسی به‌طور دقیق ترجمه چکیده فارسی باشد).

- **متن:** شامل مقدمه، روش، یافته‌ها، بحث، نتیجه‌گیری نهایی و تشکر و قدردانی است. روش بررسی باید در همه بخش‌های انتخاب نمونه، روش و تحلیل آماری به آن حد تفصیلی نوشته‌شود که دیگران نیز بتوانند پژوهش را دوباره تکرار کنند. تعداد صفحات متن نباید از حداکثر ۱۰ صفحه ۲۰ سطری تایپی تجاوز کند. شماره منابع در متن به ترتیب استفاده و در داخل پرانتز آورده شود.

- **جداول و نمودارها:** تعداد جداول و نمودارها باید با یافته‌ها و حجم مقاله متناسب باشد؛ مجموع جدول‌ها و نمودارها از چهار عدد تجاوز نکند؛ نمودارها و جدول‌ها با درج شماره و عنوان کامل از طریق نرم‌افزار Word و با اعداد فارسی در بخش یافته‌ها و پس از محل ارجاع رسم شوند؛ از آوردن جداول و نمودارهایی که به اطلاعات و داده‌های آنها در متن مقاله به‌طور کامل اشاره شده است خودداری شود؛ جداول باید دارای عنوان کامل بوده، همانند متن اصلی توسط نرم‌افزار Word و با اعداد فارسی تایپ شوند؛ نمودارها نیز باید عنوان کامل داشته و مشخص بودن مقادیر نمودار و فارسی بودن اعداد در نمودار نیز الزامی است.

- **عکس‌ها:** در مورد عکس‌هایی که از بیماران تهیه شده است، پوشاندن بخش‌هایی که مشخص‌کننده هویت بیمار است ضرورت دارد. بایستی عکس‌ها اصل باشند و از فرستادن کپی و عکس‌های با کیفیت پایین نیز خودداری شود. تصاویر می‌بایست سیاه و سفید در ابعاد حداکثر ۱۲*۸ سانتی‌متر و با زیرنویس مربوطه به صورت فایل الکترونیکی با پسوند *.jpg ارسال شوند.

- **شیوه نگارش فهرست منابع:** منابع بر اساس سیستم ونکور به صورت پی‌درپی و پیرو استفاده آنها در متن شماره گذاری شود. در این نشریه، منابع فارسی نیز در قالب منابع انگلیسی تنظیم می‌شوند. شیوه نوشتن منابع متن، به ترتیب ظهور آنها در متن و با به کارگیری اعداد در داخل پرانتز مشخص می‌شود، به عبارتی دیگر به هر منبع مورد استفاده یک عدد اختصاص می‌یابد؛ هنگامی که از چند منبع که شماره‌های آنها پشت سر هم است به کار می‌برید، از خط فاصله (-) برای توالی نخستین عدد و آخرین عدد استفاده کنید، مانند (۳-۸)؛ زمانی که از چند منبع که شماره‌های آنها پشت سر هم نیست بهره می‌برید، میان هر شماره با شماره بعدی، یک علامت ویرگول و بدون فاصله قرار دهید، مانند (۲، ۶، ۷، ۸، ۱۰)، (۲-۵) و (۷).

نگارش منابع مقالات با حروف لاتین

- **مقاله از مجله چاپی:** نام خانوادگی (فاصله) حرف یا حروف اول نام کوچک با حروف بزرگ (.) نام مقاله (.) عنوان اختصاری مجله (.) سال انتشار (؛) دوره (جلد): شماره صفحات، مانند:

- Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Fried LHP, Lvanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer. 1996; 73(8): 1006-12.

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- مقاله از مجله الکترونیکی: نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود). عنوان مقاله. عنوان اختصاری مجله [اینترنت]. روز و ماه و سال انتشار [روز ماه و سال استناد به آن]؛ دوره (جلد): شماره صفحات. Available from: URL، مانند:

- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102 (6):966 - 969. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

- مقاله از وبسایت: نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان صفحه [اینترنت]. نام شهر: نام ناشر؛ سال انتشار [سال ماه روز انتشار آپدیت شدن؛ سال ماه و روز استناد URL]، مانند:

- American Medical Association. Medical leaders urge collection of demographic information as a step toward ending health care disparities [Internet]. Chicago: American Medical Association; 2011 [updated 2011 April 28; cited 2011 May 4th]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/news/news/medical-leaders-urge-collection-demographic>.

نکته: در صورتی که به تاریخ انتشار دسترسی نبود، به جای date از عبارت No date یا Undated به کار رود تا معلوم شود که فراموش نشده است.

منابع الکترونیکی:

الف) اگر صفحه اینترنتی، نویسنده دارد مانند نمونه زیر عمل کنید:

- Kilmartin M. Women in GP: a strategy for women GPs. 2003. RACGP Online. Available at: URL:<http://www.racgp.org.au/>. Accessed Jul 30, 2003.

- نویسنده: Kilmartin M.

- عنوان صفحه (مدرک و سال انتشار مطلب): Women in GP: a strategy for women GPs (2003)

- عنوان وبسایت: RACGP Online

- درج عبارت "Available at:" و سپس نشانی اینترنتی

- تاریخ مشاهده صفحه: Accessed Jul 30, 2003

ب) اگر صفحه اینترنتی نویسنده ندارد، ابتدا عنوان مطلب را درج کنید.

- High blood pressure in pregnancy. 2001. Available at:

http://www.nhlbi.nih.gov/health/public/heart/hbp/hbp_preg.htm Accessed Oct 21 2012;

- مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاه اطلاعاتی تمام متن ProQuest؛

- برای درج مشخصات مقاله یک مجله الکترونیکی موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی مختلف مانند نمونه زیر عمل کنید:

- درج مشخصات مقاله مجله الکترونیکی مشابه مواردی است که برای درج مشخصات مقاله انگلیسی به کار می‌برید. تنها تفاوت، درج عبارت [serial online] به معنای «نشریه الکترونیکی» و درج نام پایگاه اطلاعاتی مانند Proquest; Elsevier; ScienceDirect; Blackwell Synergy و نظایر آن است.

- Rockwood K, Graham JE, Fay S. Goal setting and attainment in Alzheimer's disease patients treated with donepezil. J Neurol Neurosurg Psychiatry [serial online] 2002; 73(5):500-507. Available from: Proquest, Accessed Dec 19, 2003.

کتاب الکترونیکی:

- اگر از متن کتابی استفاده می‌کنید که به شکل CD است، مانند نمونه‌های زیر عمل کنید:

- The Oxford English dictionary [book on CD-ROM 2nd ed]. New York: Oxford University Press; 1998.

- Martindale: the complete drug reference [book on CD-ROM]. Englewood, CO: Micromedex; 1999. Based on: Parfitt K, editor. Martindale: the complete drug reference. London: Pharmaceutical Press; 1999.

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- اگر از متن کتابی استفاده می‌کنید که در محیط اینترنت است، مشابه نمونه‌های بالا بنویسید و به جای عبارت [CD-ROM book on] عبارت [book online] را جایگزین کنید.

مکاتبات با پست الکترونیکی

- Smith P. New research projects in gastroenterology [online]. E-mail to Matthew Hart (mh@hospital.wa.gov.au) Feb 5, 2000.

- **استناد به پایان‌نامه:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان پایان‌نامه. [dissertation] [محل انتشار]: ناشر؛ سال انتشار. تعداد کل صفحات، مانند:

- Allen SJ. The social and moral fiber of Celtic tiger Ireland [dissertation]. [Dublin]: University College Dublin; 2009. 270p.

- **کتاب با یک نویسنده:** نام خانوادگی (فاصله) حرف یا حروف اول نام کوچک با حروف بزرگ (.). نام کتاب (.). شماره ویرایش یا نوبت چاپ (.). محل نشر (:). ناشر (;). سال انتشار (.).

- نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ. عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Bull M. Sound moves: iPod culture and urban experience. London: Routledge; 2007.

- **کتاب با دو الی شش نویسنده:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود). عنوان کتاب. نوبت چاپ. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- **کتاب با بیش از ۶ نویسنده:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی نویسندگان با کاما از دیگری جدا شود)، et al. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Phillips H, Rogers B, Bernheim KL, Liu H, Hunter PG, Evans J, et al. Community medicine in action. New York: Eastern Press; 2005,

- **کتابی که نویسنده آن سازمان باشد:** نام سازمان. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Department of Agriculture, Food and Rural Development. Pedigree sheep breed improvement program: performance results for lamb's summer 2000. Cavan (Ireland): Department of Agriculture, Food and Rural Development; 2000.

- **کتاب با یک یا چند ویراستار:** نام خانوادگی (گذاشتن یک فاصله) حرف اول نام با حروف بزرگ (اسامی ویراستاران با کاما از دیگری جدا شود). Editors. عنوان کتاب. محل انتشار: ناشر؛ سال انتشار، مانند:

- Whisnant R, DesAutels P, editors. Global feminist ethics. Plymouth: Rowman & Littlefield Publishers; 2008.

- **مشخصات بخشی یا فصلی از کتابی که به وسیله یک یا چند نویسنده نوشته شده باشد:** نام خانوادگی نویسنده فصل (فاصله) حرف اول نام کوچک (.). نام فصل (.). (In) (:). نام خانوادگی نویسنده یا ویراستار کتاب (فاصله) حرف اول نام کوچک (.). نام کتاب (.). شماره ویرایش (.). محل نشر (:). ناشر (;). سال انتشار (.). صفحه اول (خط تیره) صفحه آخر فصل (.). مانند:

- Boyle JS. Culture, family and community. In: Andrews MM, Boyle JS, eds. Transcultural Concepts in Nursing Care. New York: Lippincott; 1999:308-337.

استناد به منابع فارسی در قالب رفرنس نویسی انگلیسی و نکات:

- برای تبدیل منابع فارسی به انگلیسی؛ عنوان، نام نویسنده (گان)، نام مجله، دانشگاه یا سازمان را به طور دقیق از چکیده انگلیسی مقاله برداشته و در آخر عبارت [In Persian] را اضافه کنید.

راهنمای تدوین و پذیرش مقالات نشریه اخلاق و فرهنگ در پرستاری و مامایی

- زمانی که مقاله یا سندی به قدری قدیمی است که چکیده انگلیسی ندارد، فقط باید در گروه آوانویسی کرده، از ترجمه آن خودداری کنید.
- برای مقالات زیر چاپ، چون شماره Issue و صفحه وجود ندارد، در آخر منبع، عبارت (Forthcoming 2012) استفاده می شود. در گذشته عبارت In Press را به کار می بردند؛ اما چون برخی ژورنال ها فقط به صورت الکترونیکی موجودند و نسخه چاپی ندارند، دیگر از این عبارت استفاده نمی شود.
- **استناد به منابع غیر فارسی یا غیر انگلیسی:** برای همه نویسندگان: نام خانوادگی - حرف اول نام کوچک (کپیتال) هر یک با کاما از دیگری جدا شود. عنوان مقاله به زبان اصلی. نام ژورنال به زبان اصلی. سال انتشار؛ دوره (جلد): شماره صفحات. زبان اصلی، مانند:
- Ellingsen AE, Wilhelmsen I. Sykdomsangst blant medisins- og jusstudenter. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(8):785-7. Norwegian.
- در صورت تمایل، می توان عنوان مقاله را به انگلیسی ترجمه و در گروه قرار داد. اما بقیه موارد مانند رفرنس بالا انجام می گیرد.
- Optional translation of article title (MEDLINE/PubMed practice): Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002 Mar 20;122(8):785-7. Norwegian.
- **رفرنس های ثانویه:** گاهی در مقاله ای به رفرنس های دیگری اشاره می شود که حاوی مطالب مورد نیاز شماست، ولی دسترسی به آن منبع ثانویه برای شما امکان پذیر نیست. در متن، شماره رفرنس ثانویه که در اختیار ندارید را شماره گذاری کنید اما در قسمت منابع مانند نمونه زیر عمل نمایید:
- Johnson VA, Brun-Vezicnet F. Update of the drug resistance mutations in HIV-1. top HIV Med 2005; 13: 125-31. In: Deeks SG. Antiretroviral treatment of HIV infected adults. BMJ 2006; 332: 1489-93.
- **نحوه نگارش مقاله کنفرانس به عنوان رفرنس:** چنانچه منبع مورد استفاده حاصل یک کنفرانس باشد (*proceedings conference*) که به چاپ رسیده است برای نگارش آن به صورت رفرنس نام ویراستاران، عنوان مطلب مورد استفاده، نام کنفرانس، سال و ماه و روز آن و محل آن سپس محل نشر و ناشر و سال نشر نوشته می شود، مانند:
- Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.
- چنانچه منبع مورد استفاده مقاله ارائه شده در یک کنفرانس باشد که در کتابچه کنفرانس به چاپ رسیده است برای نگارش آن به صورت رفرنس، نام ارائه دهندگان مقاله، عنوان مقاله، سپس کلمه *In*، نام نویسندگان کتاب کنفرانس و کلمه *editors* و سپس نام کنگره و سال و ماه روز آن و محل اجرای کنفرانس. محل نشر، ناشر، سال و صفحه مورد استفاده می آید، مانند:
- Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, editors. MEDINFO 72. Proceeding of the 7th world congress on Medical informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North- Holland, 1992. P1561-5.
- **چارچوب ارائه گزارش های موردی:** باید دارای چکیده فارسی، واژگان کلیدی، مقدمه، شرح حال، بحث، منابع و چکیده انگلیسی باشند.
- الف) بخش مقدمه
- ب) بخش معرفی بیمار: در این بخش به شرح حال بیمار و یافته های بالینی و پاراکلینیکی تا حدی که منظور از نوشتن مقاله به دست آید پرداخته می شود.
- ج) بخش بحث: در این قسمت فقط خصوصیات مطالعه شده مورد بررسی قرار می گیرد، باید از تکرار پاراگراف هایی که درباره شرح بیماری و سایر خصوصیات آن در کتاب های معتبر یافت می شود خودداری کنید. اهمیت یافته های کنونی با آنچه در بررسی های مشابه به وسیله دیگران گزارش شده است، مقایسه و نتیجه گیری می شود.
- **نحوه ارائه مقالات گردآوری شده:** به شرطی پذیرفته می شوند که نویسنده از افراد آگاه به موضوع خاص بوده، مقاله نیز به تعداد قابل قبولی، منابع، مأخذ (حداقل ۸ منبع) و مستند داشته باشد.

فهرست مطالب

مقاله اول
بررسی میزان رضایت آگاهانه بیماران پیش از عمل جراحی در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (۵) سال

۱۳۹۲

نقیسه ظفرقندی، علی دواتی، فاطمه سرو ۱

مقاله دوم
اخلاق شهروندی: مقوله‌ای بین‌رشته‌ای

محسن فرمهینی فراهانی ۹

مقاله سوم
بررسی سبک‌های مذاکره کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران

مهدی سبحانی‌نژاد، کیوان فردایی بنام، افسانه اجتهادی ۲۳

مقاله چهارم
بررسی تأثیر اجرای برنامه ارتباط درمانی طراحی شده براساس نظریه هیلگارد پپلاو بر مشارکت بیماران
سوختگی در برنامه‌های درمانی و مراقبتی

زهرا سادات‌منظری، ربابه معماریان، زهره ونکی ۳۵

مقاله پنجم
تبیین تجربیات رفتارهای نا محترمانه در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

سهیلا کلانتری، سامیه غنا، میترا حکمت افشار، اکرم ثناگو، لیلا مهستی جویباری ۴۷

مقاله ششم
درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران

محمدرضا حیدری، رضا نوروززاده، زهرا پیشنمازی ۵۷

بررسی میزان رضایت آگاهانه بیماران پیش از عمل جراحی در بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) سال ۱۳۹۲

نفیسه ظفرقندی^{۱*}، علی دواتی^۲، فاطمه سرو^۳

۱. دانشیار، گروه اخلاق پزشکی دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. دانشیار، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دانشجوی پزشکی عمومی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: nafis_zafar@ymail.com

دریافت: ۱۳۹۲/۰۶/۰۳ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۰۹

چکیده

مقدمه: رضایت بیمار نه تنها تضمین کننده محافظت وی از عوارض ناخواسته پزشکی است، بلکه باعث می شود بیمار در فرایند مراقبت پزشکی فعالانه شرکت کند. این تحقیق با هدف بررسی ابعاد رضایت آگاهانه اخذ شده پیش از اعمال جراحی انجام شد.

روش: تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است. در این بررسی ۳۸۰ بیمار بستری در بخش های جراحی بیمارستان شهید مصطفی خمینی (ره) به صورت نمونه گیری تصادفی از طریق پرسشنامه نظرسنجی شدند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۶) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که ۲۹/۷ درصد از بیماران، خودشان فرم رضایت نامه را امضا کرده؛ ۲۲ درصد فرم را مطالعه و ۱۹/۵ درصد معتقد بودند فرم رضایت نامه برای آنها قابل درک بوده است. بیماران درباره تشخیص بیماری (۸/۹ درصد)، نوع درمان (۱۱/۸ درصد)، میزان موفقیت درمان (۲۲ درصد)، میزان شکست درمان (۳۶/۳ درصد)، سایر روش های درمانی (۳۷/۷ درصد)، عوارض احتمالی جراحی (۴۷/۳ درصد)، هزینه ها (۵۰/۷ درصد)، پیش آگهی درمان (۲۰/۷ درصد) و مدت زمان بستری (۲۷/۳ درصد) هیچ توضیحی را دریافت نکرده بودند. فقط ۴۲/۱ درصد بیماران به کسب اطلاعات بیشتر تمایل نشان دادند.

نتیجه گیری: با توجه به تأثیر روند رضایت آگاهانه بر روند درمان و ارتباط پزشک با بیماران، لازم است نقص های موجود در این زمینه مورد عنایت قرار گرفته و برنامه ای جهت تقویت ارتباط پزشک با بیماران برای اخذ رضایت آگاهانه مطلوب در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: اخلاق پزشکی، رضایت آگاهانه، جراحی.

مقدمه

رضایت آگاهانه اساس اخلاق پزشکی است (۱). رضایت بیمار نه تنها تضمین کننده محافظت وی از عوارض ناخواسته پزشکی است، بلکه باعث می شود بیمار در فرایند مراقبت پزشکی فعالانه شرکت کند (۲). تأمل در مبانی و ابعاد رضایت آگاهانه بیانگر این حقیقت است که این موضوع در تمامی سطوح اقدامات پزشکی سایه افکنده است و بسیاری از موضوعات اخلاق پزشکی مانند حقیقت گویی و روابط پزشک و بیمار تحت تأثیر بحث رضایت آگاهانه هستند (۳). در ایران ۴ بند از ۱۰ بند منشور حقوقی بیمار به موضوع رضایت آگاهانه مربوط می شود (۱). طی چند دهه اخیر الگوی قییم مآبانه و سنتی مراقبت از بیمار جای خود را به استقلال و توانمندسازی بیمار داده و ارتباط پزشک با بیمار دچار تغییرات قابل توجهی شده است به طوری که در بیشتر جوامع نگرش پدرسالاری پزشک، دیگر مورد قبول نیست و بیمار در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت های سلامت و درمان نقشی عمده ایفا می کند. دادن اطلاعات لازم درباره بیماری، اکنون برای بسیاری از جوامع حق مسلم و قانونی بیمار تلقی می شود (۵-۴). به طور کلی فرایند رضایت آگاهانه راهی برای مقابله با پدرسالاری است و میان قدرت، آگاهی و اتونومی در انتخاب بیمار یا شرکت کننده در پژوهش از یک سو و قدرت پدرسالاری از سوی دیگر تضادی تطبیقی وجود دارد (۶). اخلاق زیستی، رضایت آگاهانه را تجسم عملی احترام به افراد و خودمختاری فردی تعریف می کند (۷). نیاز اخلاقی به رضایت آگاهانه در اعمال پزشکی یک یادآوری مفید برای پزشکان است که بیماران انسان هستند و رابطه پزشک و بیمار، صداقت در تشخیص و احترام به اتونومی بیمار را نیاز دارد (۸). در نگاهی کلی، کسب رضایت از بیمار به معنی اجازه مداخله پزشکی با استقلال کامل از طرف بیمار و موافقت آزادانه و ابطال پذیر فرد واجد صلاحیت مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) به دنبال آگاهی از ماهیت، هدف و پیامدهای آن با اعتقاد بر تأثیر این مشارکت در انتخاب مؤثرترین و مفیدترین روش درمانی است (۹-۱۰). آشکارسازی (افشای اطلاعات)؛ درک اطلاعات؛ داوطلبانه بودن (اراده و اختیار)؛ صلاحیت؛ رضایت و عوامل مربوط به تعامل و ارتباط میان پزشک و بیمار عناصر اساسی مفهوم رضایت آگاهانه هستند (۱۱-۱۳). بنابراین از بیماری پیش از مداخله طبی رضایت آگاهانه گرفته می شود که برای

انجام عمل ظرفیت داشته باشد، اطلاعات عمل برای وی آشکار شود، اطلاعات بیان شده را بفهمد، داوطلبانه و با اختیار رفتار کرده و رضایت خود را بیان کند. اطلاعات پیش نیاز مهمی برای رضایت آگاهانه است و افراد فقط زمانی می توانند رضایت آگاهانه بدهند که اطلاعات کافی داشته باشند و اطلاعات عرضه شده باید صحیح، مناسب، کافی و قابل فهم بیمار باشند (۱۴-۱۵). ظرفیت تصمیم گیری (صلاحیت) دربرگیرنده توانایی ارتباط، فهم و کارکردن منطقی با اطلاعات و فهم معنی تصمیم گیری در بستر زندگی فردی است و تصمیم گیری داوطلبانه به معنی حق بیمار در انتخاب آزادانه مراقبت های پزشکی فارغ از هرگونه تأثیر خارجی است. فاکتورهای داخلی مانند درد و فاکتورهای خارجی مانند فشار، اجبار و فریب می توانند بر انتخاب آزاد بیمار تأثیر بگذارند (۹ و ۱۶). عملکرد فرد در حوزه ای داوطلبانه است که خارج از کنترل و نفوذ دیگری باشد (۱۷).

از دیگر دلایل غیر قابل انکار رضایت آگاهانه به عنوان بخشی از حقوق بیمار، ارتباط معنی دار میان اخذ رضایت آگاهانه مطلوب (رضایت همراه با آگاهی بخشی کافی) و نتیجه بالینی مناسب شامل بهبود سلامت روانی، برطرف شدن علایم و درد و بهبود عملکرد بیمار و معیارهای فیزیولوژیک است (۱۱). در ایران، موضوع رضایت آگاهانه برای اقدامات جراحی مطالعاتی اندک شده و از طرفی، بیشتر مطالعات فقط ارائه اطلاعات به بیماران را بررسی کرده و درباره سایر ابعاد رضایت آگاهانه اطلاعات کافی وجود ندارد (۱۸). برای بیشتر جراحان هدف از نظریه رضایت آگاهانه مغشوش و ناواضح بوده و آنان درباره اطلاعاتی که ضرورت دارد به بیماران منتقل شود سردرگم هستند و به نظرمی رسد بسیاری از موارد در کشور ما، اخذ رضایت آگاهانه به طور کامل و استاندارد انجام نمی شود (۱۹-۲۰). به طور مسلم انجام پژوهش در این زمینه و شناخت نواقص احتمالی می تواند برای رفع این نواقص، افزایش آگاهی بیماران و مشارکت بیشتر آنان در درمان مفید باشد. به همین دلیل پژوهش حاضر در راستای بررسی میزان آگاهانه بودن رضایت اخذ شده از بیماران که تحت عمل جراحی قرار می گیرند طراحی و انجام شد.

روش

تحقیق حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که به شکل مقطعی در بخش های جراحی بیمارستان شهید مصطفی

عدم رضایت بیمار برای شرکت در آن بود. برای بیماران هدف از پژوهش توضیح داده شد و پس از رضایت آنها به شرکت در سنجش، مصاحبه شد. داده‌ها پس از تکمیل پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (نسخه ۲۱) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این تحقیق، ۳۸۰ بیمار شرکت کردند. از این تعداد، ۲۴۴ نفر زن (۶۴/۲ درصد)، ۲۵۹ نفر (۸۷/۷ درصد) متأهل و ۳۷۰ نفر (۹۷/۳۶ درصد) بالای ۱۸ سال بودند؛ ۱۰ نفر (۲/۶۳ درصد) هم زیر ۱۸ سال به رضایت ولی قهری نیاز داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان $50/47 \pm 12$ و دامنه سنی میان ۲ تا ۹۰ سال بود. ۱۳۹ نفر (۳۶/۵ درصد) تحصیلات زیر دیپلم و کمترین میزان به تحصیلات بالای لیسانس (۱/۵۷ درصد) اختصاص داشت. از نظر پوشش بیمه‌ای ۲۴۸ نفر (۶۵/۲۶ درصد) بیمه تکمیلی داشتند و ۱۱ نفر (۲/۸۹ درصد) از هیچ بیمه‌ای استفاده نمی‌کردند. در ۸ مورد (۲/۱۰ درصد) نیز وضعیت بیمه نامشخص بود. در بررسی حاضر، ۱۱۳ نفر (۲۹/۷ درصد) فرم رضایت‌نامه به‌وسیله خودشان و ۲۶۷ نفر (۷۰/۲ درصد) از طرف شخص دیگری امضا شده بود. ۹۹/۳ درصد از بیماران تمایل داشتند اطلاعات به‌وسیله پزشک معالج ارائه شود.

خمینی (ره) در نیمه دوم سال ۱۳۹۱ و نیمه اول ۱۳۹۲ انجام شده است. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه جمع‌آوری شد. پرسشنامه بر اساس معیارهای ارزیابی رضایت آگاهانه بر مبنای منابع اخلاق پزشکی و استفاده از پرسشنامه‌های معتبر موجود در مقالات طراحی شد و برای ارزیابی روی ۳۰ بیمار به صورت پایلوت در نظر گرفته شد. پس از ارزیابی مجدد و بررسی پایایی و روایی آن به وسیله اساتید صاحب‌نظر، به عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. پرسشنامه علاوه بر سؤالات دموگرافیک شامل دو بخش دیگر بود. پرسش‌ها مربوط به نحوه دریافت اطلاعات به وسیله بیمار حاوی نه گویه (تشخیص بیماری، نوع درمان، میزان موفقیت درمان، میزان شکست درمان، سایر روش‌های درمانی، عوارض جراحی، هزینه‌ها، پیش‌آگهی درمان و مدت زمان بستری) با گزینه‌های هیچ توضیحی، کم، متوسط و زیاد بودند. به واسطه ده پرسش با پنج گزینه به طور کامل موافق؛ تا حدی موافق؛ تا حدی مخالف؛ به طور کامل مخالف و بدون نظر، جنبه‌های مختلف دیدگاه بیماران درباره رضایت آگاهانه ارزیابی شدند. در این مطالعه ۳۸۰ بیمار بستری در بخش‌های زنان، اورولوژی، ارتوپدی و جراحی عمومی به شکل نمونه‌گیری تصادفی ساده مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تحت عمل جراحی الکتیو قرار گرفتن و تمایل بیمار به شرکت در سنجش بود. معیار خروج از مطالعه،

جدول ۱. میزان اطلاعات کسب‌شده از دیدگاه بیماران

میزان اطلاعات حوزه اطلاعات	هیچ توضیحی	کم	متوسط	زیاد	پاسخ داده‌نشده
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
تشخیص بیماری	۳۴ (۸/۹)	۶۴ (۱۶/۸)	۱۰۰ (۲۶/۳)	۱۸۲ (۴۷/۹)	-
نوع درمان	۴۵ (۱۱/۸)	۸۳ (۲۱/۸)	۹۹ (۲۶/۱)	۱۵۳ (۴۰/۳)	-
میزان موفقیت درمان	۸۴ (۲۲)	۷۵ (۱۹/۷)	۱۱۳ (۲۹/۷)	۱۰۷ (۲۸/۳)	۱ (۰/۳)
میزان شکست درمان	۱۳۸ (۳۶/۳)	۱۰۰ (۲۶/۳)	۷۲ (۱۹)	۶۹ (۱۸)	۱ (۰/۳)
سایر روش‌ها	۱۴۴ (۳۷/۷)	۷۱ (۱۸/۷)	۸۰ (۲۱)	۸۲ (۲۱/۷)	۴ (۱)
عوارض جراحی	۱۸۰ (۴۷/۳)	۸۱ (۲۲)	۶۱ (۱۵/۳)	۵۷ (۱۵)	۱ (۰/۳)
هزینه‌ها	۱۹۳ (۵۰/۷)	۵۴ (۱۴/۳)	۷۷ (۲۰/۳)	۵۳ (۱۴)	۳ (۰/۷)
پیش‌آگهی درمان	۷۹ (۲۰/۷)	۸۰ (۲۱)	۱۲۳ (۳۲/۳)	۹۴ (۲۵)	۴ (۱)
مدت بستری	۱۰۵ (۲۷/۳)	۶۷ (۱۷/۷)	۹۸ (۲۵/۷)	۱۰۹ (۲۸/۷)	۱ (۰/۳)

نسبت مشابهی به میزان کم، متوسط و زیاد اطلاعات ارائه شده بود. نزدیک به نیمی از بیماران (۴۷/۳ درصد و ۵۰/۷ درصد) به ترتیب درباره «عوارض احتمالی جراحی و هزینه‌های پیش رو» هیچ اطلاعاتی ارائه نشده بود. حدود ۳۲/۳ درصد از بیماران درباره «پیش‌آگهی درمان» مورد نظر به میزان متوسط و ۲۸/۷ درصد نیز راجع به «مدت بستری» به میزان زیاد اطلاعات کسب کردند. نتایج بررسی نگرش بیماران نسبت به ابعاد مختلف رضایت آگاهانه را می‌توانید در جدول ۲ ببینید.

پاسخ‌های مربوط به نحوه دریافت اطلاعات به وسیله بیمار در جدول ۱ ارائه می‌شود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌کنید میزان کسب اطلاعات بیماران درباره «تشخیص بیماری» ۴۷/۹ درصد زیاد و ۸/۹ درصد هیچ توضیحی است. اطلاعات بیماران از «میزان موفقیت درمان» ۲۹/۷ درصد متوسط و در خصوص «شکست درمان» ۳۶/۳ درصد هیچ توضیحی نشان داده می‌شود. همچنین درباره سایر روش‌های درمانی بالقوه ۳۷/۷ درصد هیچ اطلاعاتی دریافت نکرده بودند و به بقیه افراد نیز به

جدول ۲. توزیع نگرش بیماران در ابعاد مختلف رضایت آگاهانه

گویه‌های مرتبط با سایر ابعاد رضایت آگاهانه (دیدگاه بیماران)	صددرد صددرصد مخالف	تا حدی مخالف	تا حدی موافق	صددرد صددرصد موافق	پاسخ داده نشده
آزاد بودن در انتخاب درمان	۲۳ (۶/۱)	۲۵ (۶/۶)	۷۷ (۲۰/۳)	۲۴۷ (۶۵)	-
لزوم ارائه اطلاعات بیشتر	۱۳۳ (۳۵)	۴۱ (۹/۱)	۶۸ (۱۷/۹)	۹۲ (۲۴/۲)	-
مؤثر بودن اطلاعات داده شده در تصمیم‌گیری	۱۰ (۲/۶)	۶ (۱/۶)	۷۱ (۱۸/۷)	۲۷۲ (۷۱/۶)	-
افزایش نگرانی بیمار با ارائه اطلاعات بیشتر	۹۱ (۲۴/۳)	۶۸ (۱۸)	۸۱ (۲۱/۳)	۶۸ (۱۸)	۳ (۰/۷)
مطالعه فرم رضایت‌نامه به شکل کامل	۹۱ (۲۳/۹)	۶ (۱/۶)	۲۳ (۶/۱)	۶۱ (۱۶/۱)	-
امضای آزادانه و با اختیار رضایت‌نامه	۱۴ (۳/۷)	۶ (۱/۶)	۹ (۲/۴)	۱۰۶ (۲۷/۹)	-
مفهوم و قابل درک بودن فرم رضایت‌نامه	۱۲ (۳/۲)	۶ (۱/۶)	۲۳ (۶/۱)	۵۱ (۱۳/۴)	-
مقصدانستن پزشک در صورت ایجاد عارضه	۶۵ (۱۷)	۵۴ (۱۴/۳)	۱۴۷ (۳۸/۷)	۸۰ (۲۱)	۱ (۰/۳)
مقصدانستن پزشک در فقدان موفقیت درمان	۵۸ (۱۵/۳)	۵۴ (۱۴/۲)	۱۳۸ (۳۶/۳)	۹۷ (۲۵/۵)	-
پاسخ به پرسش‌های بیمار پیش از جراحی	۳۹ (۱۰/۳)	۲۴ (۶)	۹۵ (۲۵)	۱۹۱ (۵۰/۳)	۳ (۰/۷)

جدول ۳ بیان شده است.

در این بررسی، افراد با تحصیلات دیپلم و کمتر از آن اطلاعات بیشتری درباره تشخیص بیماری خود نسبت به افراد با تحصیلات لیسانس و بالاتر دریافت کرده بودند، در حالی که میزان دریافت اطلاعات درباره سایر روش‌های جایگزین در این افراد نسبت به افراد با تحصیلات بالاتر کمتر بود (جدول ۴).

بحث

با اینکه بیش از ۹۰ درصد افراد در امضای فرم رضایت‌نامه بدون نیاز به ولی با قییم قانونی صلاحیت و اهلیت داشتند، اما فرم رضایت‌نامه در بیش از دوسوم موارد به وسیله فرد دیگری امضا شده است که در مقایسه با تحقیق شیخ طاهری و

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌کنید ۶۵ درصد از بیماران در انتخاب درمان پیشنهاد شده آزاد و کمتر از نیمی از آنها موافق بودند که ضرورت داشت نسبت به جنبه‌های مختلف تشخیصی - درمانی اطلاعات بیشتری به آنان ارائه شود و در همین حدود نیز مخالف بودند. بیشتر بیماران اعتقاد داشتند که اطلاعات ارائه شده در تصمیم‌گیری آنها برای جراحی و پذیرش درمان پیشنهادی مؤثر بوده است.

بر اساس این تحقیق، میان سن با میزان اطلاعات دریافتی درباره سایر روش‌های درمانی و هزینه‌های احتمالی پیش رو ارتباط معناداری وجود داشت؛ به این ترتیب که افراد بالای ۵۰ سال اطلاعات کمتری درباره سایر روش‌های درمانی و هزینه‌ها دریافت کردند. توزیع پاسخ بیماران و این ارتباط در

جدول ۳. ارتباط میان سن بیماران و میزان اطلاعات دریافتی

P value	مجموع	توضیح زیاد	توضیح متوسط	توضیح کم	هیچ توضیحی	میزان اطلاعات حوزه اطلاعات دریافتی	
						زیر ۳۰ سال	۳۰ تا ۵۰ سال بالای ۵۰ سال
۰/۰۱	۵۸	۱۶	۱۰	۸	۲۴	زیر ۳۰ سال	سایر روش‌ها
	۱۱۹	۳۴	۲۸	۱۱	۴۶	۳۰ تا ۵۰ سال	
	۱۹۴	۳۰	۴۰	۵۱	۷۳	بالای ۵۰ سال	
	۳۷۱	۸۰	۷۸	۷۰	۱۴۳	مجموع	
۰/۰۰۰	۵۸	۹	۱۶	۱۰	۲۳	زیر ۳۰ سال	هزینه‌ها
	۱۱۸	۱۸	۳۸	۱۶	۴۶	۳۰ تا ۵۰ سال	
	۱۹۵	۲۵	۲۱	۲۶	۱۲۳	بالای ۵۰ سال	
	۳۷۱	۵۲	۷۵	۵۲	۱۹۲	مجموع	

جدول ۴. ارتباط میان سطح تحصیلات بیماران با میزان اطلاعات دریافتی و توزیع فراوانی پاسخ‌ها

P value	مجموع	توضیح زیاد	توضیح متوسط	توضیح کم	هیچ توضیحی	میزان اطلاعات حوزه اطلاعات دریافتی	
						بی سواد	زیر دیپلم دیپلم و فوق دیپلم لیسانس بالتر از لیسانس
۰/۰۲	۸۷	۲۳	۲۱	۲۶	۱۷	بی سواد	تشخیص بیماری
	۱۳۹	۵۵	۵۲	۲۴	۸	زیر دیپلم	
	۱۰۷	۷۷	۱۵	۹	۶	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۱	۱۸	۸	۲	۳	لیسانس	
	۶	۲	۳	۱	۰	بالتر از لیسانس	
	۳۷۰	۱۷۵	۹۹	۶۲	۳۴	مجموع	
۰/۰۳	۸۷	۱۱	۱۷	۱۸	۴۱	بی سواد	سایر روش‌ها
	۱۳۹	۲۲	۲۰	۴۱	۵۶	زیر دیپلم	
	۱۰۵	۲۸	۳۲	۶	۳۹	دیپلم و فوق دیپلم	
	۳۱	۱۳	۹	۳	۶	لیسانس	
	۶	۱	۱	۲	۲	بالتر از لیسانس	
	۳۶۸	۷۵	۷۹	۷۰	۱۴۴	مجموع	

(۱۳۸۷) شباهت دارد که کمترین میزان ارائه اطلاعات را در همین سه زمینه گزارش کرده‌اند (۲۳). همچنین در تحقیق کروسین (۲۰۱۱) ۹۳ درصد افراد از عوارض اطلاع نداشتند (۲۴) و تعداد نفراتی که در این زمینه هیچ اطلاعاتی دریافت نکرده بودند بسیار به همین مقادیر در مطالعه میلاد /امینی (۱۳۸۸) نزدیک است (عوارض ۴۷/۳ درصد در مقایسه با ۴۴/۷ درصد، هزینه‌ها ۵۰/۷ درصد در مقایسه با ۵۵/۷ درصد، شکست درمان ۳۶/۳ درصد در مقایسه با ۳۰/۸ درصد)

همکاران وی کمتر بوده و با مطالعه سی دی کویی (۲۰۱۰) مشابه است (۱۸ و ۲۱). بیشترین اطلاعات دریافت شده در زمینه تشخیص (۹۱ درصد) و نوع درمان (۸۸ درصد) بوده که با مطالعه شاهین (۲۰۱۰) همخوانی دارد (۲۲) و این در حالی است که در بررسی تقدسی‌نژاد (۱۳۸۷) نیز بیشترین اطلاعات در زمینه نوع درمان بوده است (۲۳). کمترین اطلاعات به ترتیب راجع به عوارض جراحی، هزینه‌ها و میزان شکست درمان اختصاص داشت و این نتیجه نیز با مطالعه تقدسی‌نژاد

تصمیم‌گیری‌های درمانی مشارکت فعالی ندارند.

پیشنهادات

تقویت ارتباط پزشک و بیمار و ارزیابی میزان درک و آگاهی بیمار نسبت به جنبه‌های مختلف تشخیصی-درمانی موجب می‌شود که پزشک معالج اطلاعات لازم مانند میزان هزینه‌ها، عوارض و میزان شکست درمان را به بیماران ارائه دهد، بنابراین لازم است تا اینکه اهمیت رضایت آگاهانه میان پزشکان و بیماران تبیین و همچنین بیماران به مشارکت فعال در تصمیم‌گیری درمانی تشویق شوند و فرم‌ها را مطالعه و امضا کنند. پیشنهاد می‌شود فرم‌های رضایت‌نامه مورد بازبینی قرار گیرند تا برای بیماران فهمیدنی‌تر شود و همچنین میزان آگاهانه بودن فرم‌های رضایت‌نامه به‌طور دوره‌ای در بخش‌های جراحی پایش شده تا نقایص آن شناسایی و مرتفع شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در تهیه این مقاله با ما همکاری داشتند به‌ویژه خانم دکتر مریم عباسی بی‌نهایت سپاسگزاریم.

منابع

1. Mirbagher N, Heydari S, Ranjbar N, Afshar M. Quality of informed consent in under surgical inpatient in Isfahan selected hospitals. *JQUM* 2011; 5(3): 8.
2. Committee on ethics. Informed consent. *ACOG* 2009; 439:1-8.
3. Abbasi Nejad M, Jafariyan A, Asghari F, Parsapoor A, Zafarghandi M. Evaluation of information provided to patients before surgery on their satisfaction. *IJME* 2011; 4(5): 49-57.
4. Lashkarizadeh M, Jahanbakhsh F, Samareh Fekri S, PoorSeyyedi B, Aghaei Afshar M, Shokoohi M. Views of cancer patients on revealing diagnosis and information to them. *IJME* 2012; 5(4): 60-68.
5. Zahedi F, Larijani B. Truth telling across cultures: Islamic perspectives. *IJME* 2010; 3: 1-11.
6. Corrigan O. Empty ethics: the problem with informed consent. *SHI* 2003; 25(3): 768-92.

۱۱). بررسی اگری (۲۰۱۰) نیز راجع به عوارض نتایجی مشابه داشت (۲۵). در تحقیق شریستا (۲۰۱۰) نیز کمترین میزان ارائه اطلاعات مربوط به عوارض بوده است (۲۶). از این شواهد می‌توان نتیجه گرفت که لازم است پزشکان برای ارائه اطلاعات در این زمینه‌ها بیشتر توجه کنند.

بیشتر بیماران خود را در انتخاب درمان آزاد دانسته‌اند که از میزان به‌دست‌آمده در مطالعه شیخ طاهری (۱۳۸۸) (۱۸) و میر باقر (۱۳۹۰) (۱) فراتر است. بسیاری از بیماران فرم رضایت‌نامه را مطالعه نکرده بودند، چنانکه در بررسی شیخ طاهری (۱۳۸۸) (۱۸) نیز این نتیجه مشهود بوده و نشان‌دهنده ضعف اساسی در روند اخذ رضایت آگاهانه است. همچنین بیشتر بیماران درباره اینکه فرم قابل فهم بوده یا خیر نظری نداشتند که این کم‌اهمیت بودن فرم‌های رضایت آگاهانه در نظر بیماران را نشان می‌دهد. بیش از ۹۰ درصد بیماران تمایل داشتند اطلاعات را از پزشک معالج دریافت کنند که تحقیق تقدسی نژاد (۱۳۸۷) نیز این مطلب را تأیید می‌کند. بسیاری از بیماران مانند مطالعه شریستا (۲۰۱۰) یادآور شدند که اطلاعات ارائه شده در تصمیم‌گیری آنها برای جراحی مؤثر بوده است (۲۶). در این بررسی حدود ۴۰ درصد بیماران معتقد بودند اطلاعات بیشتر نگرانی آنها را افزایش خواهد داد که نسبت به مورد مشابه در مطالعه بورکل اطلاعات بیشتر درباره خطرات درمان باعث افزایش اضطراب در ۲۰ درصد موارد بود (۲۷). گرچه در مقالات متعدد افزایش میزان تحصیلات با افزایش آگاهی بیماران در رضایت همراه بود؛ اما در مطالعه حاضر، چنین نتیجه‌ای به تحصیلات دیپلم و زیر دیپلم برای دریافت اطلاعات در زمینه تشخیص و تحصیلات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از آن برای دریافت اطلاعات در زمینه روش‌های جایگزین درمانی اختصاص دارد (۲۸ و ۱۱). در بررسی تقدسی نژاد این ارتباط میان افزایش سطح تحصیلات با افزایش آگاهی در زمینه نوع درمان، عوارض، میزان موفقیت درمان و هزینه‌ها وجود دارد (۲۳).

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان می‌دهد که روند اخذ رضایت آگاهانه در وضعیت چندان مطلوبی قرار ندارد و برای تبیین اهمیت آن میان پزشکان و بیماران باید بیشتر تلاش شود. به نظر می‌رسد بیماران با حقوق خود به میزان کافی آشنا نبوده و در

19. Lawrence H, Brener JD, Alison Teytell BA, Horowitz D. Beyond informed consent. *CORR* 2009; 467: 348-51.
20. Leclercq W, Keulers B, Houterman S, Weerman M, Legemaate J, Scheltinga M. A survey of the current practice of informed consent process in general surgery in the Netherlands. *Bio Med Central* 2013; 7(4): 1-18.
21. Siddiqui F, Mohammad Shaikh J, Memon M. An audit of informed consent in surgical patient at a university hospital. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2010 ; 22(1): 133-35.
22. Sahin N, Ozturk A, Ozkan Y, Erdmir A. What do patients recall from informed consent given before orthopedic surgery? *Acta Orthop Traumatol Turc* 2010; 44(6): 469.
23. Taghaddosinejad F, Akhlaghi M, Yaghmaei A, Hojjati A. A survey of obtaining informed consent and acquit from admitted patients in EMAM KHOMEINI hospital. *SJFM* 2008; 14(1): 12-17.
24. Krosin M, Klitzman R, Levin B, Cheng J, Ranney M. Problems in comprehension of informed consent in rural and peri-urban Mail, West Africa. *Clin Trials* 2006; 3(3): 306.
25. Egri M, Celbis O, Karaca M, Ozdemir B, Kok AN. The informed consent status for surgery patients in eastern Turkey: a cross-sectional study. *Indian J Med Ethics* 2008; 5(1): 26-8.
26. Shrestha B. Informed consent in patients undergoing ENT surgery: What do patients want to know? *PJOHNS* 2010; 25(2): 18-22.
27. Burkle C.M, Pasternak J, Armstrong M, Keegan M. Patient perspectives on informed consent for anaesthesia and surgery: American attitudes. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2013; 57: 342-49.
28. Egri M, Celbis O, Karaca M, Ozdemir B, Kok AN. The informed consent status for surgery patients in eastern Turkey: a cross-sectional study. *Indian J Med Ethics* 2008; 5(1): 26-8.
7. Rosental S . Informed consent in the nuclear medicine setting . *J Nuch Med Technol* 2011 ; 39 : 1- 4.
8. Kirby JM . Informed consent : what does it mean?. *Medical Ethics* 1983 ; 9 : 69 – 75.
9. Larijani B. Physician and ethical considerations. 2nd ed. Tehran: Baraye Farda; 1995. P.14.
10. Parsapour A, Parsapour MB, Larijani B. Informed consent, contents, conditions and practical methods. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2005; 5: 1-14.
11. Amini M, Moosavi S.M, Mohammadnejad S.M. The informatory of the inpatient's informed consent: a survey in selected hospitals. *IJME* 2009, 2(3): 61-70.
12. Beachump TOL. *Medical ethics*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett; 1997. p.190-99.
13. Khazaii T, Khazaii T, Hedayati H, Baratzadeh Z. Study of informed consent obtained from patients undergoing surgery in Birjand hospitals. *Medical Ethics* 2012; 21: 169-85.
14. Leino – Klipi H, Valimaki M, Arndt M, Dassen T, Gassul M, Scott PA, et al. Patient's autonomy, privacy and informed consent. 12th. Netherland: I.p. 65-98.
15. Carmen M , Joffe S . Informed consent for medical treatment and research : A review. *The Oncologist* 2005; 10: 636-41.
16. Roberts L. Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 705-12.
17. Messer NG. Professional-patient relationships and informed consent. *Postgrad Med J* 2004; 80: 277-83.
18. Sheikhtaheri A, Farzandipour M. Quality of Informed Consent Process and Factors Affecting it among Patients Undergoing Surgery, an Empirical Study in Hospitals of Kashan, Iran . *Hakim*. 2010; 12 (4) :33-41.

Evaluation of patient informed consent before surgery in Mostafa Khomeini Hospital in 1392

Zafarghandi, N. ^{1*}, Davati, A. ², Sarv, F. ³

1. Associate Professor, Department of Medical Ethics, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Public Health and Community Medicine, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran.

3. General practitioner student, Shahed University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author, Email: nafis_zafar@ymail.com

Received on: 25/08/2013 Accepted on: 29/01/2014

Abstract

Introduction: obtaining Informed consent not only ensures the patients protection against unwanted medical complications, but also, causes patients to participate in the process of medical care actively. This paper has been done with the aim of surveying different aspects of obtained consent before surgery.

Methods: This is a descriptive analytic study .In this study 380 patients that admitted in surgical wards of Shahid Mostafa Khomeini Hospital were surveyed by random sampling via questionnaire. The data was analyzed by using SPSS software (16th version).

Results: the result of the study indicated that only 29.7% of the patients themselves signed consent forms. Only 22% read the forms and 19.5 % believed that consent forms were comprehensible for them. For diagnosis(8.9%), treatment (11.8%), success rate of treatment (22%) , failure rate of treatment (36.3%), alternative treatments (37.7%), possible complications of surgery (47.3%), cost (50.7%) , treatment prognosis (20.7%) and duration of hospitalization(27.3%).only 42.1 % of the patients desired to obtain more information .

Conclusions: Due to the effects of informed consent on the treatment process and relationship between patients and doctor, it is necessary to consider all defects in this field and should be planned for improving relationships between patients and doctors for obtaining proper informed consent.

Key words: medical ethics, informed consent, surgery.

اخلاق شهروندی: مقوله‌ای بین‌رشته‌ای

محسن فرمهینی فراهانی^{*۱}

۱. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد

* نویسنده مسئول: farahani@shahed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۲۸

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر، جایگاه اخلاق و ارزش‌ها در تربیت شهروندی و همچنین بررسی رابطه میان اخلاق و تربیت شهروندی را بیان کرده‌است.

روش: ماهیت پژوهش بنیادی و روش انجام پژوهش، تحلیل اسنادی بوده‌است.

یافته‌ها: از عمده‌ترین دستاوردهای پژوهش در رابطه با پرسش یک تحقیق، یعنی جایگاه اخلاق و ارزش‌ها در تربیت شهروندی، باید گفت که *افلاطون* معتقد است که ارزش‌های شهروندی مطلق و تغییرناپذیرند. *ارسطو* نیز باور دارد که ارزش‌های شهروندی از طریق عقل انسان قابل کشف و شناسایی هستند، و این ارزش‌ها ذاتی، غیرقابل تغییر و عمومی می‌باشند. *روسو* بر این باور است ارزش‌هایی که در تربیت شهروندی باید مورد استفاده قرارگیرد بایستی از تعادل انسان با محیط سرچشمه‌گیرند. *دیویی*، ارزش‌هایی که در تربیت شهروندی باید استفاده‌شود را نسبی و به شرایط خاص اجتماعی روانی، فرهنگی و به‌طور کلی شرایط معین وابسته می‌داند. *فارابی* نیز به ارزش‌هایی نسبی در تربیت شهروندان قائل است. *فوکو* و *دریدا* معتقدند که یک شهروند شایسته‌بودن، به تبع شرایط و اوضاع و احوال تاریخی معنا دارد و امری نسبی است. در رابطه با پرسش دو تحقیق، یعنی منابع اخلاق شهروندی در کشورمان (ایران) منابع دینی، سنتی و فرهنگی، منابع اصلی اخلاق محسوب می‌شوند. در رابطه با پرسش سوم تحقیق می‌توان کرامت، آزادی، احسان و رأفت را از مهم‌ترین مبانی انسان‌شناختی اخلاق شهروندی برشمرد. در رابطه با سؤال چهارم تحقیق ارتباط میان تربیت شهروندی و اخلاق باید گفت تعلیم و تربیت شهروندی با مفهوم ارزش‌ها و اخلاق آمیخته بوده و در آن نقش ارزش‌ها و اخلاق برجسته است.

نتیجه‌گیری: تعلیم و تربیت شهروندی با مفهوم ارزش‌ها و اخلاق آمیخته‌شده‌است. بنابراین اخلاق شهروندی مقوله‌ای عمومی و بین‌رشته‌ای است که تمام دیسپلین‌ها و رشته‌های علمی باید به آن بپردازند. اگر بپذیریم تربیت شهروند خوب و اخلاقی باید یکی از اهداف هر نظام آموزشی باشد، آنگاه اخلاق شهروندی در این میان نقش کلیدی پیدا خواهد کرد.

واژگان کلیدی: تربیت شهروندی، ارزش‌شناسی و اخلاق، اخلاق شهروندی، بین‌رشته‌ای.

مقدمه

بی‌گمان تربیت شهروندان خوب از مهم‌ترین دل‌مشغولی‌های بیشتر نظام‌های تعلیم و تربیت در بسیاری از کشورهای دنیاست. برای نمونه، همان‌طور که در گزارش جدید مطالعه تربیت شهروندی «انجمن بین‌المللی ارزشیابی و پیشرفت تحصیلی» آمده‌است، تمامی جوامع معاصر این نگرانی و دل‌مشغولی عمیق را دارند که چگونه نوجوانان و جوانان خود را برای زندگی شهری و شهروندی آماده‌کنند و راه و رسم مشارکت در مسائل اجتماعی را به آنها بیاموزند (۱). کار فلسفه در عصر ما بررسی ارزش‌ها یا آنچه در یک اجتماع یا اجتماعات انسانی با ارزش تلقی می‌شود است (۲). مطالعه کلی ارزش‌ها را که شامل اخلاق و زیبایی‌شناسی است ارزش‌شناسی می‌گویند (۳). در یک بررسی گسترده‌تر می‌بینیم که ارزش‌شناسی شامل مطالعه ارزش‌های زیبایی‌شناختی (آنچه که زیباست) و ارزش‌های اخلاقی (آنچه که خوب است) می‌شود. در نتیجه اخلاقیات در تعریف ارزش‌ها نقشی مهم ایفا می‌کند. در تئوری‌های اخلاقی سعی می‌شود به این پرسش پاسخ داده شود که «چه چیزی خوب است؟» و «چه چیزی صحیح است؟»

شهروندی مقوله‌ای است مرتبط با نحوه عملکرد افراد به‌نحوی که آنها قادر باشند در یک جامعه دموکراتیک، محیط خود و محیط اجتماعی دیگران را به نحو مثبت و بارزی متأثر سازند (۴). تربیت شهروندی مفهوم بحث‌انگیزی است که در تحلیل ابعاد مختلف آن در زمان‌ها و مکان‌های مختلف، دیدگاه‌های متضادی وجود داشته‌است (۵)؛ بنابراین انتظار وجود یک تعریف متحد از نظرگاه‌های مختلف به نظر ناممکن است در سال ۱۹۸۹ در سند اهداف ملی استرالیا برای آموزش، این تعریف از تعلیم و تربیت شهروندی مطرح شده‌است: تعلیم و تربیت شهروندی عبارت است از توسعه دانش، مهارت‌ها و نگرش‌ها و ارزش‌هایی که دانش‌آموزان را قادر می‌سازد تا به‌عنوان شهروندان فعال و آگاه در جامعه دموکراتیک در یک شرایط بین‌المللی مشارکت جویند. هیتر نیز در تبیین تربیت شهروندی مؤلفه‌های دانش تاریخی و سیاسی در سطح محلی، ملی، مهارتی و وفاداری به ملت، نگرش‌های مثبت نسبت به دولت سیاسی و مقامات مربوط به آن، اعتقادات و ارزش‌های مهم اجتماعی-سیاسی، اطاعت از قانون و هنجارهای اجتماعی، احساس سودمندی به لحاظ سیاسی و علاقه

نسبت به امور سیاسی و مهارت پیدا کردن در آن را برمی‌شمرد (۶). امروزه کارکرد اساسی تربیت شهروندی فراهم کردن بسترهای لازم برای ایجاد و درونی کردن مجموعه‌ای از شناخت‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌ها و توانایی‌هایی است که برای زندگی مؤثر و کارآمد در جوامع شهری موردنیاز است (۷). اگرچه تربیت شهروندی قدمت به‌طور نسبی زیادی دارد؛ برای نمونه در کشوری چون آمریکا بیش از ۹۰ سال از عمر آن می‌گذرد، اما به دلایلی متعدد، توجه علمی و پژوهشی فزاینده به این مقوله طی دهه‌های گذشته به چند عامل اساسی در کشورهای مختلف جهان بستگی داشته‌باشد. این عوامل به‌طور خلاصه عبارت‌اند از: مهاجرت، رشد سریع اقتصادی، تحولات سیاسی، گسترش ارتباطات (۴). می‌توان گفت موضوعات شهروندی از خصوصیات اخلاقی تشکیل می‌شوند، یعنی مربوط به آنچه که مردم فکری کنند، درست یا غلط، خوب یا بد است.

دو رویکرد در زمینه آموزش شهروندی وجود دارد. که اینک به توضیح هریک از آنها می‌پردازیم: ۱. رویکرد سنتی: این رویکرد شهروندی، به‌طور عمده نقشی منفعل دارد و طی جریان جامعه‌پذیری که به‌وسیله نهادهای تربیتی و خانواده انجام می‌شود به سوی وفاداری به کشور و دولت خود ترغیب می‌شود (۸). در این دیدگاه به‌طور کل یک بزرگسال هنگامی شهروندی خوب است که از قانون اطاعت کند؛ به هر انتخاباتی رأی دهد؛ مسائل سیاسی را از طریق روزنامه‌ها و رادیو و تلویزیون دنبال کند؛ درباره تاریخ کشور خود بداند؛ برای نمایندگان دولت احترام قائل شود (۹)؛ ۲. رویکرد فعال: این رویکرد درصدد بررسی موضوعات مهم روز و اشاعه فرهنگ مشارکت‌جویی مطابق با اصطلاح جامعه ملی و جهانی است (۱۰). در این رویکرد هر کس حق دارد که عقایدش را آزادانه بیان کرده و دیدگاه‌های خود را در قالب چارچوب‌هایی ارائه‌داده و پیگیری کند (۱۱). بنابراین در رویکرد فعال هنگامی یک بزرگسال شهروندی خوب در نظر گرفته می‌شود که در فعالیت‌هایی که به نفع عموم است مشارکت کند؛ نسبت به مباحثات سیاسی حساس بوده و متعهد باشد؛ در ابتکارات و نوآوری‌هایی که از محیط زندگی حمایت می‌کند مشارکت جوید؛ در فعالیت‌هایی که به‌منظور ارتقای حقوق بشر است شرکت کند. در مقابل قوانینی که معتقد است عادلانه نیست، به‌صورت منتقدانه برخورد کند (۵).

مدارس روسی‌زبان و استونی‌زبان در استونی از بعد اخلاق شهروندی پرداخته‌است (۱۸).

بنابراین با عنایت به مباحث فوق می‌توان گفت که شهروندی از مهم‌ترین ایده‌های اجتماعی است که به‌منظور شناخت بهتر جامعه، روابط درونی آن و هدایت کنش‌ها و رفتارها به‌وجودآمده‌است (۱۹). امروزه یکی از اهداف عمده در نظام تعلیم و تربیت پرورش شهروندانی است که در تمامی فعل و انفعالات جامعه مسئولانه و هوشمندانه حضورداشته‌باشند. چنین ضرورتی از دیرباز مورد توجه نظام‌های تعلیم و تربیت دنیا بوده‌است، از آنجایی که تربیت شهروندی با آموزش اخلاق و ارزش‌ها به‌شدت گره‌خورده‌است و به دلایل مختلف آموزش اخلاق شهروندی چه از نظر ملی و بین‌المللی اهمیت خاص دارد. طی سال‌های جدید بسیاری از کشورها برای لحاظ‌کردن ارزش‌ها نسبت به آموزش شهروندی اصلاحاتی را در برنامه‌های درسی انجام داده‌اند و ارزش‌هایی که به‌عنوان ارزش‌های شهروندی محسوب و شناخته‌می‌شوند، ابعادی گسترده یافته‌است و دلایل آن نه فقط تغییرات سریع اجتماعی، مهاجرت‌ها، زیاده‌شدن جمعیت شهرها، اختلاط فرهنگی‌های گوناگون استعمار فرهنگی، وجود ایدئولوژی‌های افراطی، نژادپرستی و اختلاف شدید طبقاتی هستند، بلکه وجود ایده‌ها و تفکرات آزادی‌خواهانه و حرکت جوامع مختلف به سوی مردم‌سالاری می‌باشند (۲۰). اخلاق شهروندی در هر جامعه تا حدی زیاد تابع فرهنگ، تاریخ، حکومت و شیوه اداره آن کشور و به‌طور کلی فضای سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی آن جامعه است و با آموزش ارزش‌ها به‌شدت گره‌خورده‌است و رموز و پیچیدگی‌های موجود در ارزش‌های حاکم بر هر جامعه‌ای، تصویری متفاوت به شهروندان و صلاحیت‌های ضروری آنان می‌دهد (۴). با توجه به نقش اخلاق، ارزش‌ها در تربیت شهروندی، سلسله ارزش‌هایی که امروزه از آن به‌عنوان اخلاق شهروندی نام برده‌می‌شود، ارزش‌هایی غیر از آنچه در فرهنگ برای زندگی متعادل و متعالی و پویا به‌عنوان هدف تعلیم و تربیت در نظر گرفته‌می‌شود نیست؛ بنابراین می‌توان این ارزش‌ها را بخشی عمده از ارزش‌های اساسی در فرهنگ دانست (۱۷). از آنجایی که ارزش‌ها در هر جامعه‌ای ریشه در فلسفه حاکم بر آن جامعه دارد و فلسفه‌های متفاوت آموزه‌های اخلاقی و ارزش‌های متفاوتی از تربیت شهروندی را ارائه‌می‌دهند، این

دیدگاه‌های آموزش شهروندی را با توجه به اهداف به سه دسته می‌توان تقسیم کرد:

- آموزش درباره شهروندی؛
- آموزش از طریق شهروندی؛
- آموزش برای شهروندی.

آموزش درباره شهروندی بر آماده‌کردن دانش‌آموزان و افراد از نظر دانش کافی و درک تاریخ ملی و ساختارهای زندگی سیاسی و مدنی متمرکز است. در *آموزش از طریق شهروندی* لازم است یادگیری دانش‌آموزان و افراد به‌واسطه فعالیت‌های به‌طور کامل فعال تجربه‌های مشارکتی در مدرسه یا جامعه محلی و فراتر از آن انجام شود. این یادگیری عنصر دانش را تقویت می‌کند. آموزش برای شهروندی، جدا از اینکه دو رویه مذکور را دربردارد، افراد و دانش‌آموزان را به یک‌سری ابزارها (شامل دانش، درک مهارت‌ها، نگرش‌ها، ارزش‌ها و گرایش‌ها) مجهز کرده و آنها را قادر می‌سازد تا مشارکتی فعال و معقول در نقش‌ها و مسئولیت‌هایی که در زندگی بزرگسالی با آن روبه‌رو خواهد شد داشته‌باشند. این رویه، آموزش شهروندی را با کل تجربه آموزشی دانش‌آموزان پیوند می‌دهد (۱۲). در حال حاضر بیشتر کشورها از جمله کشورهای آسیای جنوب شرقی و اروپای مرکزی و شرقی در حال تلاش برای تغییر از یک دیدگاه آموزش شهروندی رسمی (آموزش درباره) به سوی یک دیدگاه فعالانه‌تر (آموزش از طریق) هستند (۱۳). ذکایی در تحقیقی تحت عنوان «اخلاق شهروندی، هویت‌یابی جمعی و ارزش‌های دیگر خواهانه» با بررسی که به‌صورت مصاحبه با ۳۳۰ نفر از افراد ساکن در مناطق روستایی و شهری انجام داده به این نتیجه رسیده‌است که اخلاق حاکم بر جامعه هویت جمعی را شکل می‌دهد (۱۴). *لطف‌آبادی* در تحقیقی به آموزش شهروندی ملی و جهانی و تأثیر آن در تحکیم هویت و نظام ارزشی دانش‌آموزان پرداخته‌است (۱۵). *آشتیانی و دیگران* به بررسی ارزش‌های شهروندی برنامه درسی در دوره دبستان را بررسی کرده‌اند. در خارج از کشور تحقیقات بسیار متعددی به‌ویژه درباره آموزش و تربیت شهروندی و اخلاق انجام گرفته‌است (۱۷). *لیو* در تحقیق خود، یعنی «توسعه ارزش‌های شهروندی» به مطالعه موردی ارزش‌های شهروندی در تایوان توجه کرده‌است (۱۵). *توتز* در تحقیقی به نام «نقش ارزش‌ها در تربیت شهروندی» به بررسی مقایسه‌ای

تحقیق بر آن است تا به تبیین اخلاق شهروندی بپردازد. به دلیل اهمیت مسئله فوق، متأسفانه بررسی‌های انجام‌شده نشان‌دهنده کم‌توجهی به بنیان‌های ارزش‌شناسی تربیت شهروندی است. بدین ترتیب این تحقیق با توجه به خلأ موجود به رابطه میان ارزش‌ها و تربیت شهروندی می‌پردازد و در پی پاسخ به این پرسش‌هاست: ۱. جایگاه اخلاق و ارزش‌ها در تربیت شهروندی از دیدگاه برخی از صاحب‌نظران چگونه است؟ ۲. منابع اخلاق شهروندی کدام‌اند؟ ۳. مهم‌ترین مبانی انسان‌شناختی اخلاق شهروندی کدام است؟ و ۴. چه ارتباطی میان اخلاق و تربیت شهروندی وجود دارد؟

روش

پژوهش حاضر، را می‌توان در زمره پژوهش‌های توصیفی-تحلیلی به حساب آورد که با استفاده از روش تحلیل اسنادی در پی پاسخ به سؤالات تحقیق است. در این شیوه داده‌های مورد نیاز پس از گردآوری بر اساس اهداف و پرسش‌های تحقیق طبقه‌بندی شده، سپس از طریق تحلیل سؤالات پاسخ‌داده شده است. ابزار استفاده در این پژوهش فیش‌برداری است که در آن از مطالب منابع در رابطه با اخلاق شهروندی (منابع مختلف اعم از فارسی و لاتین)، خلاصه و فیش‌برداری شده است. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تکنیک‌های تحلیل اسنادی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در تحلیل اسنادی پس از استخراج و گردآوری داده‌ها از منابع، به سؤالات پژوهشی پاسخ داده می‌شود. نمونه‌های تهیه شده تحقیق حاضر، با توجه به پرسش‌های پژوهش طبقه‌بندی و تحلیل شده‌اند.

یافته‌ها

به‌منظور پاسخ سؤال یک پژوهش در رابطه با جایگاه اخلاق و ارزش‌ها در تربیت شهروندی از دیدگاه برخی از فیلسوفان و مربیان تعلیم و تربیت باید گفت، یکی از مسائلی که از دیرباز ذهن فلاسفه سیاسی، اجتماعی و اخلاق را به خود معطوف داشته، بحث شهروندی و همین‌طور آموزش شهروندی و بحث اخلاق شهروندی یا به عبارتی ارزش‌شناسی آن است. بیشتر فلاسفه و مربیان تعلیم و تربیت در این زمینه به نظریه‌پردازی پرداخته‌اند که در اینجا به بررسی نظرات مهم‌ترین کسانی که در زمینه ارزش‌شناسی تربیت شهروندی به نظریه‌پردازی پرداخته‌اند، اشاره خواهیم کرد:

یکی از اهداف عمده تربیت، به‌دست‌آوردن فضیلت است و تعریف فضیلت در هر تمدنی با تمدن دیگر فرق دارد (۲۱). افلاطون در کتاب جمهوری خود، تعریف کلاسیکی از انواع فضیلت‌ها ارائه کرده است: فضایل چهارگانه به عقیده افلاطون عبارت‌اند از: خرد، شجاعت، اعتدال و عدالت. افلاطون اعتقاد دارد که باید فرد را مجبور کرد تا با فضیلت باشد. در آخرین اثرش به نام قوانین از تنبیهات سخت درباره بی‌عفتی طرفداری کرده است. افلاطون هم مانند عده‌ای از مربیان امروزی، معتقد است که سانسور رواج داشته باشد و جنبه‌های خلاف اخلاق زندگی و مفاهیم خلاف میهن‌پرستی باید غیر قانونی اعلام شود (۲۲). افلاطون معتقد است که اخلاق شهروندی را باید در سنین اولیه به آنها تعلیم داد و در آنها نهادینه کرد. او حتی متد پیچیده‌ای را به‌منظور آموزش طبقات مختلف شهروندان و نقش سیاسی که هر یک از طبقات باید در امور «پولیس» دولت-شهر بازی کنند طرح‌ریزی کرد (۲۳).

افلاطون معتقد بود که نظام اخلاقی، ارزشی و اعتقادات سیاسی شهروندان بر چگونگی ثبات و نظم نهادهای سیاسی و طرز عملکرد آنها اثر می‌گذارد. از این رو افلاطون فساد موجود اداری و نظام سیاسی و نهادها و تشکیلات وابسته به آنها را به کمبودهایی که در آموزش سیاسی وجود داشت و غفلتی که در این باره صورت می‌گرفت نسبت می‌داد (۲۴). افلاطون معتقد است، ارزش‌هایی که در تربیت شهروند مطلوب به کار می‌رود مطلق و غیر قابل تغییر هستند و فعالیت نهادهای آموزشی در تربیت شهروند باید مبتنی بر اصول دائمی «خوب، صحیح و زیبا» باشد و در این میان ارزش‌های معنوی را از ارزش‌های دیگر برتر می‌داند و معتقد است که ارزش‌های معنوی و اخلاقی بالاترین مرتبه را در میان ارزش‌ها دارند؛ و معیارهایی هستند که باید شهروندان خود را با آنها تطبیق دهند. و اینکه تربیت باید چهار فضیلت بنیادی- اخلاقی، یعنی عدالت، شجاعت و خویشتن‌داری و دانایی را در شهروندان به‌وجود بیاورد.

از آنجاکه ارسطو به تأثیر افلاطون سخن می‌گوید بر آن است که جامعه آنگاه خوب است که زمینه تحول اخلاقی شهروندان را فراهم آورد به‌گونه‌ای که شهروند خوب، همانا انسان خوبی باشد. از این رو بهترین جامعه آن است که بهترین زندگانی را برای شهروندان ممکن سازد. بنابراین نکته باید سنجیده شود که زندگانی خوب کدام است. ارسطو از این

وحشی نجیب، رو راست، صریح و بی‌تکلف است؛ درمقابل انسان به‌طور کامل اجتماعی شده، این صفا و سادگی نخستین خود را ازدست‌داده‌است. زنان و مردان اجتماعی بار آمده، درضمن فرایندهای اجتماعی‌شدن و پرورش یافتن در مؤسسات فاسد یادگرفته‌اند افرادی مبادی‌آداب، اما نقش‌بازانی سلطه‌گر باشند. (۲۵).

به نظر کرشن اشتاینر (۱۹۳۲-۱۸۵۴)، هدف آموزش و پرورش دستیابی به ارزش‌های شهروندی است. وی معتقد بود که کودک بر اساس فرایندی از رشد درونی بزرگ می‌شود و آنچه کسب می‌کند، تا زمانی که با نوعی فعالیت شخصی جذب نشود، به‌طور واقعی جزء وجود او نمی‌شود (۲۶). انسان از راه زندگانی اجتماعی است که با دنیای ارزش‌ها (ارزش‌های نسبی) آشنا می‌شود.

به نظر دیویی، دموکراسی ضرورتی اخلاقی و روش‌شناختی دارد. جامعه دموکراتیک، به وسیع‌ترین صورت ممکن، پذیرای ما هست و مشارکت انسان‌ها و همکاری آنان در زندگی و فرایندهای نهادی است. دیویی به همان صورت که با معیارهای اخلاقی مبتنی بر مابعدالطبیعه مخالفت می‌ورزید، موضع قوی لیبرال‌های کلاسیک در جامعه آمریکا را که به موجب آن منشأ ارزش‌ها را نفع شخصی افراد تشکیل می‌دهد به‌چالش خواند، همچنین با روند تشکیل جامعه سیاسی ازهم‌گسیخته‌ای که مرکب از گروه‌های بهره‌ور ویژه باشد نیز مخالف بود (۲۵). وی معتقد بود، وقتی که دانش به رشد اخلاقی نینجامد، ناچار مریبان برای پرورش اخلاقی کودکان به درس‌های اخلاقی مخصوص و روش‌های انضباطی متوسل می‌شوند. اخلاق، معنا و شمولی وسیع دارد و آموزش و پرورش تاآنجا که شخص را برای شرکت در زندگی اجتماعی آماده می‌سازد، امری اخلاقی است. دیویی وجود مطلق‌ها را که خوب و بد را می‌سنجند رد کرده و بر آزمودن ارزش‌ها بر اساس تجربه انسانی تأکید می‌کند و عقیده دارد که:

۱. اخلاق و امور ارزشی متغیرند و با تغییراتی که در جامعه روی می‌دهد تغییر می‌کند؛

۲. ارزش‌ها احتمالی، یعنی درست‌نما هستند؛ زیرا تحت مجموعه‌ای از شرایط و موقعیت‌های مختلف، ارزش‌های متفاوتی وجود خواهد داشت؛

۳. ارزش‌ها پیامدهایی برای عموم دارند؛ زیرا اخلاق و زیبایی‌شناسی بر اساس تأثیرشان بر اجتماع سنجیده می‌شوند.

سنجش نتیجه می‌گیرد که زندگانی خوب، زندگانی آسوده همراه با شایستگی اخلاقی است که همانا میانه‌روی و اندازه‌نگه‌داشتن در کارهاست (۲۳). در اخلاق نیکوماخسی، ارسطو آرمان‌های یونانی میانه‌روی، هماهنگی و توازن را که هسته ارزش‌شناختی یا نظریه ارزش رئالیستی را تشکیل می‌دهند، مورد تأکید قرار داده‌است سیاست ارسطو همچون جمهوری افلاطون به این تشخیص می‌رسد که رابطه متقابلی میان انسان خوب و شهروند خوب وجود دارد (۲۵). ارسطو در سیاست از آنگونه تعلیم و تربیتی دفاع می‌کند که میان فردی که به‌خوبی تربیت شده‌است و شهروند فرهیخته رابطه متقابلی وجود دارد. فرد عاقلی که از تعلیم و تربیت لیبرال برخوردار باشد، برای شهر و جامعه نیز شهروند با ارزشی است. اخلاق شهروندی از دیدگاه ارسطو را این‌گونه می‌توان مطرح کرد که وی اعتقاد دارد ارزش‌هایی که در تربیت شهروندان مورد استفاده قرار می‌گیرند، وجودی مستقل داشته، از طریق عقل انسان قابل شناسایی هستند و آنها را می‌توان کشف کرد، هرچند که شناخت ما ممکن است با خطا همراه باشد. این ارزش‌ها ذاتی، غیر قابل تغییر و عمومی بوده و از ارزش‌های جهانی در تربیت شهروندان طرفداری می‌کند؛ زیرا آنچه که درست است درباره همه شهروندان درست است نه اینکه درباره اعضا یا نژاد یا جامعه‌ای خاص چنین باشد.

روسو معتقد است که امور اخلاقی و ارزش‌هایی که در تربیت شهروندی باید استفاده شود بایستی از تعادل انسان با محیط سرچشمه گیرد. به عقیده روسو انسان طبیعی (وحشی) که آداب و رسوم و تکلفات اجتماعی آلوده‌اش نساخته، نیک است. روسو که در قلب انسان برای شرارت ذاتی جایی نمی‌یافت، معتقد بود که شر از جامعه فاسد سرچشمه می‌گیرد. به عقیده وی بچه هنگام تولد نیک است، چون کودکان زمان تولد به‌طور ذاتی خوب هستند، در صورتی که قرار باشد آموزش و پرورش افرادی خلاق پرورش دهد، باید از انگیزه‌ها و تمایلات طبیعی کودک پیروی کند. برنامه و روش باید از طبیعت کودک نشئت بگیرد. روسو در نظریه اخلاقی خود به‌صورتی که در امیل بیان شده، به وضعیت ابتدایی یا حالت طبیعی انسان به‌عنوان خاستگاه روابط اخلاقی توجه می‌کند. انسان طبیعی به حکم تجربه مستقیم، با محیط خود به تعامل می‌پردازد و با آن روبه‌رو می‌شود، نه از طریق فرمول‌های لفظی یا مجرد کلامی، فلسفی و حقوقی. انسان طبیعی یا

را دارد، صداقت و درستکاری، کوشش برای حمایت از گوناگونی و تفاوت و حفظ آنها، آزادی در انتخاب رابطه‌های انسان و شکیبایی در برابر نظر مخالف (۲۷). رویکرد تعلیم و تربیت پست مدرنیستی فوکو و دریدا تکثرگرایانه است و به تفاوت اهمیتی ویژه می‌دهند، تکثرگرایی مورد نظر آنها در تعلیم و تربیت شهروندی جنبه‌های مختلف دارد. آنان خود را در پذیرش تنوع، اختلافات و تکثرگرایی پیشرو می‌دانند. یک جنبه مورد توجه در تکثرگرایی این است که فرض مبانی، اصول و روش‌های ثابت، یکسان و مشابه برای تعلیم و تربیت بی‌معناست. و ملاک تفاوت در ارزش‌ها، اخلاقیات، سنت‌ها، آداب و رسوم محلی، فرهنگ‌ها، علایق و نیازهای خود جوامع محلی نهفته است (۲۷). از دیدگاه فوکو و دریدا اخلاق امری محلی و خاص است، یعنی هیچ هنجار اخلاقی جهان شمول وجود ندارد و ارزش‌ها را باید در درون گفتمان پیدا کرد. ارزش‌ها و اخلاقیات امری اجتماعی‌اند. ارزش‌ها در واقع با آنچه که ما آنچه انجام می‌دهیم، واقع می‌شوند یک شهروند شایسته‌بودن، به تبع شرایط و اوضاع و احوال تاریخی معنا دارد و امری نسبی است و در تربیت اخلاقی شهروندان شیوه دموکراتیک و غیر اقتدار گرایانه را تجویز می‌کنند و به هر حال اصول و روش‌های اخلاقی ثابت، یکسان و مشابه از نظر آن‌ها (برای تربیت شهروندان) بی‌معنی است (۲۷).

در جهان شرق و عالم اسلام فارابی نخستین دانشمندی که فلسفه مدنیت را مطرح می‌کند. یکی از مبانی و مبادی جامعه مدنی فارابی اخلاق شهروندی است. جامعه مدنی فارابی، جامعه‌ای نظام‌یافته و مبتنی بر نظام اخلاقی و ارزشی است. همین خصیصه است که «هویت» آن را مشخص می‌نماید و جامعه را پویا و بالنده در مسیر غایات و اهداف آن به حرکت درمی‌آورد. ارزش‌های اجتماعی در قالب جامعه مدنی «نهاده‌ها» شده و به همه عناصر فرهنگی ثبات و پایداری می‌بخشند و در مجموع چهار دسته فضایل را در جامعه مدنی به‌وجود می‌آورند: ۱. فضایل نظری؛ ۲. فضایل فکری؛ ۳. فضایل خلقی و ۴. فضایل علمی. ارزشی‌بودن جامعه مدنی به دلیل مبتنی‌بودن بر قوانین الهی است و چون «دین» با فضیلت مساوی است «علم الهی» افضل علوم است و مردمانی که با دین محشورند الگوی اخلاق و فضایل بوده و با عنوان «امت فاضله» و «اهل فاضله» ملقب می‌شوند. کردار و تقریر رئیس مدینه فاضله معیار عمل اهل مدینه است؛

هر عمل یا شیء، فقط در زمینه انسانی یا تجربه اجتماعی وجود دارد، بنابراین یک عمل خوب است اگر از نظر اجتماعی خوب باشد؛

۴. اخلاق و امور ارزشی جهانی نیستند؛ زیرا جوامع از یکدیگر متفاوت‌اند و ذوق و سلیقه در فرهنگ‌های مختلف تغییر پیدامی‌کنند. همین‌طور است تجارب مردم که در فرهنگ‌های گوناگون متفاوت است؛ بنابراین می‌توان گفت که وی خاستگاه افعال، احساسات اخلاقی و زیبایی‌شناختی را تجربه انسانی تلقی می‌کرد نه شهود و واقعیت غایی. برخلاف فلاسفه سنتی واقع‌گرا و ایده‌الیست که جهان را به‌طور ذاتی شامل سلسله‌مراتبی از ارزش‌ها یافتند، دیویی با اعتقاد به اینکه ارزش‌ها در نتیجه پاسخ‌هایی بروزمی‌کنند که انسان‌ها به شرایط مختلف محیطی می‌دهند، نسبی‌گرایی را در اخلاق پذیرفت (۲۵). البته این نظر حاکی از آن نیست که ارزش‌های اخلاقی از ماهی به ماه دیگر در نوسان باشند، بلکه بدان معناست که هیچ اصل خاصی را نباید بدون توجه به اوضاع و احوال خاصی که در آن عمل شده‌است، برای همه جهانیان الزام‌آور دانست. دیویی معتقد است که ارزش‌های اخلاقی، نظام ارزش‌ها و زیبایی‌شناسی، همه از تجربه انسانی نشئت می‌گیرد و منبع ارزش‌ها می‌شود. روش مناسب برای رشد و تعالی این ارزش‌ها از طریق تجربه به‌دست می‌آید. مدرسه بخشی از جامعه است و یادگیرندگان، نظام ارزش‌ها را با تعامل با دیگران فرامی‌گیرند. روشن‌ساختن ارزش‌ها، بخشی از تجاربی است که دانش‌آموزان از طریق مدرسه می‌آموزند؛ بنابراین به نظر دیویی اخلاق شهروندی، نسبی و به شرایط خاص اجتماعی، روانی و فرهنگی وابسته است و یک ارزش، هدف و ایده‌آل جاوید در آموزش و پرورش شهروندان وجود ندارد و هر ارزشی که برای حیات معنوی و اخلاقی شهروندان مفید باشد از نظر اخلاقی سودمند است و به‌طور طبیعی مدرک و معیار ثابت، مطلق و تغییرناپذیری وجود ندارد. به‌طور خلاصه آنکه در نظر دیویی هیچ اصل اخلاقی مطلق و وجود ندارد، بلکه در هر مورد، عملی را که موجب موفقیت باشد خوب می‌شمارد.

فوکو و دریدا: ارزش‌ها و امور اخلاقی که فوکو و دریدا به‌ویژه در تعلیم و تربیت شهروند بر آن تأکید می‌کنند عبارت‌اند از: تحمل عقاید دیگران، آزادی و برابری، تلاش برای تنوع و دگرگونی و درک این نکته که هر فرهنگی ارزش خاص خود

کمکی اساسی به ما برای بازآفرینی مدرنیته خود بدهد: مدرنیته در تناقض با سنت نیست بلکه باید از دل آن بیرون بیاید. دلیل آنکه ما مدرنیته را بیشتر در تضاد و تنش با سنت می‌بینیم برون‌زایی بودن مدرنیته در تعریف کنونی آن و نبود هم‌خوانی و هم‌سازی آن با فرهنگ بومی است. هر فرهنگ و هر کشوری به دلیل نیاز باید مدرنیته خود را بر اساس سنت‌های خود بسازد. تنوع محلی، قومی، زبانی، وجود سنت‌ها، آداب و رسوم و زبان‌های محلی و قومی برای کشور ما یک نعمت بزرگ است که باید آن را قدر بدانیم و بتوانیم از آن برای ساختن جامعه جدید خود استفاده مناسب بکنیم این کار دو دلیل اصلی دارد: نخست آنکه استفاده و مدیریت صحیح منبعی اضافه برای ساختن شهروندی برای ما به حساب می‌آید و دوم آنکه مدیریت نامناسب و مبتنی بر پیش‌داوری‌های نادرست سبب ایجاد و افزایش خطر تنش و تفرقه‌هایی می‌شود که ما همواره توانسته‌ایم در طول تاریخ خود از آنها پرهیز کنیم.

در کشورهای دیگر ممکن است علم و دریافت‌های علمی منبع اصلی برای اخلاق شهروندی باشد. علم، یک تأثیر فزاینده بر زندگی اقتصادی، سیاسی، پزشکی، نظامی و فرهنگی ملل دارد؛ بنابراین به‌طور اجتناب‌پذیری ارتباطی میان آموزش علم و آموزش شهروندی برقرار است. در واقع تحقیقات بسیاری در خصوص رابطه میان این دو موضوع وجود دارد. آموزش علم، افراد را علیم و به درک نیازهایشان مجهز می‌سازد البته به این شرط که آنها بخواهند بر زندگی عمومی اثر بگذارند، همچنین به آنها کمک می‌کند که ظرفیت‌های انتقادی همچون ارزیابی شواهد و مدارک پیش از نتیجه‌گیری را بالا ببرند. علم می‌تواند افراد را درباره بعد جهانی شهروندی آگاه کند، آگاهی‌ای که مسئولیت‌های ما به‌عنوان شهروند را شامل وفاداری به تمام انسانیت می‌کند. بعضی از پیشرفت‌های علمی جدید ضمن اینکه روی «شهروندی جهانی» اثری مثبت گذاشته‌اند (مانند پیشرفت در حمل و نقل)؛ ارتباطات و فناوری‌های اطلاعاتی برخی آثار منفی نیز داشته‌اند (همچون سلاح‌های کشتار جمعی). بسیاری از موضوعات بحث‌انگیز جدید درباره زندگی معاصر که شهروندان جوان را درگیر خود کرده همه در علم ریشه دارند: مانند انرژی و استفاده از منابع، استفاده از سوخت‌های فسیلی، تحقیقات سلولی بنیادین، درمان ژنی، جمع‌آوری بچه‌های

بنابراین همه فضایل را در وجود خویش گردآوری کرده‌است؛ وی حکیمی خوش‌فکر، خوش‌فهم، خوش‌حافظه، زیرک، باهوش، خوش‌بین و دوستدار تعلیم و تعلم است و بدنی سالم و قوی (برای جهاد) دارد و به خوردنی‌ها و آشامیدنی‌ها و لذات حریص نیست، دوستدار راستی راستگویان است، همتی بلند دارد و به کرامت انسانی عشق می‌ورزد، در هم و دینار و سایر تعلقات مادی نزد وی حقیر بوده، دوستدار عدالت و عدالت‌خواهان و دشمن جور و ظلم و اهل آن می‌باشد، در تصمیم‌گیری عزمی قوی دارد؛ بنابراین او با کمک خطبا، بلغا، شعرا، نویسندگان، خوانندگان و سایرین به ترویج علم، فضیلت و تعلیم و تعلم در جامعه می‌پردازد و با کمک مجاهدان به ترویج فضیلت جهاد و شهادت همت می‌گمارد و از طریق مقدران، حسابداران، و تولیدکنندگان مدینه به بسط و گسترش فضیلت «عدالت» فردی و اجتماعی می‌پردازد. بنابراین جامعه مدنی فاضله، برخلاف جوامع غیرمدنی که بر اساس سلطه، غلبه، حسب و نسب و خیرات ظنی بنا شده‌اند، این جامعه بر فضایل مشترکی تکیه زده که از سلب نخستین شروع می‌شود و تا هیولی و صورت مادی ادامه دارد. به این ترتیب جامعه‌ای مبتنی بر فضایل و ارزش‌های اخلاقی، هنجارهای اجتماعی و نمادهای فرهنگی به‌وجود می‌آید. فارابی در زیبایی‌شناسی هم به این امر معتقد است که معماری‌های مختلف، اخلاقی متفاوت را در شهروندان ایجاد می‌کند؛ بنابراین به همین دلیل بایستی در زیباسازی شهر، تربیت اخلاقی شهروندان را در نظر داشته باشیم.

در رابطه با پرسش دوم تحقیق، یعنی منابع اخلاق شهروندی باید گفت منابع اخلاق شهروندی متناسب با فرهنگ‌های مختلف می‌تواند متعدد باشد. برای نمونه در کشورمان ایران منابع دینی، سنتی و فرهنگی منابع اصلی اخلاق محسوب می‌شود که در ادامه اشاره مختصری به آنها خواهیم داشت:

دین: انسجام و یکدستی دینی در کشور ما نقطه مثبتی به حساب می‌آید. در عین حال اقلیت‌های دینی ایران در چشم‌انداز مشترکی با دین اکثریت قرار دارند.

سنت: ما گنجینه‌ای بزرگ از رفتارها، باورها، عرفها و آداب و رسوم داریم که هنوز در بخش بزرگ خود مورد استفاده قرار نگرفته‌اند. مطالعه بر پیشینه چند هزار ساله شهرنشینی در ایران و اخلاق انسانی در این کشور می‌تواند

خیابانی، آلودگی، موضوعات زیست‌محیطی، مهندسی ژنتیک. در نتیجه علم بیشتر از ارزشمند بودن آن در گذشته، مواد خام مورد نیاز برای بحث‌های اخلاقی و آموزش اخلاقی را فراهم می‌کند (۲۸). اما همین ماهیت علم و روشی که تحقیق علمی انجام می‌شود، تفکر منطقی و عقلانی را تشویق می‌کند. تفکر منطقی بر اساس قضاوت درباره شواهد موجود، عواقب یافته‌ها، توجه به دیدگاه‌های دیگران و توجه به دیدگاه‌های فردی، همگی مهارت‌هایی هستند که برای پیشرفت و ارتقای افراد جوان در جایگاه شهروند ضروری‌اند و مهارت‌هایی می‌باشند که آموزش علمی می‌تواند به ارتقای آنان کمک کند (۲۹).

در رابطه با سؤال سوم تحقیق، یعنی مهم‌ترین مبانی انسان‌شناختی اخلاق شهروندی باید گفت مبانی تعلیم و تربیت از موقعیت آدمی، امکانات و محدودیت‌هایش و نیز از ضرورت‌هایی که حیات آن را همواره تحت تأثیر قرار داده‌است بحث می‌کند. مبانی، گزاره‌های توصیفی هستند و به ویژگی‌های کلی آدمی اشاره دارند. در ادامه به تعدادی از مهم‌ترین مبناهای انسان‌شناختی مؤثر در اخلاق شهروندی اشاره خواهد شد.

انسان صاحب کرامت است. کرامت به اصل انسان بازمی‌گردد و اختصاص به دسته معینی از آدمیان ندارد. از این حیث آدمیان همه از یک گوهرند و همه شریفند. انسان بودن خود، مایه کرامت آدمی است و ویژگی‌های جنبی آدمی مانند نژاد، رنگ، جنسیت، ثروت، نوع زبان و فرهنگ، زائل‌کننده این کرامت نیست. امام علی (ع) در خطبه اول نهج‌البلاغه ضمن تشریح چگونگی خلقت انسان، از بزرگی و جایگاه رفیع آدمی میان مخلوقات خداوند یاد کرده و بر کرامت انسان صحنه می‌گذارد آنجا که می‌فرماید: سپس از فرشتگان خواست تا آنچه به عهده دارند انجام دهند و عهده‌ی را که پذیرفته‌اند وفا کنند، اینگونه که بر آدم سجده کرده و او را بزرگ شمارند. نباید فراموش کرد که کرامت آدمی، مشروط به باقی‌ماندن وی در مقام و منزلت انسانی و نیالودن این منزلت است و در صورتی که چنین شود وی نه تنها از کرامت برخوردار نخواهد بود، بلکه به خواری نیز دچار خواهد شد.

انسان آزاد است، از آنجا که آزادی مانند یکی از ارزش‌های اساسی و اجتماعی در قرون اخیر مورد توجه قرار گرفته‌است. انسان آزاد است و این آزادی موهبتی الهی است. آزادی به معنای رهایی صرف نیست، بلکه رهایی باید بر حسب نتایجی

که بر آن مترتب است و فرجامی که برای انسان فراهم می‌کند بازبینی شود. فقط گونه‌ای از رهایی به منزله آزادی نگریسته شود که موانع رشد آدمی را از میان برمی‌دارد و زمینه نیل به تصویر مطلوب از انسان را فراهم می‌کند. در غیر این صورت، آزادی از هر بندی ممکن است، زمینه بردگی امیال و هوس‌ها را به وجود آورد (۲۹). آزادی در لیبرالیسم، به‌طور عمده به صورت سلبی تعریف شده‌است. به عبارت دیگر آزادی به معنای فقدان مانع بیرونی در نظر گرفته می‌شود. آزادی فرد در گرو آن است که دیگران، برای دسترسی فرد به حقوق خود مانعی ایجاد نکنند. در دیدگاه لیبرال، آزادی سلبی جنبه اخلاقی ندارد و فقط شکل سیاسی به خود می‌گیرد. به این معنا که دولت یا افراد نباید آزادی دیگران را محدود سازند. در دیدگاه اسلام، آزادی به شکل سیاسی و سلبی آن فرو کاسته نمی‌شود، بلکه علاوه بر آن به جنبه اخلاقی و ایجابی آن نیز توجه می‌کنند و بسیاری از قیود فکری، فرهنگی، سیاسی و اجتماعی را در برمی‌گیرد. باید توجه داشت که آزادی مطلق در هیچ اجتماعی وجود ندارد. اجتماع با آزادی مطلق قابل جمع نیست.

اساس اجتماع بر عدالت است. در بحث از این مبنا، عدالت به‌طور کلی مورد نظر بوده و فقط به عدالت در تعلیم و تربیت اختصاص ندارد. عدالت در روابط اجتماعی به معنای عام کلمه؛ در متون اسلامی به دلیل یکی از ارزش‌های اساسی، بلکه اساسی‌ترین ارزش اجتماعی محسوب می‌شود، هر چند عدالت، مانند امری ارزشی، جنبه اعتباری دارد. اما این اعتبار، ثابت و پایدار بوده، زیرا ملایمت و تناسب اعمال عادلانه با استواری و سعادت جامعه، همواره ثابت است. امام علی (ع) در نهج‌البلاغه در حکمت ۴۲۹ با اشاره به نقش عدالت در استقرار حیات جمعی، آن را «نگهدارنده همگان» دانسته است. یکی از معیارهای اساسی عدالت برابری است، عنصر برابری، به منزله یکی از عناصر اساسی عدالت در عرصه اقتصادی و توزیع بیت‌المال، در زمینه اخلاقی (آنچه را که برای خود می‌خواهد یا نمی‌خواهد، برای دیگران نیز چنان کند)، در مقابل حکومت و قانون (سیاسی)، در عرصه کیفری مطرح است.

احسان و رأفت از ارزش‌های اساسی و اجتماعی است. احسان و رأفت نقش خاصی را در جامعه و روابط انسانی ایفا می‌کند با اینکه عدالت با منطق حسابگرانه و دقیق خود، بنیاد جامعه و روابط اجتماعی را استوار می‌سازد. اما چنان نیست که بتواند بنای رفیع آن را تا انتها با همین منطق بسازد

تربیتی سروکار دارد. البته مکاتب مختلف آموزش و پرورش با مسئله محتوای برنامه‌های تربیت شهروندی برخورد‌های متفاوتی نشان می‌دهند. شکی نیست که نظام‌های تربیتی محتوا را انتخاب می‌کنند و در این انتخاب معیار و میزانی در کار است. معیارها و بنابراین محتوای تعلیم و تربیت شهروندی هم مشمول مطلوب بودن با نظام ارزش‌هاست. برای نمونه ما مواردی از قبیل میهن‌پرستی را در دروسی مانند تاریخ و ادبیات می‌گنجانیم و به‌طور صرف برای موضوعاتی از قبیل ارزش‌های بیگانگان جایی باز نمی‌کنیم، این نشان‌دهنده این است که علم و معرفت برای تبدیل افراد به شهروند مطلوب (خوب) و ارزشمند است و برای اموری چون از خود بیگانگی، فاقد ارزش و حتی خلاف آن و اخلاق هستند. از نتیجه و محتوای تعلیم و تربیت شهروندی که بگذریم وجه دیگر که با مطلوبیت و ارزش ارتباط پیدامی‌کند روش‌هایی است که در تربیت شهروندی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

در سنت اسلامی، پس از صدر اسلام و تجربه دینی و اخلاقی آن، فیلسوفانی چون فارابی و ابن سینا مفهوم مدینه فاضله را در سنت نوافلاطونی به‌کار بردند و تجربه اخلاقی را درباره ضرورت‌ها، حقوق و وظایف شهروندان چنین شهری مطرح کردند. در دوران متأخر، منتسکیو در روح‌القوانین، شهروندی را مجموعه‌ای از سازوکارهای اخلاقی و مدنی می‌داند که باید بر روابط میان شهروندان حاکم باشد. با توجه به این پیشینه تاریخی - نظری، اخلاق شهروندی را می‌توان مجموعه‌ای از قوانین و عرف‌های اجتماعی تعریف کرد که بتوانند در این زمینه به‌ویژه در شهرهای بزرگ و متوسط همچنین در شهرهای کوچک به دست‌اندرکاران و ساکنان این شهرها، برای زندگی هماهنگ و بدون تنش چه با یکدیگر و چه با محیط زیست و به توسعه پایدار، یعنی امکان‌گذار آرام موقعیت‌های مناسب کنونی و از میان‌برداشتن موقعیت‌های نامناسب کنونی، برای نسل‌های آینده امکان‌دهد.

هالستید و پایک اهداف تربیت شهروندی با تأکید بر ارزش‌های اخلاقی شامل سه هدف می‌دانند: آموزش شهروندان آگاه و مطلع، آموزش شهروندان متعهد و فعال و آموزش شهروندان مستقل و متفکر واقعی است. که هدف اول با ارزش‌های اخلاقی هم‌پوشانی‌ای کم دارد. اما هدف دوم و سوم به‌طور کامل ارزش‌های اخلاقی را تحت‌الشعاع خود قرار می‌دهد (۳۹). جنبه‌های اخلاقی شهروندی به مفهوم یک

و بدون نقص به اتمام برساند. از این روست که احسان و رأفت در مبانی ارزشی جایگاهی خاص پیدامی‌کند. بنابراین می‌توان گفت که بنیاد جامعه بر عدالت بوده و اتمام آن بر احسان رأفت و احسان، ارزشی محدود به خود مسلمانان نیست، هم عدل و هم احسان، دو ارزش اجتماعی عام هستند که حیات اجتماعی، قائم به آنها نگریسته می‌شود. از این رو در آیه ۸-۹ سوره ممتحنه، عدل و احسان نسبت به کافران و مشرکان نیز توصیه شده‌است. اصالت با رأفت و احسان است و آنچه ثانوی و فرعی است، خودداری از دوستی است که هنگام ضرورت یعنی اقدام به دشمنی و تجاوز از ناحیه دیگران صورت می‌پذیرد.

در پاسخ به پرسش چهارم پژوهش در رابطه با ارتباط میان اخلاق و تربیت شهروندی، باید گفت تعلیم و تربیت شهروندی در مجموع با اخلاق و نظام ارزش‌ها سروکار دارد. در واقع یکی از مسائلی که تعریف تعلیم و تربیت شهروندی را دچار مشکل می‌کند، ارتباط نزدیک آن با نظام ارزش‌هاست. شاید بتوان گفت آموزش اخلاقی و آموزش مدنی هر دو زیرمجموعه‌ای از مجموعه بزرگ‌تری به نام آموزش ارزش‌ها هستند. آموزش اخلاقی یا هر آنچه را که ما به‌طور خاص، آموزش ارزش‌ها می‌نامیم، به‌عنوان شرایط ضروری برای یک شهروند خوب است. به‌طور معمول ابعاد اخلاقی شهروندی بسیار مهم‌تر از ابعاد قانونی یا سیاسی آن است. از آنجا که ارزش‌ها در تربیت شهروندی جایگاهی مهم دارند و از طرفی پرداختن به ارزش‌ها بخش مهمی در فلسفه به‌شمار می‌آید. ارزش‌شناسی در فلسفه نیز خود به دو بخش مهم اخلاق و زیبایی‌شناسی تقسیم می‌شود.

عده‌ای از صاحب‌نظران در این حوزه معتقدند، که آموزش شهروندی باید پرورش ویژگی‌های شهروندی را حول چهار محور اساسی دسته‌بندی و اجرا کند. این چهار محور عبارت‌اند از: ۱. ارزش‌ها؛ ۲. دانش و مهارت‌ها؛ ۳. آگاهی و دانایی و ۴. تعهد و مسئولیت. در برخی دیگر از منابع با ادغام محور دانش و آگاهی، سه محور اساسی تربیت شهروندی را شامل دانش، مهارت و ارزش می‌دانند آنچه در تمام این تقسیم‌بندی‌ها مورد توجه قرار گرفته‌است توجه به بعد اخلاقی و ارزشی تربیت شهروندی است.

بی‌گمان هر فرایند تربیتی که در راستای تربیت شهروند مطلوب به‌کار گرفته می‌شود با محتوا یا به اصطلاح برنامه

- و یک توانایی برای حل آنان را افزایش دهند؛
- محرک اخلاقی را تعریف و تعیین کند که چطور محرک اخلاقی در تصمیم‌گیری شرکت می‌کند؛
- نقش در حال تغییر اخلاق را در یک جهان که از نظر تکنولوژیکی عقب افتاده، درک کند و آگاه باشد که اخلاقیات منطقی و عقلانی برای زنده ماندن در قرن ۲۱ به‌طور کامل ضروری هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

تعلیم و تربیت شهروندی به‌شدت با مفهوم ارزش‌ها و اخلاق آمیخته شده و به آن گره‌خورده‌است. بنابراین اخلاق شهروندی مقوله‌ای عمومی و بین‌رشته‌ای بوده که تمام دیسپلین‌ها و رشته‌های علمی باید به آن بپردازند. اگر بپذیریم تربیت شهروند خوب و اخلاقی یکی از اهداف هر نظام آموزشی باید باشد، آنگاه اخلاق شهروندی در این میان نقش کلیدی پیدا خواهد کرد.

در مجموع پژوهش حاضر، نشان داد که یکی از هدف‌های تربیت در طول تاریخ، تربیت شهروندی مؤثر است (۲۲). شهروندی فقط به‌جا آوردن وظایف سیاسی مقدماتی نیست، بلکه عبارت است از لزوم مدارا، عدالت اجتماعی و پرورش وجدان اجتماعی حقیقی. از قرن‌ها پیش متفکران سیاسی چون افلاطون و ارسطو به‌گونه‌ای به مسئله آموزش سیاسی کودکان و ایفای نقش شهروندی به‌وسیله آنها توجه نشان داده‌اند، اما امروزه توجه به تربیت شهروندی به دلیل عواملی مانند مهاجرت، رشد سریع اقتصادی، تحولات سیاسی و گسترش ارتباطات، بیشتر از گذشته است و تربیت شهروندی شامل دو تفسیر سطحی و عمیق و دو رویکرد سنتی و فعال بوده و از سه طیف «دیدگاه آموزش درباره شهروندی، آموزش از طریق شهروندی و آموزش برای شهروندی» تشکیل می‌شود (۱۳).

بر اساس نتیجه‌گیری که از نظرات مهم‌ترین کسانی که در زمینه اخلاق شهروندی (با توجه به تقدم و تأخر زمانی) به نظریه‌پردازی پرداخته‌اند، می‌توان گفت که به نظر افلاطون ارزش‌های شهروندی مطلق و غیر قابل تغییر هستند. فعالیت نهادهای آموزشی باید مبتنی بر اصول دائمی خوب، درست و زیبا باشد و ارزش‌های معنوی و اخلاقی بالاترین مرتبه را میان ارزش‌های شهروندی دارا هستند و تربیت بر چهار فضیلت بنیادی - اخلاقی، یعنی عدالت، خویش‌داری،

شهروند خوب محدود می‌شود. البته این صفت ارزیابی‌کننده همیشه ذکر نمی‌شود. اما حضور ناخواسته آن اغلب وجود داشته و مفهوم شهروندی را به یک موضوع ایده‌آل برای اجرای عدالت و انجام وظیفه تبدیل می‌کند که فهم مردم از آن بررسی شده و شکل‌دهی و جهت‌دهی افکار آنان را باعث می‌شود (۳۱). انتظاراتی که یک جامعه از شهروندان خود دارد این است که اعضای جامعه آن نه فقط وظایف رسمی سیاسی خود را به‌عنوان یک شهروند انجام دهند، بلکه از ارزش‌های پایدار جامعه‌ای حمایت کنند که به آن تعلق دارند و برای رسیدن به یک شهروند خوب تلاش کنند (۳۲).

همچنین اخلاقیات به روش‌های زیر ارتقای شهروندی را موجب می‌شوند:

- پیشرفت معنوی (روحانی) را از طریق هوشیاری دانش‌آموزان و دانشجویان و درک و فهم معنا و هدف از زندگی و ارزش‌های مختلف در اجتماع انسانی ترقی می‌دهند؛
 - توسعه اخلاقی را از طریق کمک به دانش‌آموزان برای توسعه تفکر انتقادی درباره تشخیص موضوعات درست از غلط، عدالت، انصاف و الزامات موجود در جامعه ترقی می‌دهند؛
 - پیشرفت اجتماعی را از طریق کمک به دانش‌آموز و دانشجو در به‌دست آوردن درک و فهم مهارت‌های مورد نیاز برای انسجام مسئولیت و مشارکت فعال بهبود می‌بخشد؛
 - پیشرفت فرهنگی را از راه کمک به دانش‌آموزان و دانشجویان در فهم ماهیت و نقش گروه‌های مختلف که به آن تعلق دارند سرعت می‌بخشد و در مقابل تنوع و اختلاف احترام به وجود می‌آورد.
- به‌طور کلی اهداف مورد نظر از آموزش‌های شهروندی در ارتباط با جنبه‌های اخلاقی این است که:
- واژه اخلاقیات را شناسایی و به شیوه‌ای آشکار و ثابت آن را مورد استفاده قرار دهد یا درباره مجموعه‌ای از ارزش‌های اخلاقی که حرف‌های عام گروهی را انعکاس می‌دهند بحث کنند؛
 - فهم و درک تفاوت میان درست و غلط و مفهوم درست در مقابل نادرست را افزایش دهند؛
 - وضعیت‌های دشوار درست در مقابل نادرست را تحلیل کند

متناسب با ویژگی‌های مختلف افراد تغییر‌پیدامی‌کند و در زیبایی‌شناسی هم معتقد است که معماری‌های مختلف، اخلاق متفاوتی را در شهروندان ایجاد می‌کند، بنابراین به همین دلیل بایستی در زیباسازی شهر، تربیت اخلاقی شهروندان را در نظر داشته باشیم. به نظر کرشن اشتاینر، اگر غرض تبدیل فرد به شهروندی فرهیخته باشد، باید بتواند از حد ارزش‌های اجتماعی عبور کرده و به مرحله‌ای قدم‌گذارد که عالم ارزش‌هایی است که بی حد و مرز فوق‌زندگانی محصور و محدود فرد و گروه او، یعنی قلمرو ارزش‌های مطلق یا غیرمشروط بوده و در این مرحله است که فرد می‌تواند مربی خود شود.

در رابطه با اخلاق شهروندی باید گفت انتظاراتی که یک جامعه از شهروندان خود دارد، این است که اعضای آن جامعه نه فقط وظایف رسمی سیاسی خود را به‌عنوان یک شهروند انجام دهند، بلکه از ارزش‌های پایدار جامعه‌ای حمایت کنند که به آن تعلق دارند و برای رسیدن به یک شهروند خوب تلاش کنند. بنابراین آموزش شهروندی، پیشرفت معنوی، اخلاقی، فرهنگی و اجتماعی دانش‌آموزان را باعث می‌شود. نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق با یافته‌های افرادی چون «کر»، «هایدون»، «دون رو» و «شارلین شوارتز» منطبق است (۳۳). در این زمینه باید گفت، هنر و زیبایی‌شناختی در ایجاد رشد اخلاقی شهروندان، تربیت شهروندان فعال، تربیت شهروند متفکر و به‌طور خلاصه در ایجاد شهروندان خوب مؤثر است. آنچه مسلم است این است که مفهوم شهروندی باید به‌گونه‌ای جامع تعریف و تبیین شود تا ابعاد مختلف آن را از نظر محلی، ملی و جهانی دربرگیرد و ارزش‌هایی مانند احترام، تحمل و بردباری، پذیرش دیگران، ذهنیت و تفکر باز، عدم خشونت، عدالت، تعهد نسبت به عدالت اجتماعی و توجه به سعادت همگانی را مورد تأکید قرار دهد.

پیشنهادات

۱. اخلاقیات شهروندی می‌تواند ابزاری برای تصمیم‌گیری اخلاقی شهروندان باشد. این ابزار به معلمان و طراحان برنامه اجازه می‌دهد که برای تعریف جزئیات مسئولیت اجتماعی و اخلاقی آموزش شهروندی، چارچوبی انعطاف‌پذیر داشته باشند؛
۲. توجه به جنبه‌های هنر و زیبایی‌شناسی در تربیت

شجاعت و دانایی استوار است. به نظر ارسطو نیز اخلاق و ارزش‌های شهروندی، وجودی مستقل دارند و از طریق عقل انسان قابل کشف و شناسایی‌اند، این ارزش‌ها ذاتی، غیر قابل تغییر و عمومی هستند. وی طرفدار ارزش‌های جهانی در تربیت شهروندان بوده و هدف پرورش انسان خوب است که این همانا از طریق رشد ارزش‌های اخلاقی در شهروندان به‌وجود می‌آید. به نظر روسو اخلاق و ارزش شهروندی بایستی از تعادل انسان با محیط سرچشمه‌گیرد و ارزش‌های تربیتی بر فلسفه الهی و ایمانی به خداوند مبتنی است و هدف پرورش شهروندان باتقوا می‌باشد. دیویی معتقد است اخلاق شهروندی امور نسبی و وابسته به شرایط خاص اجتماعی، روانی، فرهنگی و به‌طور کلی شرایط معین بوده و ارزش واحد، هدف و ایده‌آل جاوید در آموزش و پرورش شهروندان وجود ندارد و هر ارزشی که برای حیات معنوی و اخلاقی شهروندان سودمند باشد، به‌طور اخلاقی سودمند است. و به‌طور طبیعی مدرک و معیار ثابت، مطلق و تغییرناپذیری نبوده و هیچ اصل اخلاقی مطلق و وجود ندارد، بلکه هر مورد عملی را که موجب موفقیت باشد خوب می‌شمارد و منبع ارزش‌های شهروندی در فرهنگ جامعه است. فوکو و دریدا نیز قائل به رویکرد تکثرگرایانه در زمینه اخلاق شهروندی هستند و اخلاق را امری محلی و خاص می‌دانند، یعنی هیچ‌هنگار اخلاقی جهان‌شمول وجود ندارد و امور اخلاقی که در تربیت شهروندان به‌کاربرده می‌شوند را باید در درون گفتمان پیدا کرد و ارزش‌ها و اخلاقیات امری اجتماعی‌اند، ارزش‌ها در واقع با آنچه که ما انجام می‌دهیم واقع می‌شوند. شایسته‌بودن یک شهروند، به تبع شرایط و اوضاع و احوال تاریخی معنادار و امری نسبی است، ملاک تفاوت در ارزش‌های شهروندی در اخلاقیات، سنت‌ها، آداب و رسوم محلی، فرهنگ‌ها، علایق و نیازهای خود جوامع محلی نهفته است. امور اخلاقی مورد حمایت پست‌مدرنیسم در زمینه شهروندی عبارت‌اند از: تحمل عقاید دیگران، آزادی و برابری، تلاش برای تنوع و دگرگونی، صداقت و درستکاری، آزادی در انتخاب رابطه‌های انسان، کوشش برای حمایت از گوناگونی و تفاوت و حفظ آنها و شکیبایی در برابر نظر مخالف و آزادی. به نظر فارابی ارزش‌هایی که در تربیت شهروندان باید به‌کارگرفته شود نسبی است. ارزش‌ها و فضایل اخلاقی در شهروندان، از اساس با عادت و تمرین در آنها شکل می‌گیرد و ملکه می‌شود. این ارزش‌ها در زمان‌ها و مکان‌های مختلف

5. Vahedghokede S. Pathology of citizenship education in the hidden curriculum of secondary education from teachers viewpoint in Tehran, the master's thesis of curriculum planning, Shahid Beheshti University. 2005[In Persian]
 6. Heater D. Citizenship: The Civic Ideal in World History. Politics and Education, Longman, London. 1999 ,p: 6
 7. Amini M. Introduction to Citizenship Education, Kashan: welfare organization. 2003 [In Persian]
 8. Combs A. Conceptual Framework toward a Democratic Citizenship Education Curriculum. University of Manitoba. 2001
 9. Mellor S, Kerry JK. Australian Students Democratic Values and Towards Participation: Indicators from The IEA C civic Education Study. International journal of Education Research vol. 39, No. 6. 2003.
 10. Sears A, Yvonne H. Citizenship Education. Canadian Education Association. In www. ceace. Ac/media/en/citizenship education. 2005
 11. losito B, Annamaria D. Citizenship Democracy, Participation. The Results of The Second IEA civic education study in Italy. International Journal of educational Research. Vol. 39, No. 6. 2003.
 12. Aghazadeh A. principles and rules to govern citizenship education, process and review developments and characteristics such education in Japan, Journal of Educational Innovations. No. 17. 2006[In Persian]
 13. Kerr D. Citizenship Education: An International Comparative In www. Inca. org. uk/pdf/. Citizenship- no- intro- pdf Comparison. 1999
 14. Zokayy, MS, Ethics, citizenship, collective identity and other democratic values, Iranian Sociological Association, No. 5. 2001[In Persian]
 15. Liu A. The role of corporate citizenship values in promoting corporate social performance: pub: Taylor and Francis, Routledge, 2011
۳. گنجاندن ارزش‌های اخلاقی و زیبایی‌شناسی در تربیت شهروندی؛
 ۴. نهادینه‌سازی اخلاق مدنی در میان شهروندان و برنامه‌ریزی در سه سطح محلی، ملی و جهانی و منطبق کردن خود با یک چارچوب جهانی؛
 ۵. حرکت از یک دیدگاه ارزشی پنهان به سوی دیدگاه ارزشی آشکار درباره آموزش شهروندی می‌توانند تفاوتی میان سیاست و عملکرد به‌وجود آورند و باعث تفاوت در نتایج شوند؛
 ۶. داشتن یک رویکرد فعال در زمینه تربیت شهروندی؛
 ۷. تلاش برای تغییر از یک دیدگاه آموزش شهروندی رسمی (آموزش درباره) به سمت یک دیدگاه فعالانه‌تر (آموزش از طریق)؛
 ۸. استفاده از نتایج تجربیات کشورهای دیگر در زمینه آموزش شهروندی، البته با توجه به بافت سیاسی- اجتماعی کشورمان؛
 ۹. پرورش شهروند خوب برای جامعه ایران با توجه به ارزش‌های بومی (نه ارزش‌های بیگانگان)؛
 ۱۰. انجام مطالعات و تحقیقات در زمینه شناسایی ویژگی‌های شهروند خوب (مذهبی) در ایران؛
 ۱۱. اختصاص برنامه درسی مجزا به‌عنوان آموزش شهروندی در برنامه درسی مدارس و دانشگاه‌ها.

منابع

1. Torney Purta Y. Civic Education. In: International Encyclopedia of Curriculum. Edited by A. Lewy. Pergamon Press. Verhu, R (1995) Political Education. In: International Journal or Political Education. 1995
2. Shariatmadari A. Philosophy of education, Tehran: Amir Kabir publication. 2003 [In Persian]
3. Farmahini Farahani M. Philosophy of education, Tehran. Jahad University Press. Tehran University. 2006
4. Fathi Vajargah K, Diba T. Citizenship education, Tehran. Phagher Publication. 2002 [In Persian]

25. Gotek G. Philosophical schools and educational ideas, translation MJ Pakseresht, Tehran samt publication. 2009
26. Safavi A. Global education in the twentieth century, Tehran: Amir Kabir publication. 1995[In Persian]
27. Farmahini Farahani M. Postmodernism and Education, Tehran: Ayegh Publication ,2011[In Persian]
28. Jones A. (ed) Science in Faith: A Christian Perspective on Teaching. 1998
29. Halestead JM, Pike AM. Citizenship and Moral Education (Values in Action),Routledge. p: 49. 2006
30. Farmahini Farahani M. Codification political and social education pattern in Islamic Republic of Iran, research conducted in order to the National document of Education, unpublished. 2007 [In Persian]ed. , Learning and Society.
31. Kidd JR. Canadian Association for Adult Education, Mutual Press. p. 389. 1963
32. McKenzie H . Citizenship Education in Canada ,Prepared by: Political and Social Affairs Division ,BP- 326. 1993
33. Gates EB. Where is The Moral in Citizenship Education? Journal of Moral Education, Routledge. vol. 35, No. 4. 2006
16. Lotfabadi H. National and global citizenship education along with consolidating identity and value system of students. Quarterly Journal of Educational Innovations. No. 17. Fall. 2006[In Persian]
17. Ashtiani M, Fathi Vajargah C. Yemeni M. Evaluation of appropriate methods of citizenship values according to religious principles in curriculum. Tehran: Ministry of Education, Research and Educational Planning Organization. 2002[In Persian]
18. Toots A. The Role of Values in Citizenship Education. International journal Educational Research,. www. Elsevier. com/locate/ijedures. 2003
19. Cadyvar J. Education and the international community, Tehran: Research Institute of education. 2003[In Persian]
20. Cotton K. Education for Citizenship. School Improvement Research Series. WWW. Newel. Org/scpd/sirs/10/c019. html. 1999
21. Ghavam A. Political development and administrative reform, Tehran: Ghos Publications. 1992
22. Mayer F. History of Educational Thought, Tehran: Samt Publications, 1995[In Persian]
23. Naghibzadeh MH. Introduction to Philosophy, Tehran: Tahori Publication , Seventh Edition. 2004[In Persian]
24. Mehrdad H. Political Socialization, Tehran: Pagang publication. 1997[In Persian]

Citizenship ethics: an interdisciplinary issue

Farmahini Farahani, M. *¹

1. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author, Email: farahani@shahed.ac.ir

Received on: 02/01/2014 Accepted on: 17/02/2014

Abstract

Introduction: In this paper, the role of ethics and values on citizenship education and relationship between ethics and citizenship education has been expressed.

Methods: This research can be classified as a descriptive - analytical study. And all answers derived from documentary analysis.

Results: Concerning to research subject, the main achievement of that, the role of ethics and values in citizenship education should be said that Plato believes the citizenship values are absolute and unchangeable. Aristotle believes that human intellect can discover the values of citizenship and the values are inherent, unchangeable and public. Rousseau believes that the values which used in citizenship education should be originated from human balance with environment. Dewey argues values that should be used in citizenship education are relative and depends on the specific circumstances of social, psychological, cultural, and generally considers certain conditions. Farabi also consider the relative value in the education of citizens. Foucault and Derrida believe that a good citizen depends on historical circumstances, and it is relative. In relation to the second question, it must be said that religion, tradition and culture, are considered the main sources of morality in our country (Iran). In relation to the third question dignity, freedom, kindness and compassion can be outlined the anthropological foundations of citizenship ethics. The fourth research question regarding the relationship between citizenship education and ethics it must be said, values and ethics are being mixed, and the role of values and ethics are outstanding.

Conclusion: citizenship education has been mixed with the values and ethics. Therefore, citizenship Ethics is general and interdisciplinary issue that all disciplines and scientific fields need to be addressed. If , we accept that good citizenship and moral education should be one of the goals of the educational system, then the ethics of citizenship, will play a key role.

Key words: citizenship education, ethics, ethical citizenship, interdisciplinary.

بررسی سبک‌های مذاکره کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران

مهدی سبحانی نژاد^{۱*}، کیوان فردایی بنام^۲، افسانه اجتهادی^۳

۱. دانشیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد تحقیقات آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. کارشناس مدیریت و برنامه‌ریزی آموزشی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: sobhaninejad@shahed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۱۶ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: مذاکره به عنوان ابزار برقراری توافق میان افراد نقشی عمده در تحقق اهداف سازمانی ایفا می‌کند. در این میان کادر پرستاری به دلیل ویژگی‌های خاص محیط سازمانی و موقعیت شغلی خود نیز به‌طور ویژه‌ای به مهارت‌های مذاکره‌ای بسیار بالایی نیازمند هستند. هدف این مطالعه بررسی سبک‌های مذاکره کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران است.

روش: این پژوهش در قالب یک طرح توصیفی روی ۱۳۶ نفر از پرستارانی که در زمان انجام پژوهش در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران مشغول به کار بودند با نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای متناسب با حجم انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات نیز پرسشنامه سبک‌های مذاکره پیره بوده است.

یافته‌ها: در میان پرستاران، از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی در حد بالا و میزان بهره‌گیری از سبک مذاکره شهودی در حد متوسط بود. میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی در مقایسه با سبک مذاکره شهودی بیشتر بود. نتایج بیانگر معناداری تفاوت در سطوح مختلف متغیرهای نوع همکاری، سابقه خدمت و سطح تحصیلات است.

نتیجه‌گیری: موقعیت شغلی و جایگاه ویژه کادر پرستاری ضمن تأکید بر اهمیت و جایگاه مهارت‌های مذاکره در فرایند حرفه‌ای این شغل ایجاب می‌کند که کادر پرستاری از یک طرف در مواجهه با مسائل سازمانی و از طرف دیگر در برخورد با ارباب رجوع بیشتر از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی در مقایسه با سبک مذاکره شهودی بهره‌بگیرند.

واژگان کلیدی: سبک مذاکره، کادر پرستاری، شهودی، هنجاری، تحلیلی، واقع‌گرایی.

مقدمه

بیشتر افراد در زندگی فردی و حرفه‌ای خود به اهمیت مذاکره واقف بوده و موفقیت و اثربخشی زندگی فردی و حرفه‌ای آنان به شدت تحت تأثیر مهارت‌های مذاکره‌ای و توانایی آنان در برقراری ارتباطی مؤثر، کارآمد و پویا است؛ به‌گونه‌ای شاید بتوان مذاکره را به‌عنوان جزء جدایی‌ناپذیر زندگی عصر کنونی به‌شمار آورد. مذاکره فراگردی به‌منظور توافق بر سر اهداف مشترک و متضاد میان دو یا چند نفر یا گروه (۱) و روشی برای حل مشکلات از طریق گفتگو و تبادل اطلاعات می‌باشد (۲). به‌عبارت‌دیگر مذاکره فرایند بسیار پویایی است که از زمان شروع تا پایان در معرض ارزیابی و تغییر بوده، به‌گونه‌ای که پیش از هر کنش و واکنشی، دو طرف ضمن برآورد نیازها، علایق و اهداف به ارزیابی موقعیت خود و طرف مقابل پرداخته و طی تعاملاتی که در مذاکره پیش می‌آید، این ارزیابی‌ها و برآوردها در معرض تغییر و تحول قرار می‌گیرند. چنین نگاهی به فرایند مذاکره، از تبادل کنترل‌شده اطلاعات کاسته و بر تأثیرهای مثبت مذاکره‌کننده افزوده و مخاطره‌های ناشی از نقص و خلل در گردآوری، پنهان‌سازی، افشا یا توجه کامل به اطلاعات را به حداقل می‌رساند (۳). به زعم فیشر نیز مذاکره ابزاری اساسی در به‌دست‌آوردن خواسته‌ای است که شما از دیگران می‌خواهید (۴). مدیران و کارکنان برای مذاکره زمانی زیاد صرف می‌کنند، اما تعدادی محدود از آنان هنر و دانش مذاکره را به‌درستی می‌دانند، بنابراین بسیاری از آنان نیازمند رویکرد بهینه در طرح‌ریزی و اجرای مذاکراتشان هستند. هنگام مذاکره افراد ممکن است اطمینان کافی به خود نداشته یا بر جریان مذاکره کنترل نداشته باشند که این هر دو با افزایش مهارت‌های شخصی مذاکره‌کننده کاهش می‌یابد. با افزایش این مهارت‌ها، اضطراب و تنش فرد کاهش می‌یابد و بر کارایی وی افزوده شده و باعث می‌شود که نتایج مذاکره ارتقا یافته و به حداکثر برسد (۳). در این میان گاردون چهار سبک برای مذاکره بیان کرده‌است که عبارت‌اند از (۵):

الف) سبک واقع‌گرایی که در آن فرض اساسی این است که حقایق همه چیز را بیان می‌کند؛

ب) سبک شهودی با این فرض اساسی که با قوه تخیل یا تصور سعی می‌کند هر مسئله‌ای را حل کند؛

ج) سبک هنجاری که در این سبک فرض اساسی این است

که مذاکره همان چانه‌زنی است؛

د) سبک تحلیلی با فرض اساسی اینکه منطق به نتایج درست منجر می‌شود.

نتایج تحقیق حیدری (۱۳۸۲) نشان داد که بیشترین کاربست سبک‌های مذاکره به‌وسیله مدیران به سبک واقع‌گرایی و کمترین مربوط به سبک مذاکره تحلیلی بوده‌است. مدیران مرد بیشتر از مدیران زن سبک مذاکره تحلیلی را به‌کاربرده‌اند. مدیران تحصیل‌کرده در رشته‌های غیرمدیریتی، بیشتر از مدیران تحصیل‌کرده در رشته مدیریت از سبک مذاکره واقع‌گرایی و هنجاری استفاده کرده‌اند. مدیران با مدرک لیسانس از انواع سبک‌های مذاکره استفاده کرده و مدیران با سابقه مدیریت ۱۶ سال به بالا بیشتر از سایر مدیران، سبک مذاکره واقع‌گرایی و تحلیلی را به‌کاربردند (۶).

نتایج پژوهش مهرنخس (۱۳۸۵) حاکی از آن است که میان مهارت در سبک شهودی، سبک هنجاری و سبک واقع‌گرایی مذاکره در مدیران گروه‌های آموزشی و تضاد شغل در اعضای هیئت علمی رابطه معناداری وجود داشته و این در حالی است که میان سبک تحلیلی مذاکره در مدیران گروه‌های آموزشی و تضاد شغلی در اعضای هیئت علمی رابطه معناداری وجود ندارد (۷).

نتایج پژوهش گریندستد (۱۹۹۴) (۸)، پیرسون و استفان (۱۹۹۸) (۹)، عثمان-غنی و تان (۲۰۰۲) (۱۰)، یودهی و همکاران (۲۰۰۶) (۱۱) و ما (۲۰۰۷) (۱۲) تأثیر فرهنگی در سبک مذاکره مدیران آسیایی را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش ما و جایگر (۲۰۰۵) نیز بیانگر آن است که شخصیت بخش اندکی از واریانس متغیر رفتارهای مذاکره‌ای را تبیین می‌کند (۱۳).

پژوهش حاضر که با هدف بررسی سبک‌های مذاکره کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران انجام شد پرسش‌های پژوهشی زیر تدوین و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت:

۱. بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هر بُعد از سبک‌های مذاکره به چه میزان است؟

۲. آیا میان میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از هر یک از ابعاد سبک‌های مذاکره تفاوت معناداری وجود دارد؟

آیا میان میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت، نوع همکاری، شرایط استخدامی، سابقه، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش

این پژوهش به صورت توصیفی روی نمونه‌ای به حجم ۱۳۶ نفر «۶۰ پرستار کادر (۳۰ زن و ۳۰ مرد)، ۳۲ پرستار قراردادی (۱۶ زن و ۱۶ مرد)، ۴۴ بهیار (۲۲ زن و ۲۲ مرد» از کادر پرستاری که در زمان اجرای پژوهش در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران مشغول به فعالیت بودند به روش نمونه‌گیری تصادفی متناسب با حجم انجام شد. ابزار گردآوری داده‌های این پژوهش، پرسشنامه سبک‌های مذاکره پیره^۱ (۱۹۸۱) است. پرسشنامه حاضر علاوه بر اطلاعات دموگرافیک (جنسیت، سابقه کاری، نوع همکاری، شرایط استخدامی، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت) مربوط به نمونه پژوهشی، مشتمل بر ۸۰ پرسش در رابطه با سبک‌های چهارگانه مذاکره طبقه‌بندی گاردون (شهودی، هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی) بوده که در طیف اندازه‌گیری لیکرت طراحی شده است. همچنین، روایی ابزار پژوهش به دلیل تطابق با هدف پژوهش مورد تأیید قرار گرفت و پایایی ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳۹ محاسبه شد که بیانگر پایایی بالای ابزار پژوهش است.

یافته‌ها

در این بخش از گزارش پژوهش، در راستای هدف اصلی پژوهش و متناسب با سؤالات پژوهشی مطرح‌شده به ارائه یافته‌های مربوط به هر پرسش پرداخته و نتایج آن در جداول ۱ ارائه می‌شود.

بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره (جدول ۱) بیانگر آن است که به استثنای سبک مذاکره شهودی ($t=0/889$ و $Sig=0/376$)، در سبک‌های مذاکره هنجاری ($t=3/065$ و $Sig=0/003$)، تحلیلی ($t=3/848$) و

تهران از سبک مذاکره شهودی در حد متوسط بوده است. بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه درون‌آزمودنی حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره (جدول ۲) بیانگر آن است که مقدار آماره به دست آمده ($F=20/49$) در سطح معناداری $P \leq 0/01$ معنادار می‌باشد. نگاهی به نتایج آزمون بونفرونی مربوط به مقایسه میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره (جدول ۳) حاکی از آن است که میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی در مقایسه با سبک مذاکره شهودی بیشتر بوده است.

بررسی نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده «جنسیت» (جدول ۴)، فقدان تفاوت معنادار میان دو گروه پرستاران مرد و پرستاران زن در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در سطح معناداری $P \leq 0/05$ را بیان می‌کند.

بررسی نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده «نوع همکاری» (جدول ۴) حاکی از وجود تفاوت معنادار میان دو گروه پرستاران قراردادی و پرستاران کادر در سبک مذاکره شهودی در سطح معناداری $P \leq 0/05$ بوده و در سایر انواع سبک‌های مذاکره تفاوت معناداری میان دو گروه پرستاران قراردادی و پرستاران مشاهده نشد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون تی تک‌نمونه‌ای مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره

سطح معناداری	درجه آزادی	t	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	سبک‌های مذاکره
۰/۳۷۶	۱۲۲	۰/۸۸۹	۰/۰۷	۰/۸۰	۳/۰۶	سبک مذاکره شهودی
۰/۰۰۳	۱۱۵	۳/۰۶۵	۰/۰۷	۰/۷۷	۳/۲۱	سبک مذاکره هنجاری
۰/۰۰۰	۱۲۱	۳/۸۴۸	۰/۰۶	۰/۷۲	۳/۲۵	سبک مذاکره تحلیلی
۰/۰۰۰	۱۱۳	۴/۰۶۷	۰/۰۷	۰/۸۰	۳/۳۰	سبک مذاکره واقع‌گرایی

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه درون‌آزمودنی مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۰	۲۰/۴۹	۰/۸۶	۳	۲/۶۰	سبک مذاکره
		۰/۰۴	۲۶۷	۱۱/۳۱	خطا

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی مربوط به مقایسه میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره

سطح معناداری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	(J)	(I)
۰/۰۰۰	۰/۰۲	-۰/۱۸	سبک مذاکره هنجاری	سبک مذاکره شهودی
۰/۰۰۰	۰/۰۲	-۰/۱۵	سبک مذاکره تحلیلی	
۰/۰۰۰	۰/۰۳	-۰/۲۲	سبک مذاکره واقع‌گرایی	
۰/۰۰۰	۰/۰۲	۰/۱۸	سبک مذاکره شهودی	سبک مذاکره هنجاری
۱/۰۰۰	۰/۰۳	۰/۰۳	سبک مذاکره تحلیلی	
۱/۰۰۰	۰/۰۳	-۰/۰۳	سبک مذاکره واقع‌گرایی	
۰/۰۰۰	۰/۰۲	۰/۱۵	سبک مذاکره شهودی	سبک مذاکره تحلیلی
۱/۰۰۰	۰/۰۳	-۰/۰۳	سبک مذاکره هنجاری	
۰/۱۶۸	۰/۰۳	-۰/۰۷	سبک مذاکره واقع‌گرایی	
۰/۰۰۰	۰/۰۳	۰/۲۲	سبک مذاکره شهودی	سبک مذاکره واقع‌گرایی
۱/۰۰۰	۰/۰۳	۰/۰۳	سبک مذاکره هنجاری	
۰/۱۶۸	۰/۰۳	۰/۰۷	سبک مذاکره تحلیلی	

استخدامی» (جدول ۴) نیز عدم وجود تفاوت معنادار میان دو گروه پرستاران رسمی و پرستاران قراردادی در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در سطح معناداری $P \leq 0/05$ را بیان می‌کند.

بررسی نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده «شرایط

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی و نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت، نوع همکاری و شرایط استخدامی

سطح معناداری	درجه آزادی	t	خطای انحراف استاندارد	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد									
۰/۸۶۵	۱۲۱	۰/۱۷۰	۰/۱۲	۰/۹۶	۳/۰۷	۲۴	مرد	جنسیت	سبک مذاکره شهودی						
										۰/۰۷	۰/۶۰	۳/۰۵	۵۹	زن	نوع همکاری
۰/۰۳۶	۱۲۱	-۲/۱۲۱	۰/۰۷	۰/۶۶	۳/۱۸	۷۸	کادر	شرایط استخدامی	قراردادی						
										۰/۱۶	۰/۹۷	۳/۰۰	۳۷	قراردادی	
															۰/۰۷
۰/۸۶۵	۱۲۱	۰/۹۰۹	۰/۱۱	۰/۸۹	۳/۲۷	۶۴	مرد	جنسیت	سبک مذاکره هنجاری						
										۰/۰۸	۰/۵۸	۳/۱۴	۵۲	زن	نوع همکاری
۰/۱۱۹	۱۱۴	-۱/۵۷۰	۰/۰۷	۰/۶۴	۳/۳۱	۶۹	کادر	شرایط استخدامی	قراردادی						
										۰/۱۵	۰/۹۴	۳/۱۸	۳۹	قراردادی	
															۰/۰۷
۰/۸۲۹	۱۲۰	۰/۲۱۷	۰/۱۰	۰/۸۷	۳/۲۶	۶۴	مرد	جنسیت	سبک مذاکره تحلیلی						
										۰/۰۶	۰/۵۰	۳/۲۳	۵۸	زن	نوع همکاری
۰/۱۸۵	۱۲۰	-۱/۳۳۲	۰/۰۷	۰/۶۱	۳/۳۱	۷۶	کادر	شرایط استخدامی	قراردادی						
										۰/۱۴	۰/۸۷	۳/۲۶	۳۸	قراردادی	
															۰/۰۷
۰/۵۹۱	۱۱۲	-۰/۵۳۸	۰/۱۲	۰/۹۹	۳/۲۶	۶۰	مرد	جنسیت	سبک مذاکره واقع‌گرایی						
										۰/۰۷	۰/۵۳	۳/۳۵	۵۴	زن	نوع همکاری
۰/۰۷۴	۱۱۲	-۱/۸۰۵	۰/۰۸	۰/۶۶	۳/۴۱	۶۹	کادر	شرایط استخدامی	قراردادی						
										۰/۱۶	۰/۹۷	۳/۲۱	۳۷	قراردادی	
															۰/۰۸

مقدار آماره به‌دست‌آمده در سبک‌های مذاکره شهودی $(F=۳/۷۳۸)$ و واقع‌گرایی $(F=۴/۶۰۲)$ در سطح معناداری $P \leq 0/05$ معنادار بوده و در سایر انواع سبک‌های مذاکره تفاوت معناداری میان سطوح مختلف سابقه کاری مشاهده‌نشده.

بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین‌آزمودنی حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده سابقه خدمت (جدول ۶) بیانگر آن است که در

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده سابقه، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت

سطح	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد
سبک مذاکره شهودی	زیر ۱۰ سال	۷۲	۲/۸۹	۰/۱۱
	۱۰ تا ۲۰ سال و	۳۱	۳/۲۰	۰/۰۹
	بالای ۲۰ سال	۲۰	۳/۴۵	۰/۰۸
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۷	۲/۸۵	۰/۱۱
	فوق دیپلم	۲۰	۳/۵۵	۰/۱۵
	کارشناسی و	۵۹	۲/۹۹	۰/۱۰
نوع مسئولیت	کارشناسی ارشد	۶	۳/۳۵	۰/۲۶
	کمک‌بیمار	۱	۳/۴۵	۰/۰
	بیمار	۳۹	۲/۸۶	۰/۱۳
سبک مذاکره هنجاری	پرستار	۷۵	۳/۱۳	۰/۰۹
	سرپرستار و	۴	۳/۷۸	۰/۳۹
	سوپروایزر	۴	۲/۷۸	۰/۰۱
سبک مذاکره تحلیلی	زیر ۱۰ سال	۷۵	۳/۱۲	۰/۰۹
	۱۰ تا ۲۰ سال و	۲۸	۳/۳۸	۰/۱۱
	بالای ۲۰ سال	۱۳	۳/۴۱	۰/۱۰
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۵	۲/۹۴	۰/۱۱
	فوق دیپلم	۱۸	۳/۷۶	۰/۱۵
	کارشناسی	۵۶	۳/۱۷	۰/۱۰
نوع مسئولیت	کارشناسی ارشد	۶	۳/۴۵	۰/۲۶
	کمک‌بیمار	۱	۳/۶۰	۰/۰
	بیمار	۳۷	۲/۹۵	۰/۱۱
سبک مذاکره تحلیلی	پرستار	۷۲	۳/۳۲	۰/۰۹
	سرپرستار و	۲	۴/۳۰	۰/۰۵
	سوپروایزر	۴	۳/۰۳	۰/۰۱
سبک مذاکره تحلیلی	زیر ۱۰ سال	۷۲	۳/۱۳	۰/۰۹
	۱۰ تا ۲۰ سال و	۲۸	۳/۴۱	۰/۰۸
	بالای ۲۰ سال	۱۹	۳/۴۱	۰/۰۹
سطح تحصیلات	دیپلم	۳۹	۳/۰۶	۰/۱۱
	فوق دیپلم	۱۸	۳/۶۲	۰/۱۴
	کارشناسی و	۵۶	۳/۲۳	۰/۰۹
کارشناسی ارشد	۶	۳/۲۶	۰/۲۷	

ادامه جدول ۵. شاخص‌های توصیفی مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده سابقه، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت

سطح	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای انحراف استاندارد
نوع مسئولیت	۱	۳/۳۰	۰/۰	۰/۰
	۴۱	۳/۰۷	۰/۶۹	۰/۱۰
	۷۳	۳/۳۴	۰/۷۵	۰/۰۸
سابقه	۳	۳/۸۵	۰/۴۳	۰/۲۵
	۴	۲/۹۸	۰/۰۷	۰/۰۳
	۶۸	۳/۱۶	۰/۹۴	۰/۱۱
سطح تحصیلات	۳۱	۳/۴۰	۰/۵۰	۰/۰۹
	۱۵	۳/۷۴	۰/۲۳	۰/۰۶
	۳۶	۳/۱۱	۰/۷۸	۰/۱۳
نوع مسئولیت	۱۷	۳/۸۷	۰/۶۲	۰/۱۵
	۵۴	۳/۲۰	۰/۸۰	۰/۱۰
	۶	۳/۵۸	۰/۸۴	۰/۳۴
نوع مسئولیت	۱	۳/۵۵	۰/۰	۰/۰
	۳۸	۳/۱۷	۰/۷۹	۰/۱۲
	۶۷	۳/۳۴	۰/۸۲	۰/۱۰
سطح تحصیلات	۴	۴/۱۶	۰/۵۹	۰/۲۹
	۴	۳/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۱

مقدار آماره به‌دست‌آمده در سبک‌های مذاکره شهودی مقدار $(F=۳/۹۸۱)$ ، هنجاری $(F=۵/۲۲۷)$ ، تحلیلی $(F=۲/۷۶۰)$ و واقع‌گرایی $(F=۴/۳۳۱)$ در سطح معناداری $P \leq ۰/۰۵$ معنادار می‌باشد. نگاهی به نتایج آزمون توکی مربوط به مقایسه میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در سطوح مختلف تحصیلی (جدول ۷) حاکی از آن است که میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از سبک‌های مذاکره شهودی، هنجاری و واقع‌گرایی در کارکنان با سطح تحصیلات فوق دیپلم در مقایسه با کارکنان دارای سطح تحصیلات دیپلم و کارشناسی بیشتر بوده و میزان بهره‌گیری از سبک مذاکره تحلیلی کارکنان با سطح تحصیلات فوق دیپلم در مقایسه با کارکنان دارای سطح تحصیلات دیپلم بیشتر می‌باشد.

نگاهی به نتایج آزمون توکی مربوط به مقایسه میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در سطوح مختلف سابقه کاری (جدول ۷) حاکی از آن است که میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از سبک‌های مذاکره شهودی و واقع‌گرایی در کارکنان با سابقه کاری بالای ۲۰ سال در مقایسه با کارکنان دارای سابقه کاری زیر ۱۰ سال بیشتر بوده و در سایر مقایسات تفاوت معناداری دیده‌نشود. بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین‌آزمودنی حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده سطح تحصیلات (جدول ۶) بیانگر آن است که در

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه بین آزمودنی مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده سابقه، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات			
۰/۰۱۲	۴/۶۰۲	۲/۸۲	۲	۵/۶۵	بین گروهی	سابقه	سبک مذاکره شهودی
		۰/۶۱	۱۲۰	۷۳/۷۰	درون گروهی		
			۱۲۲	۷۹/۳۵	کل		
۰/۰۱۰	۳/۹۸۱	۲/۴۲	۳	۷/۲۸	بین گروهی	سطح تحصیلات	
		۰/۶۱	۱۱۸	۷۱/۹۲	درون گروهی		
			۱۲۱	۷۹/۲۰	کل		
۰/۱۳۸	۱/۷۷۹	۱/۱۲	۴	۴/۵۱	بین گروهی	نوع مسئولیت	
		۰/۶۳	۱۱۸	۷۴/۸۴	درون گروهی		
			۱۲۲	۷۹/۳۵	کل		
۰/۱۹۳	۱/۶۷۰	۰/۹۸	۲	۱/۹۶	بین گروهی	سابقه	سبک مذاکره هنجاری
		۰/۵۸	۱۱۳	۶۶/۴۱	درون گروهی		
			۱۱۵	۶۸/۳۷	کل		
۰/۰۰۲	۵/۲۲۷	۲/۸۰	۳	۸/۴۱	بین گروهی	سطح تحصیلات	
		۰/۵۳	۱۱۱	۵۹/۵۵	درون گروهی		
			۱۱۴	۶۷/۹۷	کل		
۰/۱۳۴	۱/۸۸۹	۱/۰۶	۴	۴/۲۴	بین گروهی	نوع مسئولیت	
		۰/۵۶	۱۱۱	۶۲/۳۰	درون گروهی		
			۱۱۵	۶۶/۵۴	کل		
۰/۱۰۴	۲/۳۰۴	۱/۱۸	۲	۲/۳۶	بین گروهی	سابقه	سبک مذاکره تحلیلی
		۰/۵۱	۱۱۹	۶۰/۹۸	درون گروهی		
			۱۲۱	۶۳/۳۴	کل		
۰/۰۴۵	۲/۷۶۰	۱/۳۸	۳	۴/۱۴	بین گروهی	سطح تحصیلات	
		۰/۵۰	۱۱۷	۵۸/۶۲	درون گروهی		
			۱۲۰	۶۲/۷۷	کل		
۰/۱۸۷	۱/۵۷۱	۰/۸۰	۴	۳/۲۲	بین گروهی	نوع مسئولیت	
		۰/۵۱	۱۱۷	۶۰/۱۱	درون گروهی		
			۱۲۱	۶۳/۳۴	کل		
۰/۰۲۷	۳/۷۳۸	۲/۳۱	۲	۴/۶۳	بین گروهی	سابقه	سبک مذاکره واقع‌گرایی
		۰/۶۲	۱۱۱	۶۸/۷۷	درون گروهی		
			۱۱۳	۷۳/۴۰	کل		
۰/۰۰۶	۴/۳۳۱	۲/۵۸	۳	۷/۷۵	بین گروهی	سطح تحصیلات	
		۰/۵۹	۱۰۹	۶۵/۰۸	درون گروهی		
			۱۱۲	۷۲/۸۴	کل		
۰/۱۸۲	۱/۵۸۹	۱/۰۱	۴	۴/۰۴	بین گروهی	نوع مسئولیت	
		۰/۶۳	۱۰۹	۶۹/۳۶	درون گروهی		
			۱۱۳	۷۳/۴۰	کل		

جدول ۷. نتایج آزمون توکی مربوط به مقایسه میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده سابقه، سطح تحصیلات و نوع مسئولیت

متغیر	(I)	(J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
سبک مذاکره شهودی	سابقه کاری	زیر ۱۰ سال	۰/۵۵	۰/۱۹	۰/۰۱۶
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	دیپلم	۰/۷۰	۰/۲۱	۰/۰۰۸
	سابقه کاری	کارشناسی	۰/۵۶	۰/۲۰	۰/۰۳۱
سبک مذاکره هنجاری	سطح تحصیلات	فوق دیپلم	۰/۸۱	۰/۲۱	۰/۰۰۱
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	کارشناسی	۰/۵۸	۰/۱۹	۰/۰۲۰
	سابقه کاری	دیپلم	۰/۵۵	۰/۱۹	۰/۰۲۴
سبک مذاکره واقع‌گرایی	سابقه کاری	زیر ۱۰ سال	۰/۵۸	۰/۲۲	۰/۰۲۸
سطح تحصیلات	فوق دیپلم	دیپلم	۰/۷۵	۰/۲۲	۰/۰۰۶
	سابقه کاری	کارشناسی	۰/۶۶	۰/۲۱	۰/۰۱۳

تحلیلی و سبک مذاکره واقع‌گرایی در فعالیت حرفه‌ای در حد بالایی بوده است. بررسی نتیجه به دست آمده نشانگر آن است که موقعیت حساس و ویژگی‌های شغلی حرفه پرستاری ایجاب می‌کند که کادر پرستاری به جای بهره‌گیری از قوه تخیل یا تصور برای حل مسائل، در مواجهه با موقعیت‌های مختلف شغلی ضمن توجه به حقیقت امر از روند تحلیل منطقی و چانه‌زنی در خصوص مسائل بهره‌گیرند.

بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه دوم پژوهش مبنی بر آزمون معناداری تفاوت در میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره بیانگر آن است که بین میزان بهره‌گیری کادری پرستاری از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی در مقایسه با سبک مذاکره شهودی تفاوت وجود داشته و در سایر مقایسات تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج حاکی از آن است که میزان بهره‌گیری کادری پرستاری از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی بیشتر از سبک مذاکره شهودی بوده و نمایانگر آن است که کادر پرستاری در برخورد با موقعیت‌ها و مسائل مختلف شغلی خود به دلیل ارتباط دوجانبه سازمان (رؤسای سازمانی و بیماران) از سبک‌های مذاکره هنجاری، تحلیلی و واقع‌گرایی بیشتر بهره‌می‌گیرند.

بررسی نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه بین‌آزمودنی حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیر تعدیل‌کننده نوع مسئولیت (جدول ۶) بیانگر آن است که عدم معناداری مقدار آماره به دست آمده در سبک‌های مذاکره شهودی ($F=1/779$)، هنجاری ($F=1/889$)، تحلیلی ($F=1/571$) و واقع‌گرایی ($F=1/589$) در سطح معناداری $P \leq 0/05$ می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه یک پژوهش مبنی بر میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هریک از ابعاد سبک‌های مذاکره بیانگر آن است که به استثنای سبک مذاکره شهودی که در آن میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در فعالیت حرفه‌ای خود به صورت متوسط گزارش شده است؛ میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران از سایر انواع سبک‌های مذاکره شامل سبک مذاکره هنجاری، سبک مذاکره

نوع عملکردی نیز بیانگر آن است که به استثنای سبک مذاکره شهودی که در آن میزان بهره‌گیری کارکنان کادر از سبک مذاکره شهودی در مقایسه با کارکنان قراردادی بیشتر بوده‌است در سایر انواع سبک‌های مذاکره تفاوت معناداری بین سطوح متغیر تعدیل‌کننده نوع همکاری مشاهده نشد. از طرفی حاکی از آن است که میزان بهره‌گیری کادر پرستاری با سابقه کار بالای ۲۰ سال از سبک‌های شهودی و واقع‌گرایی در مقایسه با کادر پرستاری زیر ۱۰ سال بیشتر است. در بعد متغیر تعدیل‌کننده سطح تحصیلات نیز، نتایج وجود تفاوت معنادار در سطوح مختلف سطح تحصیلات تمامی انواع سبک‌های مذاکره را بیان می‌کند.

بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه سوم پژوهش مبنی بر میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هر یک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت، شرایط استخدامی و نوع مسئولیت بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار میان سطوح مختلف هر یک از متغیرهای تعدیل‌کننده جنسیت، شرایط استخدامی و نوع مسئولیت است. بررسی نتایج حاصل از تحلیل داده‌های مربوط به میزان بهره‌گیری کادر پرستاری بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی فجر شهر تهران در هر یک از ابعاد سبک‌های مذاکره در بعد متغیرهای تعدیل‌کننده در بعد متغیر تعدیل‌کننده

منابع

8. Grindsted A. The impact of cultural styles on negotiation: A case study of Spaniards and Danes. *IEEE Transactions on Professional Communication*. 1994; 37(1), 34-38.
9. Pearson VM.S, Stephan WG. Preferences for styles of negotiation: A comparison of Brazil and the U.S. *International Journal of Intercultural Relations*. 1998; 22(1): 67-83.
10. Osman-Gani AM, Tan JS. Influence of culture on negotiation styles of Asian managers: An empirical study of major cultural/ethnic groups in Singapore. *Thunderbird International Business Review*. 2002; 44(6): 819-839.
11. Yudhi W. S. A, Nanere M G, Nsubuga-Kyobo A. A comparative study of negotiation styles of education managers in Australia and Indonesia. Paper presented at the Asian Forum on Business Education (ABFE), The National Advanced Training Institute, Hanoi Vietnam, 4th December, 2006.
12. Ma Z. Conflict management styles as indicators of behavioral pattern in business negotiation: The impact of conceptualism in two countries. *International Journal of Conflict Management*. 2007; 18(3): 260 – 279.
13. Ma J, Jaeger A. Getting to Yes in China: Exploring personality effects in Chinese negotiation styles. *Group Decision and Negotiation*. 2005; 14(5): 415-437.
1. Don H, Slocam JW, Woodman RW. *Organizational Behavior*. Cincinnati, OH: South western college publishing, 5th ed, 1998.
2. Sorraia SM. Effect of discussion and negotiation to impression and interaction in groups Tehran, Publications, Roshd publications, 2nd ed, 1999.
3. Shenfield M and Shenfield R. *The art and science of negotiation*. Translation: Mostajeran A and Raji M, Tehran, Ney publications, 2004.
4. Pullins E B, Haugtvedt CP, Dickson PR, Fine LM, Lewiki RJ. Individual differences in intrinsic motivation and the use of cooperative negotiation tactics. *Journal of Business & industrial marketing*. 2000; 15(7): 466-478.
5. Moghimi, SM . *Organization and Management Approach*. Tehran, Termeh Publications, 2nd ed, 2002.
6. Heidari F. Evaluation the application of negotiation styles in conflict management strategies for secondary school in Isfahan. MA thesis, Isfahan University, 2004.
7. Mehrbkhsh Z. Examining the relationship between negotiation skills in educational managers with job conflict among faculty members. MA Thesis. Bahonar University, 2007.

Negotiating style between nursing staff in Fajr Specialty and subspecialty hospital in Tehran

Sobhaninejad, M. ^{*1}, *Fardaei Benam, K.* ², *Ejtehadi, A.* ³

1. Associate Professor, Department of Educational Sciences, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran.
2. Master of Educational Research, Department of Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.
3. Bachelor of Management and Planning Education, Department of Educational Sciences, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author, Email: sobhaninejad@shahed.ac.ir

Received on: 02/01/2014 Accepted on: 17/02/2014

Abstract

Introduction: Negotiating as a means of establishing an agreement between people plays a major role in achieving organizational goals. Meanwhile, the nurses require to high negotiating skills due to the specific characteristics of the organizational environment as well as their job specification. The purpose of this paper was to study negotiating style between nursing staff in Fajr specialty and subspecialty hospital in Tehran.

Methods: This is a descriptive study. 136 nurses were selected by stratified random sampling from who were working in Fajr hospital (Tehran). The data collection instrument was Pierre negotiating styles questionnaires.

Results: Among nurses, using of normative, analytical and realism negotiating styles was high and for intuitive negotiating style it was moderate. Among nursing staff in Fajr specialty and subspecialty hospital in Tehran, using rates of normative, analytical and realistic styles was more in comparison to the intuitive negotiation style. The results showed significant differences in levels of collaboration, work experience and education.

Conclusions: Due to position and special status of nurses in the process of negotiating skills and its importance in this discipline, necessitate that the nurses use of normative, analytical and realism negotiating styles in confronting to organizational problems and in dealing with clients.

Key words: Negotiating style, the nursing staff, intuitive, normative, intuitive, analytical.

بررسی تأثیر اجرای برنامه ارتباط درمانی طراحی شده بر اساس نظریه هیلگارد پیلاو بر مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های درمانی و مراقبتی

زهرا سادات منظری^۱، ربابه معماریان^{۲*}، زهره ونکی^۳

۱. استادیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. دانشیار، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: memari_r@modares.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۱۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۸

چکیده

مقدمه: صدمه سوختگی بر جنبه‌های جسمانی و عاطفی بیمار بسیار اثرمی‌گذارد که به حداقل رسیدن مشارکت بیمار در فرایندهای مراقبتی را در پی دارد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر اجرای برنامه ارتباط درمانی بر مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های مراقبتی و درمانی صورت گرفته است.

روش: این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی است که در بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شد. تعداد ۶۰ بیمار بستری در بخش سوختگی زنان، انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. روی ۳۰ نفر از بیماران گروه مداخله، برنامه ارتباط درمانی طراحی شده اجرا شد. ابزار بررسی وضعیت همکاری بیمار در «فیزیوتراپی» و در «تعویض پانسمان‌ها» بود. مشاهده‌ای پژوهشگر ساخته برای بررسی وضعیت همکاری بیمار در «فیزیوتراپی» و در تعویض پانسمان‌ها در هر دو گروه در سه مرحله پیشین (هفته اول)، حین (طی سه هفته) و بعد از مداخله (هفته چهارم) سنجیده و مقایسه شد.

یافته‌ها: آزمون آماری من ویتنی یو میان دو گروه در وضعیت همکاری برای تعویض پانسمان‌ها، پیش ($P=0/001$) و بعد از مداخله ($P=0/001$)، همچنین در وضعیت همکاری برای فیزیوتراپی، پیش ($P=0/005$) و بعد از مداخله ($P=0/001$) اختلاف معناداری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه اهمیت ارتباط پرستار با بیمار را بر روند مشارکت بیمار در برنامه‌های مراقبتی و درمانی و در نتیجه بر سیر بالینی بیمار آشکار ساخت. پیشنهاد می‌شود از برنامه طراحی شده در این مطالعه برای مراقبت از بیماران سوختگی به کار رود.

واژگان کلیدی: ارتباط، مشارکت بیمار، سوختگی، نظریه پرستاری.

مقدمه

می‌شود (۱۷-۱۹). علاوه بر آن حمایت عاطفی از بیمار، درد، استرس و بروز مکانیسم‌های از عهده‌برآیی منفی مانند انکار، اندوه و اجتناب در بیمار را کاهش می‌دهد، سازگاری وی را تقویت کرده و به همکاری هرچه بیشتر در فرایند درمان، مراقبت، بهبودی و در نهایت ترخیص سریع‌تر و کاهش بروز عوارض مزمن منجر می‌شود (۲۰). حمایت عاطفی از بیماران سوختگی را می‌توان به شیوه‌های مختلف انجام داد، اما یکی از بهترین طرق حمایت عاطفی از بیمار با آسیب سوختگی این است که به بیمار و خانواده وی به‌سادگی فرصت بیان نظرات احساسات و عواطفشان داده‌شود تا با رفع این احساسات فرایند آموزش به بیمار نیز با موفقیت بیشتری انجام‌شود (۲۱). مقالات تحقیقی متعدد پیامدهای مثبت ارتباط درمانی را بر وضعیت بالینی بیماران مانند کاهش درد، بهبودی از علائم بیماری، کاهش اضطراب، بهبود شرایط فیزیولوژیکی و عملکردی و تأثیر بر فشار خون و قند خون گزارش کرده‌اند (۲۱-۲۸). در مطالعه‌ای نشان‌داده که ۴۴ درصد افراد مبتلا به سوختگی به صحبت کردن با یک فرد راجع به مشکلاتشان نیاز دارند. همه این بیماران صحبت کردن با افراد تیم مراقبتی به‌خصوص پرستاران را بسیار مؤثر و کمک‌کننده می‌دانستند (۲۹).

هر نظام یا رشته علمی، شامل مجموعه‌ای از ویژگی‌های پیکره دانش منحصر به خود می‌باشد. شکاف بین تئوری و عمل از دغدغه‌های اصلی تمام نظام‌های آکادمیک از جمله پرستاری است. نظام‌هایی موفق می‌شوند که بتوانند پارادایم‌های تئوریک خود را به نسخه‌های موفق و قابل تجویز عملی درآورند (۳۱). یکی از راهکارهای گسترش تئوری و به دنبال آن گسترش بدنه دانش هر رشته استفاده از تئوری‌ها در عمل به‌وسیله تحقیقات است. تئوری و عمل رابطه متقابلی دارند و در دیسیپلین عملی چون پرستاری تا زمانی که دانش در عمل به‌کارگرفته‌نشود آن دانش ناقص باقی‌می‌ماند و به پیشرفت رشته منجر نخواهد شد (۳۰). در واقع یکی از راهبردهای کاهش گسست میان تئوری و عمل، کاربرد تئوری‌ها در عمل و تجویزی کردن آنها از طریق تحقیقات برنامه‌ریزی‌شده و مبتنی بر تئوری‌های مرتبط با موقعیت‌های بالینی مختلف است (۳۱ و ۳۲).

نظریه هیگلارد پیلانو در ارتباط درمانی نظریه‌ای ارزشمند محسوب می‌شود. پیلانو، پرستاری را به‌عنوان یک فرایند

صرف‌نظر از عوامل فیزیولوژیکی یکی از مهم‌ترین عواملی که به‌طور مستقیم بر روند بهبود مبتلایان به سوختگی تأثیر می‌گذارد، همکاری و مشارکت فعال آنها نسبت به اقدامات درمانی و مراقبتی مانند تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی است (۱ و ۲). همکاری بیمار در صدمات سوختگی بسیار با اهمیت و تعیین‌کننده سیر بالینی بهبودی دارد (۳). از طرفی ماهیت صدمه سوختگی به‌گونه‌ای است که بر جنبه‌های جسمانی، عاطفی و روانی بیمار و خانواده وی اثراتی عمیق گذاشته و مشارکت بیمار در فرایند مراقبت از خود را به حداقل می‌رساند. مشکلات روانشناختی و عاطفی مانند ترس، اضطراب، اندوه، عصبانیت، انکار و جنون در بیشتر بیماران سوخته صرف‌نظر از محل، درصد و عمق سوختگی مشاهده می‌شود (۴ و ۵)؛ حتی بیمارانی با صدمات سوختگی ۱ درصد یا کمتر به‌صورت بالینی درجانی از مشکلات روانی بعد از سوختگی را تجربه می‌کنند (۶). یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین وظایف تیم درمانی - مراقبتی، مسئله تعویض پانسمان‌های بیمار است. انجام یک پانسمان اصولی و استاندارد بدون همکاری بیمار ممکن نیست (۷). از طرف دیگر یکی از نکات با اهمیت و اساسی در طرح مراقبتی این بیماران اجرای برنامه‌های فیزیوتراپی است که به‌منظور پیشگیری از بروز انواع اختلالات عملکردی چون اشکال در محدوده حرکات، بدشکلی‌ها و اسکارها انجام می‌شود. اما علیرغم اهمیت تأثیر انجام فیزیوتراپی و ورزش‌های کششی فعال در عملکرد فیزیکی مبتلایان به سوختگی، متأسفانه آنها نسبت به انجام این امور مهم مشارکت نکرده یا همکاری مطلوبی ندارند (۸ و ۹). مشکلات عاطفی و روانشناختی این بیماران در کاهش مشارکت آنان برای فعالیت‌های مراقبت از خود سهم بسزایی دارد و از اجرای مفید برنامه‌های مراقبتی و رسیدن به حداکثر کارایی و بهبودی جلوگیری می‌کند (۱۰-۱۳). وقایع استرس‌زا و تحلیل مقابله عاطفی در بیمار یکی از دلایل مهم عدم مشارکت وی در برنامه‌های مراقبتی و درمانی است (۱۴). بنابراین حمایت عاطفی از بیمار می‌تواند در بهبود مشکلات عاطفی و مشارکت فعال بیماران در برنامه‌های مراقبتی نقشی مهم ایفا کند (۱۶-۱۴). مطالعات نشان داده‌است که کاهش اضطراب بیمار و حمایت عاطفی و روانی از وی باعث راحتی بیمار طی فرایندهای مراقبتی و اقدامات درمانی مانند تعویض پانسمان‌ها

با توجه به اینکه این عدم همکاری مخصوص، نتیجه مسائلی مانند مشکلات عاطفی و سایکولوژیکی بیماران است (۱۳-۸). بنابراین مسائل عنوان شده انگیزه‌ای شد که پژوهشگر درصدد تدوین یک برنامه مراقبتی از بیمار مبتلا به سوختگی با در نظر گرفتن نیازهای عاطفی وی برآید و برای اجرای مؤثرتر این برنامه، «برنامه ارتباط درمانی طراحی شده طبق نظریه پیلاو» را استفاده کند، تا اینکه به بررسی تأثیر اجرای «برنامه ارتباط درمانی بر وضعیت مشارکت بیماران سوختگی در برنامه‌های درمانی - مراقبتی» بپردازد.

روش

پژوهش حاضر، یک کارآزمایی بالینی غیرتصادفی است که در سال ۱۳۸۴ در بخش سوختگی زنان بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام شده است. عامل مداخله آن برنامه ارتباط درمانی است و دو گروه مداخله و کنترل، همچنین پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارد. جامعه پژوهش، همه بیماران بستری مبتلا به سوختگی درجه دوم هستند. نمونه‌های پژوهش، بیماران زن مبتلا به سوختگی درجه دوم عمقی با سطح سوختگی بین ۴۵-۱۵ درصد در مرحله حاد، سن بین ۱۵ تا ۶۰ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، نیز توانایی تکلم و برقراری ارتباط بودند. با توجه به محدود بودن موارد در دسترس، نیز زمان پژوهش و تدریجی بودن مراجعه مبتلایان، نمونه‌ها به روش غیرتصادفی با توجه به مشخصات نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه با اعتماد ۹۵ درصد از فرمول حداقل حجم نمونه برای مقایسه نسبت‌ها در دو جامعه مستقل
$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 * [p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}{(p_1 - p_2)^2}$$
، ۶۰ نفر برآورد شد. ۳۰ بیمار در گروه کنترل و ۳۰ بیمار در گروه مداخله به‌عنوان نمونه‌های پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. در این فرمول طبق نتایج حاصل از مطالعه آرون و پاترسون (۲۰۰۱) روی ۲۷ بیمار سوختگی به‌منظور تعیین درد و اضطراب و عملکرد جسمانی و عاطفی مبتلایان $P1=0/4$ و $P2=0/05$ محاسبه شد (۳۶). ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها شامل دو چک‌لیست مشاهده‌ای تعیین میزان همکاری بیمار در فیزیوتراپی، نیز چک‌لیست تعیین میزان همکاری بیمار در تعویض پانسمان‌ها به همراه چهار گزینه مشخص‌کننده وضعیت همکاری برای هر چک‌لیست (همکاری کامل، نسبی، ضعیف و عدم همکاری بیمار) بود.

درمانی با اهمیت درون‌فردی تعریف کرده و ارتباط میان پرستار و بیمار را که به رشد هردو منجر می‌شود مهم می‌داند. فرد در تئوری پیلاو، ارگانیزم در حال توسعه‌ای است که برای کاهش اضطراب ناشی از نیازهایش تلاش می‌کند. هدف از پرستاری در تئوری پیلاو کمک به دیگران در شناسایی مشکلات احساسی آنهاست. پیلاو معتقد است پرستار بایستی ارتباط را در راستای حل مشکل بیمار برقرار سازد و آن را تا جایی ادامه دهد که بیمار دیگر مشکلی نداشته باشد. وی در ارتباط پرستار- بیمار چهار مرحله آشنایی (Orientation)، شناسایی (Identification)، بهره‌برداری (Exploitation) و انحلال (Resolution) را معرفی می‌کند (۳۴). «مرحله آشنایی»، از زمانی که بیمار برای نخستین بار با پرستار مواجه می‌شود و او را به‌عنوان یک بیگانه قلمداد می‌کند آغاز می‌شود. هدف از این مرحله، آشنایی بیمار و پرستار با یکدیگر، جلب اعتماد بیمار و اینکه درک کند پرستار برای وی، به‌عنوان یک انسان احترام قائل است و او را دوست دارد می‌باشد. در مرحله آشنایی، مشکل و زمینه‌های مشترک ارتباط میان پرستار و بیمار به ترتیب تعریف و شناسایی شده و درحقیقت اعتماد بیمار به پرستار آغاز می‌شود. در «مرحله شناسایی»، متناسب‌ترین کمک‌های حرفه‌ای به بیمار مشخص شده و بیمار، تعلق و همچنین احساس توانایی برخورد با مشکل را آغاز می‌کند که این احساس ناتوانی و ناامیدی در وی را کاهش می‌دهد. در «مرحله بهره‌برداری» از کمک‌ها و مداخلات حرفه‌ای براساس نیازها و منافع بیمار برای حل مشکلاتش استفاده شده و پرستار به بیمار برای رفتن به سوی استقلال کمک می‌کند. «مرحله انحلال» که مرحله اختتام فرایند ارتباط پرستار با بیمار است، ارزشیابی رسیدن به اهداف، مؤثر بودن مداخلات، خلاصه کردن و مروری بر فرایند ارتباط، مشاهده تغییرات رفتاری و احساسی مددجو و درنهایت سودمندی فرایند ارتباط بیمار و پرستار مشخص می‌شود (۳۵). طبق تجربیات مستقیم پژوهشگر یکی از مهم‌ترین معضلاتی که پرستاران بخش‌های سوختگی در رابطه با بیماران سوختگی دارند عدم همکاری بیماران در اقدامات درمانی و مراقبتی مهمی چون تعویض پانسمان و برنامه‌های حرکت درمانی است که در نتیجه این نبود همکاری بر سیر منفی بیماری و عوارضی مانند عفونت و ترمیم‌نشدن زخم‌ها، همچنین بروز انواع بدشکلی‌ها و اختلالات در محدوده حرکتی تأثیرگذار خواهد بود (۱، ۲ و ۶)؛

سپس وضعیت همکاری بیمار در تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی پیش از انجام هرگونه مداخله‌ای در همان روز اول نمونه‌گیری سنجیده شد. پس از آن پژوهشگر به اجرای برنامه ارتباط‌درمانی با هر بیمار پرداخت. این برنامه در پژوهش حاضر براساس اصول زمینه‌ای ارتباط‌درمانی در تئوری پیلاو طراحی شد. در اولین مرحله اجرای برنامه ارتباط‌درمانی (مرحله آشنایی) پژوهشگر در جلسه اول، پس از معرفی خود به بیمار و بیان اهداف پژوهش، طبق فرم رضایت آگاهانه، موافقت هر بیمار را برای شرکت در مطالعه جلب کرد. سپس پژوهشگر به روشن‌ساختن انتظارات بیماران از تیم مراقبتی پرداخت و با این پرسش که بیمار فکرمی‌کند پزشکان، پرستاران و اعضای تیم چه کمکی می‌توانند برای وی انجام دهند؟ انتظارات بیمار را از تیم درمانی - مراقبتی مشخص کرد. پس از مشخص شدن انتظارات بیماران، پژوهشگر به اقداماتی که تیم مراقبتی برای بهبود بیمار انجام می‌دهد را به‌طور خلاصه اشاره کرده و به‌صورت ساده و مختصر درباره چگونگی سیر درمان و مراقبت از زخم سوختگی برای هر بیمار توضیحاتی ارائه کرد. در انتها خلاصه‌ای از آنچه بیان شد، مرور و زمان و مکان جلسه بعدی ملاقات با توافق بیمار تعیین شد. تعداد جلسات برای بیماران در این مرحله، به‌طور عمده یک و در بعضی موارد دو جلسه بود. مدت زمان هر جلسه ۳۵-۲۵ دقیقه و نخستین جلسه، یک ساعت بعد از تعویض پانسمان‌ها (۱۱ صبح) برگزار شد. در جلسه بعدی که شروع مرحله دوم ارتباط‌درمانی (مرحله شناسایی) بود، پژوهشگر به جمع‌آوری اطلاعات جسمی و روانی هر بیمار پرداخت. سپس با پرسیدن سؤالاتی مانند «در حال حاضر چه مسائلی بیشتر از همه باعث نگرانی و اضطراب شما شده‌است؟» و «حاضرید درباره چه مسائلی با هم صحبت کنیم؟»، احساسات یا ترس‌های بیماران را آشکار کرد. در این مرحله بیمار به صحبت کردن پیرامون مسائل و مشکلات خود تشویق شده و از وی خواسته شد، تمامی پرسش‌ها و ابهامات خود را با پژوهشگر درمیان‌بگذارد، همچنین به همه سؤالات بیماران پاسخ‌داده شد. این مرحله ۲ تا ۳ جلسه (۳۰-۴۰ دقیقه‌ای) طول کشید. در مرحله بعدی (بهره‌برداری) برنامه‌ریزی مراقبتی با توجه به مشکلات هر بیمار انجام شد و برنامه مراقبتی با توجه به حضور خانواده به مرحله اجرا درآمد؛ این مرحله برای هر بیمار به‌طور متوسط ۴-۳ جلسه زمان‌برد. مرحله پایانی برنامه ارتباط‌درمانی

موارد تعیین‌کننده هر آیتم به‌طور کامل به‌گونه‌ای شفاف و عینی با استفاده از مقالات و کتب استخراج و مشخص شده‌است. برای نمونه گزینه «همکاری کامل» در فیزیوتراپی این‌گونه تعریف می‌شود: ورزش‌های محوله را به‌صورت کامل و صحیح انجام می‌دهد، در طول روز بدون نیاز به تذکر و همراهی پرستار به انجام ورزش‌های محوله پرداخته و تکرار و مداومت دارد. آیتم «همکاری کامل» در امر تعویض پانسمان‌ها نیز این‌گونه تعریف شده‌است: در بازکردن پانسمان‌ها اجازه‌داده و هنگام شست و شو مقاومت نمی‌کند. به گفته‌های پرستار هنگام پانسمان توجه کرده و موارد لازم را رعایت می‌کند. در هر دو چک‌لیست، امتیازدهی میزان همکاری بیمار به‌صورت عدم همکاری (۱)، همکاری کم (۲)، همکاری نسبی (۳) و همکاری کامل (۴) انجام شد. روایی ابزارهای پژوهش از طریق روایی محتوا و پایایی آنها از طریق تست توافق مشاهده‌گران ($k=1.0$) کسب شد. فرضیه پژوهش این است که میزان مشارکت در برنامه‌های مراقبتی و درمانی در بیماران سوختگی گروه مداخله که تحت اجرای برنامه ارتباط‌درمانی قرار می‌گیرند نسبت به بیماران گروه کنترل افزایش می‌یابد. متغیرهای غیرقابل کنترل در این تحقیق ویژگی‌ها و تفاوت‌های فردی نمونه‌ها در پیگیری برنامه ارتباط‌درمانی بودند. با شروع پژوهش در ابتدا نمونه‌گیری گروه کنترل طبق مشخصات نمونه‌های پژوهش انجام شد. در نخستین روز انتخاب نمونه‌های گروه کنترل، ابزار خصوصیات دموگرافیک بیماران تکمیل شد. سپس از همان روز (یا به عبارتی ۲۲-۴۸ ساعت پس از شروع سوختگی) وضعیت همکاری هر بیمار در تعویض پانسمان‌ها، نیز فیزیوتراپی روزانه به مدت یک ماه (متوسط زمان بستری بیمار با سوختگی بین ۴۵-۱۵ درصد در بخش سوختگی) سنجیده شد. بدین ترتیب در طول مدت سه ماه و نیم، وضعیت همکاری بیماران در فیزیوتراپی و تعویض پانسمان‌ها در گروه کنترل مشخص شد. سنجش وضعیت همکاری بیماران در هر دو گروه به‌وسیله همکار پژوهشگر انجام شد که وی نسبت به قرارگیری بیماران در گروه کنترل یا مداخله به‌طور کامل کور و بی‌اطلاع بود. پس از اتمام نمونه‌گیری گروه کنترل، نمونه‌های گروه مداخله طبق مشخصات نمونه‌های پژوهش به‌منظور اجرای برنامه ارتباط‌درمانی انتخاب شدند. در نخستین روز انتخاب نمونه‌های گروه مداخله نیز خصوصیات دموگرافیک بیماران تکمیل و

۲۷/۹ ± ۲۱/۶۲ بود. همچنین پیرامون متغیرهای سن و سطح سوختگی نیز در هر دو گروه، آزمون آماری تی مستقل تفاوت معنادار نشان نداد. در دو گروه آزمون و شاهد، از نظر فاکتورهای وضعیت سواد، وضعیت تأهل، شغل، محل سکونت، درآمد اقتصادی، عامل سوختگی، علت سوختگی، محل سوختگی و همچنین نوع سیستم حمایتی تفاوت معناداری با استفاده از آزمون کای-اسکوئر مشاهده نشد ($P < 0/05$). بیشترین دلیل سوختگی در گروه کنترل (۷۳/۳٪ و $N=22$)، نیز در گروه مداخله (۸۳/۳٪ و $N=25$) حادثه بوده و بیشترین عامل سوختگی در گروه کنترل (۳۶/۷٪ و $N=11$)، همچنین در گروه آزمون (۴۶/۷٪ و $N=14$) نفت است (جدول شماره ۱).

در مرحله پیش از مداخله در گروه کنترل، ۱۶ بیمار (۵۳/۳٪) در فیزیوتراپی، در گروه مداخله نیز ۴ بیمار (۴۳/۳٪) کم همکاری کردند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله پیش از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری را میان دو گروه نشان نداد ($P = 0/56$). در مرحله حین مداخله در گروه کنترل، ۱۳ بیمار (۴۳/۳٪) فیزیوتراپی همکاری کم و در گروه مداخله ۱۴ بیمار (۴۶/۷٪) همکاری نسبی داشتند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله پیش از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری را میان دو گروه نشان داد ($P = 0/005$) (جدول ۲). در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل، ۴۰ درصد بیماران در فیزیوتراپی دارای همکاری کم و در گروه مداخله ۵۶/۷ درصد همکاری کامل داشتند. از نظر وضعیت همکاری در فیزیوتراپی در مرحله بعد از مداخله، آزمون آماری من ویتنی یو اختلاف معنادار آماری میان دو گروه کنترل و مداخله نشان داد ($P = 0/001$) (جدول ۲). آزمون آنالیز واریانس نیز در اندازه گیری های مکرر با تست ویلکز با $EF=10/49$ و اختلاف معنادار آماری میان دو گروه کنترل و مداخله از نظر وضعیت همکاری بیماران سوختگی در فیزیوتراپی وجود داشت ($P = 0/001$) (جدول ۴). به علاوه در مرحله پیش از مداخله در گروه کنترل، ۳۶/۷ درصد بیماران در تعویض پانسمان ها، همکاری نسبی و در گروه مداخله ۵۰ درصد بیماران همکاری کم داشتند. آزمون آماری من ویتنی یو با اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در امر تعویض پانسمان ها در مرحله پیش از مداخله، بین دو گروه کنترل و مداخله نشان نمی دهد ($P = 0/389$) (جدول ۳). در مرحله حین مداخله

(ارزشیابی - مرحله انحلال) بود. از این مرحله به بعد به دلیل اینکه بیماران و خانواده آنها از ارتباط درمانی بهره لازم را برده بودند و مراقبت های برنامه ریزی شده را انجام می دادند، ضمن نظارت اجرای راه حل ها به تدریج جلسات ملاقات با بیمار کاهش یافت و به جای هر روز یا یک روز در میان، جلسات بعدی با فاصله ۴-۵ روز یک بار برگزار شد. ضمن اینکه، ۲ تا ۳ جلسه پیش از شروع مرحله اختتام و ارزشیابی، بیماران و خانواده آنها را درباره زمان اختتام جلسات ارتباط درمانی آگاهی کردند. در مرحله اختتام جنبه های مثبت و منفی برنامه از دیدگاه بیمار و خانواده وی ارزیابی و مشخص شد که آیا بیمار به اهداف تعیین شده در برنامه رسیده است؟ و اگر نرسیده، کجا اشکال داشته و چه کاری باید انجام می شده است؟ مرحله اختتام طی ۲-۳ جلسه (۲۰-۳۰ دقیقه ای) طول کشید. کل جلسات ارتباط درمانی برگزار شده برای اجرای برنامه، ۱۲-۷ جلسه بود. مدت زمان هر جلسه بسته به موقعیت و نیاز بیمار ۲۰-۴۵ دقیقه و مکان هر جلسه با توافق همه بیماران در اتاق آنها بود. زمان برگزاری جلسات نیز با توجه به وضعیت بالینی و توافق بیمار تعیین می شد. در تمامی جلسات، پژوهشگر در ارتباط با بیمار از مهارت های کلامی و غیر کلامی ارتباط درمانی استفاده می کرد. بدین ترتیب برنامه ارتباط درمانی با بیماران سوختگی اجرا شد. این توضیح لازم است که در مطالعه حاضر، پژوهشگر در مراقبت مستقیم از بیمار مانند دادن دارو و تعویض پانسمان های وی یا انجام فیزیوتراپی نقشی نداشت و همه بیماران در هر دو گروه، مراقبت های معمول بخش سوختگی را دریافت می کردند. از زمان شروع مداخله یا اجرای برنامه، وضعیت همکاری بیماران در امر تعویض پانسمان ها و فیزیوتراپی، روزانه به مدت یک ماه سنجیده شد. پس از گردآوری داده ها، شاخص های توصیفی نظیر میانگین و درصد مورد محاسبه قرار گرفت، سپس تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری و تحلیلی مناسب مانند کولموگروف اسمیرنوف های آماری و کای اسکوئر، تی مستقل، آنالیز واریانس برای اندازه گیری های مکرر در نرم افزار SPSS با سطح معناداری ۰/۰۵ انجام گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن بیماران در گروه کنترل به ترتیب برابر با $22/22 \pm 9/71$ و در گروه مداخله برابر با

بیماران در تعویض پانسمنها همکاری کامل داشتند. آزمون آماری من ویتنی یو با $P=0/001$ اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در امر تعویض پانسمنها در مرحله پس از مداخله، بین دو گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد (جدول ۳). از نظر وضعیت همکاری بیماران سوختگی در تعویض پانسمنها، آزمون آماری آنالیز واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر اختلاف معنادار آماری بین دو گروه را نشان داد ($P=0/001$) (جدول ۴).

در گروه کنترل، ۴۳/۳ درصد بیماران در تعویض پانسمنها، همکاری کم و در گروه مداخله ۶۰ درصد بیماران در تعویض پانسمنها، همکاری نسبی داشته‌اند. آزمون آماری من ویتنی یو با اختلاف معنادار آماری از نظر وضعیت همکاری در تعویض پانسمنها در مرحله حین مداخله، میان دو گروه کنترل و مداخله نشان داد ($P=0/001$). در مرحله بعد از مداخله در گروه کنترل، ۴۳/۳ درصد بیماران در تعویض پانسمنها همکاری نسبی و در گروه مداخله ۳/۵۳ درصد

جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله

شاخص	گروه کنترل	گروه مداخله	P value
سن (سال) میانگین \pm انحراف معیار	۳۲/۲۳ \pm ۹/۷۱	۳۱/۶۳ \pm ۹/۳۷	۰/۹۵
سطح تحصیلات کمتر از دیپلم دیپلم دانشگاهی	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد	T-test , P= ۰/۴۶
	۲۰ (۶۶/۷)	۱۷ (۵۶/۷)	
	۸ (۲۶/۷) ۲ (۶/۶)	۹ (۳۰) ۴ (۱۳/۳)	
وضعیت تأهل متأهل مجرد همسر فوت شده مطلقه	۱۴ (۴۶/۷)	۱۳ (۴۳/۳)	df= 3 P=۰/۷۱ $\chi^2=1/34$
	۹ (۳۰)	۱۱ (۳۶/۷)	
	۳ (۱۰)	۱ (۳/۳)	
	۴ (۱۳/۳)	۵ (۱۶/۷)	
شغل خانه‌دار کارمند کارگر کشاورز سایر موارد	۱۸ (۶۰)	۱۹ (۶۳/۳)	$\chi^2=3/48$ df=۴ P=۰/۴۲
	۲ (۶/۷)	۶ (۲۰)	
	۳ (۱۰)	۲ (۶/۷)	
	۵ (۱۶/۶)	۲ (۶/۷)	
	۲ (۶/۷)	۱ (۳/۳)	
محل سکونت شهر روستا	۱۳ (۴۳/۳۳)	۱۵ (۵۰)	$\chi^2=0/26$ df=۱ P = ۰/۶۰
	۱۷ (۵۶/۶۷)	۱۵ (۵۰)	
میزان درآمد (تومان) ≥ 500000 (ضعیف) ۵۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ (متوسط) ≥ 100000 (خوب)	۹ (۳۰)	۱۰ (۳۳/۳)	df=2 P=۰/۶۰ $\chi^2= /26$
	۱۵ (۵۰)	۱۲ (۴۰)	
	۶ (۲۰)	۸ (۲۶/۷)	
انواع سیستم‌های حمایتی خانواده همسر خانواده و همسر خانواده و اقوام	۴ (۱۳/۴)	۵ (۱۶/۷)	df=6 $\chi^2=3/32$ P=۰/۷۶
	۳ (۱۰)	۴ (۱۳/۳)	
	۳ (۱۰)	۵ (۱۶/۷)	
	۷ (۲۳/۳)	۴ (۱۳/۳)	

ادامه جدول ۱. توزیع متغیرهای دموگرافیک بیماران متبلا به سوختگی در دو گروه کنترل و مداخله

شاخص	گروه کنترل	گروه مداخله	P value
خانواده، همسر و اقوام	۵(۱۶/۷)	۳(۱۰)	
خانواده، همسر و دوستان	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	
ندارد	۱(۳/۳)	-	
علت سوختگی			
خودسوزی	۸(۲۶/۷)	۵(۱۶/۷)	
حادثه	۲۲(۷۳/۳)	۲۵(۸۳/۳)	
عامل سوختگی، تعداد (درصد)			
نفت	۱۱(۳۶/۷)	۱۴(۴۶/۷)	df=۲ P=۰/۶۰ $\chi^2=۰/۲۶$
گاز	۲(۰/۷)	-	
بنزین	۸(۲۶/۷)	۹(۳۰)	
آب جوش	۹(۳۰)	۷(۲۳/۳)	
محل سوختگی، تعداد (درصد)			
سر و گردن	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	df=۲ $\chi^2=۰/۳۴$ P = ۰/۸۴
تنه و سر و گردن	۶(۲۰)	۶(۲۰)	
سر و گردن و دست‌ها	۹(۳۰)	۹(۳۰)	
تنه و دست‌ها	۶(۲۰)	۵(۱۶/۷)	
دست‌ها و اندام تحتانی	۲(۶/۷)	۱(۳/۳)	
تنه، دست‌ها و اندام تحتانی	۵(۱۶/۶)	۸(۲۶/۷)	df=۲ $\chi^2=۰/۳۴$ P = ۰/۸۴
سطح سوختگی، تعداد (درصد)			
۱۵-۲۵	۱۰(۳۳/۳)	۹(۳۰)	
۲۶-۳۵	۱۳(۴۳/۴)	۱۲(۴۰)	T test P = ۱/۰۰۰
۳۶-۴۵	۷(۲۳/۳)	۹(۳۰)	

جدول ۲. توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب وضعیت همکاری در فیزیوتراپی پیش، حین و پس از مداخله

زمان بررسی	پیش از مداخله		حین مداخله		پس از مداخله		گروه همکاری
	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	مداخله	کنترل	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
همکاری کامل (۴)	۶/۷	۲	۱۳/۳	۴	۳۳/۳	۱۰	۵(۱۶/۷)
همکاری نسبی (۳)	۲۳/۳	۷	۴۶/۷	۱۴	۳۳/۳	۱۰	۶(۲۰)
همکاری کم (۲)	۴۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۳	۱۶(۵۳/۳)
عدم همکاری (۱)	۲۶/۷	۸	۲۶/۷	۸	۲۶/۷	۸	۳(۱۰)
جمع	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۳۰
آزمون آماری	P value = ۰/۵۶		P value = ۰/۰۰۵		P value = ۰/۰۰۱		

جدول ۳. توزیع فراوانی بیماران سوختگی در دو گروه مداخله و کنترل بر حسب وضعیت همکاری در تعویض پانسمان‌ها پیش، حین و پس از مداخله

پس از مداخله		حین مداخله		پیش از مداخله		زمان بررسی						
مداخله		کنترل		مداخله		کنترل		گروه همکاری				
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد					
۵۳/۳	۱۶	۱۰	۳	۱۳/۳	۸	۳/۳	۱	۶/۷	۲	۶/۷	۲	همکاری کامل (۴)
۴۶/۷	۱۴	۴۳/۳	۱۳	۶۰	۱۸	۳۶/۷	۱۱	۲۳/۳	۷	۳۶/۷	۱۱	همکاری نسبی (۳)
۰	۰	۳۳/۳	۱۰	۱۳/۳	۴	۴۳/۳	۱۳	۵۰	۱۵	۴۰	۱۲	همکاری کم (۲)
۰	۰	۱۳/۳	۴	۰	۰	۱۶/۷	۵	۲۰	۶	۱۶/۶	۵	عدم همکاری (۱)
۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	۱۰۰	۳۰	جمع
P value = ۰/۰۰۱				P value = ۰/۰۰۱				P value = ۰/۳۸۹				آزمون آماری

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات وضعیت همکاری بیماران سوختگی در تعویض پانسمان‌ها و فیزیوتراپی در دو گروه مداخله و کنترل، پیش (هفته اول)، حین (طی ۳ هفته) و پس از انجام مداخله (هفته چهارم)

P value	پس از مداخله (هفته چهارم)	حین مداخله (طی سه هفته)	پیش از مداخله (هفته اول)	زمان بررسی	
				متغیر مورد بررسی	مداخله
P=۰/۰۰۱ EF=۱۱/۵۹	۳/۳۳ ± ۰/۶۶	۳/۱۳ ± ۰/۶۲	۲/۱۶ ± ۰/۸۳	مداخله	همکاری در تعویض پانسمان
				کنترل	
P=۰/۰۰۱ EF=۱۰/۴۹	۳/۵۶ ± ۰/۵۰	۳/۱۳ ± ۰/۷۳	۲/۱۰ ± ۰/۸۸	مداخله	همکاری در فیزیوتراپی
				کنترل	

بحث

دبریدمان آگاهی نداشتند. فریاد و همکاران (۲۰۰۳) نشان دادند همکاری بیماران سوختگی در امر تعویض پانسمان‌ها، فیزیوتراپی، هیدروتراپی و سایر اقدامات درمانی- مراقبتی بسیار با اهمیت بوده و به طور مستقیم بر روند بهبود بیماران مبتلا به سوختگی تأثیر می‌گذارد. درحالی‌که این بیماران به دلیل درد و اضطراب ناشی از درد شدید نسبت به انجام این امور با تیم درمانی- مراقبتی همکاری مطلوبی ندارند (۱۷). مطالعه مالیک (۲۰۱۲)، ویچمن (۲۰۱۱) و پاوونی (۲۰۱۰) نشان داد، بیماران سوختگی سطوح بالای استرس، اندوه و افسردگی را حین تجربه سوختگی احساس می‌کنند که این مجموعه احساسات مخرب به شدت بر روند درمان و مراقبت بالینی بیماران و بر کیفیت زندگی آنها نیز تأثیر سوء برجای می‌گذارد (۴، ۳۷ و ۳۸). در مطالعات مذکور، همچنین در مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۱۲) به اهمیت حمایت روانشناختی از بیمار سوختگی به منظور ارائه مراقبت مناسب و کسب حداکثر مشارکت فعال بیمار در

براساس نتایج این مطالعه بیشتر بیماران در هر دو گروه کنترل و مداخله در مرحله پیش از مطالعه برای امر مهم تعویض پانسمان‌ها و انجام حرکات مربوط به فیزیوتراپی همکاری کم داشتند، درحالی‌که همکاری گروه مداخله پس از اجرای برنامه ارتباط درمانی به نحو معناداری در مقایسه با گروه کنترل افزایش نشان می‌داد. دلیل عدم مشارکت بیماران سوختگی در تعویض پانسمان (جدول ۳) دردناک بودن فرایند تعویض پانسمان‌ها بود. طی برقراری ارتباط درمانی در مرحله آشنایی با توجه به مشکلات بیماران مشخص شد که همه بیماران دلیل عدم همکاری یا همکاری نامناسب خود را حین تعویض پانسمان‌ها، ترس از انجام اقدامات مراقبتی دردناکی مانند دبریدمان اشاره می‌کردند. آنها از پدیده دبریدمان به عنوان عملی «وحشت‌آور» نام می‌بردند و به همین دلیل در انجام پانسمان‌ها همکاری مطلوب و مناسبی نداشتند، همچنین از علت و اهمیت انجام بسیاری از اقدامات درمانی مانند

که تحت اجرای برنامه ارتباط درمانی قرار گرفتند، میزان همکاری در فیزیوتراپی در مرحله حین و پس از مطالعه افزایش معنادار نشان داد. پژوهشگر معتقد است این نتایج به دلیل توجه به علل همکاری نامطلوب بیماران در فیزیوتراپی از طریق برقراری ارتباط با آنها در برنامه ارتباط درمانی بوده است. از طرفی درگیر کردن بیمار در فعالیت‌های مراقبت از خود به واسطه تشویق به بیان مسائل خود، همچنین مشارکت دادن بیمار در تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای حل مشکلات نیز نقشی مهم در افزایش همکاری بیمار داشته است. در مرحله آشنایی (اجرا و برنامه‌ریزی) بیمار خود در تعیین اهداف و برنامه‌ریزی برای به ثمر رسیدن اهداف مراقبتی فعال بود. همچنین مطالعه پنسیکیس (۱۹۹۸) نشان داد دخالت دادن بیمار در تصمیمات مربوط به فرایند مراقبت از خود، انگیزه وی را به شرکت در فعالیت‌های بازتوانی و برنامه‌ریزی شده مراقبتی افزایش می‌دهد (۱۴). از طرفی نظارت بر اجرای صحیح فعالیت‌ها و پیگیری منظم برنامه، همچنین توجه به مشکلات و موانعی که هر بیمار در اجرای هر برنامه مراقبتی مواجه می‌شد حداکثر اهداف مراقبتی را به ثمر رساند. در حالی که بیمارانی که تحت مراقبت‌های روتین بخش قرار داشتند وضعیت همکاری در فیزیوتراپی نسبت به مراحل پیشین، حین و پس از مطالعه تفاوت معناداری نشان نداد (جدول ۲). همچنین این مطالعه و سایر مطالعات مختلف تأثیر ارتباط درمانی میان پرستار و بیمار، نیز پزشک و بیمار را بر بهبود عملکرد جسمانی، عاطفی، روانی و جنبه‌های مختلف بالینی بیماران را نشان داده‌اند (۲۱-۲۷). در مطالعه جک (۲۰۱۳) ارتباط پرستار با بیمار و خانواده‌های دچار دیسترس شدید با کاهش اضطراب و افزایش رضایت بیماران و خانواده‌های آنها، نیز با افزایش مشارکت فعال آنان در فرایندهای درمانی و مراقبتی همراه بوده است. به علاوه نتایج مطالعه راتاناونگسا (۲۰۱۳)، لیو (۲۰۱۲) و هارتلی (۲۰۱۱) نیز نشان داد که ارتباط درمانی پرستار با بیمار بر مشارکت بیمار در فرایندهای درمانی، مراقبتی و پیگیری و پذیرش رژیم‌های درمانی تأثیر چشمگیر دارد (۲۲، ۲۳ و ۲۵).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه تأثیر مثبت برقراری ارتباط درمانی پرستار با بیمار سوختگی را بر افزایش مشارکت بیمار در امور درمانی

فرایندهای خودمراقبتی تأکید شده است (۵). همراستا با نتایج این مطالعه، نتایج مطالعه کیدال (۲۰۰۷) نیز نشان داد حمایت عاطفی از بیمار سوختگی باعث راحتی وی طی تعویض پانسمان‌ها و به دنبال آن افزایش همکاری با تیم مراقبتی می‌شود (۹). علاوه بر همکاری کم بیماران در تعویض پانسمان‌ها، طبق نتایج مرحله پیش از مطالعه، همکاری بیشتر بیماران در هر دو گروه مداخله و کنترل در فیزیوتراپی کم بود (جدول ۲). علت این امر طبق اظهارات بیماران مورد مطالعه درد شدیدی بود که حین انجام فیزیوتراپی متحمل می‌شدند. از طرف دیگر فقدان آگاهی یا کمبود اطلاعات بیماران از اهمیت انجام فیزیوتراپی در ترمیم زخم‌ها و پیشگیری از عوارض سوختگی یکی دیگر از علل همکاری کم یا نامطلوب بیماران سوختگی در فیزیوتراپی بود. پژوهشگر معتقد است علاوه بر درد؛ وجود اضطراب، غم، اندوه و ناامیدی، تصورات مبهم و نادرست بیمار از روند بیماری و بهبود خود نیز در همکاری نامطلوب وی در فیزیوتراپی مؤثر است. همراستا با نتایج این مطالعه اکواریا (۲۰۱۱) و وینبرگ (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که بیماران مبتلا به سوختگی با اضطراب و درد بیشتر، به دلیل ترس از افزایش درد در فعالیت‌های جسمی، کمتر مشارکت دارند (۶ و ۱۳). در مطالعه‌ای ویسلی (۲۰۰۱) و شارار (۲۰۰۸) مشخص شد بیماران سوختگی که سطح بالاتری از اضطراب را نشان می‌دادند؛ هنگام تعویض پانسمان‌ها، تحمل درد بیشتر، همکاری کمتر، همچنین قدرت از عهده‌برآیی کمتر و افت عملکرد جسمانی و عاطفی بیشتری به خصوص بعد از ترخیص داشتند (۱۱ و ۳۹). در همین رابطه، محمدی فخر (۲۰۱۳) و پارک (۲۰۱۳) نشان دادند که آرام‌سازی بیمار حین انجام فرایند تعویض پانسمان، کاهش معنادار اضطراب و درد بیماران و همکاری بیشتر آنها در تعویض پانسمان‌ها را سبب می‌شود (۱۸ و ۱۹). در مطالعه فوئرباخ و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داده شد که حمایت روانشناختی از بیمار سوختگی با کاهش چشمگیری در میزان درد و اضطراب وی و افزایش مشارکت آنها در برنامه‌های مراقبتی و درمانی همراه است. به علاوه مشخص شد که بیماران دچار آسیب سوختگی، زمانی در فعالیت‌های مربوط به مراقبت از خود مشارکت فعال خواهند داشت که به‌طور دقیق بفهمند چه اتفاقی افتاده و پرسش‌ها و ابهامات موجود در ذهن آنان برطرف شود (۲۹). طبق نتایج مطالعه کنونی، در بیمارانی

2. Melvin MS, Linda H. Kathryn MY. Caring for Burn Patients at the United States Institute of Surgical Research: The Nurses' Multifaceted Roles Review Article. *Nursing Clinics of North America*.2010;45(2):233- 48.
3. Wald DA. Burn management systematic patient evaluation, fluid resuscitations and wound management. *Emergency Medicine Reports*.1998;19:45-52.
4. Malik P, Garg R, Sharma KC, Jangid P, Gulia A. Quality of life in Burn Injury Patients. *Delhi Psychiatry Journal*.2012; 15(2): 308-15.
5. Smith JS, Smith KR, Rainey SL. The Psychology of Burn Care. *J Trauma Nurs*. 2006; 13(3):105-6.
6. Weinberg K, Birdsall D, Vail D and all. Pain and anxiety with burn dressing changes: patient self-report. *J Burn Care Rehabil*.2000;21(2):155- 60.
7. Moon C, Grabtree T. New wound dressing techniques to accelerate healing: current treatment options in infectious disease. *Adv Skin Wound Care*.2003; 5:251- 60.
8. Yohannan SK, Schwabe E, Sauro G, Kwon R, Polistena C, Delia I. Gorga, W. Use of Nintendo Wii in Physical Therapy of an Adult with Lower Extremity Burns. *Games Health*. 2012; 1(1): 62-8.
9. Kidal M. Perceived physical and psychological outcome after sever burn injury, *Acta universitatis upsaliensis, Compr Summ Upps Diss Fac Med*.2003: 1247:59
10. Taal L.A, Faber A.W. Post-traumatic stress, pain and anxiety in adult burn victims. *Burns*.1998;23(7):545-54.
11. Sharar SR, Mille Wr, Teeley A, Soltani S, Hoffman HG, Jensen MP, Patterson DR. Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Rev Neurother*.2008; 8(11): 1667-74.
12. Hoffman HG, Patterson DR, Carrougher GJ. Use of virtual reality for adjunctive treatment of adult burn pain during physical therapy. *Clin J Pain*.2000,16(3):244-.50.
13. Echevarria-Guanilo ME, Aparecida A, Dantas S, Farina Jr, Faber AW, Alonso et al. Reliability and validity of the Brazilian-Portuguese version of the Burns Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS). *Int J Nurs Stud*.2011; 48(1) : 47-55.
14. Pennix B.W, Boeke A.J, Deeg D.G and all. Effect of social support and personal coping resources on depressive symptom: different for various chronic disease. *J Health Psychol*.1998;17(6):551-8.

و مراقبتی تأییدی کند. به علاوه این مطالعه نمونه‌ای از کاربرد تئوری پیلاو در عمل بوده و سودمندی به‌کارگیری این نظریه ارزشمند را در بالین و در بیماران سوختگی آشکار می‌سازد. از آنجاکه ارتقای سلامت روانی و جسمانی بیماران مبتلا به سوختگی از اهداف مهم پرستاران در بخش سوختگی می‌باشد و ارائه حمایت عاطفی از بیمار سوختگی و توجه به جنبه‌های روانشناختی این بیماران یکی از مهم‌ترین ابعاد مراقبت‌های پرستاری از بیماران سوختگی است؛ بنابراین یافته‌ها و برنامه اجرا شده در این پژوهش می‌تواند در راستای کمک به وظایف بالینی پرستاری و ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری در بخش‌های سوختگی به‌کار گرفته شود. پرستاران بالینی نه تنها در بخش سوختگی بلکه در سایر بخش‌ها می‌توانند با برقراری ارتباط درمانی با بیماران از آنها حمایت کرده و وضعیت بهبودی آنها را تسریع کنند. به‌خصوص با توجه به اینکه برای اجرای این برنامه مراحل فرایند پرستاری نیز در نظر گرفته شده است و پرستاران می‌توانند گام به گام طبق روش عملی مراقبت از بیمار در بالین ارتباط درمانی با بیمار برقرار کرده و از بیمار مراقبت کنند. پژوهشگر امیدوار است پژوهش حاضر، به‌عنوان نقطه شروعی برای تحقیقات و مطالعات بعدی محققان نسبت به اهمیت برقراری ارتباط درمانی در جنبه‌های مختلف مراقبت از بیماران، همچنین به‌کارگیری تئوری‌های مختلف و ارزنده پرستاری در عمل و تحقیق مورد توجه بیشتر پرستاران قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود از برنامه ارتباط درمانی طراحی شده در این مطالعه برای مراقبت از بیماران سوختگی و نیز در سایر موقعیت‌های بالینی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله، از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس مأخوذ شد. بر خود واجب می‌دانم از پرسنل بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد به‌ویژه سرکار خانم ابریشم که در مراحل اجرایی این مطالعه همکاری کرده‌اند تشکر کنم.

منابع

1. Horn W, Yoles, Bartolucci A.W. Factors associated with patient participation in rehabilitation services: a comparative analysis 12 month post discharge, *Disability and Rehabilitation*.2000;22(8):358- 62.

26. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*. 2009; 17:339-353
27. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2004; 13:714-72.
28. Wachtel P. Therapeutic communication: principles and effective practice. *J Adv Nurs*. 2003; 108(30):1073-9.
29. Fauerbach J.A, Lawrence J.W. coping with the stress of a painful medical procedure, *Behav Res Ther*. 2002; 40(9):1003-15.
30. Meleis, A. I. *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: Lippincott, 2012; 291-301.
31. Cheraghi MA, Salsali M, Safari M. Ambiguity in knowledge transfer: The role of theory-practice gap. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010; 15(4): 155-66.
32. Rolfe G. The theory-practice gap in nursing: from research-based practice to practitioner-based research. *J Adv Nurs*. 1998; 28(3):672-9.
33. Wilson J. Bridging the theory practice gap. *Australian Nursing Journal*. 2008; 16(4):1-5.
34. Penckofer S, Byrn M, Mumby P, Ferrans CE. Improving subject recruitment, retention, and participation in research through Peplau's theory of interpersonal relations. *Nurs Sci Q*. 2011; 24(2):146-51.
35. Reed PG, The force of nursing theory guided-practice. *Nurs Sci Q*. 2006; 19(3):225
36. Aaron LA, Patterson DR, Finch CP, Carrougher GJ, Heimbach DM. The utility of a burn specific measure of pain anxiety to prospectively predict pain and and function. *Burns*. 2001; 27(4):329-34.
37. Wiechman SA. Psychosocial recovery, pain, and itch after burn injuries. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2011; 22(2):327-45
38. Pavoni V, Giancesello L, Paparella L, Buoninsegni LT, Barboni E. Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2010; 27;18:24.
39. Wisely J, Tarrier N. A survey of the need for psychological input in a follow up service for adult burn injured patients. *Burns*. 2001; 27(8):801-7.
15. Wisely J.A, Hoyle E, Tarrier N, Edwards J. Where to start? Attempting to meet the psychological needs of burned patients. *Burns*. 2007; 33(6):736-46
16. Wallace Jr.A Burn Intensive Care Unit Nurse's Perspective Review Article. *Perioperative Nursing Clinics*. 2012; 7(1) : 71-5
17. Fernay C, Faymonville E, Devlieger S and all. Psychological approaches during dressing changes of burned patients: a prospective randomized study comparing hypnosis against stress reducing strategy. *Burns*. 2001; 27(8):793-9.
18. Mohammadi Fakhar F, Rafii F, Jamshidi Orak R. The effect of jaw relaxation on pain anxiety during burn dressings: Randomised clinical trial. *Burns*. 2013; 39(1): 61-7.
19. Park T, Hyunjin Oh, Ki. The effects of relaxation breathing on procedural pain and anxiety during burn care. *Burns*. 2013; 39(6):1101-6.
20. Wiechman SA. The management of self-inflicted burn injuries and disruptive behavior for patients with borderline personality disorder. *Burn Care Rehabilitation*. 2000; 21(4):307-17.
21. Stewar M, Boon H. Patient-physician communication assessment instruments. *Patient Educ Couns*. 1998; 35(3):161-176.
22. Ratanawongsa N, Karter AJ, Melissa MP, Lyles CR, Heisler M, MD, Moffet HH. Communication and Medication Adherence: The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med*. 2013; 173(3): 210- 18.
23. Liu W, Manias E, Gerdtz M. Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49:941- 52.
24. Jack BA, O'Brien MR A, Kirton J, Marley K, Whelan A, R. Baldry K, E. Groves K. Enhancing communication with distressed patients, families and colleagues: The value of the Simple Skills Secrets model of communication for the nursing and healthcare workforce. *Nurse Educ Today*. 2013; 33(12):1550-6.
25. Hartley M, Repede E. Nurse Practitioner Communication and Treatment Adherence in Hypertensive Patients. *J Nurse Pract*. 2011; 7(8): 654-59.

Effectiveness of Therapeutic Communication program based on Hilgard Peplau theory on Burned Patient's participation in caring and curing plans.

Manzari, Z.¹, Meamarian, R.^{*2}, Vanaki, Z.³

1. Assistant professor, Ph.D in Nursing. Department of medical- surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
2. Assistant Professor, Ph.D of Nursing, Department of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University.
3. Associate professor, Ph.D of Nursing, Department of medical- surgical, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author, Email: memari_r@modares.ac.ir

Received on: 02/06/2013 Accepted on: 18/01/2014

Abstract

Introduction: burn injury causes great effects on patient's effect on physical, psychological and emotional aspects that minimize their participate in self care process. This study was conducted to determine the effect of therapeutic communication plan on patient's participation in care and treatment programs.

Methods: This is Qusi-exprimental study which has been done in Imam Reza's hospital (Iran, Mashad) in 2007. The sample included 60 which hospitalized in women Burn unit and randomly were assigned in two groups, intervention and control group. From among them 30 patients were selected as interval group with designed therapeutic communication program. Data collection tools include Demographic Data and two observational checklists developed by the researcher which show patient status in physical therapy and dressing change. Therapeutic communication plan was implemented on case group patients. Checklists completed in 3 stages: before (first week), during (for three weeks) and after (for four weeks) intervention. Data analyzed with SPSS program With Mann-Whitney U and Analysis variraice.

Results: According to the result there were significant statistically difference in patient's cooperation in change dressing and cooperation in physiotherapy ($P=0.001$) between two groups during and after intervention. Moreover Analysis variraice with wilks test showed a significant difference in patient's cooperation in change dressing and cooperation in physiotherapy ($P=0.001$) between two groups before, during and after intervention.

Conclusion: The results revealed the importance of nurse-patient relationship on patient participation process in caring and curing plans. Therefore, it is suggested to use therapeutic communication plan in care of burned patients.

Key words: burn, Communication, Patient Cooperation, nursing theory.

تبیین تجربیات رفتارهای نامحترمانه در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

سهیلا کلانتری^۱، سامیه غنا^۲، میترا حکمت افشار^{۳*}، اکرم ثناگو^۴، لیلا مهستی جویباری^۵

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دفتر پرستاری معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گلستان، گرگان، ایران.
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی بین‌الملل ارس، تبریز، ایران.

۳. دانشجوی دکتری پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

۵. دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی بویه، مرکز تحقیقات پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران.

* نویسنده مسئول: m.hekmetafshar@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۰۵

چکیده

مقدمه: رفتارهای نامحترمانه و خشونت‌آمیز مشکلات پیچیده‌ای در حرفه پرستاری هستند. این مطالعه با هدف تبیین تجربیات رفتارهای نامحترمانه در میان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی براساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف در مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی گلستان (۱۳۹۰) صورت گرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه‌های انفرادی نیمه‌ساختار، همچنین از مشاهدات متمرکز مشارکتی و یادداشت‌برداری استفاده شد. مصاحبه‌ها خط به خط به صورت دست‌نویس مطابق با رویکرد «تحلیل محتوایی» آنالیز شدند. برای شرکت در مطالعه و ضبط صدا رضایت‌نامه شفاهی گرفتند.

یافته‌ها: مضمون اصلی این مطالعه «تنش‌زای بودن بی‌حرمتی» بود. رفتارهای نامحترمانه در طیفی وسیع از سوی سرپرستار تا همکار و پزشک و همراه بیمار گزارش شد. از رفتارهای مقابله‌ای پرستاران در برابر «بی‌حرمتی»؛ بی‌تفاوتی به کار، ترسیدن، عصبانیت و تهاجم بود. تازه‌کار بودن، مشخص نبودن حیطه وظایف حرفه‌ای، دستوری و رئیس و مرئوس بودن حرفه و نداشتن حامی، زمینه‌ای برای بروز رفتارهای توهین‌آمیز به‌شمار می‌رفتند.

نتیجه‌گیری: رفتارهای نامحترمانه در محیط کار، تنش‌زا هستند. رخداد چنین رفتارهایی تأثیری عمیق بر رضایتمندی و کارایی آنان دارد.

واژگان کلیدی: رفتار نامحترمانه، پرستار، مراقبت ویژه.

مقدمه

سیستم‌های قضایی و بهداشتی درمانی و دانشگاهی مورد بررسی قرار گرفته‌است (۱۰ و ۱۱). Luparell (۲۰۱۱) رفتارهای نامحترمانه و خشونت‌آمیز را از مشکلات پیچیده در حرفه پرستاری دانسته که باعث بروز مشکلات قابل توجه برای پرستاران، بیماران و سازمان‌های بهداشتی می‌شود (۱۲).

با توجه به فقدان مطالعه‌ای درباره رفتارهای نامحترمانه در حرفه پرستاری در ایران، محققان بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف تبیین تجربیات رفتارهای نامحترمانه در میان پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام دهند.

روش

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی و از نوع تحلیل محتوایی می‌باشد. تحلیل محتوایی متعارف روشی مناسب برای کسب نتایج معتبر و پایا از داده‌های متنی است. این روش، دانش، ایده جدید، ارائه حقایق و راهنمای عملی برای عملکرد را خلق می‌کند. هدف این روش، فشرده کردن و توصیف وسیع پدیده بود که نتیجه تحلیل آن مفاهیم و طبقات توصیفی پدیده می‌باشد. به‌طور معمول هدف از تشکیل مفاهیم و طبقات، ساخت یک مدل، چارچوب مفهومی، نقشه مفهومی یا طبقات است (۱۳). نمونه‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل پانزده نفر از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه مرکز آموزشی-درمانی ۵ آذر گرگان از ابتدای اردیبهشت تا مردادماه ۱۳۹۰ بود که با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف متناسب با پژوهش کیفی، انتخاب و مورد مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته قرار گرفتند تا تجربه پرستاران از رفتارهای نامحترمانه در محیط کار تبیین شود. معیار ورود پرستاران به مطالعه، دارا بودن حداقل شش ماه سابقه کار در بخش مراقبت ویژه، داشتن مدرک حداقل لیسانس پرستاری، تمایل به شرکت در مطالعه و همچنین توانایی بیان تجربیات بود. محیط پژوهش حاضر سه بخش مراقبت ویژه مرکز آموزشی-درمانی ۵ آذر گرگان، متناسب با پژوهش کیفی، محیط واقعی و طبیعی بوده و تمامی مصاحبه‌ها به‌وسیله پژوهشگر اول، با توجه با ویژگی‌های ارتباط با محیط بخش مراقبت ویژه و با به‌کارگیری مهارت‌های مصاحبه، در مکان‌هایی که پرستاران در دسترس بودند و مطابق خواست آنان انجام شده‌است. پژوهشگر در ابتدای مصاحبه خود را معرفی و هدف از پژوهش را برای شرکت‌کننده توضیح داد. همچنین به شرکت‌کننده

اخلاق حرفه‌ای راهبردی نسبت به مسئولیت‌های اخلاقی سازمان در قبال محیط مستقیم و غیرمستقیم معنا شده که در دهه اخیر مورد توجه بسیاری از سازمان‌های ایرانی قرار گرفته‌است. حاکمیت اخلاق حرفه‌ای به بهبود روابط، ارتقای جو تفاهم، کاهش تعارضات، افزایش تعهد و مسئولیت‌پذیری بیشتر کارکنان و کاهش هزینه‌های ناشی از کنترل در سازمان منجر می‌شود (۱). رفتارهای نامحترمانه در محیط‌های کاری تهدیدآمیز بوده و برای سلامت پرستاران و بیماران خطرناک است؛ این رفتارها جو سازمانی را نیز به خطر انداخته و در صورت عدم توجه به آنها، عواقب ناخوشایند بسیاری به دنبال خواهد داشت (۲). رفتارهای نامحترمانه از لحاظ اجتماعی از اهمیتی ویژه برخوردار است (۳). این رفتارها، میان افراد در موقعیت‌های شغلی مختلف درمانی مشاهده شده‌است (۴). توجه به رفتارهای منفی در محیط کار از سال ۱۹۹۰ افزایش یافت (۱). اندرسون و پیرسون در سال ۱۹۹۹ رفتار نامحترمانه را به‌عنوان رفتارهایی با نیت مبهم و برای آزار معرفی کردند که هنجارهای محیط کاری را نقض کرده و احترام متقابل را از بین می‌برند (۵). ماهیتی روانی، شدت کم و عدم ملاحظه در انجام کارها از ویژگی‌های قابل تعریف رفتارهای نامحترمانه با نیت مبهم برای مورد آزار قراردادن دیگران است (۶).

رفتارهای نامحترمانه و توهین‌آمیز روی کارایی پرستاران تأثیری عمیق دارند و در برخی مطالعات گزارش می‌شود که از هر ۱۰ پرستار ۹ نفر آنها این‌گونه رفتارها را تجربه می‌کنند (۴). هاتن (۲۰۰۶) بیان کرد که رفتارهای نامحترمانه یک مشکل فراگیر در مراقبت‌های بهداشتی امروز است (۶). رفتارهای نامحترمانه در فرسودگی شغلی و میزان رضایت شغلی پرستاران تأثیر دارد (۷). این‌گونه رفتارها در محیط‌های کاری با نتایج نامطلوبی از قبیل پریشانی کاری، عدم رضایت شغلی و ترک محل کار همراه است (۸ و ۹). این رفتارها همچنین می‌توانند به‌عنوان پیش‌درآمدی بر وقوع خشونت‌های شغلی باشند و بار مالی سنگینی را بر دوش سازمان تحمیل کنند (۷). آسیب‌های ناشی از رفتارهای نامحترمانه به تخریب فضای کاری و تحمیل هزینه‌های مالی و روانی بسیار بر سازمان‌ها منجر می‌شود. در سال‌های اخیر رفتارهای نامحترمانه از جنبه‌های گوناگون و در محیط‌های مختلف کاری از قبیل

طبقه و ۱ مضمون اصلی باقی‌ماند که در جدول شماره ۱ مراحل شکل‌گیری مضامین نشان داده شده است.

تنش‌زابدن بی‌حرمتی

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه رفتارهای نامحترمانه را در محیط کار تنش‌زا گزارش کردند. چراکه در آن شرایط احساس ناراحتی، تپش قلب، عصبانیت، احساس منفی، تحقیرشدن و زجرکشیدن را تجربه داشتند. پرستاران در مواجهه با بی‌حرمتی و با در نظر نگرفتن فردیت آنها در جایگاه فرد صاحب اختیار در بخش و محیط‌های کاری، تنش‌های روانی بسیاری را متحمل می‌شدند. برای نمونه:

از یک پرستار زن، طرحی، با یک سال سابقه کار و کارشناس پرستاری: «یک روز از مرخصی اومدم دیدم که وسایلی ناشناس داخل کمد من است تعجب کردم ولی به بچه‌ها چیزی نگفتم فردا صبح فهمیدم که سرپرستار به یکی از بچه‌ها گفته که وسایلی را بگذارد داخل کمد من، من خیلی ناراحت شدم که وارد حریم شخصی شده بودند، اما هیچی به سرپرستار نگفتم».

خشونت در محیط کار و رفتارهای نامحترمانه به علت تنش‌زابدن، آثار روانی و جسمانی متعددی را برای پرستاران مورد مطالعه به وجود می‌آورد. تپش قلب یکی از معمول‌ترین آثار جسمی تجربه شده برای آنان بود. رفتارهای نامناسب، پرخاشگری و شایعه‌پراکنی به حدی آنها را ناراحت می‌کرد که از یادآوری آن رفتارها از فرد خاطی یا احتمال تکرار آن دچار تپش قلب می‌شدند.

پرستار زن، طرحی، دو سال سابقه کار و کارشناس پرستاری: «شایعه‌پراکنی وجود داره و داد و بیداد، در چند ماه گذشته به حدی رسیده بودم که وقتی سرپرستارم را می‌دیدم تپش قلب می‌گرفتم. تمام سعی‌ام را می‌کردم که هیچ‌موقع باهاش روبه‌رو نشم که بخوام باهاش حرفی بزنم و وقتی در بخش می‌دیدمش تپش قلب می‌گرفتم. و اگه مشکلی داشتم و می‌خواستم باهاش در میون بزارم خدا خدا می‌کردم که رومود باشه و برخورد ناجور نداشته باشه».

به کرّار پرستاران در مواجهه با این رفتارها کلمات خوردشدن اعصاب را ذکر کردند. شاید بتوان گفت این بدن معناست که وجود یا تجربه این‌گونه رفتارها در محیط کار برای آنان از نظر روانی بسیار سنگین و غیرقابل تحمل

اطمینان داده می‌شد که اطلاعات اخذ شده محرمانه و محفوظ خواهد ماند. پس از جلب رضایت شرکت‌کننده، مصاحبه آغاز شد. پرسش‌های ابتدایی مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناسی پرستاران مورد مطالعه بوده است که شامل سن، میزان تحصیلات، سابقه کار و ... بود. آغاز مصاحبه یک سؤال باز «وقتی می‌گویم رفتارهای نامحترمانه یا توهین‌آمیز در محیط کار، چی به ذهن شما می‌آید» بود. مصاحبه از کلی و عمومی شروع، سپس با جلب اطمینان پرستاران به تدریج به زمینه‌های خصوصی و عمیق‌تر پرداخته شد. تمام مصاحبه‌ها به صورت آشکار و با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط شد. مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی به نحوی که دیگر مضمون یا درون‌مایه جدیدی به داده‌ها اضافه نشود ادامه می‌یافت. در زمانی اندک بعد از انجام مصاحبه، تمام مکالمه‌ها روی نوار صوتی ضبط، سپس کلمه به کلمه دست‌نویس شد. پژوهشگر دوم برای اطمینان از واردشدن تمام اطاعات، تمام مصاحبه‌ها را بازنگری می‌کرد. بعد از آن، همه دست‌نوشته‌های مصاحبه تایپ و چندین بار خط به خط خوانده، زیرخط‌دار، کدگذاری و مطابق روش «تحلیل محتوا» آنالیز شد. روایی و پایایی داده‌ها با معیارها و واژه‌های پژوهش کیفی که مقبولیت و عینیت خوانده می‌شوند، شرح داده شده است. مقبولیت به معنی قابل پذیرش بودن داده‌ها و در گرو جمع‌آوری داده‌های حقیقی است.

یافته‌ها

تعداد شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر ۱۵ نفر (۹ نفر پرستار زن و ۴ نفر پرستار مرد) با میانگین سنی ۲۷ سال بود. میانگین سابقه کار در بالین شرکت‌کنندگان ۷ سال، همه آنها دارای مدرک کارشناسی پرستاری، ۶ نفر از آنان متأهل و بقیه مجرد بودند. مدت زمان هر مصاحبه برای شرکت‌کنندگان بین ۳۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

در مرحله تحلیل مصاحبه‌ها، پژوهشگر توانست مضمون اصلی، طبقات و زیرطبقات که مربوط به تجربه رفتارهای نامحترمانه و بی‌حرمتی در محیط کار پرستاران می‌باشد را استخراج کند. در ابتدا ۱۹۶ کد از داده‌های جمع‌آوری شده استخراج شد. سپس باهم‌پوشانی و ادغام کدها ۲۳ زیرطبقه باقی‌ماند که به عنوان طبقات فرعی داده‌ها در نظر گرفته شد. سپس با طبقه‌بندی مجدد این زیرطبقات فرعی، ۷ زیرطبقه، ۲

رفتارهای بی‌حرمتی در محیط کار است نیز هستند. پرستار زن، ۶ سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «یک‌بار یک متخصص بی‌هوشی می‌خواست مریض را انتوبه کنه، بچه‌ها اشتباهی واسه پرکردن کاف براش سرنگ دو سی سی آوردند. من پایین تخت بودم و ایشون سرنگ رو را پرتاب کرد و من سرم را کشیدم کنار که به چشمم نخورد. این بسیار بده که کسی که درس خونده این رفتار را انجام دهد. این خیلی زجر آور».

علاوه بر آن ماهیت مدیریتی سرپرستاران و نحوه ارتباطات آنان با پرستاران نیز باعث بروز رفتارهای نامحترمانه و ایجاد دلخوری‌هایی می‌شود، که برخوردهای تنش‌زا برای پرستاران ایجاد می‌کند. نقش نظارت و کنترل سرپرستار و دیدن خطاهای آنها و گوشزد کردن به آنان باعث تنش در پرستاران شده و چنانچه پرستاری به دلیل درست انجام ندادن یک کار مورد شمت سرپرستار آن هم نزد بقیه قرار گیرد، آن برخورد را رفتار نامحترمانه و به نوعی بی‌حرمتی با احساس سرخوردگی و حقارت تلقی می‌کند.

پرستار مرد، طرحی، یک سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «سرپرستان در برخوردهای مختلف رفتار نامحترمانه داشتند، برای نمونه مریض مشکلی داره که در اصل قابل دیدن نیست مانند کج بودن ملحفه بیمار، که یه چیزی جلوی بقیه به آدم می‌گه که این درست نیست».

یکی از شرکت کنندگان در مطالعه در این زمینه می‌گوید: «یادمه یک پزشک بهم بی‌احترامی کرد، وقتی خواستم جوابشو بدم سرپرستار از پشت سر بهم چشم‌غره می‌رفت و هی لب شو گاز می‌گرفت، ... من هم چیزی نگفتم... تازه وقتی به احترامش چیزی نگفتم بعد از رفتن پزشک شمت هم شدم...».

یافته‌های مطالعه حاضر با توجه به مصاحبه با پرستاران نشان داده‌است که «همکاران» در محیط‌های کار یکی از منابع ایجادکننده رفتارهای بی‌حرمتی و نامحترمانه هستند. اگرچه غیرقابل تحمل بودن رفتارهای توهین‌آمیز از سوی افراد، پرستاران را دچار تنش می‌ساخت، اما آنها پزشک و سرپرستار را به دلیل ماهیت کار، بیمار و همراه را به علت ناتوان بودن و در شرایط بحرانی قرار داشتن، کمتر مورد شمت قرار می‌دادند اما توهین همکار را غیرقابل گذشت می‌دانستند. درباره همکاران، یکی از شرکت کنندگان مطالعه (پرستار زن، سابقه

می‌باشد. صحبت کردن با لحن کلام خصمانه، برخوردهای ناجور نسبت به همدیگر باعث خورد شدن اعصاب آنها شده که خود تشدید تنش را در آنها به دنبال داشته‌است.

پرستار زن، طرحی، دو سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «اگه کسی با داد و فریاد باهام حرف بزنه اعصابم کلی خورد می‌شه، یعنی حتی اگه مسئله کوچکی با داد و فریاد گفته بشه من قاطی می‌کنم».

پرستار زن، چهار سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «من که کشیک صبح و عصر بودم و مریضام کلی پرکار بودند اما خسته نشده که با برخورد ده دقیقه‌ای این خانم به‌واقع دیگه آب شده بودم و اعصابم حسابی خورد شده بود».

پرستار مرد، سابقه کار ۴ سال، کارشناس پرستاری در این زمینه می‌گوید: «وقتی از حرکات یا برخوردهای همکاران ناراحت می‌شم چون نمی‌تونم چیزی بهشون بگم، سرم خیلی درد می‌گیره و همیشه ذهنم مشغول برخورد اوناست».

علت و منابع بروز رفتارهای بی‌حرمتی در محیط کار

پرستاران در محیط‌های بالینی تعاملات شغلی چندجانبه‌ای دارند. از طرفی به علت ماهیت شغلی‌شان و ارتباط با پزشک و سرپرستاران می‌بایست دستورات را اجرا کنند. در نهایت بعد اصلی وظایف پرستاران، دریافت کنندگان خدمات یعنی بیماران و همراهان هستند. همه اینها باعث می‌شود که یک پرستار به دلیل ارتباطات چندجانبه بیشتر در معرض آسیب‌پذیری رفتاری قرار گیرند. در مطالعه حاضر، پرستاران دلایل مختلفی را برای به‌وجود آوردن رفتارهای نامحترمانه در محیط‌های بالینی اشاره کرده‌اند. از جمله آنان «سلسله‌مراتب سازمانی» است که از سوی افراد دارای رتبه بالاتر از نظر سمت در محیط کار یا سازمان بروز می‌کند. آنان رفتارهایی را بازگو کردند که باعث کوچک شمردن و احساس تحقیر از سوی این افراد می‌شود. یکی از پرستاران شرکت‌کننده (زن، طرحی، دو سال سابقه کار، کارشناس) درباره نحوه برخورد پزشک در بالین بیمار می‌گوید: «دستکش پوشیدم که به دکتر در معاینه بیمار کمک کنم، در حال معاینه، دکتر گفت چرا لف لف می‌کنی برو کنار، دستت خونی بود به من خورد. وقتی اینجوری باهام حرف زد خیلی احساس سرخوردگی و حقارت کردم».

حتی گاهی مشاهده شده که پرستاران علاوه بر اینکه تهاجمات لفظی را از سوی افراد با سلسله‌مراتب سازمانی دچار می‌شوند، تحت فشار تهاجمات فیزیکی که حد بالای

پرستاران تمامی این رفتارها و بی‌حرمتی‌ها برای آنان استرس‌زا بوده و به ایجاد تنش‌های هم در زندگی حرفه‌ای و هم در زندگی شخصی آنان منجر می‌شود. درباره قسمتی از این موضوع یکی از شرکت‌کنندگان می‌گوید: «یکی از مریضامون یک خانمی بود که بستری بود و همراهش اومد تا ببیندش ولی به او گفتیم که نمیشه و بقیه همراهش هم اومده بودند و اونو دیده بودند این کار را چندین بار تکرار کرد. من رفتم دم درب تا یکی از همراهان بیمار دیگر به من مایع گاواژ بدهد، پایش را گذاشت لای درب و من را هل داد و اومد داخل و بعد خدمه اونو مهار کرد».

یکی دیگر از موضوعاتی که در تجربیات پرستاران در زمینه وقوع رفتارهای نامحترمانه نهفته است، حیطة «وظایف حرفه‌ای یا شرح وظایف» است. چنانچه حیطة وظایف حرفه‌ای مشخص باشد، پرستاران و تمام پرسنل درمانی به وظایف خود آشنایی کامل داشته‌باشند، خطر وقوع این رفتارها کاهش می‌یابد. نبود تعریف رفتار سازمانی یا درواقع حرفه‌ای رفتار و عمل کردن، نه تنها زمینه وقوع این رفتارها را فراهم می‌کند، بلکه آن را افزایش نیز می‌دهد. یکی از شرکت‌کنندگان در مطالعه در این زمینه می‌گوید:

«من احساس می‌کنم بیشتر این‌ها یک علتی داره و اون هم اینه که حیطة وظایف ما کامل مشخص نیست این که من پرستار وظیفم چیه؟ وظیفم اینه که بیام اینجا وقتی پزشک اعصابش خورده روی سر من خالی کنه؟»

یکی از شرکت‌کنندگان در مطالعه در این زمینه می‌گوید: «یکی از پزشک‌ها آمده و گفته من می‌خوام بیام و نوت بزارم این صفحه‌ای را که می‌خوام توش نوتم را بنویسم باز باشه. اگه توی وظایف منه که من این کارو انجام می‌دم اما وقتی نیست اون حق نداره چنین چیزی را از من بخواد و چنین حرفی را بزنه».

پرستار مرد، سه سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «اگه شرح وظایف مشخص باشه حدود و مرز هرکس مشخص می‌شود و پزشکی که می‌یاد مریض را معاینه کنه طرز برخورد را می‌دونه».

پیامدهای رفتارهای بی‌حرمتی

با پیگیری مصاحبه‌های پرستاران مشخص شد که، رفتارهای نامحترمانه در محیط‌های عملکرد بالینی می‌تواند

کار ۶ سال، کارشناس پرستاری) اظهار داشت که: «ماها اگه خطایی از همدیگه ببینیم سریع می‌خواهیم همدیگه را بکوبیم. علاوه‌براین از نظر سنیور و جینیور هم به همدیگه احترام نمی‌گذاریم. رفتار بد از طرف هر کسی، رفتار بد است حتی اگر از سوی مورچه باشه، ولی هرچه از طرف نزدیکای خودت باشه، هم‌صنف و هم‌رشته خودت باشه تحمل آن سخت می‌شود».

همچنین برخی از پرستاران شایعه‌پراکنی، تلاش برای کسب امتیازات دیگران، صحبت با لحن آزاردهنده و رفتارهای غیر کلامی توهین‌آمیز را از جمله موارد رفتارهای بی‌حرمتی از سوی پرستاران خود قلمداد کرده‌اند.

یکی از نمونه‌های مورد پژوهش در این زمینه می‌گوید: «اینجا تعداد زیاده و هرکس دوست داره یه حرفی بزنه و وقت بگذره و نمی‌دونه اون حرفی که داره می‌زنه چقدر واسه اون فرد سنگین تموم می‌شه». یا در مصاحبه‌ای دیگر پرستاری درباره رفتارهای غیر کلامی توهین‌آمیز می‌گوید: «برای نمونه، وقتی یکی اینجا ازت ناراحت بشه به جای اینکه بیاد به خودت بگه، میره به بقیه میگه و پشت سرت هزار تا حرف می‌زنه، الکی وقتی با هم کشیک باشیم چشم‌غره می‌ده و بی‌اعتنایی می‌کنه...».

همچنین یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در مطالعه بیان می‌کند که «یکی از همراهان، در جواب رفتار محترمانه همکارم و تأیید حرف من که تعداد همراهان این مریض زیاد شده برگشت گفت تو ساکت باش...؛ در بخش ما فشار روانی بسیار زیاده، من خودم به بچه‌ها می‌گم اگه احساس می‌کنید مشکلی دارید برید پیش روان‌پزشک...».

از دیگر منابع ایجادکننده رفتارهای توهین‌آمیز در محیط کار پرستاران «بیمار و همراهان بیمار» هستند. شرایط بحرانی بیمار، درد و ناتوانی و از طرفی قوانین ملاقات همراهان در بخش از بیمار خود، همه و همه باعث برخوردهایی میان پرستار، بیمار و همراه می‌شوند که صحنه مراقبت را خدشه‌دار کرده و به نوعی بی‌حرمتی را در محیط‌های مراقبتی ایجاد می‌کنند. از آنجاکه پرستاران بیش‌ترین ارتباط انسانی را از نظر مدت زمان با بیماران و همراهان دارند، این موضوع بیش از پیش گریبان‌گیر آنان خواهد بود. رفتارهای نامحترمانه‌ای که از سوی بیماران و همراهان آنان، اغلب به‌وسیله پرستاران تجربه می‌شود شامل: توهین‌های کلامی، انتقاد از عملکرد آنان و در برخی موارد حملات فیزیکی و خشونت می‌باشند. به گفته

خونه هم کلی پرخاشگر و عصبی هستیم. پیش آمده که حالت تهاجمی هم داشتم».

فرسودگی شغلی، کاهش انگیزش شغلی، کاهش کیفیت مراقبت از بیمار از عوارض و پیامدهای حرفه‌ای ناشی از رفتارهای نامحترمانه در محیط بالینی هستند که با تداوم و تکرار این بی‌حرمتی‌ها بروزمی‌کنند. فرسودگی شغلی درحقیقت پاسخی به استرس است. از آنجاکه پرستار به دلیل ماهیت حرفه‌ای‌اش با موقعیت‌های استرس‌زای زیادی مواجه بوده و این رفتارها برای او تنش‌زاست، آنان فرسودگی شغلی را به مرور زمان تجربه‌می‌کنند. طی شکل‌گیری این فرایند، انگیزه شغلی آنان نیز کاهش یافته که به‌طور سهو یا شاید عمد روی کیفیت مراقبت از بیمار تأثیرگذار خواهد بود.

هم روی زندگی شخصی و هم زندگی و عملکرد حرفه‌ای فرد عوارضی متعدد بگذارد. وقتی پرستاری در محیط کار خود از سوی دیگر افراد درگیر بی‌حرمتی می‌شود، تشویش و سردرگمی‌های حاصل از این بی‌حرمتی را خواسته یا ناخواسته به محیط منزل وارد می‌کند. در نهایت خانواده این پرستاران نیز به‌طور غیرمستقیم درگیر این رفتارها می‌شوند. همچنین آنان در برخی موارد چون قدرت دفاع از خود را در محیط کار ندارند در محیط منزل رفتارهای پرخاشگرانه و با عصبانیت از خود بروزمی‌دهند.

یکی از شرکت‌کنندگان در مطالعه در این زمینه می‌گوید: «گاهی اوقات من در مقابله با رفتارهای همکارم چنان عصبی می‌شوم که این عصبانیت را هم به منزل منتقل می‌کنم، تو

جدول ۱. مراحل شکل‌گیری مضامین مربوط به تجربه رفتارهای نامحترمانه و بی‌حرمتی در محیط کار پرستاران

طبقات فرعی	زیرطبقات	طبقات	
پزشکان سرپرستاران	سلسله‌مراتب بیمارستانی	عوامل و منابع به وجود آورنده آن	تنش زابودن رفتارهای نامحترمانه
شایعه‌پراکنی تلاش برای کسب امتیازات یکدیگر صحبت با لحن آزاردهنده رفتارهای غیرکلامی توهین‌آمیز	همکاران		
توهین‌های کلامی انتقاد از عملکرد آنان حملات فیزیکی و خشونت	بیماران و همراهان آنان		
-----	مشخص نبودن شرح وظایف		
درگیری ذهنی در محیط منزل پر خاشگری و عصبانیت در محیط منزل خستگی جسمی	در زندگی شخصی	پیامدهای رفتارهای نامحترمانه	
فرسودگی شغلی کاهش انگیزش شغلی کاهش کیفیت مراقبت از بیمار	در زندگی حرفه‌ای		
تپش قلب عصبانیت تشویش و دلهره نگرانی سردرد مشکلات گوارشی	پیامدهای جسمی و روانی		

چنانچه در مطالعه‌ای رفتارهای نامحترمانه را افزایش بار کاری، کمبود پرسنل پرستاری و افزایش استرس‌های شغلی یادکرده‌اند. شغل پرستاری به دلیل استرس‌زا بودن آن و همچنین وضعیت بحرانی بیمار، نبود کنترل افراد و نمایش رفتارهای خارج از چهارچوب حرفه‌ای را باعث می‌شود. در این تحقیق، پرستاران در مقابل رفتارهای نامحترمانه که از سوی افراد بانفوذ در محیط کار به وقوع می‌پیوست، برخی اوقات ترسیده و واکنشی نشان نمی‌دادند. ترس از دست‌دادن کار، اذیت‌شدن و جابه‌جایی بخش باعث سکوت آنها می‌شد. در بررسی‌ای به دلیل تجربه رفتارهای نامحترمانه در موقعیت خطا، پرستاران به جای اینکه درباره روش‌های صحیح تجویز دارو با همکاران خود مشاوره کنند بیشتر به فکر افکار همکارشان مبنی بر اینکه در کار خود شایستگی ندارند بودند (۱۵). "عصبانیت و تهاجم" یکی از مضامین برگرفته‌شده از این مطالعه بود که پرستاران در مواجهه با رفتارهای توهین‌آمیز از خود بروزمی‌دانند. عصبانیت و پرخاشگری در مقابله با این رفتارها راه‌حلی بود که برخی از پرستاران به‌کار می‌بردند. کربس^۲ (۱۹۷۶) بر اهمیت رفتارهای نامحترمانه تکیه می‌کند، زیرا این رفتارها احتمال وقوع رفتارهای خشونت‌بار را افزایش داده و روی سلامت کارمندان تأثیر منفی می‌گذارد (۱۶). از مضامین دیگری که پرستاران به‌صورت رفتارهای مقابله‌ای در این مطالعه بیان کردند «بی‌تفاوتی به کار» بود. از کارزده‌شدن، وظیفه‌ای کار کردن و انگیزش کار را از دست‌دادن از تجربیاتی بود که پرستاران در این فضای بی‌حرمتی احساس کرده‌بودند. هرچند که آنها اظهار می‌داشتند که به دلیل ماهیت حرفه‌ای نمی‌توانند کم‌کاری داشته‌باشند اما از آنجاکه حرفه پرستاری، انجام کار همراه با تعهد و از خودگذشتی است، بنابراین دسته‌ای از پرستاران تعهد حرفه‌ای را از دست می‌دادند. هوتون^۳ (۲۰۰۸) به نقل از مطالعات متعدد به ارتباط میان رفتارهای نامحترمانه و بهره‌وری اشاره می‌کند. وی افزایش غیبت از کار، کاهش تعهد سازمانی، کاهش بهره‌وری، رفتار نامحترمانه نسبت به سایر همکاران و گیرندگان خدمات، کاهش گزارش خطاها و احساس جدایی از سازمان در ارتباط با رفتارهای نامحترمانه را

پرستار زن، پنج سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «پرستاری شغلیه که باید در خیلی مواقع از خودت مایه بزاری با این رفتارها این انگیزه را از آدم می‌گیرند دیگه خودمو برای کار نمی‌کشم. فقط دستور پزشک را اجرامی کنم... بعضی وقتا وقتی خیلی مشکلات و ازسوی بقیه تحمل می‌کنم فکرمی‌کنم دچار فرسودگی شغلی شدم و انگیزه‌ای برای پرستار خوب بودنم ندارم».

پرستار زن، سه سال سابقه کار، کارشناس پرستاری: «این رفتارها باعث می‌شه زده بشی از کارت، ولی در مراقبت من از بیمار تأثیری نداره سعی می‌کنم به مریضم در بدترین شرایط رسیدگی کنم».

بحث

مضمون اصلی ظهور یافته از این مطالعه، «تنش‌زا بودن بی‌حرمتی» بود. رفتارهای نامحترمانه در طیف وسیعی از سرپرستار تا همکار، پزشک و همراه بیمار گزارش شد. در مواجهه با بی‌حرمتی پرستاران رفتارهای تقابلی «بی‌تفاوتی به کار»، «ترسیدن» و «عصبانیت و تهاجم» را نشان می‌دادند. تازه‌کار بودن، مشخص نبودن جیطه وظایف حرفه‌ای، ماهیت دستوری و رئیس و مرئوس بودن حرفه و نداشتن حامی، زمینه‌ای برای بروز رفتارهای توهین‌آمیز بودند. در مطالعه حاضر، پرستاران تجربه ارتباطات نامحترمانه در محیط کار تنش‌زا را گزارش می‌کردند. /یلوی (۲۰۰۹) در بررسی ارتباط میان رفتارهای نامحترمانه در سطوح خیابانی با سلامت افراد، افرادی که سطوح بالای رفتارهای نامحترمانه را تجربه کرده‌بودند در مقایسه با افراد با سطوح پایین‌تر رفتارهای نامحترمانه، دوبرابر بیشتر میزان نگرانی و افسردگی را گزارش می‌کردند (۱۴). در مطالعه حاضر، مشارکت‌کنندگان مورد بی‌حرمتی قرار گرفتن را در زمان ارتکاب خطا بیان کردند. در مطالعه کوول^۱ (۲۰۱۰) افراد در زمان بروز خطای دارویی با اظهار نظرهای تمسخرآمیز و بی‌ادبانه و رفتارهای نامحترمانه مواجه شده‌بودند. همچنین طرد از اجتماع یا محیط حرفه‌ای از نتایج گزارش خطای دارویی بود. این افراد مجازات‌های حرفه‌ای و ایجاد شایعات پیرامون خود را نیز تجربه می‌کردند (۱۵). در مطالعه حاضر شرایط بحرانی بیمار، باعث وجود رفتارهای نامحترمانه ازسوی پزشک و همراه بیمار بود،

2 . Krebs
3 . Hutton

1 . Covell

2. Felblinger, D.M., Incivility and bullying in the workplace and nurses' shame responses. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2008; 37(2): 234-41.
3. Jouybari L, Mohammadi Z, Sanagoo A. A Glance at Students and Faculty Members Perceptions of Uncivil Behavior in Educational Settings. 2010; 7(2): 127-133 [Persian].
4. Winstanley, S. and R. Whittington, Violence in a general hospital: comparison of assailant and other assault-related factors on accident and emergency and inpatient wards. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 2002(412): 144-7.
5. Andersson, L.M. and C.M. Pearson, Tit for Tat? The Spiraling Effect of Incivility in the Workplace. *The Academy of Management Review*, 1999; 24(3): 452-471.
6. Hutton, S.A., Workplace incivility: state of the science. *J Nurs Adm*, 2006; 36(1): 22-7.
7. Laschinger, H.K., J. Finegan, and P. Wilk, New graduate burnout: the impact of professional practice environment, workplace civility, and empowerment. *Nurs Econ* 2009; 27(6): 377-83.
8. Laschinger, H.K., et al., Predictors of nurse managers' health in Canadian restructured healthcare settings. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 2004; 17(4): 88-105.
9. Nedd, N., Perceptions of empowerment and intent to stay. *Nurs Econ* 2006; 24(1): 13-8, 3.
10. Luparell, S., Faculty encounters with uncivil nursing students: an overview. *J Prof Nurs* 2004; 20(1): 59-67.
11. Cortina, L.M. and V.J. Magley, Patterns and profiles of response to incivility in the workplace. *J Occup Health Psychol* 2009; 14(3): 272-88.
12. Luparell, S., Incivility in nursing: the connection between academia and clinical settings. *Crit Care Nurse* 2011; 31(2): 92-5.
13. Elahi N, alhani F, Ahmadi F. Iranian Nursing Instructors' Perceived Experiences of Challenges of Effective Education: A Qualitative Content Analysis. *Journal of qualitative Research in Health Sciences*. 2012; 1 (3) :229-239 [Persian].

یادآور شده است (۱۷). پیرسون^۱ (۲۰۰۰) می‌گوید که رفتارهای نامحترمانه به کاهش زمان کار، کاهش تعهد به سازمان، کاهش تلاش در حین انجام کار و تغییر شغل منجر می‌شود (۱۸). در مطالعه کورتینا^۲ (۲۰۰۱) مشخص شد که میان رفتارهای نامحترمانه و رضایت کاری ارتباط معناداری وجود دارد. در این مطالعه رفتارهای نامحترمانه باعث کاهش رضایت‌مندی کاری شده بود. همچنین کاهش رضایت‌مندی از حقوق، مزایا و سرپرستان از دیگر نتایج مشاهده شده رفتارهای نامحترمانه بود (۱۹). همچنین در مطالعه‌ای دیگر از کورتینا (۲۰۰۳) نشان داده شد که رفتارهای نامحترمانه با عملکرد ضعیف کارکنان ارتباط دارد (۲۰).

نتیجه‌گیری

رفتارهای نامحترمانه در محیط‌های کاری پرستاران تهدیدی برای سلامت پرستاران بوده و عدم مراقبت با کیفیت بالا را فراهم می‌کند. این رفتارها در میان افراد در موقعیت‌های شغلی مختلف درمانی دیده شده است. نقص‌های محیط کاری تهدیدی برای رفتارهای حرفه‌ای در محیط کار خواهد بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه وسیعی صورت گیرد تا بتوان برای بررسی این رفتارها در محیط کار ابزاری مناسب تهیه شده و با شناسایی این رفتارها راهکارهای مناسب برای حل این مشکلات ارائه شود. از آنجاکه در مرکز آموزشی درمانی دانشجویان نیز از محیط آموزش می‌گیرند این رفتارها می‌توانند تهدیدی برای آموزش علوم پزشکی نیز محسوب شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت معنوی و مادی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شده است. از پرستارانی که در این مطالعه مشارکت کردند قدردانی می‌شود.

منابع

1. Beikzad J, Sadeghi M, Ebrahimipour D.A Survey on Effective Organizational Factors on Employees' Professional Ethic Development. *Iranian Journal of Ethics in Science and Technology*. 2012; 7(2):55-63 [Persian].

1 . Pearson
2 . Cortina

17. Hutton, S. and D. Gates, Workplace incivility and productivity losses among direct care staff. *AAOHN J* 2008; 56(4): 168-75.
18. Pearson, C.M., L.M. Andersson, and C.L. Porath, Assessing and attacking workplace incivility. *Organizational Dynamics*, 2000.
19. Cortina, L.M., et al., Incivility in the workplace: incidence and impact. *J Occup Health Psychol* 2001; 6(1): 64-80.
20. Cortina, L.M. and V.J. Magley, Raising voice, risking retaliation: Events following interpersonal mistreatment in the workplace. *J Occup Health Psychol* 2003;8(4): 247-65.
14. Ellaway A, Morris G, Curtice J, Robertson C, Allardice G, Robertson R. Associations between health and different types of environmental incivility: a Scotland-wide study. *Public Health* 2009; 123(11): 708-13.
15. Covell, C.L., Can civility in nursing work environments improve medication safety? *J Nurs Adm* 2010; 40(7-8): 300-1.
16. Krebs, R., Disrespect--a study in hospital relationships. *Hospital & health services administration* 1976; 21(1): 67.

The Experiences of Nurses of Uncivil Behaviors in Intensive Care Unit (ICU)

*Soheila Kalantari, S.*¹, *Ghana, S.*², *Hekmatafshar, M.*^{*3}, *Sanagoo, A.*⁴, *Jouybari, L.M.*⁵

1. *Master of Nursing, Department of Nursing Office of Medical Sciences and Health Services of Golestan University, Gorgan, Iran.*
2. *Midwifery master student, Student Research Committee, Tabriz University of Medical Sciences, Aras International Training Centre, Tabriz, Iran.*
3. *PhD in Nursing, Shahid Beheshti Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
4. *Associate Professor, Bouyeh Faculty of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.*
5. *Associate Professor, Bouyeh Faculty of Nursing and Midwifery, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.*

* Corresponding Author, Email: m.hekmatafshar@yahoo.com

Received on: 12/01/2014 Accepted on: 25/01/2014

Abstract

Introduction: Incivility behavior and violence are complex problems in nursing profession. The study aimed to explain Experiences of incivility behavior among nurses in ICU.

Method: This qualitative study based on sampling was conducted in center of Golestan University of Medical Sciences (1390). The data collected through individual semi-structured interviews, collaborative focused observations and notes. The interviews were transcribed line by line and were analyzed with the approach of "content analysis". Verbal consent was obtained for participation in the study and voice recording.

Results: The main theme of the study was "Tension of disrespect". Incivility behavior was being reported in the wide range of colleague and head nurse to the physician and patient. The most common Coping behaviors among nurses against violence were "indifference," "fear", "anger and the aggression". Reasons for abusive behavior were being a novice, lack of professional duties, command profession, subordination and lack of support.

Conclusion: Incivility behavior in the workplace can be stressful. The occurrence of such behavior has a profound impact on intensive care nurses' satisfaction and their performance.

Keywords: Incivility behavior, nurse, intensive care.

درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران

محمد رضا حیدری^۱، رضا نوروززاده^{۲*}، زهرا پیشنامازی^۳

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۲. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

۳. مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: norouzadeh@shahed.ac.ir

دریافت: ۱۳۹۲/۰۴/۰۵ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۷/۰۸

چکیده

مقدمه: مراقبت از خانواده بیماران بدحال جزء ضروری وظایف پرستار است. با این حال، علیرغم این واقعیت که پرستار مسئول رفع نیازهای خانواده است، به چگونگی انجام این وظیفه به وسیله پرستاران کمتر پرداخته شده است. آگاهی در این زمینه موجب می شود تا پرستاران مراقبت ویژه، مراقبت پرستاری مناسبی را برای بیماران بدحال و بستگان نزدیک آنها فراهم کنند. این تحقیق برای تعیین درک پرستاران ICU از وظایف خود در قبال خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه انجام شد.

روش: این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. ۱۱۴ پرستار شاغل در بخش های مراقبت ویژه بزرگسالان ۳ بیمارستان آموزشی شهر تهران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی درک پرستاران از وظایف خود در قبال خانواده بیماران بدحال از پرسشنامه ۱۹ گویه ای درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار استفاده شد. درک پرستاران از وظایف خود در قبال خانواده و ارتباط آن با عوامل دموگرافیک با استفاده از آماره های غیرپارامتری به واسطه نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: بیشترین میانگین درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار مربوط به درخواست از خانواده برای ترک محل در هنگام انجام وظایف پرستاری ($3/06 \pm 1/06$) بود. تفاوت معنادار آماری میان درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با سن، وضعیت تأهل، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و میزان تحصیلات پرستاران به دست نیامد ($P > 0/05$). نتایج مطالعه، همبستگی مثبت و معنادار میان راحتی پرستاران در خصوص بحث درباره پیش آگهی بیمار بدحال ($P < 0/001$ و $r = 0/595$) با درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار نشان داد؛ اما این همبستگی راجع به بحث پیرامون احتمال مرگ ضعیف بود ($r = 0/299$ و $P < 0/001$).

نتیجه گیری: فقدان درک پیرامون وظایف پرستاری در قبال خانواده می تواند ناشی از کمبود آگاهی از اهمیت مشارکت و حضور خانواده بیمار در بخش مراقبت ویژه باشد. افزایش درک پرستاران از موقعیت خانواده در روند مراقبت از بیمار بدحال، یک راهبرد عملیاتی مفید در بخش های مراقبت ویژه تلقی خواهد شد.

واژگان کلیدی: درک، پرستار، عملکرد، خانواده، بخش مراقبت ویژه، بیمار.

مقدمه

اما در خصوص اولویت این نیازها اختلاف معنادار دیده می‌شود (۲۰). هوی نیز محافظت از سنت‌های فرهنگی در بخش مراقبت ویژه را از انتظارات مهم خانواده بیمار می‌داند (۲۱). مطالعات اندکی راجع به تجارب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه از نیازهای خانواده بیماران بدحال وجود دارد. آگاهی در این زمینه موجب می‌شود تا پرستاران مراقبت ویژه برای بیماران بدحال و بستگان نزدیک آنها مراقبتی مناسب فراهم کنند. این تحقیق به منظور تعیین درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

روش

این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی است. جامعه پژوهش پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران بودند. با توجه به مطالعه پایلوت و با استفاده از فرمول $n = \frac{Z_{\alpha/2} \times S}{d^2}$ ، حجم نمونه ۱۲۲ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری از پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه عمومی بزرگسالان از ۶ بیمارستان آموزشی واقع در سه منطقه شمال، جنوب و مرکز شهر تهران به صورت تصادفی صورت گرفت. سپس با توجه به نزدیک بودن تعداد نمونه برآورد شده و تعداد پرستاران در دسترس، پرسشنامه به تمامی پرستاران دارای شرایط ورود به مطالعه داده شد که در نهایت ۱۱۴ پرسشنامه تکمیل شد. معیارهای ورود نمونه، پرستاران تمام‌وقت ICU و دارای تجربه حداقل ۶ ماه کار در این بخش بودند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه «درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار» بود که به وسیله هیکی و لاوندوسکی در سال ۱۹۸۸ توسعه یافته است. این پرسشنامه به وسیله محققانی مانند عمری، ماهر و انگلر استفاده شده است (۲۲-۲۴). با توجه به اینکه توسعه‌دهندگان پرسشنامه گزارشی از روایی و پایایی این ابزار ارائه ندادند، برای اطمینان از استفاده آن در زبان فارسی، روایی و پایایی این پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت. در همین راستا برای بومی‌سازی نسخه اصلی، پرسشنامه ۱۹ سؤالی در دو حیطة درک از راحتی انجام وظایف و درک از عملکرد خود در انجام وظایف با استفاده از روش استاندارد ترجمه و باز ترجمه، ابتدا به واسطه دو مترجم مستقل به صورت هم‌زمان از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه شود، سپس این نسخه به طور مجدد به واسطه دو مترجم جدا از مترجمان مرحله اول به زبان

بستری شدن بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه، خانواده‌ها را در گردبادی از شک و تردید، ناتوانی و سردرگمی قرار داده و سطح بالایی از استرس عاطفی را به آنها وارد می‌کند (۱). مواجهه با محیط ناآشنای بیمارستان تجربه ناخوشایندی است که به بروز یک سری پاسخ‌های هیجانی و روانی مانند شوک، اضطراب، عصبانیت، احساس گناه، ناامیدی و ترس منجر می‌شود (۸-۲). این پاسخ‌ها راهبردهای مؤثر مقابله‌ای و عملکردی در خانواده را جلوگیری کرده و روی سلامتی خانواده و بهبودی بیمار تأثیرات منفی می‌گذارد (۱۰-۹). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مراقبت از خانواده بیماران بدحال جزء ضروری وظایف پرستار است. با این حال، علیرغم این واقعیت که پرستار مسئول رفع نیازهای روحی و روانی خانواده بیمار است، به چگونگی انجام آن به وسیله پرستاران کمتر پرداخته شده است (۱۱) و ضرورت دارد تا در شرایط بحرانی، نیازهای مختلف خانواده بیماران نظیر نیاز به اطلاعات و نیاز به حمایت، پشتیبانی و کسب آسایش برآورده شود (۱۳-۱۲). فراهم آوردن مراقبت ایمن، شایسته و با کیفیت از بیماران؛ برقراری ارتباط با خانواده و ایجاد اعتماد و حمایت از سایر پرستاران از وظایف توصیف شده به وسیله پرستاران است (۱۴). بنابراین پرستاران علاوه بر توجه به نیازهای خانواده بیمار و تلاش برای ایجاد تطابق آنها با استرس، می‌توانند با مشارکت دادن خانواده در حمایت از بیمار، حس مفید بودن را در آنها تقویت کنند (۴، ۵ و ۶).

انتظار خانواده‌ها از پرستاران تضادهایی است که پرستاران در برابر وظایف خود با آن مواجه‌اند (۳). در برخی مطالعات گزارش می‌شود که خانواده‌های بیماران و پرستاران دیدگاه‌هایی متفاوت درباره نقش اعضای خانواده بیماران ICU در مراقبت از بیمار دارند (۴، ۱۴، ۱۵ و ۱۶). اعضای خانواده بیماران از پرستاران انتظاراتی داشته و این انتظارات روی رضایتمندی آنها از مراقبت بر بیمار تأثیر می‌گذارد (۱۷). مارکو مشخص کرد که درگیری عاطفی با خانواده بیماران منبع مهم استرس جسمانی و روانی برای پرستاران است (۱۸). در عین حال ورهائیکه نشان داد که پرستاران اغلب نقش خود را در تأمین نیازهای خانواده کمرنگ می‌دانند (۱۹). از سوی دیگر یافته‌های مطالعه ابادری بیان می‌کند که علیرغم اینکه هم خانواده بیماران و هم پرستاران نیازهای خانواده را مهم می‌دانند

خانواده بیمار بود؛ بنابراین اگر پرسشنامه به صورت یک مفهوم کل در نظر گرفته می‌شد تحقق این هدف دست‌یافتنی نمی‌شد بدین ترتیب آنالیز هریک از مقولات پرسشنامه مذکور به عنوان یک واحد مستقل در نظر گرفته شدند. مشخصات دموگرافیک بررسی شده شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه بودند. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. فراوانی، میانه و میانگین برای توصیف درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیماران به کار رفت. از آماره میانه به منظور تحلیل وضعیت درک پرستاران در قبال وظایف خود نسبت به خانواده بیماران استفاده شد تا وضعیت درک آنان در برابر عملکرد خود در هریک از مقولات پرسشنامه مورد ارزیابی قرار گیرد. برای نمونه میانه ۳ نمایانگر آن است که ۷۵ درصد پرستاران نسبت به گویه مورد نظر بیشترین درک را در انجام آن وظیفه داشته‌اند در حالی که ۲۵ درصد آنان یا درک آنها از انجام وظیفه پایین بوده یا هرگز آن را انجام نمی‌داده‌اند. آزمون آماری کروسکال والیس و من ویتنی برای تعیین ارتباط بین نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با متغیرهای فردی اجتماعی و آزمون همبستگی اسپیرمن رو برای تعیین ارتباط بین راحتی پرستاران ICU در انجام وظایف با درک از وظیفه خود در قبال اعضای خانواده بیمار مورد استفاده قرار گرفت. ضمن معرفی خود به نمونه‌های پژوهش و توضیح درباره محرمانه ماندن داده‌های گردآوری شده، پیش از تکمیل پرسشنامه رضایت شفاهی و کتبی نمونه‌ها اخذ شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن پرستاران مورد مطالعه ۷/۵۸ ± ۳۴/۷۳ سال بود. ۴۲ نفر (۳۷/۲٪) آنان مرد و ۷۱ نفر (۶۴٪) متأهل بودند. ۷ نفر (۶/۴٪) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد پرستاری و مابقی دارای تحصیلات کارشناس پرستاری بودند. میانگین و انحراف معیار سابقه کار در بخش ICU ۵/۰۴ ± ۶/۱۸ سال بود. آزمون آماری غیرپارامتری میان نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار با متغیرهای سن ($P=0/277$)، جنس ($P=0/350$)، سابقه کار در ICU ($P=0/264$) و میزان تحصیلات پرستاران ($P=0/142$) تفاوت معنادار آماری نشان نداد. با انجام آزمون

انگلیسی برگردانده شده و در نهایت با حضور یک نفر به عنوان هماهنگ‌کننده و با کنار هم قراردادن ترجمه‌های فارسی و انگلیسی به دست آمده، پرسشنامه فارسی تهیه شد. در مرحله بعد طی پیش‌آزمونی که میان تعدادی از پرستاران به عمل آمد، نواقص موجود در پرسشنامه رفع شده و به این ترتیب پرسشنامه نهایی به زبان فارسی فراهم شد. همچنین پرسشنامه در اختیار ۱۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه قرار گرفت و از آنها خواسته شد درباره مسائلی همچون خوانا بودن، واضح و شفاف بودن سبک نگارشی گویه‌ها، درک آسان، سخت و مشکل بودن گویه‌ها، کلمات گیج‌کننده، واضح بودن گویه‌ها، مناسب بودن نحوه طبقه‌بندی پاسخ‌ها، سهولت تکمیل پرسشنامه، دستور زبان و املا کلمات، نظرات خود را اظهار کنند. برای بررسی نسبت روایی محتوا (CVR) از ۱۰ نفر از متخصصان درخواست شد تا هر گویه را بر اساس طیف ۳ قسمتی «ضروری است؛ مفید است ولی ضروری نیست و ضرورتی ندارد» بررسی کنید. در این مطالعه با استفاده از جدول لاوشه برای ۱۰ نفر متخصص، معیار ۰/۶۲ و بالاتر در نظر گرفته شد. همچنین برای بررسی شاخص روایی محتوا (CVI)؛ مربوط بودن پرسش به اهداف مورد نظر، واضح بودن پرسش و ساده بودن آن (مختصر و مفید) به صورت مجزا در طیف لیکرتی ۵ قسمتی برای هریک از عبارات یا گویه‌ها به وسیله ۱۰ نفر از متخصصان مورد بررسی قرار گرفت. برای محاسبه پایایی پرسشنامه با روش آزمون پس‌آزمون ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده (۰/۷۶٪) نمایانگر اعتبار درونی خوب میان گویه‌های ابزار بود. امتیاز هر گویه از پرسشنامه به صورت ۵ رتبه‌ای لیکرت میان ۰ تا ۴ متغیر است. به جواب هرگز امتیاز صفر، به ندرت امتیاز ۱، برخی اوقات امتیاز ۲، بیشتر اوقات امتیاز ۳ و همیشه امتیاز ۴ تعلق می‌گیرد. در نهایت امتیاز این بخش نیز بر اساس نمره ۷۶ محاسبه می‌شود (۲۱). گویه‌های ۱، ۳، ۵ و ۷ که مرتبط با راحتی پرستاران در انجام وظایف بودند، به دلیل نگارش آنها به صورت جملات منفی (یعنی واژه ناراحتی به جای راحتی)، به طور معکوس کدگذاری می‌شوند. سایر گویه‌ها مرتبط با درک پرستاران ICU از وظایف خود بودند. با توجه به اینکه پرسشنامه مذکور به عنوان یک ابزار سایکومتری شده به واسطه توسعه‌دهندگان آن در نظر گرفته نشده است و از سوی دیگر هدف این مطالعه بررسی حیطه‌های خاص وظایف پرستاران در قبال

گویه «از اینکه اعضای خانواده بیمار من را در حال انجام وظایف مشاهده کنند، احساس ناراحتی می‌کنم». با میانگین و انحراف معیار $2/58 \pm 1/56$ و کمترین نمره مربوط به گویه «از اینکه تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار و غیره را به اعضای خانواده توضیح دهم احساس ناراحتی می‌کنم». با میانگین و انحراف معیار $2/31 \pm 1/40$ بود. با توجه به میانه‌های گزارش شده در جدول ۱ مشخص می‌شود که مقولات «درخواست از خانواده برای ترک محل حین انجام فعالیت‌هایی مانند ساکشن و ...»؛ «توضیح تجهیزات متصل به بیمار به خانواده» و «پرهیز از بحث درباره احتمال مرگ بیمار» بیشترین میانه، یعنی عدد ۳ را نشان می‌دهند و این بدین معناست که ۷۵ درصد پرستاران در این حیطه‌ها از بیشترین درک برخوردارند (جدول ۱).

من ویتنی تفاوت معنادار آماری در نمره درک از نقش خود در قبال خانواده و وضعیت تأهل پرستاران ($P=0/029$) وجود داشت. میانگین رتبه درک از نقش در پرستاران متأهل ۵۳ و در پرستاران مجرد ۴۰ بود. میانگین و انحراف معیار نمره کل درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار، $2/37 \pm 0/61$ بود. بیشترین نمره مربوط به گویه «من آنقدر کار دارم که نمی‌توانم وقتی را برای اعضای خانواده بیمار اختصاص دهم». با میانگین و انحراف معیار $2/79 \pm 1/52$ و کمترین نمره مربوط به گویه «من اعضای خانواده را تشویق می‌کنم که هر موقع، می‌خواهند تماس بگیرند و با پرستار مراقبت‌کننده بیمارشان صحبت کنند». با میانگین و انحراف معیار $2/11 \pm 1/10$ بود. از میان گویه‌های مرتبط با حیطه درک از راحتی انجام وظایف، بیشترین نمره مربوط به

جدول ۱. درک پرستاران ICU از نقش خود در قبال خانواده بیمار

حیطه‌ها	گویه‌ها	انحراف معیار \pm میانگین	میانه
درک از راحتی انجام وظایف	۱. احساس ناراحتی از مشاهده انجام وظایف به وسیله اعضای خانواده بیمار	$2/58 \pm 1/56$	۳
	۲. احساس ناراحتی در خصوص توضیح دادن پیش‌آگهی بیمار بدحال به اعضای خانواده	$3/39 \pm 1/81$	۲
	۳. احساس ناراحتی از توضیح دادن درباره تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار	$2/31 \pm 1/40$	۲
	۴. احساس ناراحتی درباره توضیح دادن احتمال مرگ بیمار به اعضای خانواده	$2/39 \pm 2/03$	۲
درک از عملکرد خود در انجام وظایف	۵. صحبت با خانواده درباره پیش‌آگهی بیمار	$2/53 \pm 1/14$	۲
	۶. درخواست ترک محل اعضای خانواده هنگام انجام اقدامات پرستاری	$2/42 \pm 1/25$	۲
	۷. توضیح وضعیت بیمار و تجهیزات متصل به بیمار و غیره به خانواده	$2/42 \pm 0/97$	۲
	۸. پرهیز از صحبت با خانواده درباره احتمال مرگ بیمار	$2/52 \pm 1/34$	۲
	۹. عدم اختصاص وقت به خانواده به دلیل مشغولیت زیاد کاری	$2/79 \pm 1/52$	۳
	۱۰. ملاقات و آماده‌سازی اعضای خانواده پیش از وارد شدن به بخش برای نخستین بار	$2/19 \pm 1/50$	۲
	۱۱. صحبت با اعضای خانواده درباره چگونگی سازگاری با تجربه داشتن بیمار بدحال	$2/46 \pm 0/94$	۲
	۱۲. صحبت با اعضای خانواده درباره تأثیر بیماری بحرانی روی بچه‌ها	$2/33 \pm 1/89$	۲
	۱۳. راحت نگاه داشتن سایر پرستاران برای رفتن به بیرون و صحبت با خانواده بیمار	$2/37 \pm 1/22$	۲
	۱۴. معرفی خود به خانواده هنگام انجام مراقبت	$2/21 \pm 1/62$	۲
	۱۵. آزادنگه داشتن اعضای خانواده برای طرح آزادانه سؤالات خود	$2/28 \pm 1/05$	۲
	۱۶. عدم ایجاد محدودیت در زمان ملاقات اعضای خانواده	$2/26 \pm 1/37$	۲
	۱۷. دخالت دادن اعضای خانواده در امر مراقبت	$2/43 \pm 1/41$	۲
	۱۸. تسهیل در ایجاد ارتباط میان اعضای خانواده و بیمار	$2/32 \pm 1/11$	۲
	۱۹. تشویق اعضای خانواده به تماس گرفتن و صحبت با پرستار مراقبت‌کننده	$2/11 \pm 1/10$	۲

«از اینکه تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار و غیره را به اعضای خانواده توضیح دهم احساس ناراحتی می‌کنم». ($r=0/541$ و $P < 0/001$) و «من درباره توضیح دادن احتمال مرگ بیمار به اعضای خانواده احساس ناراحتی می‌کنم». ($r=0/718$ و $P < 0/001$) نشان داد؛ اما همبستگی آن با دو گویه دیگر معنادار نبود (جدول ۲).

نتایج مطالعه، همبستگی مثبت و معنادار را میان درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار و گویه «از اینکه اعضای خانواده بیمار، من را در حال انجام وظایف مشاهده کنند، احساس ناراحتی می‌کنم» ($r=0/233$ و $P < 0/021$)، «درخصوص توضیح دادن پیش‌آگهی بیمار بدحال به اعضای خانواده احساس ناراحتی می‌کنم». ($r=0/703$ و $P < 0/001$)،

جدول ۲. همبستگی راحتی در انجام وظایف با درک از نقش خود در قبال خانواده بیمار

شماره گویه	راحتی در انجام وظایف	
	r	P
۱	۰/۲۳۳	۰/۰۲۱
۲	۰/۷۰۳	<۰/۰۰۱
۳	۰/۵۴۱	<۰/۰۰۱
۴	۰/۷۱۸	<۰/۰۰۱

افستائو نیز بر اساس مطالعه خود بیان می‌کند که پرستاران بخش‌های ویژه در فراهم کردن مراقبت مؤثر در مراحل پایانی عمر بسیار نقش داشته و در عین حال این جنبه از نقش آنان به تبیین بیشتری نیاز دارد (۲۶). اگرچه برخی مطالعات تمایل خانواده به مشارکت داده‌شدن آنها به‌وسیله پرستاران در مراقبت از بیمار را مطرح می‌کنند (۲۸ و ۲۷)؛ بنابراین در این تحقیق، اغلب پرستاران نسبت به حضور خانواده برای انجام وظیفه پرستاری بیمارشان در محیط مراقبت ویژه کمتر تمایل نشان می‌دهند. برخلاف نتایج این مطالعه مبنی بر درخواست از خانواده برای ترک محل هنگام انجام یک وظیفه، آنگستروم نشان داد که حضور همراهان نزدیک از طرف پرستاران پذیرفته شده است (۲۸). ویلیام نیز به این نتیجه رسید که خانواده منبع حیاتی برای حمایت عاطفی بیمار بوده و به‌نظر می‌رسد که مشارکت بسیار ارزشمندی در مراقبت و بهبود بیمار در ICU می‌توانند داشته باشند (۲۹). مشاهده وظیفه پرستاری به‌واسطه خانواده با درک از نقش خود در قبال خانواده ارتباط معناداری نشان نمی‌داد. به‌عبارتی عدم ارتباط میان درخواست از خانواده برای ترک محل هنگام انجام وظیفه پرستاری با احساس راحتی پرستاران از حضور خانواده و مشاهده وظیفه پرستاری به‌احتمال از ادراک پرستاران به مقولات مرتبط با عملکرد آنها در قبال خانواده بیمار بدحال جداس. شاید بتوان مسائلی دیگر مانند نگرانی از گزارش نحوه عملکرد آنها به‌واسطه خانواده بیمار به دفتر پرستاری یا

بحث

در این تحقیق از میان عوامل دموگرافیک، فقط متأهل بودن که با درک بیشتر پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار ارتباط معناداری نشان می‌داد. علت این یافته می‌تواند بر تأثیر تأهل روی شناخت و اهمیت، بیشتر از مفهوم خانواده باشد. در مطالعه ماهر بین سابقه کار و درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار ارتباط معناداری به‌دست آمد (۲۳). یافته‌های مطالعه نشان داد که درک پرستاران از وظیفه خود برای توضیح احتمال مرگ بیمار به خانواده پایین است. در همین راستا/یرامنش نشان داد که پرستاران، با خانواده افراد محتضر راجع به این موضوع صحبت نکرده و درباره مرگ، آموزشی به آنها ارائه نمی‌دهند (۲۵). مطالعه افستائو نیز نتیجه داد که اغلب پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در موضوع مرگ برای رفع نیازهای عاطفی و جسمی بیماران و خانواده‌ها بر اساس تجربه خود عمل می‌کنند (۲۶). مشابه با دستاورد این مطالعه، ماهر به‌دست آورد که بحث پیرامون احتمال مرگ و توضیح راجع به پیش‌آگهی بیمار در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان با درک از عملکرد آنها در قبال خانواده بیمار در ارتباط است (۲۳). نتایج این مطالعه نشان داد که از میان گویه‌های مرتبط با درک از عملکرد خود در قبال خانواده بیمار، پرستاران، تسهیل تعامل میان اعضای خانواده و بیمار را کمتر درک کردند. این موضوع حاکی از درک اندک پرستاران از اهمیت حضور خانواده در کنار بیمار بد حال است.

پاسخ‌دهی ایجاد کند. با تضمین محرمانه ماندن پاسخ‌ها و حفظ محیط خصوصی برای شرکت‌کنندگان در تکمیل پرسشنامه، این محدودیت نیز کاهش یافت.

نتیجه‌گیری نهایی

پرستاران مراقبت ویژه در مواجهه با اعضای خانواده بیمار بدحال، همواره در انتظارات حرفه‌ای و ایده‌آل‌های حرفه‌ای برای مراقبت از بیمار و خانواده در تضاداند. در هر صورت افزایش درک پرستاران از موقعیت خانواده در روند مراقبت از بیمار می‌تواند یک راهبرد عملیاتی مفید در بخش‌های مراقبت ویژه تلقی شود.

تشکر و قدردانی

از همکاری پرستاران گرامی در انجام این تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود. این توضیح لازم است که این طرح برگرفته از طرح پژوهشی مصوب دانشگاه با شماره ۱۲۵/۱۸۲۱/۴/۹۲۰۷ می‌باشد.

منابع

1. Chaboyer W, Gillespie B, Foster M, Kendall M: The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions. *J Clin Nurs* 2005; 14(6):766-75.
2. Robertson CL, Halcon L, Savik K, Johnson D, Spring M, Butcher J, Westermeyer J, Jaranson J. Somali and Oromo refugee women: trauma and associated factors. *J Adv Nurs* 2006; 56(6):577-87.
3. Stayt LC. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. *J Adv Nurs* 2007; 57(6):623-30.
4. Hammond F. Involving families in care within the intensive care environment: a descriptive survey. *Intensive Crit Care Nurs* 1995; 11(5):256-64.
5. Walters AJ. A hermeneutic study of the experiences of relatives of critically ill patients. *J Adv Nurs* 1995; 22(5):998-1005.
6. Fleury J, Moore SM. Family-centered care after acute myocardial infarction. *J Cardiovasc Nurs* 1999; 13(3):73-82.
7. Holden J, Harrison L, Johnson M. Families, nurses and intensive care patients: a review of the literature. *J Clin Nurs* 2002; 11(2):140-8.
8. Bokinskie JC. Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nurs* 1992; 24(3):129-33.

پزشک معالج، رعایت حریم و مسائل شرعی برای بیمار یا محدودیت ساعات ملاقات را درخصوص مؤثر دانست. در مطالعه حاضر بیشتر پرستاران اعتقاد داشتند مشغله زیاد کاری مانع اختصاص وقت برای اعضای خانواده می‌باشد. هیتسون نیز معتقد است که حجم بالای کار پرستاران از تسهیل حضور خانواده جلوگیری می‌کند (۳۰). در هر صورت در این مطالعه بیشتر پرستاران درخصوص توضیح‌دادن پیش‌آگهی بیمار به اعضای خانواده بیمار احساس ناراحتی می‌کردند و این فقدان راحتی با درک آنها از نقش خود در قبال خانواده بیمار در ارتباط بود. در همین راستا واگنر اظهار می‌دارد، برخی اوقات رفتار پرستاران از نزدیکی و حضور خانواده جلوگیری می‌کند (۳۱) و اولسن نیز خاطرنشان می‌کند که ارائه اطلاعات به خانواده بیمار بدحال برای تأمین نیاز بیمار و درک از واقعیت اهمیت دارد (۳۲). انگستروم معتقد است که پرستاران با ارائه اطلاعات به خانواده می‌توانند حمایت و ارتباط خوب با آنها برقرار کنند (۲۸). آزولای می‌گوید پیش از مشارکت‌دادن خانواده در تصمیم‌گیری برای بیمار بدحال بستری در بخش مراقبت ویژه لازم است اطلاعات کافی راجع به پیش‌آگهی، تشخیص و درمان به آنها ارائه شود (۳۳). یافته‌های این مطالعه همسو با سایر مطالعات (۱۸ و ۱۷) نشان می‌دهد که میان توضیح درباره تجهیزات متصل به بیمار و وضعیت بیمار با درک پرستاران از نقش خود در قبال خانواده بیمار در ارتباط نیست. به برخی مقولات مانند دانستن نام پرستار به‌وسیله خانواده در فرایند مراقبت از بیمار، اجازه به خانواده برای ملاقات نامحدود، همچنین آماده‌کردن آنها برای ملاقات بار اول رتبه پایینی تعلق می‌گرفت. تمامی موارد مذکور حاکی از تمایل به دوری‌جستن پرستاران از مواجهه فیزیکی یا عاطفی با اعضای خانواده می‌باشند. در همین زمینه مطالعه گرامپ نشان داد که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه برای ارائه مراقبت کیفی به آگاهی، مهارت و صلاحیت فرهنگی بیشتر نیاز دارند و از سوی دیگر خانواده بیماران نیز به اطلاعات مستقیم، روشن و پایدار درخصوص مراقبت‌ها نیازمندند (۳۴). یافته‌های این مطالعه باید به دلیل حجم نمونه به نسبت پایین و ماهیت خودگزارشی وظیفه پرستاران در قبال خانواده با احتیاط تفسیر شود. در هر صورت، شیوه تحلیل غیرپارامتری در مطالعه حاضر تا اندازه‌ای می‌تواند تأثیر کاهش توان آماری به دلیل حجم نمونه را بهبود بخشد. به‌علاوه، استفاده از روش‌های خودگزارشی، ممکن است درجاتی از تورش خطا در

22. Omari, F. Jordanian nurses' perceptions of their roles toward families of hospitalised critically ill patients. *Journal of Research in Nursing J. Res. Nurs* 2012;27. <http://jrn.sagepub.com/content/early/2012/09/27/1744987112455584.abstract>].
23. Maher M. El-Masri a, Susan M. Fox-Wasylyshynb. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 2007; 23: 43-50.
24. Engler AJ, Cusson RM, Brockett RT, Cannon-Heinrich C, Goldberg MA, West MG, Petow W. Neonatal staff and advanced practice nurses' perceptions of bereavement/end-of-life care of families of critically ill and/or dying infants. *Am J Crit Care*. 2004; 13(6):489-98.
25. Iranmanesh S, Savenstedt S, Abbaszadeh A. Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *Int J Palliat Nurs* 2008; 14(5):214-9.
26. Efstathiou N, Clifford C. The critical care nurse's role in end-of-life care: issues and challenges. *Nurs Crit Care*. 2011; 16(3): 116-23.
27. Bokinskie JC. Family conferences: a method to diminish transfer anxiety. *J Neurosci Nurs* 1992; 24(3):129-33.
28. Engström A, Söderberg S. Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *J Clin Nurs* 2007; 16(9):1651-9.
29. Williams CM. The identification of family members' contribution to patients' care in the intensive care unit: a naturalistic inquiry. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2005;10:6-14.
30. Heaston S, Beckstrand RL, Bond AE, Palmer SP. Emergency nurses' perceptions of obstacles and supportive behaviors in end-of-life care. *J Emerg Nurs* 2006; 32(6):477-85.
31. Wagner JM. Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation. *Am J Crit Care* 2004; 13(5):416-20.
32. Olsena KD, Dysvik E, Hansena BS. The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study *Intensive and Critical Care Nursing* 2009; 25: 190-8.
33. Azoulay E, Lautrette A, Peigne V, Pochard F. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Bull Acad Natl Med* 2011; 185(2):365-66.
34. Crump SK, Schaffer MA, Schulte E. Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. *Dimens Crit Care Nurs*. 2010; 29(6):297-306.
9. O'Malley P, Favaloro R, Anderson B, Anderson ML, Siewe S, Benson-Landau M, Deane D, Feeney J, Gmeiner J, Keefer N, et al. Critical care nurse perceptions of family needs. *Heart Lung* 1991; 20(2):189-201.
10. Hardicre J. Meeting the needs of families of patients in intensive care units. *Nurs Times* 2003; 99(27):26-7.
11. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):490-500.
12. Chartier L, Coutu-Wakulczyk G. Families in ICU: their needs and anxiety level. *Intensive Care Nurs* 1989; 5(1):11-8.
13. Fox S, Jeffrey J. The role of the nurse with families of patients in ICU: the nurses' perspective. *Can J Cardiovasc Nurs* 1997; 8(1):17-23.
14. Edwards MP, Thronson K, Dyck F. Critical care nurses' perceptions of their roles in family-team conflicts related to treatment plans. *Can J Nurs Res*. 2012 Mar;44(1):61-75.
15. Jacono J, Hicks G, Antonioni C, O'Brien K, Rasi M. Comparison of perceived needs of family members between registered nurses and family members of critically ill patients in intensive care and neonatal intensive care units. *Heart Lung* 1990; 19(1):72-8.
16. Hickey M, Lewandowski L. Critical care nurses' role with families: a descriptive study. *Heart Lung* 1988; 17(6 Pt 1):670-6.
17. De Jong MJ, Beatty DS. Family perceptions of support interventions in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs* 2000; 19(5): 40-7.
18. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care* 2006; 11(1):33-41.
19. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zurren F, Duijnste M, & Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14: 501-509.
20. Abazari F, Abbaszadeh A. psychosocial needs of family of patients hospitalized in CCU and ICU. *Qazvin medical science journal* 2000; 19(3):58-63.
21. Høye S, Severinsson E. Multicultural family members' experiences with nurses and the intensive care context: a hermeneutic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2010; 26(1):24-32.

ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family

Heidari, M.R.¹, Norouzadeh, R.^{*2}, Pishnamazy, Z.³

1. Assistant professor, Ph.D in Nursing. Department of medical- surgical, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

2. Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

3. Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author, Email: norouzadeh@shahed.ac.ir

Received on: 26/06/2013 Accepted on: 30/09/2013

Abstract

Introduction: Caring of critically ill patient's family is an essential part of nursing roles. However, despite the fact that nurses are responsible for satisfying the needs of the family, the role of nurses has been less considered. Knowing this subject causes to provide good nursing care for critically ill patients and their families. The object of this study is to determine the perception of nurses in relation to their roles towards the patient's family in the intensive care unit.

Methods: This is a descriptive and analytic study. 114 nurses working in adult intensive care units in 3 university hospitals in Tehran (2011) were studied. To investigate nurses' perception of their duties towards the families of hospitalized critically ill patients, a 19 items questionnaire "Nurses' perception of their performance toward the patient's family" was used. Nurses' perception of their roles towards family and its relation correlation with nurses demographic factors were analyzed with non parametric methods by SPSS (ver. 16).

Results: The highest mean of Nurses' perception of their role towards family was "request to leave during nursing duties" (3.06 ± 1.06). There were no significant difference between the nurse's perceptions with their age, marital status, work experience in intensive care unit (ICU) and educational level of nurses ($P > 0.05$). Results indicated a positive significant correlation between nurses convenience to discussing prognosis of critically ill patients with perception of nursing roles toward the patients family ($P < 0.001$, $r = 0.595$), but this correlation was low in "describing the probability of death" ($P < 0.001$, $r = 0.299$).

Conclusion: Lack perception of nursing duties towards patient's family may be originated from low awareness about importance of patient's family participation in the intensive care unit. Increasing nurse's perception of the family situation in the care process of critically ill patient will be a useful practical strategy in intensive care units.

Key words: perception, nurse, performance, family, intensive care unit, patient.

Table of Contents

first paper

Evaluation of patient informed consent before surgery in Mostafa Khomeini Hospital in 1392

Zafarghandi, N.; Davati, A.; Sarv, F. 8

second paper

Citizenship ethics: an interdisciplinary issue

Farmahini Farahani, M. 22

third paper

Negotiating style between nursing staff in Fajr Specialty and subspecialty hospital in Tehran

Sobhaninejad, M.; Fardaei Benam, K.; Ejtehad, A. 34

fourth paper

Effectiveness of Therapeutic Communication program based on Hilgard Peplau theory on Burned Patient's participation in caring and curing plans.

Manzari, Z.; Meamarian, R.; Vanaki, Z. 46

fifth paper

The Experiences of Nurses of Uncivil Behaviors in Intensive Care Unit (ICU)

Soheila Kalantari, S.; Ghana, S.; Hekmatafshar, M.; Sanagoo, A.; Jouybari, L.M. 56

sixth paper

ICU nurse's perception of their roles toward the patient's family

Heidari, M.R.; Norouzadeh, R.; Pishnamazy, Z. 64



Journal of Ethics and Culture
in Nursing and Midwifery
Shahed University, First Period, No.01, Spring 2014

ISSN: X2383-045

License No of Ministry of Health and Medical Education: 700/857, Date: 19/06/2013, Ministry of Culture and Islamic Guidance No: 92/9526, Date: 01/07/2013

Remarkable to respected authors

All phases and process of the adaption, arbitration and ... of the paper is electronically and online

Concessioner: Shahed University

Director-in-Charge: Mohammad Reza Heidari (Ph.D)

Editor-in-Chief: Nafise Zafarghandy (Ph.D)

Managing Editor: Reza Norouzadeh

Technical Printing Expert: Masoomeh Rezaei Asmarood

English editor: Mahnaz Razavi Peramashan

Art Director: Sima Edalatnia

Publisher: Shahed University press

Editorial Board

Abaszadeh Abas	Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Ahmadi Fazlooah	Professor	Tarbiat Modarres University
Alhani Fatemeh	Associate Professor	Tarbiat Modarres University
Anoosheh Monireh	Associate Professor	Tarbiat Modarres University
Ashktorab Tahereh	Associate Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Atashzadeh, Forouzan	Assistant Professor	Shahid Beheshti University of Medical Sciences
Fallahi khoshnab masoud	Associate Professor	University of Welfare and Rehabilitation Sciences
Heidari Mohammad Reza	Assistant Professor	Shahed University
Heravi Karimouy Majideh	Associate Professor	Shahed University
Kazemnejad Anoushirvan	Professor	Tarbiat Modarres University
Mahmudi Gholamreza	Assistant Professor	Golestan University of Medical Sciences
Milani jadid maryam	Assistant Professor	Shahed University
Moeen Athar	Associate Professor	Shahed University
Mohamade Eesa	Professor	Tarbiat Modarres University
Rahnama Parvin	Assistant Professor	Shahed University
Reje Nahid	Associate Professor	Shahed University
Zafarghandi Nafiseh	Associate Professor	Shahed University



Add: No: 6, Rahimzadeh Alley, Taleghani Conjunction, Valiasr St, Tehran
Shahed University, Nursing and Midwifery College
Journal of Ethics and Culture in Nursing and Midwifery

Tell: 66418587
Fax: 66418580
<http://ecnm.shahed.ac.ir>