

طراحی و اعتباریابی پرسشنامه درک وجدان پرستاری

رستم جلالی^۱؛ پررخیده حسنی^{۲*}؛ ژایلا عابد سعیدی^۳؛ منصور رضایی^۳

چکیده

زمینه: وجدان سنگ بنای اخلاق بوده و زندگی خصوصی و حرفه‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد. وجدان علاوه بر ارایه تصویر صحیح از درست و نادرست و یا افتراق بین خوب و بد، به پرستاران کمک می‌کند تا یکپارچگی اخلاقی آنان حفظ شود. چگونگی هدایت اعمال توسط وجدان متفاوت بوده و نحوه درک آن توسط پرستاران مشخص نیست. هدف مطالعه حاضر، طراحی ابزاری روا و پایا برای سنجش درک وجدان پرستاری می‌باشد.

روش‌ها: در مطالعه‌ای روش شناسانه، عبارات اولیه پرسشنامه شامل عبارات مطالعه پدیده‌شناسی (مطالعه‌ای جداگانه)، عبارات حاصل از مرور منظم و عبارات پرسشنامه از قبل موجود در هم ادغام گردید. روایی پرسشنامه نیز توسط روایی محتوی، صوری و سازه و پایایی با روش ضریب آلفای کرونباخ و آزمون دو نیمه کردن اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: تحلیل عاملی ۵ بعد پرسشنامه درک وجدان پرستاری را مشخص کرد که شامل وجدان اخلاقی، بازتاب وجدان، وجدان مراقبتی، وجدان مدیر (ناظر) و وجدان محافظ (پیشگیرانه) بود. به علاوه روایی و پایایی ابزار با آزمون‌های آماری به دست آمد. همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۹۴۵ و ضریب دو نیمه‌سازی گوتمان ۰/۹۱۷ را نشان داد. شاخص روایی محتوی نیز برای عبارات بیش از ۹۰ درصد به دست آمد.

نتیجه‌گیری: پرسشنامه درک پرستاران از وجدان شامل ۲۴ عبارت در ۵ بعد، دارای روایی و پایایی بود، با این وصف آزمودن بیشتر ابزار بر روی پرستاران بالینی می‌تواند پایایی و روایی ابزار را افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: درک وجدان پرستاری، روایی، پایایی، اعتباریابی، طراحی ابزار

«دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۱۲»

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. گروه آمار و اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

* عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۵۵۳۷۴

Email: p_hasani@sbm.ac.ir

مقدمه

موضوعات اخلاقی در پرستاری به ارزش‌هایی اشاره دارد که ارتباط پرستاران با بیماران را هدایت می‌کند (۳). برای هدایت ارتباط و عمل اخلاقی به وجدان حساس نیاز است، بنابراین وجدان حساس برای ارایه‌کنندگان مراقبت بهداشتی مهم می‌باشد (۴). وجدان در واقع سنگ بنای اخلاق بوده و زندگی خصوصی و حرفه‌ای را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). وقتی از پرستاران خواسته می‌شود مشکلات اخلاقی را که در هنگام مراقبت از بیماران با آن

پرستاران به‌عنوان وجدان (conscience) سیستم مراقبت بهداشتی شناخته شده‌اند و نقش کلیدی را در اصلاح این سیستم ایفا می‌کنند (۱). آن‌ها مراقبت‌های پرستاری را عاری از تبعیض و قضاوت، به همه مددجویان ارایه می‌دهند. در ارایه مراقبت، احترام گذاشتن به شأن و حقوق انسان‌ها و رعایت اخلاق، بخش جدایی‌ناپذیر سیستم مراقبت بهداشتی است (۲).

از آسیب‌رسانی به انسان‌ها جلوگیری نمایند. در راستای تلاش جهت مراقبت با کیفیت، لازم است تا بر تأثیری که وجدان روی فعالیت‌های پرستاری دارد آگاه باشیم (۲). در مورد این که چگونه وجدان توسط پرسنل پرستاری درک می‌گردد اطلاعات بسیار کمی در دست است و ابزاری که بتواند درک پرستاران از وجدان را اندازه بگیرد و بر اساس زمینه فرهنگی پرستاران ایرانی، روا و پایا باشد وجود ندارد. در این زمینه در سطح جهان نیز تنها یک مطالعه در سوئد انجام گرفته است (۸). با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، به‌ویژه در مورد سازه‌ای مانند وجدان که با مفاهیم دینی اسلام آمیخته است و توجه به این که تنها ابزار موجود در زمینه فرهنگی غرب و مسیحیت طراحی شده و هنوز در جای دیگری مورد استفاده قرار نگرفته است، هدف این مطالعه طراحی ابزاری بود که بتواند ادراک مشترکی از وجدان را در میان پرستاران معین نماید.

مواد و روش‌ها

برای طراحی ابزار پژوهشی کمی، از نوع پژوهش روش‌شناسی (Methodological Research) در دو مرحله جهت تعیین عبارات ابزار درک وجدان پرستاری و تعیین روایی و پایایی آن انجام شد. در این پژوهش، عبارات اولیه در مورد درک پرستاران از وجدان از پژوهش پدیده‌شناسی حاصل شد. این پژوهش در مطالعه مقدماتی و مجزای دیگری انجام شد. عبارات اولیه حاصل به همراه عبارات حاصل از مرور منظم به روش جستجوی گارارد (Garrard) (۹) و عبارات پرسشنامه ترجمه شده، تشکیل پرسشنامه اولیه ۲۳۳ عبارتی را داد. سپس عبارات مشابه، حذف و یا در هم ادغام گردیدند و پرسشنامه برای مراحل روایی و پایایی به‌دست آمد.

به‌منظور تعیین روایی ابزار درک وجدان پرستاری از روش‌های روایی محتوی، صوری و سازه استفاده شد. برای تعیین روایی محتوی ابزار درک وجدان کاری درصد نمرات حاصل از شاخص روایی محتوی والتس و باسل

روبرو هستند، بازگو نمایند اغلب این چالش‌ها را به وجدان ارجاع می‌دهند، به‌طوری که وجدان، آن‌ها را از بعضی اعمال منع و به اعمال دیگری فرمان می‌دهد چرا که افراد برای محاسبه و بررسی اعمال خود به آن نیاز دارند (۶). نظرات متنوعی در رابطه با نقش وجدان در زندگی حرفه‌ای وجود دارد. در سیستم مراقبتی، بحث‌هایی مانند سقط جنین، کمک به خودکشی و خودداری از درمان، مثال‌هایی از آن هستند. هدایت اعمال و رفتار توسط وجدان متفاوت است. بنابراین این سؤال مطرح می‌شود که چگونه وجدان توسط ارایه‌دهندگان مراقبت درک می‌شود. بسته به نحوه درک وجدان (Perception of Conscience)، بعضی از پرستاران ترک خدمت کرده، بعضی دچار زجر اخلاقی طولانی‌مدت می‌شوند، ولی بعضی به روش‌های مختلف، این استرس‌های اخلاقی را مدیریت می‌کنند. دیدگاه‌های پرستاران در مورد منشأ کیفیت و نقش‌های وجدان، در فهم معنی نیازهای وجدان به ما کمک‌کننده و لازم است (۵). درک وجدان بستگی به آن دارد که پرستاران در مورد منشأ آن چگونه فکر می‌کنند و درک آنان از وظایف، نقش‌ها و چگونگی کیفیت وجدان چگونه است (۷). دالکویست و همکارانش نشان دادند که ادراک وجدان به‌طور بارزی در میان پرسنل مراقبت سلامتی سوئد متفاوت بوده و نشان دادند که وجدان می‌تواند بعنوان اختیـار (Authority)، سیگنال هشداردهنده (Alarming Signal)، حساسیتی مورد نیاز برای پرستاری، سرمایه (Asset) و باریا فشار (Burden) درک شده و وابسته به زمینه فرهنگی افراد باشد (۵). در مطالعه دیگری پرستاران دریافتند وجدان نقشی را در اعمال پرستاری ایفا می‌کند که بر بیماران و بستگان آن‌ها تأثیر می‌گذارد، چراکه گاهی با هدایت اعمال مطابق ارزش‌های خوب، محرکی برای ارایه مراقبت با کیفیت می‌باشد و گاهی انجام اعمال با کیفیت پایین را محدود می‌کند. وجدان در فعالیت‌های پرستاری دخیل بوده و پرستاران را به بینش و دقت در مراقبت وادار می‌سازد تا

در این پژوهش از تحلیل عاملی اکتشافی بر اساس مراحل پیشنهادی نانالی و برنستین (۱۱) به منظور بررسی سازه عاملی ابزار اندازه‌گیری درک وجدان پرستاری جهت تعیین روایی سازه ابزار استفاده شد. قبل از استفاده از تحلیل عاملی، کفایت داده با KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) و آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity) سنجش شد. معرف KMO از ۰-۱ است. اعداد نزدیک به یک، دلالت بر الگوی همبستگی دارد که نسبتاً نزدیک به هم قرار می‌گیرند. انجام تحلیل عاملی بازدهی از عوامل مشخص و پایا خواهد داشت و روایی سازه برآورد می‌شود (۱۲). از پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی کرمانشاه به‌روش تصادفی ساده، ۲۴۱ شرکت‌کننده (۱۴۵ زن، ۲۲۵ لیسانس پرستاری، ۱۹۸ پرستار بالینی و ۲۵ معاون سرپرستار) پس از کسب رضایت شفاهی برای تکمیل پرسشنامه و انجام تحلیل عاملی انتخاب شدند. عبارات با ضریب همبستگی کم‌تر از ۰/۴۰ حذف گردیدند (۱۳). برای پایایی ابزار درک وجدان پرستاری از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی و از آزمون دو نیمه‌سازی برای بررسی ثبات استفاده شد.

یافته‌ها

پس از روایی محتوی توسط خبرگان و لحاظ کردن نظرات آنان روی پرسشنامه ۱۳۱ عبارتی که با استفاده از شاخص والتس و باسل، امتیاز ۷۵ درصد و بالاتر را کسب کرده بودند حفظ گردیدند. بر این اساس عبارات به ۶۹ عبارت کاهش پیدا کرد و اصلاحات پیشنهادی نیز مدنظر قرار گرفت. در مرحله بعد، پرسشنامه اصلاح‌شده ۶۹ عبارتی به ۸ نفر از اساتید پرستاری داده شد تا مجدداً بر اساس شاخص والتس و باسل امتیاز داده شود و پس از امتیازبندی، عبارات با امتیاز ۷۵ درصد و بیشتر حفظ گردیدند و پرسشنامه ۳۷ عبارتی به‌دست آمد. در این مرحله عبارات، امتیاز ۹۰ درصد و بیشتر را به‌دست آوردند. این پرسشنامه برای مراحل بعدی استفاده گردید.

(۱۰) برای هر عبارت به‌صورت جداگانه محاسبه شد و عباراتی که نمرات مربوط بودن آن‌ها بیش از ۷۵ درصد باشد حفظ و عبارات دیگر (کم‌تر از ۷۵٪) حذف گردید. برای اندازه‌گیری روایی محتوی در قدم اول، بسته به ماهیت موضوع از مجموعه متفاوتی از افراد خبره استفاده شد. این افراد شامل ۱۰ نفر دکتری پرستاری، ۲ نفر روحانی مدرس دانشگاه، ۲ نفر روانپزشک و ۲ نفر دکتری روانشناسی بودند. قضاوت افراد خبره فوق بر اساس شاخص والتس و باسل بود، در این شاخص که بر اساس میزان مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن است به هر عبارت، امتیازی از ۴-۱ داده شده و سپس مجموع امتیازات بر مجموع امتیازات محتمل تقسیم گردید. برای هر عبارت، درصدی از مربوط بودن، واضح و ساده بودن به‌دست آمد. همچنین در انتهای هر عبارت، پیشنهاد برای اصلاح از نظر مربوط بودن، واضح و ساده بودن نیز آمده بود و داور (شخص خبره) می‌توانست بسته به نظر خود، پیشنهاد اصلاح دهد. در پایان پرسشنامه نیز از تکمیل‌کننده (خبره) خواسته شد که عبارات احتمالی و پیشنهادات خود را بنویسد. پس از انجام اصلاحات، مجدداً پرسشنامه به ۸ مربی پرستاری داده شد، تا بر اساس شاخص والتس و باسل به عبارات امتیاز دهند. عبارات بالاتر از ۷۵ درصد از لحاظ مربوط بودن حفظ شد. در این مرحله عبارات، امتیاز بالاتر از ۹۰ درصد را کسب کردند.

برای روایی صوری نیز ضمن رعایت قواعد نگارشی و ظاهر مناسب پرسشنامه، از نظرات مدرسین پرستاری و پرستاران استفاده شد و سپس ابزار در اختیار ۱۵ پرستار قرار گرفت تا نظرات خود را درباره محتوی، وضوح و سادگی عبارات ابزارها بیان کنند و نظرات آن‌ها لحاظ گردید.

تجزیه و تحلیل آماری مربوط به مراحل تحلیل عاملی (روایی سازه)، همسانی درونی، پایایی آزمون دو نیمه‌سازی و وزن آماری عبارات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 صورت پذیرفت.

کامل می‌باشد. در پایان، چرخش ارتوگونال عوامل استخراج شده به وسیله چرخش واریمکس انجام گرفت، تا ابعاد زمینه‌ای پرسشنامه درک وجدان پرستاری مشخص شود. در این حالت عامل‌ها چرخانده می‌شوند تا رابطه همبستگی بین متغیرها و بعضی از فاکتورها (ابعاد) به حداکثر برسد. عمومی‌ترین روش در این مرحله، روش واریمکس است. بار عاملی ۵ عامل که همبستگی بین هر عبارت و عوامل (ابعاد زمینه‌ای) را نشان می‌دهد، برآورد گردید (جدول ۲). ابعاد پرسشنامه بر اساس عبارات هر بعد، نام‌گذاری شد. بعد اول تحت عنوان وجدان اخلاقی شامل ۷ عبارت بود و تقریباً ۴۳ درصد از واریانس کل ابزار توسط این عامل تبیین شد. بعد دوم با عنوان وجدان محافظ (پیشگیرانه) شامل ۵ عبارت بود و تقریباً ۷ درصد از واریانس کل ابزار توسط این عامل تبیین گردید. بعد سوم با نام وجدان مدیر (ناظر) شامل ۴ عبارت بود و تقریباً ۶ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. بعد چهارم با عنوان وجدان مراقبتی شامل ۳ عبارت بود و تقریباً ۶ درصد از واریانس کل ابزار را تبیین می‌کرد. بعد پنجم به نام بازتاب وجدان نام‌گذاری شد و شامل ۵ عبارت بود. این بعد نیز تقریباً ۵ درصد از واریانس کل ابزار را تبیین کرد (جدول ۳).

برای بررسی همسانی درونی ابزار درک وجدان پرستاری از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای هر عامل (بعد) استفاده شده است و ضریب آلفای ۰/۹۴۵ به دست

برای روایی صوری، ضمن رعایت قواعد نگارشی، از نظرات استادان و پرستاران استفاده شد و عبارات نامفهوم یا کلمات ناآشنا اصلاح گردیدند. از روش تحلیل عاملی برای برآورد روایی سازه استفاده شد. به منظور به دست آوردن مجموعه‌ای همسان از عبارات ابزار درک وجدان پرستاری قبل از انجام تحلیل عاملی، همسانی درونی ۳۷ عبارت مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس پیشنهاد کناپ و براون، عبارات با ضریب همبستگی کم‌تر از ۴۰ درصد حذف شدند و پرسشنامه به ۲۴ عبارت کاهش یافت. روایی محتوی این ابزار مجدداً توسط آلفای کرونباخ برآورد شد (جدول ۱) و تحلیل عاملی بر روی ۲۴ عبارت باقیمانده انجام گرفت. انجام آزمون تحلیل عاملی، میزان KMO را ۰/۸۹۷ نشان داد. همچنین معیار آزمون کرویت بارتلت که اندازه آزمون کای دو است معنادار بود ($P \leq ۰/۰۰۱$). در ادامه با استفاده از آزمون‌های آماری، وزن (بار) عاملی هر عبارت به دست آمد (جدول ۱). لذا با استفاده از تحلیل عاملی، آزمون انجام گرفت و نتیجه آزمون ۵ بعد درک وجدان پرستار را نشان داد. تقریباً ۶۶ درصد از واریانس کل ابزار اندازه‌گیری درک وجدان پرستاری توسط ۵ عامل تبیین گردید. همچنین ۳۴ درصد واریانس باقیمانده ابزار درک وجدان پرستاری توسط ۱۹ عامل باقیمانده تبیین گردید.

بر اساس قوانین آماری، در صورتی که ضریب همبستگی بیش از ۰/۴ باشد تحلیل عاملی آگاهی‌دهنده و

جدول ۱- میزان آلفای کرونباخ در صورت حذف هر عبارت و بار عاملی عبارات پرسشنامه

سؤال	آلفای کرونباخ	بار عاملی	سؤال	آلفای کرونباخ	بار عاملی	سؤال	آلفای کرونباخ	بار عاملی	سؤال	آلفای کرونباخ	بار عاملی
۲	۰/۹۴۱	۰/۴۴۱	۱۳	۰/۹۳۷	۰/۵۳۸	۲۳	۰/۹۳۵	۰/۷۵۶	۳۰	۰/۹۳۵	۰/۷۲۵
۳	۰/۹۳۸	۰/۶۱۸	۱۴	۰/۹۳۷	۰/۵۳۶	۲۴	۰/۹۳۵	۰/۶۲۹	۳۱	۰/۹۳۵	۰/۷۰۰
۴	۰/۹۳۹	۰/۷۵۴	۱۵	۰/۹۳۶	۰/۶۵۲	۲۵	۰/۹۳۶	۰/۶۳۴	۳۲	۰/۹۳۷	۰/۷۴۰
۹	۰/۹۴۱	۰/۶۵۵	۱۹	۰/۹۳۷	۰/۷۴۱	۲۶	۰/۹۳۶	۰/۶۴۶	۳۳	۰/۹۳۵	۰/۶۵۰
۱۰	۰/۹۴۰	۰/۷۰۰	۲۰	۰/۹۳۶	۰/۶۳۴	۲۷	۰/۹۳۴	۰/۷۱۸	۳۶	۰/۹۳۷	۰/۶۶۹
۱۲	۰/۹۳۶	۰/۵۱۲	۲۲	۰/۹۳۵	۰/۷۰۳	۲۸	۰/۹۳۵	۰/۷۲۱	۳۷	۰/۹۳۷	۰/۷۲۱

اجزاء پرسشنامه بود. ضریب اسپیرمن- براون و دونیمه‌سازی گوتمان $r=0/917$ نیز ثبات داخلی پرسشنامه را نشان داد.

آمد. ضریب همبستگی ارتباط بین دو نیمه معیار درک وجدان را برآورد کرد و ضریب دو نیمه‌سازی گوتمان برای این معیار $r=0/906$ بود. همبستگی بین فرم‌های آلفای کرونباخ $r=0/848$ بیانگر همگونی یا ثبات داخلی

جدول ۲- نتایج استخراج عاملی اجزاء ماتریکس محوری (rotated Component Matrix)

خام					Rescaled (امتیاز بندی مجدد)					شماره
مؤلفه					مؤلفه					سؤال
۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵	(عبارت)
۰/۰۴۲	-۰/۰۱۰	۰/۴۶۶	۰/۰۴۵	۰/۰۳۵	۰/۰۵۳	-۰/۰۱۳	۰/۵۸۹	۰/۰۵۷	۰/۰۴۴	۲
۰/۱۰۴	۰/۱۱۵	۰/۲۶۱	۰/۱۲۹	۰/۳۰۶	۰/۱۶۰	۰/۱۷۷	۰/۴۰۳	۰/۱۹۹	۰/۴۷۳	۳
۰/۰۶۹	۰/۲۳۶	۰/۰۸۱	۰/۰۴۱	۰/۶۰۴	۰/۰۸۷	۰/۲۹۶	۰/۱۰۱	۰/۰۵۱	۰/۷۵۸	۴
۰/۱۳۰	-۰/۰۳۶	۰/۰۲۳	۰/۱۰۷	۰/۶۸۳	۰/۱۵۸	-۰/۰۴۴	۰/۰۲۷	۰/۱۳۰	۰/۸۲۹	۹
۰/۰۳۶	-۰/۱۱۵	۰/۳۱۰	۰/۴۵۴	۰/۱۸۸	۰/۰۴۵	-۰/۱۴۵	۰/۳۸۹	۰/۵۷۰	۰/۲۳۶	۱۰
۰/۲۱۰	۰/۲۶۳	۰/۴۰۰	۰/۱۴۹	۰/۱۱۷	۰/۲۷۶	۰/۳۴۶	۰/۵۲۵	۰/۱۹۶	۰/۱۵۴	۱۲
۰/۲۹۳	۰/۲۸۸	۰/۵۸۵	۰/۰۱۸	۰/۰۸۷	۰/۳۲۰	۰/۳۱۶	۰/۶۴۰	۰/۰۲۰	۰/۰۹۶	۱۳
۰/۵۳۷	۰/۰۵۵	۰/۳۱۹	۰/۲۷۴	-۰/۰۶۴	۰/۵۹۹	۰/۰۶۱	۰/۳۵۶	۰/۳۰۵	-۰/۰۷۱	۱۴
۰/۱۹۱	۰/۲۳۳	۰/۵۳۷	۰/۳۰۹	۰/۰۲۰	۰/۲۲۹	۰/۲۷۹	۰/۶۴۴	۰/۳۷۱	۰/۰۲۴	۱۵
۰/۱۰۸	۰/۸۳۲	۰/۰۷۵	۰/۲۵۸	۰/۱۳۴	۰/۱۰۹	۰/۸۳۶	۰/۰۷۶	۰/۲۵۹	۰/۱۳۴	۱۹
۰/۱۸۷	۰/۷۰۱	۰/۱۸۹	۰/۲۳۱	۰/۱۴۶	۰/۱۹۳	۰/۷۲۴	۰/۱۹۵	۰/۲۳۹	۰/۱۵۱	۲۰
۰/۵۹۲	۰/۶۰۳	۰/۱۳۱	۰/۰۴۹	-۰/۰۱۰	۰/۶۰۱	۰/۶۱۲	۰/۱۳۳	۰/۰۵۰	-۰/۰۱۰	۲۲
۰/۴۳۶	۰/۵۶۱	۰/۳۳۶	۰/۰۴۳	۰/۰۶۸	۰/۴۷۹	۰/۶۱۷	۰/۳۶۹	۰/۰۴۷	۰/۰۷۵	۲۳
۰/۵۵۳	۰/۳۰۰	۰/۲۷۵	۰/۰۰۹	۰/۱۶۱	۰/۶۴۰	۰/۳۴۷	۰/۳۱۸	۰/۰۱۰	۰/۱۸۶	۲۴
۰/۴۰۶	۰/۲۳۲	۰/۳۹۸	-۰/۰۳۱	۰/۰۷۴	۰/۵۱۲	۰/۲۹۳	۰/۵۰۲	-۰/۰۳۹	۰/۰۹۴	۲۵
۰/۵۵۹	۰/۱۳۶	۰/۲۰۲	۰/۱۵۶	۰/۰۳۲	۰/۷۰۱	۰/۱۷۱	۰/۲۵۳	۰/۱۹۵	۰/۰۴۰	۲۶
۰/۵۵۷	۰/۴۹۰	۰/۲۰۷	۰/۱۱۶	۰/۱۰۱	۰/۶۱۱	۰/۵۳۸	۰/۲۲۸	۰/۱۲۸	۰/۱۱۱	۲۷
۰/۴۷۹	۰/۳۷۱	۰/۲۸۷	۰/۰۷۲	۰/۱۴۰	۰/۵۸۱	۰/۴۴۹	۰/۳۴۹	۰/۰۸۷	۰/۱۷۰	۲۸
۰/۲۶۵	۰/۳۶۹	۰/۲۳۵	۰/۶۰۳	۰/۰۸۷	۰/۲۸۳	۰/۳۹۳	۰/۲۵۱	۰/۶۴۳	۰/۰۹۳	۳۰
۰/۵۲۲	۰/۲۶۵	۰/۰۹۸	۰/۵۱۲	۰/۰۵۹	۰/۵۷۰	۰/۲۸۹	۰/۱۰۷	۰/۵۵۰	۰/۰۵۵	۳۱
۰/۲۳۷	۰/۲۳۸	۰/۰۱۱	۰/۷۶۹	۰/۰۸۲	۰/۲۴۹	۰/۲۵۱	۰/۰۱۲	۰/۸۱۰	۰/۰۸۷	۳۲
۰/۴۲۰	۰/۳۰۷	۰/۰۴۹	۰/۴۴۲	۰/۱۳۰	۰/۴۸۳	۰/۳۵۳	۰/۰۵۷	۰/۵۰۷	۰/۱۴۹	۳۳
۰/۵۴۰	۰/۰۵۹	۰/۰۳۲	۰/۲۵۶	۰/۱۷۶	۰/۶۷۳	۰/۰۷۴	۰/۰۳۹	۰/۳۱۹	۰/۲۲۰	۳۶
۰/۵۰۵	۰/۰۵۹	۰/۰۴۹	۰/۲۱۸	۰/۱۷۴	۰/۶۸۴	۰/۰۸۰	۰/۰۶۶	۰/۲۹۵	۰/۲۳۵	۳۷

جدول ۳- عوامل و عبارات پرسشنامه درک وجدان پرستاری

عوامل یا ابعاد	عبارات: وجدان	بار عاملی
عامل شماره ۱ وجدان اخلاقی	انعکاس اخلاقیات می باشد.	۰/۵۳۷
	کمک می کند تا اصول اخلاقی در موقعیت عملی بکار گرفته شود.	۰/۵۵۳
	حساس پیش نیاز عمل اخلاقی است.	۰/۴۰۶
	تعهد درونی به انجام کار به صورت اخلاقی است.	۰/۵۵۹
	صدای حقیقت خودمان است.	۰/۴۷۹
	ارزش درونی و مقدس فرد است.	۰/۵۴۰
عامل شماره ۲ وجدان محافظ پیشگیرانه	نشان دهنده ارزش های اساسی فرد است.	۰/۵۰۵
	ما را از آسیب رساندن به خود آگاه می سازد.	۰/۸۳۲
	اجازه نمی دهد تا به دیگران آسیب رساند.	۰/۷۰۱
	بیانگر ارزش های اجتماعی است.	۰/۶۰۳
	هماهنگ کننده رفتارهای ویژه انسانی است.	۰/۵۶۱
	باعث حفاظت از یکپارچگی فردی (کلیت فردی) می شود.	۰/۴۹۰
عامل شماره ۳ وجدان مدیر (ناظر ۹)	به عنوان ناظر می باشد.	۰/۴۰۰
	داور و قاضی می باشد.	۰/۵۸۵
	راهنما و هدایتگر می باشد.	۰/۵۳۷
عامل شماره ۴ وجدان مراقبتی	احساس مسئولیتی درونی برای قضاوت در مورد درستی و نادرستی اعمال است.	۰/۴۸۳
	پرستاری تعهدی برای مراقبت از بیمار است.	۰/۶۰۳
	پرستاری منبعی برای حساسیت نسبت به نیاز بیمار است.	۰/۵۲۲
عامل شماره ۵ بازتاب وجدان	پرستاری باعث نزدیکی پرستار به بیمار می شود.	۰/۷۶۹
	با بازخورد خوب تقویت می شود.	۰/۴۰۴
	با درجات مختلف در همه افراد وجود دارد.	۰/۶۸۳
	انجام کار خلاف وجدان، منجر به خودخوری می شود.	۰/۴۷۳
	انجام مراقبت بر اساس وجدان پرستاری موجب آرامش می شود.	۰/۴۶۶
انجام کار خلاف وجدان منجر به بروز احساس گناه می شود.	۰/۶۰۴	

بحث

فردی شخص است. مطالعات دیگری نیز بر این بعد وجدان تکیه کرده‌اند. گلیزبرگ وجدان حساس را یک پیش نیاز عمل اخلاقی و برای آرایه کنندگان مراقبت مهم می‌داند، زیرا نشان‌دهنده ارزش‌های اساسی است (۱۴). جانستون مفهوم وجدان را به عنوان ترکیبی از استدلال و احساس معرفی می‌کند که به‌طور اساسی دربرگیرنده

نتایج تحلیل عاملی، ۵ عامل یا بعد را در پرسشنامه نشان داد. بعد اول وجدان اخلاقی است و بر مفاهیمی تکیه می‌کند که اخلاق را منشأ وجدان و یا بایسته برای انجام اعمال بر اساس اخلاق می‌داند. وجدان در این بعد به‌صورتی درونی بوده و دربرگیرنده ارزش‌ها و حقایق

سعی دارد از آسیب رساندن به خود جلوگیری کند. چیزی که یکپارچگی (Integrity) پرستار را تهدید می‌کند یا به‌طور جدی از باورها و ارزش‌هایش حفاظت می‌کند (۲۰). مسأله حفظ یکپارچگی وجدان، مشکل ویژه‌ای برای پرستاران است. افراد اخلاقی، نیازمند فضای اجتماعی متناسب هستند و اجبار پرسنل مراقبت بهداشتی برای درگیر شدن در فعالیت‌هایی که از لحاظ اخلاقی سزاوار سرزنش است، منجر به از بین رفتن یکپارچگی فردی می‌شود. لذا حفاظت از وجدان، در مقابل اجبار حرفه‌ای آن‌ها بایستی اطمینان داده شود (۲۱). به‌همین منظور جوامع آزاد، حفاظت از وجدان اخلاقی افراد را تضمین کرده است. هر فردی حق دارد بر اساس ارزش‌هایی که برای خود پذیرفته است زندگی کند البته به‌طوری که به دیگران آسیب نرساند (۲۲).

وجدان همچنین به‌عنوان القاء‌کننده خودتکاملی و محافظت از تمامیت فردی توصیف شده است. در هنگام مراقبت، وجدان با تمایل به حفاظت از تکامل و شأن همه افراد باید مورد مشورت قرار گیرد (۲۳). البته حفاظت به اشکال دیگری نیز مطرح شده است، سورلی نیز از آگاهی و هشدار وجدان در مقابل آسیب رساندن به خود می‌نویسد (۶). ون پوست نیز وجدان را برای انسان حیاتی دانسته و از هشدار وجدان در مقابل آسیب‌رسانی به دیگران گفته است (۲۴). عبارات بعد حفاظتی پرسشنامه درک وجدان در مطالعات نظری مورد تأکید قرار گرفته و در تنها پرسشنامه موجود (۸) نیز عبارات مشابهی یافت می‌شود.

بعد سوم پرسشنامه، بعد وجدان مدیر (ناظر) است، که شامل ۴ عبارت می‌باشد و مفاهیمی مانند قضاوت، نظارت و راهنمایی وجدان را شامل می‌شود. در این بعد، اعمال و نقش‌های وجدان به تصویر کشیده شده و در ادبیات موجود روی آن‌ها تأکید شده است. جعفری ضمن تقسیم وجدان اخلاقی به سه جنبه ادراکی، ارادی و انفعالی می‌نویسد، جنبه ادراکی وجدان اخلاقی این است که اعمال و حتی افکار انسان‌ها را مورد بررسی قرار

پاسخ یکپارچه به فعل و انفعال اخلاقی در جهان است. وی محاسبه مدلل و منطقی وجدان را که دلیل و منطق اصول اخلاقی است، به‌عنوان منبع عقاید محکم اخلاقی فرد مورد توجه قرار می‌دهد و می‌گوید قضاوت وجدانی از این دیدگاه، یک قضاوت اخلاقی روشن و متفدانه در مورد درست و یا غلط بودن است (۱۵). جعفری معتقد است که در نهاد هر انسان، نیرویی به نام وجدان اخلاقی وجود دارد. وجدان اخلاقی امری فطری و نیرویی باطنی است و هیچ انسانی به حسب سرشت و خلقت و آفرینش خالی از آن نیست. انسان وقتی دارای وجدان اخلاقی پاک و سالم خواهد بود که از همان اول به دستورات آن توجه نماید و برخلاف فرامین آن رفتار نکند (۱۶). کانت نیز فعل اخلاقی را عملی می‌داند که انسان به‌عنوان یک تکلیف، از وجدان خودش گرفته باشد (۱۷). درونی بودن وجدان نیز در مطالعات زیادی تکرار شده است. سورلی، وجدان را ندایی بدون کلام دانسته که ممکن است به‌عنوان یک ندای درونی شنیده شود (۶). نوربرگ نیز از وجدان اغلب توسط استعاراتی مانند ندای درونی و "ندا" نام می‌برد. این نداها در همان زمان به‌عنوان نداهای برآمده از درون و یا آمده از ماوراء تجربه می‌شود (۱۸). هوس معتقد است که نهان‌ترین هسته و حرم مطهر انسان، که با خدایش خلوت کرده و ندایش از عمق پژواک می‌کند وجدان است. هر فردی دارای قوانینی خداوندی است که بر قلب حکاکی شده و این قانون توسط وجدان شخص مشخص می‌گردد. در واقع وجدان، حضور خدا و کلام خدا در قلب هر کس است (۱۹). آنچه از بعد اول پرسشنامه بر می‌آید با مطالعات دیگر همخوانی داشته و می‌توان گفت همخوانی زیادی بین محققین در مورد وجدان اخلاقی وجود دارد.

بعد دوم پرسشنامه تحت عنوان وجدان محافظ (پیشگیرانه) است و بر مفاهیمی مانند حفاظت از خود و دیگران، کلیت فردی و همچنین ارزش‌های اجتماعی و هماهنگ‌کننده رفتارهای انسانی تأکید دارد. پرستاری که از انجام بعضی اعمال بر اساس وجدانش اجتناب می‌کند

می‌دهد، مانند یک قاضی بی‌طرف آن را تجزیه و تحلیل و حکم به خوبی و بدی در مورد آن صادر می‌کند. جنبه ارادی آن همانند یک فرمانده قوی به ما فرمان می‌دهد، که به مقتضای آن عمل کنیم یعنی اگر عمل خوب است انجام دهیم و اگر بد است ترک نماییم (۱۶). همچنین وجدان به‌عنوان ناظر و قاضی آمده است. به‌طوری‌که وجدان، قضاوتی را در مورد اعمال انجام‌شده یا در حال انجام دارد (۲۵). انسان می‌تواند در مورد روشی که او در جهان عمل می‌کند قضاوت نماید و این موارد تأیید یا رد، در مورد دوره‌ای از اعمال موردنظر است. هر تأییدی، هر قضاوت آگاهانه و شناخته شده‌ای، دارای بعدی اخلاقی است، به‌طوری‌که موقعیت شخصی آزاد و مسئول را آشکار می‌سازد. از وقتی که این قضاوت‌ها به‌طور خودکار از طرف افراد اجبار نمی‌شوند، آن‌ها شکلی از "من باید" یا "من اجباری" می‌گیرند. آن‌ها قضاوت‌های وجدان هستند که در قالب جملاتی مانند "من باید این کار را انجام دهم" ظاهر می‌شوند (۲۶). وجدان با تحلیل اعمال، آن‌ها را مورد قضاوت قرار می‌دهد و معمولاً ما زمانی از وجدان صحبت می‌کنیم که انعکاسی از عمل قبل از انجام آن است. ولی معنی قدیمی آن هنوز کاربرد داشته و وجدان به‌طور رو به گذشته به ما می‌گوید آنچه انجام داده‌ایم درست یا غلط است و به این وسیله ما را تأیید یا آزار می‌دهد (۲۷). وجدان می‌تواند به‌عنوان مرورگر و قاضی اعمال گذشته و مرجع و راهنما برای اعمال آینده عمل کند (۱۵). عبارات بعد نظارتی وجدان، نقش‌های وجدان را برجسته کرده و به‌عنوان چشم تیزبینی ضمن تحلیل اعمال، قضاوت انجام می‌دهد.

بعد پنجم پرسشنامه نیز بعد بازتاب وجدان است و مفاهیمی مانند خودخوری، احساس گناه، آرامش و تقویت وجدان را شامل می‌شود. در این رابطه گلایزبرگ می‌نویسد، عذاب وجدان افراد حساس از نظر اخلاقی را برای برجسته کردن ارزش‌ها و کمک به افراد در موقعیت‌های واقعی کمک می‌کند، به‌طوری‌که اگر آن‌ها نتوانند بر طبق وجدانشان کار کنند تضاد داخلی و استرس را توصیف می‌کنند که تحت عنوان استرس وجدانی نام‌گذاری شده است (۱۴). علاوه بر استرس

بعد چهارم پرسشنامه نیز بعد وجدان مراقبتی است، که شامل ۳ عبارت می‌باشد و مفاهیمی مانند تعهد به مراقبت، حساسیت نسبت به نیاز بیمار و نزدیکی به او را شامل می‌شود. این بعد از پرسشنامه در واقع وجدان کاری پرستاری بوده و آن چیزی است که از پرستاری انتظار می‌رود و تخطی از این اصول پرستاری را با چالش مواجه می‌کند. در ادبیات پرستاری نیز در این رابطه

بعد چهارم پرسشنامه نیز بعد وجدان مراقبتی است، که شامل ۳ عبارت می‌باشد و مفاهیمی مانند تعهد به مراقبت، حساسیت نسبت به نیاز بیمار و نزدیکی به او را شامل می‌شود. این بعد از پرسشنامه در واقع وجدان کاری پرستاری بوده و آن چیزی است که از پرستاری انتظار می‌رود و تخطی از این اصول پرستاری را با چالش مواجه می‌کند. در ادبیات پرستاری نیز در این رابطه

نیروی برانگیزاننده برای اخلاقیات ابتدایی می‌باشد (۳۲). عدم تبعیت از وجدان نیز می‌تواند عوارض مخصوص به خود را داشته باشد. اطاعت نکردن از وجدان فردی منجر به احساس گناه و خجالت می‌گردد. گناه یک احساس ناخوشایند است که در هنگام تجاوز فرد از استانداردهای اخلاقی و اجتماعی مرتبط با فرد به وجود می‌آید. رفتارهای خشن، دشمنانه و احساس عدم کفایت اخلاقی، منابع عمومی احساس گناه هستند. گناه نتیجه مشترک یک عمل خلاف وجدان است. صحبت از انکار وجدان، زمانی است که شخص بر خلاف وجدانش عمل می‌کند. تمایل به انجام عمل نیک، زمانی که فرد برخلاف وجدانش عمل می‌کند، روبرویی با گناه شدید است. در چنین مواقعی باید شخص بگوید وجدانش و احساس گنااهش ارزشمند نیست (۳۳). کاستیگان نیز چنین مطلبی را یادآوری کرده است. وجدان قضاوتی را در مورد اعمال انجام‌شده، یا در حال انجام دارد و در زمان آگاهی از انجام کار غلط دچار غمزدگی و درد یا عذاب می‌شود (۲۵). واکنش‌های وجدانی در هنگام انجام اعمال خلاف و یا موافق وجدان اگرچه باعث ناراحتی، خودخوری و احساس گناه می‌شود ولی در مقابل می‌تواند باعث ارتقاء و پیشرفت وجدان و بعد انسانی شخص گردد.

نتیجه‌گیری

پرستاران بالینی به صورت دامن‌های، وجدانشان را درک می‌کنند. دامنه این ادراک شامل وجدان اخلاقی، وجدان به‌عنوان مدیر (ناظر)، وجدان محافظ، وجدان مراقبتی و بازتاب وجدان می‌باشد. هر کدام از این ابعاد مفاهیمی را در رابطه با وجدان بیان می‌دارند، که ادراک پرستاران از وجدان را در هنگام آرایه مراقبت به تصویر می‌کشد. پرسشنامه ادراک پرستاران دارای روایی و پایایی بود، با این وصف آزمون بیشتر ابزار و مطالعات بیشتر روی پدیده‌های مشابه وجدان می‌تواند حمایتی را برای این مطالعه فراهم نماید.

وجدانی، در ادبیات پرستاری از تضاد ارزشی نام برده شده است. تضاد ارزشی زمانی است که پرستار در مقابل اراده خود قرار می‌گیرد. گاهی پرستاران از آرایه مراقبت، به شیوه‌ای که مطلوب آن‌هاست منع می‌گردند، پس با خودشان در تضاد بوده و عذاب وجدان داشته و برای این قصور، احساس شرم و خجالت می‌کنند. زمانی که انتخابی ندارند و باید در مراقبتی شرکت کنند که فکر می‌کنند با اصول احترام به شأن انسانی در تضاد می‌باشد. پرستاران با خودشان و این ایده که مراقبت چگونه باید انجام شود در تضاد هستند. لذا تضاد ارزشی تجربه می‌شود و زمانی که پرستار در تضاد ارزشی قرار گیرد عذاب وجدان را تجربه می‌کند و احساس خجالت و مسئولیت برای آنچه که برای بیمار اتفاق افتاده است دارد. عذاب وجدان هشیاری شهودی است از آنچه که برای پرستار مورد نیاز است. احساس خجالت برای مدتی طولانی باقی می‌ماند تا زمانی که سرزنش را نسبت به شخصی که مراقبت ناکافی انجام داده است منتسب نکنند. همچنین پرستاران زمانی که همکاران دیگرشان بیمار را مورد هتک قرار می‌دهند شرمسار می‌شوند (۲۴). احساس گناه معمولاً مرتبط با محکومیت ناشی از آسیب به شخص و یا شکستن بعضی از هنجارها و دستورات اخلاقی است. احساسات بد همراه با تخطی از قوانین مقابله به مثل به‌عنوان گناه تفسیر شده و احساس بد همراه با قصور در نقش توصیه‌شده به‌عنوان شرم تفسیر می‌گردد (۳۱). واکنش وجدانی می‌تواند نقش مثبتی داشته باشد. احساس گناه و وجدان به ما اجازه می‌دهد تا اعمال حال، گذشته و آینده را ارتقاء دهیم و در ادامه تصمیم بگیریم که کدام‌یک باید مورد پذیرش قرار گرفته و کدام‌یک باید مردود شوند. ناتوانی در تعادل باعث احساس گناه شده و می‌تواند رفتار را تحریک کند، البته فقط در افرادی که دارای ظرفیت بالایی برای احساس گناه هستند. با داشتن گناه، شرم و غرور، فرد رفتار حیوانی را ترک کرده و وارد دامنه‌ای می‌شود که اختصاص به انسان دارد. عواطف به جزیی از وجدان تبدیل شده و از آن طریق،

تشکر و قدردانی

پرستاران در مراحل روایی صوری و تکمیل پرسشنامه،
نشانه تعهد آن‌ها به پیشرفت پرستاری بوده و قابل تقدیر
می‌باشد.

محققین از کلیه اساتید که در مراحل روایی صوری و
محتوا زحمت بازخوانی و تکمیل پرسشنامه و همچنین
یادداشت‌نویسی را تقبل نمودند تشکر می‌کنند. شرکت

References

1. Sincox K. The conscience of the health care system. Michigan Nurse. August 2005: available at: www.minurses.org. Access date 20/10/2010.
2. Jensen A, Lidell E. The influence of conscience in nursing. Nursing Ethics. 2009;16(1):31-42.
3. Fawcett J. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories. 2nd ed, Canada: F. A. Davis Co. 2005;7-9.
4. Dahlqvist V, Soderberg A, Norberg A. Facing inadequacy and being good enough: psychiatric care providers' narratives about experiencing and coping with troubled conscience. J Psych and Ment Health Nursing. 2009;16:242-24.
5. Dahlqvist V, Eriksson S, Glasberg AN, Lindahl E, Lutzen K, Strandberg G, et al. Development of the perceptions of conscience questionnaire. Nursing Ethics. 2007;14(2):181-93.
6. Sørli V, Jansson L, Norberg A. The meaning of being in ethically difficult care situations in paediatric care as narrated by female registered nurses. Scand J Caring Sciences. 2003;17:285-92.
7. Juthberg C, Sundin K. Registered nurses' and nurse assistants' lived experience of troubled conscience in their work in elderly care-a phenomenological hermeneutic study. Int J Nursing Stud. 2010;47:20-9.
8. Sorlie V, Norberg A. Development of the perceptions of conscience questionnaire. Nursing Ethics. 2007;14(2):181-93.
9. Garrard J. Health sciences literature review made easy: the matrix method. 2nd ed. New York: Sudbury (MA), Jones and Bartlett. 2007; 55-62.
10. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. 5th ed. Lippincott Co. USA. 2005;373-404.
11. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw- Hill Inc. 1994;103-7.
12. Hutcheson GD, Sofroniou N. The multivariate social scientist: introductory statistic using generalized linear models. London: Sage publication. 1999; 112-13.
13. Knapp TR, Brown JK. Ten measurement commandments that often should be broken. Research in Nursing and Health. 1995;18:495-69.
14. Glasberg AN, Eriksson S, Dahlqvist V, Lindahl E, Strandberg G, Soderberg A, et al. Development and initial validation of the stress of conscience questionnaire. Nursing Ethics. 2006;13(6):633-48.
15. Johnston M-J. Bioethics: a nursing perspective. 4th edition, London: Churchill Livingstone 2006; 73-75.
16. Jafari MT. [Conscience (Persian)]. 4th ed. Tehran: Institute for the Publication of Allameh Jafari's works. 2010;21-56.
17. Sanea Pour M. [Philosophy of ethics and religion (Persian)]. 2nd ed. Tehran: Center for Studies of Aftab Development. 2010;17-19.
18. Norberg A. Editorial comment. Nursing Ethics. 2002;9(1):1.
19. Hoose J. Conscience in world religions. Leominster UK Gracewing and Notre Dame: University of Notre Dame Press. 1999;44.
20. Haddad A. A matter of conscience. Reg Nurse. 2007;70(4):24.
21. Curtin L. Conscience and clinical care. Nurs Manag. 1993;24(8):26-9.
22. May T. Rights of conscience in health care. Social Theory and Practice. 2001; 27(1):111-18.
23. Childress JF. Appeals to conscience. Ethics 1979; 89: 315_35.
24. Von Post I. Perioperative nurses' encounter with value conflicts: a descriptive study. Scand J caring Sciences. 1998;12(2):81-8.
25. Costigane H. A history of the Western idea of conscience. In: Hoose J. Conscience in world religions. Notre Dame: University of Notre Dame Press. 1999; 62-98.
26. Kavanaugh J. Conscience matters. America. 1997; 176(17):19-20.
27. Vacek E. Do 'good people' need confession? America. 2002; 186(6):11-17.
28. Thompson IE, Melia KM, Boyd KM, Horsburgh D. Nursing Ethics. 5th ed. London: Churchill Livingstone 2006; 341-4.
29. Vanaki Z, Memarian R. Professional ethics: beyond the clinical competency. J Prof Nurs. 2009; 25(5):285-91.
30. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Perception of conscience in relation to stress of conscience. Nursing Ethics. 2007;14(3):329-43.

31. Meyer W. Therapy of the conscience: technical recommendations for working on the harsh superego of the patient. *Clinical Social Work Journal*. 1998; 26(4):353-68.
32. Gaylin W. Conscience: knowing good and doing good. *The Hastings Center Report*. 1994; 24(3):36.
33. Levy S. Thomas Reid's defense of conscience. *History of Philosophy Quarterly*. 1999; 16(4):413-35.