

جلوه های اخلاق و قانون در تجویز پرستاری: یک تحلیل محتوای کیفی

نویسندگان:

آذر درویش پور*^۱، سودابه جولایی^۲، محمد علی چراغی^۳

- ۱- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 ۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
 ۳- گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۴- گروه پرستاری ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.2, Summer 2016

چکیده:

مقدمه: پرستاران همواره در عملکرد بالینی روزانه خود به دلایل مختلف با مسائل اخلاقی متعددی مواجه می باشند. یکی از موارد قابل بحث در این زمینه، در رابطه با تجویز پرستاری است. پژوهش حاضر با هدف تبیین دلایل تجویز دارو توسط پرستاران در برخی از موقعیت های بالینی صورت گرفت.

روش کار: این مطالعه کیفی توصیفی با مشارکت ۱۹ نفر از پرستاران شاغل در یکی از مراکز آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۳ انجام شد. از نمونه گیری هدفمند طی مصاحبه ی نیمه ساختارمند برای جمع آوری داده ها بهره گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای قراردادی (استقرایی) و کدگذاری با نرم افزار MAXQDA (۲۰۰۷) انجام شد. برای دستیابی به صحت و پایایی داده ها از معیارهای موثق بودن لینکلن و گوبا بهره گرفته شد.

یافته ها: تحلیل داده ها منجر به استخراج ۵ زیر طبقه و دو طبقه اصلی گردید. طبقات اصلی پدیدار شده شامل "ارزش های انسانی" (با سه زیر طبقه "در اولویت بودن جان انسان"، "وجدان انسانی" و "ایثار و فداکاری") و "هنجارهای سازمانی" (با دو زیر طبقه "حاکمیت قوانین سازمانی" و "نظام پاسخگویی") می باشند.

نتیجه گیری: مشارکت کنندگان علی رغم آگاهی از عدم مجوز قانونی برای تجویز دارو، بدلیل پابندی به اصول اخلاقی حاضر شده اند، حیات بیماران را در اولویت قرار دهند. از سیاست گذاران نظام سلامت انتظار می رود تا با تدوین قوانین روشن در تسهیل شرایط مناسب برای تجویز پرستاران در این اقدام بشردوستانه سهمیم باشند.

واژه گان کلیدی: اخلاق، قانون، تجویز پرستاری، تحقیق کیفی، تحلیل محتوا

J Educ Ethics Nurs 2016;5(2):39-47

مقدمه:

که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی جدا از هم نیستند [۳ و ۵]. در پژوهش های گوناگون نگاه های مختلفی به فعالیت های پرستار در بعد اخلاقی شده است. برخی ارتباط با همکار و بیمار، دارو دادن، رعایت حقوق بیمار، مسئولیت پذیری، استدلال اخلاقی و ... را عملکرد اخلاقی تعریف نموده و مورد بررسی قرار داده اند، اما گستره اخلاق پرستاری به اندازه شرح وظایف پرستاری است [۶]. نظر به اینکه حرفه ی پرستاری رشته ای مستقل است و در برگیرنده رسالتی مقدس در جهت حفظ و ارتقای سلامت جامعه می باشد، رعایت اصول اخلاقی در این رشته در مقایسه با سایر

صاحبان علوم سلامت علاوه بر این که باید دارای حداقل اطلاعات اولیه و اساسی باشند، موظف به حفظ و تکمیل معلومات خود در زمینه قوانین حقوقی و اخلاق حرفه ای هستند [۱]. از آنجا که پرستاران بطور مستقیم با مسئله مرگ و زندگی انسانها سر و کار دارند [۲] باید به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه خود آگاه و حساس باشند، تا بتوانند تأثیر مسائل اخلاقی را در حرفه بالینی خود مدیریت کنند [۳ و ۴]. در نگاه اولیه ممکن است عملکردها و صلاحیت های پرستاری، صرفاً در قالب فعالیت های بالینی محسوب شده و از موضوع اخلاق، مجزا پنداشته شوند؛ در حالی

* نویسنده مسئول، نشانی: گیلان-لنگرود - جاده لیلا کوه - خیابان شهید یعقوب شیخی - دانشکده پرستاری و مامایی و پیراپزشکی

پست الکترونیک: darvishpour@gums.ac.ir

تلفن تماس: ۰۱۳-۴۲۵۶۵۰۵۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۸/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۳۱

به پیچیدگی عوامل مؤثر بر این تصمیم بالینی، بدیهی است بررسی این مهم، تنها با استفاده از یک پرسشنامه امکان پذیر نبود و نیاز به رویکردی کیفی که این موضوع را به طور عمیق و وسیع مورد بررسی قرار دهد، احساس می‌شد. از طرفی نظر به اینکه درک موقعیت تجویز پرستاری جدای از زمینه و بستر آن امکان پذیر نیست، ناگزیر نیازمند توجه به تجارب، باورها و دیدگاه های مشارکت کنندگان در این خصوص بودیم. لذا روش پژوهش کیفی برای این مطالعه مناسب تشخیص داده شد تا پژوهشگر با استفاده از بیانات افراد مشارکت کننده در پژوهش به فهم بهتر موقعیت نایل گردد.

روش کار:

طراحی این مطالعه به صورت یک مطالعه کیفی توصیفی (Qualitative Descriptive Research) است که با روش تحلیل محتوای قراردادی (conventional content analysis) در سال ۱۳۹۳ انجام شد. تحلیل محتوا یک روش تحقیق معتبر برای تجزیه و تحلیل داده ها است [۱۳]. مشارکت کنندگان این تحقیق شامل ۱۹ نفر از پرستاران شاغل در بخشهای اورژانس، ویژه و جراحی (بعنوان اصلی ترین بخشها از نظر احتمال وقوع تجویز دارو توسط پرستاران) یکی از مراکز آموزشی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل می داد. حضور پژوهشگر بعنوان مدرس بالینی و آشنایی با فضای این مرکز دلیل انتخاب این مرکز بوده است. مشخصات دموگرافیک این مشارکت کنندگان در جدول ۱ به نمایش درآمده است.

مشاغل از ضرورت بیشتری برخوردار است [۷]. پرستاران همواره در عملکرد بالینی روزانه خود به دلایل مختلف با مسائل اخلاقی متعددی مواجه می باشند [۸]. یکی از موارد قابل بحث در این زمینه، در رابطه با تجویز دارو توسط پرستاران است. شروع بحث تجویز پرستاری (تجویز دارو توسط پرستاران) در دنیا بعنوان یک حرکت تاریخی برای حرفه پرستاری و بخش مهمی از راه حل نظام سلامت کشورهای پیشرو در جهت بهبود دسترسی و کاهش زمان انتظار بیماران برای دریافت دارو بوده است [۹]. در حال حاضر در بسیاری از کشورها (استرالیا، ایالات متحده، انگلستان، کانادا، ایرلند و ...) گروههای خاصی از پرستاران مجاز به تجویز دارو می باشند [۱۰ و ۱۱]. در کشور ایران بر اساس شرح وظایف قانونی پرستاری، تاکنون مجوز این اقتدار برای پرستاران صادر نشده است، ولی نتایج مطالعه درویش پور و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که علی رغم نداشتن مجوز قانونی و تصور همگانی مبنی بر عدم اجرای تجویز پرستاری در ایران، این امر، در اکثریت بخشها علی الخصوص بخشهای اورژانس و مراقبت های ویژه در حال اجرا است. بر اساس یافته های این مطالعه، پرستاران در برخی از شرایط بالینی در موقعیتی قرار می گیرند که باید بین قانون حرفه ای (با عدم اجرای دارو بدون تجویز پزشک) یا اخلاق (با اجرای دارو بدون تجویز پزشک برای کمک به بیمار) یکی را انتخاب نمایند [۱۲]. این موضوع باعث شد که این سؤال در ذهن پژوهشگران ایجاد شود که "چرا پرستاران در برخی از شرایط بالینی (اورژانس) علی رغم نداشتن مجوز قانونی، اقدام به تجویز دارو می نمایند؟" و بر آن شدند تا بتوانند با بررسی عمیق تر، پاسخی برای این سؤال دریافت نمایند. جهت پاسخ به این سؤال با توجه

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

مشارکت کنندگان	جنس		سطح تحصیلات		میانگین سابقه خدمت (سال)
	مذکر (تعداد)	مؤنث (تعداد)	کارشناس (تعداد)	کارشناس ارشد (تعداد)	
پرستاران شاغل در بخش اورژانس	-	۱۳	۱۳	-	۶
پرستاران شاغل در بخش ویژه	۱	۲	۲	۱	۱۰
پرستاران شاغل در بخش جراحی	-	۳	۳	-	۸
جمع	۱	۱۸	۱۸	۱	۸

حاصل شد و جهت اطمینان از کفایت نمونه گیری پنج مصاحبه دیگر نیز انجام شد. از مصاحبه ی نیمه ساختارمند و با استفاده از سؤالات راهنما برای جمع آوری دادهها بهره گرفته شد. محقق در ابتدا هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح داده و در صورت تمایل آنها، پس از اخذ رضایت آگاهانه مکتوب، اقدام به انجام مصاحبه می نمود. مصاحبهها با استفاده از دستگاه ضبط

از روش نمونه گیری هدفمند (Purposeful) در مطالعه حاضر بهره گرفته شد. جهت در نظر داشتن حداکثر تنوع در نمونه ها، تلاش گردید، نمونه گیری در بخشهای مختلف و بهرمنده ی از نظرات اکثریت پرستاران با سوابق مختلف حرفه ای صورت پذیرد. نمونه گیری به مدت پنج ماه و تازمان اشباع دادهها (Data saturation) ادامه یافت. اشباع داده ها در پژوهش حاضر از مصاحبه چهاردهم

رعایت امانت در نگهداری و ارائه درست اطلاعات کسب شده، بدون درج نام افراد تأکید می گردید.

یافته ها:

تجزیه و تحلیل مصاحبه های مکتوب مشارکت کنندگان در این پژوهش، منجر به استخراج ۹۸ کد اولیه، ۵ زیر طبقه و دو طبقه اصلی گردید. طبقات اصلی پدیدار شده شامل "ارزش های انسانی" و "هنجارهای سازمانی" می باشند. نمای شماتیک از طبقات اصلی و زیر طبقات در نمودار شماره یک به نمایش درآمده است.

طبقه اول: ارزش های انسانی

نتایج بررسی دیدگاه های مشارکت کنندگان نشان داد که اکثریت آنها در رابطه با علت اجرای تجویز دارو بدون تجویز پزشک در شرایط اورژانس به "در اولویت بودن جان انسان"، "وجدان انسانی" و "ایثار و فداکاری" در مراقبت از بیماران اذعان می نمودند.

در خصوص زیرطبقه "در اولویت بودن جان انسان"، مشارکت کنندگان اعتقاد داشتند که وضعیت موجود در اکثر بخشها به گونه ای است که پزشکان بطور مداوم در دسترس نیستند و این موضوع علی الخصوص در بخشهای اورژانس و مراقبت ویژه که نیازمند اجرای هر چه سریعتر اقدامات درمانی و دارویی برای مددجویان بوده و انتظار برای رسیدن پزشک بر بالین بیمار ممکن است موجب فوت وقت گردد، منجر به تجویز دارو توسط پرستاران می گردید. یکی از مشارکت کنندگان در این رابطه چنین عنوان نمود:

"به نظر بنده هر پرستاری که در بالین به صورت مستقیم با بیمار در بیمارستان کار می کند، قطعاً این نیاز برایش پیش می آید که در یک مقطع خاصی برای بیمارانش دارو تجویز کند؛ چون اگر این کار رو نکند بیمار آسیب می بیند. به نظر من در آنجا جان مریض خیلی مهمتر از چیزهای دیگر هست و اگر فوت وقت بشود جان مریض از دست می رود. رزیدنت هم اگر خیلی زود بخواهد بیاید، می شود ۱۰ الی ۱۵ دقیقه بعد". (مشارکت کننده شماره ۶).

مشارکت کننده دیگری بیان نمود:

"فرض بفرمایید در یک شرایط اورژانسی در ICU یا CCU قرار گرفته اید، پزشک حضور ندارد؛ یک اتفاق حادی برای مریض بوجود بیاید. در اینجا لازم است پرستار یک کاری انجام بدهد. شما تا بخواهید پزشک را پیدا کنید، طول می کشد. چون اجرای بعضی اقدامات وابسته به لحظه است و گاهی یک لحظه در سلامت

صوت دیجیتالی (Digital Voice Recorder) ضبط شد. سؤال از مشارکت کنندگان به این صورت مطرح می شد: "آیا تاکنون تجربه تجویز دارو بدون دستور پزشک داشته اید؟". در صورت پاسخ بلی، این سؤال از آنها پرسش می شد "در چه شرایطی بوده؟"، "چرا علی رغم اینکه می دانستید از نظر قانونی اجازه این کار را ندارید اقدام به این کار می کردید؟". در هر مصاحبه همچنین از سوالات پی گیری کننده ای (follow up questions) نظیر "ممکن است در این مورد بیشتر توضیح دهید؟"، و "آیا منظورتان اینه که...؟" بهره گرفته می شد. در پایان از مشارکت کنندگان خواسته می شد تا اگر حرف و سخنی باقی مانده بیان نمایند. طول مدت مصاحبه به طور متوسط ۴۰ دقیقه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، هر متن مصاحبه (با مشارکت کنندگان) به عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شد. سپس بر اساس مدل پیشنهادی الو و کینگاس (۲۰۰۸) [۱۴]، هر مصاحبه چندین بار خوانده و مرور شد و بعد از کسب حس کلی، با استفاده از رویکرد استقرایی (یعنی بدون تصورات از پیش پنداشته محقق)، آنالیز داده ها انجام شد. پاراگراف های مهم با خواندن خط به خط کاملاً مشخص و زیر قسمت های مهم خط کشیده می شد تا از سایر قسمت ها متمایز شوند. به عبارت دیگر متن با تقسیم به واحدهای معانی خلاصه گردید. به هر پاراگراف یا عبارت مهم یک کد اختصاص داده شد. کدگذاری با نرم افزار MAXQDA (۲۰۰۷) انجام شد. در گام بعدی بر اساس مقایسه مداوم تشابهات، تفاوتها و تناسب، کدهایی که بر موضوع واحدی دلالت میکردند، در یک طبقه قرار گرفته و زیر طبقات دسته بندی شدند. در پایان، با مقایسه زیر طبقات با یکدیگر و تأمل عمیق و دقیق، محتوای نهفته در داده ها تحت عنوان طبقات اصلی معرفی گردید. برای دستیابی به صحت و پایایی داده ها از معیارهای موثق بودن (Trustworthiness) گوبا و لینکلن [۱۵] استفاده شد. جهت تأمین این معیارها پژوهشگر با تماس طولانی مدت با مشارکت کنندگان و جلب اعتماد آنان، تلفیق (Triangulation) گروه های مختلف پرستاری در بخش های مختلف، استفاده از راهنمای مصاحبه، تخصیص زمان کافی برای انجام مصاحبه ها، بررسی مداوم و مقایسه ی مداوم داده ها و طبقات از نظر تشابهات و تفاوتها، چک کردن مجدد یافته ها با مشارکت کنندگان، ارائه تحلیل داده ها بصورت مشروح و مبسوط و توصیفات عمیق و غنی از پژوهش برای خوانندگان، سعی در تأمین این معیارها نمود. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، پژوهشگر پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه برای انجام مصاحبه ها اقدام نمود. قبل از هر مصاحبه، رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان جهت ورود به مطالعه و ضبط مصاحبه کسب شده و در رابطه با حفظ رازداری،

در رابطه با زیرطبقه "حاکمیت قوانین سازمانی"، مشارکت-کنندگان معتقد بودند که در قوانین سازمانی مجوزی برای تجویز دارو توسط پرستاران صادر نشده است، که این امر موجب می شود تا آنان از انجام آن خودداری نمایند. عبارات زیر گزیده هایی از بیانات مشارکت کنندگان در این رابطه است:

"الان این اتفاق می افتد که پرستارهای بخش های ویژه ما، یا دیگر بخش ها ممکن است این کار (تجویز دارو) را انجام بدهند. منتهی، این غیر رسمی است و اگر اتفاقی هم بیفتد پرستار مسئول است، چون خارج از شرح وظایف خودش عمل کرده است" (مشارکت کننده شماره ۸).

"از نظر قانونی باید دستان باز باشد که گیر نیفتیم. این یک واقعیت است، و من هر زمانی که فکر بکنم از نظر لگال برام مشکل پیش میاد، خودم رو کنار می کشم" (مشارکت کننده شماره ۵).

"من احساس می کنم حیطة ی کاری من در حد تجویز دارو نیست؛ چون اگر این وظیفه من باشد باید قانون هم حمایت کند. در زمانی می توانم با خیال آسوده دارو تجویز کنم که همانطور که اگر یک پزشک اشتباه می کند قانون پشتش هست، از من هم حمایت بشود. تا زمانی که من این پشتوانه ی قانونی را نداشته باشم، ترجیح می دهم دارو تجویز نکنم. ولی اگه مجوز قانونی داده شود و این کار جزء شرح وظایمان بشود، مشکلی نیست. قبلاً یک زمانی می گفتند گرفتن IV جزء کارهای نرس نیست. بعد گفتند هست. وقتی این را به صورت مکتوب بیاورند شما با خیال راحت IV می گیری. چون خیالت راحت است اگر مشکلی پیش بیاد، یک مدرک قانونی هست از شما حمایت کند" (مشارکت کننده شماره ۲).

در زیرطبقه "نظام پاسخگویی"، مشارکت کنندگان بیان داشتند که بدلیل وجود سیستم پاسخگویی به مافوق (علی الخصوص پزشکان) که ممکن است موجب پیامدهای ناخوشایند برای آنان گردد، ترجیح می دهند بدون مجوز پزشک، دارو تجویز نمایند. عبارت زیر بخشی از بیانات یکی از مشارکت کنندگان در این خصوص می باشد:

"ما باید حتماً بمانیم تا دکتر بیاید. چون اگر ما کاری انجام بدهیم که آن دکتر نظرش نباشد و بگوید من کی خواستم فلان دارو رو به بیمار بدهید؟ ما اون موقع نمی توانیم کاری بکنیم و دفاعی از خود داشته باشیم. بخاطر همین سعی می کنیم این کار را انجام ندهیم، چون برایمان دردسرساز می شود. هر چه که باشد زنگ می زنیم تا خودش بیاید. ما هیچوقت خودمان را درگیر نمی کنیم" (مشارکت کننده شماره ۱۸).

مریض حیاتی است. بنابر این چون ما با موقعیت های حاد اورژانسی مواجه هستیم باید برای نجات جان مریض تجویز دارو داشته باشیم" (مشارکت کننده شماره ۱۴).

یکی دیگر از مشارکت کنندگان بیان نمود:

"ما بخود پرستار فکر نمی کنیم، ما نهایتاً به این فکر می کنیم که چه کاری را می توانیم انجام بدهیم که باعث نجات جان بیمارمان می شود" (مشارکت کننده شماره ۱۱).

برخی از مشارکت کنندگان، بر اهمیت نقشی که اجرای دارو در شرایط اورژانسی بر آسودگی خیال و آرامش وجدان آنها داشت تأکید می نمودند که در زیر طبقه "وجدان انسانی" مورد اشاره قرار گرفت. عبارت ذیل مبین دیدگاه یکی از مشارکت کنندگان می باشد:

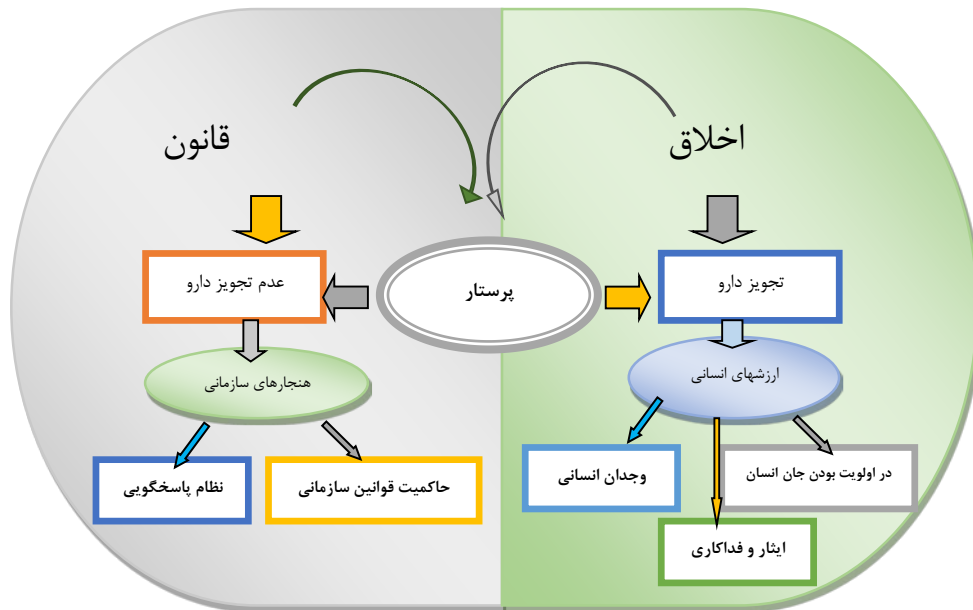
"شاید یک دلیلش اینه که هر چی بیشتر با حیات مریض درگیر باشه، بیشتر خودتو ملزم میکنی که مشکل مریض رو بر طرف کنی. یک نکته که خیلی مهم هست، همیشه بعد از اونکه یک مریضی رو CPR می کنی و اون مریض برمبگرده، انگار یک حیات به خودت دادی. اون موقع وجدانت آسوده است. من همیشه همچین حسی رو دارم و این حس برام خیلی قشنگه" (مشارکت کننده شماره ۳).

"ایثار و فداکاری" یکی از زیر طبقات پدیدار شده در تحلیل داده ها بود. برخی از مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر معتقد بودند که تجویز پرستاری غیر از افزایش بار مسئولیت برای پرستاران، پیامد خاصی برای این گروه نخواهد داشت و درواقع آنها با انجام این کار با گذشتن از راحتی خود به نوعی "ایثار" می نمایند. عبارت زیر مبین این مطلب می باشد:

"پرستار هر کاری که انجام می دهد برای مریض انجام میدهد، برای خودش انجام نمی دهد. بنظر من حتی این کار (تجویز دارو) ممکن است مسئولیت پرستار را هم بیشتر بکند و حتی تبعاتی برایش داشته باشد. چیزی که ما از آن صحبت می کنیم نفعی است که مریض و نظام سلامت از آن می برد نه خود پرستار" (مشارکت کننده شماره ۶).

طبقه دوم: "هنجارهای سازمانی"

نتایج بررسی دیدگاه های مشارکت کنندگان نشان داد که برخی از آنها به مسایلی اشاره می کردند که موجب می شود، غیر از موارد اورژانس که نیازمند اقدامات حیاتی برای بیمار است، آنها تمایلی برای اجرای دارو بدون تجویز پزشک نداشته باشند، که اهم این موارد در زیر طبقاتی با عناوین "حاکمیت قوانین سازمانی" و "نظام پاسخگویی" تبلور یافتند.



نمودار ۱: نمای شماتیک از طبقات و زیر طبقات پدیدار شده

بحث:

واژه هایی هستند که از دیرباز در ادبیات دینی مسلمانان وجود داشته است. از دیدگاه قرآنی همه انسانها فی نفسه شایسته احترام بوده و از منزلت و کرامت ذاتی برخوردارند. سازمان جهانی بهداشت نیز در اعلامیه های خود به اهمیت حفظ شأن و مقام انسانی به عنوان پایه و اساس سلامتی انسانها و ارتقاء سلامت بیماران تأکید کرده است [۲۰]. بر این اساس رعایت کرامت اسلامی و انسانی به عنوان بخشی از وظایف اخلاقی و قانونی حرفه پزشکی و وابسته در موارد متعددی مورد تصریح قرار گرفته است [۱]. در عرصه پزشکی نیز این حکم صادق است و اساساً حرکت طب بر محور اخلاق بوده و پایه های آن بر مبانی اخلاقی استوار است. کوشش برای نجات جان انسانها و اعاده حیات و سلامت به آنان و درمان بیماریها و تشفی و تسکین آلام درمندان و تلاش در بقای نسل و سالم سازی محیط انسانی خود از ارزشهای اخلاقی است [۲۱]. پرستاری نیز بعنوان یک حرفه انسانی مطرح می باشد و افرادی که وارد این حرفه می-شوند با این دیدگاه آشنایی داشته و برای بیماران ارزش قائل بوده و هرگز بیماران را بی اهمیت نمی شمارند [۲۲]. پرستاران علائق خویش را برآورده کردن نیازهای بیماران خود می-کنند [۲۳]. غیر از بحث دین و تأثیر آن بر عملکرد افراد، نکته ای که ذکر آن ضروری به نظرمی رسد، عملکرد افراد در موارد اورژانس است. دانستن این نکته ابهامات موجود برای این سؤال که آیا پرستاران بدون اجازه پزشک اجازه تجویز دارو دارند یا خیر را مشخص می نماید. در حالت اورژانس، ارائه خدمات پرستاری

یافته های این مطالعه دربردارنده دو طبقه اصلی مشتمل بر "ارزش های انسانی" و "هنگارهای سازمانی" است. در طبقه اول (ارزش های انسانی)، بررسی دیدگاههای مشارکت کنندگان نشان داد که اکثریت آنها در رابطه با علت اجرای تجویز دارو بدون تجویز پزشک به "در اولویت بودن جان انسان"، "وجدان انسانی" و "ایثار و فداکاری" در مراقبت از بیماران اذعان داشتند. از نظر مشارکت کنندگان این عوامل باعث می شود که در شرایط بحرانی که نیازمند اقدامات فوری و حیات بخش برای بیماران است، پرستاران خود را فراموش نمایند و نجات جان بیماران را در اولویت قرار دهند. این چنین عملکردی در جامعه اسلامی دور از انتظار نیست. در اسلام نجات جان انسان ها یکی از مهم ترین ارزش ها است [۱۶]. خداوند در قرآن می فرماید "و من احیایا فکانما احیا الناس جمیعاً" یعنی "هرکس انسانی را زنده نماید، گویا به همه انسانها حیات بخشیده است" [۱۷]. در بسیاری از جوامع نیز ارزشهایی همچون حیات بشر، سلامتی، عشق، عدالت و حقوق بشر، بعنوان ارزشهای مطلق و مقدس در نظر گرفته می-شوند و بدین ترتیب بده بستان آنها با ارزشهای دنیوی، تابو (ممنوع و نکوهیده) تلقی می-گردد [۱۸]. پایبندی به ارزشهای مقدسی که افراد بدان معتقد هستند، دلیل مناسبی برای ترجیح یک گزینه خاص و ایجاد نوعی قانون ذهنی اخلاقی یا قانون انتخاب فراهم می نماید [۱۲]. از طرف دیگر انسان موضوع اصلی در علم پزشکی است و حفظ کرامت و ارزش والای آن در حیطه پزشکی بسیار اهمیت دارد [۱۹]. شأن، منزلت و کرامت انسانی

لااقل در موارد اورژانس بودند؛ زیرا وجود چارچوب قانونی و مقررات حرفه ای، پرستاران را قادر می‌سازد تا با مجوز، دارو تجویز نمایند. اجرای دارو، بدون مجوز قانونی، فقط خاص کشور ما نیست و چنانچه مایلز و همکاران (۲۰۰۶) اشاره می‌کنند، این مسئله در کشورهای کم درآمد نیز رایج است. بطوریکه که پرستاران اغلب در این کشورها، نقش‌های مختلفی از جمله تجویز دارو را ایفا می‌نمایند، بدون آنکه حتی آموزش کافی دیده باشند و یا اینکه قانون و مقررات خاصی در این زمینه وجود داشته باشد [۲۶]. در حال حاضر قوانین جاری برای تجویز پرستاری در بریتانیا بیش از سایر نقاط جهان است [۳۰-۲۷]. به طوریکه چارچوب‌های قانونی و نظارتی برای اجرا و حمایت از تجویز پرستاری آن در سطح بین‌المللی حتی در قیاس با کشورهای پیشرفته ای مانند ایالات متحده آمریکا، کانادا، استرالیا و نیوزیلند نیز متفاوت است [۲۶ و ۳۰]. ولی در کشورهای فقیر و کم درآمد، محدودیت‌های قابل توجه در زیرساخت‌های مالی، انسانی و فیزیکی و نیز بی‌ثباتی سیاسی منجر به ضعف سیستم‌های حاکمیتی می‌گردد، که همین امر موجب می‌شود، اجرای برنامه تجویز پرستاری و نیز اخذ مجوز قانونی آن، در کوتاه مدت، قابل اجرا نباشد [۲۶]. به هر حال و علی‌رغم فراهم نبودن زیرساخت‌های لازم این موضوع سبب نشده است که پرستاران دارو تجویز نمایند و چنانچه "بوسکیل" نیز اشاره می‌کند، پرستاران از مدت‌ها قبل و پیش از کسب اختیارات قانونی برای بیماران خود، دارو تجویز می‌نموده‌اند و دستیابی به اختیارات قانونی از طریق سیاست‌های تجویزی، گام بعدی و یک پروسه طبیعی در توسعه نقش پرستار بوده است [۳۱]. عملکرد پرستاران در پژوهش حاضر نیز تأییدی بر این ادعا است. در زیرطبقه "نظام پاسخگویی"، مشارکت‌کنندگان بیان داشتند که بدلیل وجود سیستم پاسخگویی به مافوق (علی‌الخصوص پزشکان) که ممکن است موجب پیامدهای ناخوشایند برای آنان گردد، ترجیح می‌دهند بدون مجوز پزشک دارو تجویز نمایند. پاسخگویی عبارت است از عمل مسئول ساختن فرد یا افرادی مشخص در قبال وظایف محوله یا به عبارتی دیگر، دلیل آوردن و دلیل خواستن برای کارهای انجام شده و وظایف انجام نشده [۳۲] و از آنجائیکه در دنیای امروز دیدگاه‌های سلامت چشم-اندازی وسیع تر یافته و رشد انتظارات و توجه مردم جهت ایجاد نظام سلامتی پاسخگو در برابر عملکرد را افزایش داده است [۳۳] و با عنایت به اینکه مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه در حوزه سلامت و بیماری است [۳۴] انتظار می‌رود نظام پاسخگویی نیز در همین جهت استوار گردد و به نظر می‌رسد مهمترین راهکار برای پاسخگویی مناسب، عمل به وظایف محوله است. وظیفه یا تکلیف گاهی به مفهوم بسیار وسیع برای اشاره به اعمالی (یا حتی

و در بعضی موارد معالجه به صورت فوری ضروری است، زیرا جان بیمار یا سلامتی او در معرض خطر جدی است. مفهوم تئوری اورژانس که در پزشکی حول عنصر فوریت مطرح شده، این است که مداخله سریع پزشکی ضروری است و تأخیر بردار نیست. لفظ پزشک در این نظریه باعث نمی‌شود که آن را محدود به اطبا نماییم، زیرا در این جا استعمال لفظ پزشک ناظر به مورد غالب بوده است و با عنایت به این نظریه، در موارد اورژانس و در صورت عدم دسترسی به پزشک یا متخصص، پرستاران مختار و بلکه مکلف به ارائه خدمات درمانی ضروری برای نجات بیمار هستند [۱]. فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنان چه اقدام فوری به عمل نیاید، باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض لاعلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد. بر همین اساس، در این حالات پرستار هم به استناد قانون مجازات خودداری از کمک به افراد آسیب دیده و هم به استناد ماده ۹ قانون تشکیل وزارت بهداشت و تکالیف حرفه ای که به موجب قانون و اخلاق و عرف خاص حرفه ای بر عهده دارد، مکلف به کمک به چنین افرادی است و در صورت ترک نجات و امداد، با اجتماع شرایط مقرر قانونی، حسب مورد به مسولیت مدنی و کیفری و بعضاً انتظامی نیز ممکن است، محکوم شود. پرستاران در چنین شرایطی نمی‌توانند به نداشتن اذن پزشک استنادکنند و خود را تبرئه سازند، زیرا در شرایط اورژانس، نیاز به اذن نیست. معیار تشخیص فوریت، خود پرستاران هستند [۱].

در خصوص طبقه دوم (هنجارهای سازمانی) دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان نشان داد که برخی از آنها به مسائلی با عنوان "حاکمیت قوانین سازمانی" و "نظام پاسخگویی" اشاره می‌کردند که موجب می‌شود، آنها غیر از موارد اورژانس که نیازمند اقدامات حیاتی برای بیمار است، تمایلی برای اجرای دارو بدون تجویز پزشک نداشته باشند.

در رابطه با قوانین سازمانی بررسی‌های مختلف حاکی از آن است که در موارد زیادی فراهم کنندگان مراقبت، آگاهی کافی از مسائل قانونی مرتبط با شغل خود را ندارند [۲۴]. مطالعه احمدی و همکاران در لرستان نیز نشان داد که میزان آگاهی پرستاران از جنبه‌های قانونی مراقبت، کم تر از سایر مراقبان بهداشتی بود [۲۴ و ۲۵]. درحالی که کلیه افرادی که در فرایند درمان بیمار شرکت دارند باید آگاهی کامل از جنبه‌های قانونی کار و حرفه خود داشته باشند [۲۴]. بررسی دیدگاه‌های مشارکت-کنندگان مطالعه حاضر نشان داد که همگی در رابطه با عدم وجود مجوز قانونی برای تجویز دارو توسط پرستاران در قوانین سازمانی از آگاهی لازم برخوردار بودند و خواستار ایجاد چارچوب قانونی آن

فراوان مشارکت کنندگان به راحتی امکان پذیر نبود و پژوهشگر با پیگیری های متوالی توانست با آنها هماهنگی نماید.

نتیجه گیری:

در مطالعه حاضر مشارکت کنندگان علی رغم آگاهی از موانع قانونی برای تجویز دارو، در برخی از شرایط اورژانس برای نجات جان بیماران اقدام به این تجویز دارو می نمودند و به نظر می رسد آنها بدلیل پایبندی به اصول اخلاقی و ارزشهای مقدس ناشی از آموزه های دینی خود حاضر شده اند تا با پشت پا زدن به ارزشهای مادی همانند وظیفه شناسی و قانونگرایی، و نیز با به خطر انداختن حیثیت حرفه ای خود، حیات بیماران را در اولویت قرار دهند و جان آنها را نجات بخشند. از سیاست گذاران نظام سلامت نیز انتظار می رود تا با تدوین قانون و مقررات روشن در تسهیل شرایط مناسب برای تجویز پرستاران علی الخصوص در شرایط اورژانس در این اقدام بشردوستانه سهیم باشند.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه مشارکت کنندگان مرکز منتخب که با شرکت در پژوهش ما را همراهی نمودند، اعلام می نمایند. پژوهش حاضر حاصل طرح تحقیقاتی با کد اخلاق ۱۹۲۹ می باشد که توسط دانشگاه های علوم پزشکی تهران و ایران مورد حمایت قرار گرفته است و بدین وسیله از دانشگاه های مذکور سپاسگزاری می گردد.

تعارض منافع:

نویسندگان هیچ تعارض منافی را اعلام نمی نمایند.

خودداری از اعمالی) بکار برده می شود که به وسیله قوانینی امر یا نهی می شود. هرگاه مقررات قانونی اشخاص را به انجام دادن عملی یا به خودداری از انجام آن ملزم سازند موضوع "وظیفه قانونی" مطرح می شود و زمانیکه شخص برای انجام دادن یا انجام ندادنش دلیلی اخلاقی داشته باشد بحث "وظیفه اخلاقی" مورد تأکید قرار می گیرد [۳۵]. بر این اساس موضوع عدم اجرای دارو توسط پرستاران بدون تجویز پزشک در شرایط غیر اورژانس ناظر به اجرای وظیفه قانونی است، ولی اجرای دارو در شرایط "اورژانس" مؤید اجرای وظیفه اخلاقی آنها است. به بیان دیگر مشارکت کنندگان پژوهش حاضر در هر دو موقعیت اورژانس و غیر اورژانس، به وظیفه (قانونی و اخلاقی) خود عمل نموده اند و موضوعی که انتظار می رود مورد توجه مسئولین قرار گیرد، آن است که همزمان با توسعه نقش، قوانین حرفه ای نیز برای آنها در نظر گرفته شود، زیرا مسئولیت های حقوقی نیز بر اساس نقش های جدید توسعه خواهند یافت. هنگامی که افراد بدانند چه کسی، چه کاری را در چه زمانی و چگونه انجام می دهد، احساس امنیت بیشتری می کنند و با توجه به تداخلات کاری که در فعالیت های پرستاری وجود دارند، نیاز به قوانینی وجود دارد تا اطمینان حاصل شود که پرستاران مطابق توانایی های خودشان و بر اساس آموزش هایی که دیده اند و در چهارچوب محدودیت های قانونی فعالیت می کنند. وجود قوانین و مقررات باعث افزایش پاسخگویی شده و مانع از بروز فعالیتهای غیر رسمی می گردد. عدم وجود چنین قلمرویی نادیده گرفتن سهم منحصر بفرد و با ارزش پرستاران در سیستم مراقبت از سلامتی است [۳۶]. از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم دسترسی آسان به نمونه ها برای اجرای مصاحبه با آنها اشاره نمود، که این امر بدلیل مشغله

References:

1. Salehi H. A brief introduction to civil liability of nurses. J Med Ethics 2013; 7(25): 163-186. (Persian)
2. Tahery N, Rashidi-Avandi M, Hojjati H, Gorgian Z. Factors of affecting harmful medication errors viewed by nurses employed by the hospitals affiliated to Abadan University of Medical Sciences, 2011. J Educ Ethics Nurs 2013; 2(3):47-52. (Persian)
3. Abbas-Zadeh A, Borhani F, Hoseinabadi Farahani MJ, Ghasemi E, Naderi Ravesh N. Moral distress among nurses of Shahid Beheshti University of medical sciences hospitals in 2013. J Med Ethics 2014; 8(29): 121-143. (Persian)
4. Sadeghi R, Ashktorab T. Ethical Problems Observed by Nurse Students: Qualification Approach. Med Ethics J 2011; 5(15): 43 - 62. (Persian)
5. Abbas-Zadeh A, Borhani F, Kalantary S. Moral distress of nurses in medical centers the city of Bam in 2011. J Med Ethics 2011; 5(17): 119-140. (Persian)
6. Saber S, Kianian T, Mehrabian S, Bastami MR. Observance of professional ethics in the performance of invasive procedures by nurses. J Med Ethics 2015; 9(31): 75-93. (Persian)
7. Sanjari M, Zahedi F, Larjani B. Ethical codes of nursing and the practical necessity in iran. Iran J Publ Health 2008; 37 (1): 22- 27.
8. Callister LC, Luthy KE, Thompson P, Memmott RJ. Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. Nurs Ethics 2009; 16(4): 499-510.
9. RCN. Nurse prescribing in the UK. 2014. Available at: URL: https://www.rcn.org.uk/aboutus/wales/from_the_directors_office/nurse_prescribing.

10. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA, Mokhtari-Lakeh N. Iran's health policymakers' views on barriers and facilitators of nurse prescribing in their context: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2016; 21(3):297-305.
11. Darvishpour A, Joolae S, Cheraghi MA. A meta-synthesis study of literature review and systematic review published in nurse prescribing. *Med J Islam Repub Iran* 2014; 28(77): 1-12.
12. Darvishpour A. Situational analysis of nurse prescribing in Iran and the world: comparison of contexts. PhD Thesis of nursing. Tehran. Iran University of Medical Sciences; 2014. (Persian)
13. Elo S, Kääriäinen M, Kanste Q, Pölkki T, Utriainen K, Kyngäs H. qualitative content analysis a focus on trustworthiness. *SAGE Open* 2014;1-14. Available at: URL: <http://sgo.sagepub.com/content/4/1/21582440145226> 33.
14. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1):107-115.
15. Polit DF, Beck CT. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, & Utilization*. 6th ed. Philadelphia, Lippincott; 2006.
16. Abbas-Zadeh A, Borhani F, Sharif F, Toghray F. The relationship between nurse's moral distress and end of life decision making in ICU. *J Med Ethics* 2013; 6(22): 117-133. (Persian)
17. Zeratkar M, Mahmoudian F. A study on the Ethics of Medical Profession in Iranian and Islamic old Texts. *J Med Ethics* 2009; 3(7): 141-164. (Persian)
18. Hanselmann M, Carmen Tanne C. Taboos and conflicts in decision making: Sacred values, decision difficulty, and emotions. *Judgment Decis Mak* 2008; 3(1): 51-63.
19. Adel F, Ataei Gh. The place of ethics in Iranian medical education. *J Educ Ethics Nurs* 2013; 1(1): 1-7. (Persian)
20. Yousefi -Maghsoudbeiki H, Naderi M, Tajmiri M, Daryabeigi R. Privacy as an aspect of human dignity in nursing. *J Educ Ethics Nurs* 2013; 2(4); 21-27.
21. Zeraatkar M, Mohamadian F. Study of medical ethics in some ancient texts and Islam. *J Med Ethics* 2009; 3(7): 141-164. (Persian)
22. Borhani F, Abbas-zadeh A, Arab M, Faramarzpour M. Moral distress in nurses working in teaching hospitals in Jiroft. *J Med Ethics* 2013; 7(26): 135-157. (Persian)
23. Joolae S, Jalili HR, Rafie F, Haqqani H, Haji Babaei F. Investigate the relationship between workplace ethics and nurses' job satisfaction in selected wards of Tehran University of Medical Sciences teaching hospitals in 2009. *J Med Ethics* 2011; 5(15): 11-23. (Persian)
24. Ahmadi M S, Sheikhtaheri A, Kimiafar K, Esmaeili M, Mosavi M. Knowledge of health care providers about legal aspects of medical records in teaching hospitals affiliated to Lorestan university of medical sciences. *Yafteh* 2011; 13 (3):45-55. (Persian)
25. Adib Hajbageri M, Safa A, Aminolroayae-Yamini E. Nurses' knowledge of ethical and legal issues in elderly care. *J Med Ethics* 2015; 9(31): 169-191. (Persian)
26. Miles K, Seitio O, Mc Gilvray M. Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *Int Nurs Rev* 2006; 53(4): 290-296.
27. Courtenay M, Carey N, Stenner K. An overview of non medical prescribing across one strategic health authority: a questionnaire survey. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(138):1-13.
28. Carey N, Stenner K. Does non-medical prescribing make a difference to patients? *Nurs Times* 2011; 107(26):14-16.
29. NHS Scotland Government Agency. Independent and Supplementary Prescribing 2013 Available at: URL: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/3046509/2013-ind__supp_prescribing_report_nes-final.pdf.
30. Stenner K, Carey N, Courtenay M. Implementing nurse prescribing: a case study in diabetes. *J Adv Nurs* 2010; 66(3): 522-531.
31. Bowskill D. (2009). The Integration of Nurse Prescribing: Case Studies in Primary and Secondary Care. Thesis for the degree of Doctor of Health Science. University of Nottingham. Available at: URL: <http://etheses.nottingham.ac.uk/1036>.
32. Khanbashi M, Zahedi Sh, Alvani SM. Accountability: the basis for public trust enhancement. *Q Order Secur Guards* 2011, 4(2): 25-50. (Persian)
33. The National Institute for Health Research Islamic Republic of Iran. Objectives and components of the health reform plan. Available online at: <http://nihr.tums.ac.ir/>
34. World Health Organization. *Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. Geneva: World Health Organization; 2007.
35. Parham B. *A dictionary of the social sciences*. Tehran: Maziar press; 2013. (Persian)
36. Hosseini M M. *Fundamental of nursing management*. Tehran: Hakim press; 2010. (Persian)

Manifestations of Ethics and law in nurse prescribing: a qualitative content analysis

Azar Darvishpour^{*1,2}, Soodabeh Joolae³, Mohammad Ali Cheraghi⁴

Received: 2017/19/04

Accepted: 2017/11/11

1. Dept of Nursing, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
2. Social Determinants of Health Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
3. Dept of Nursing Management, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Science, Tehran, Iran
4. Dept of Critical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.2, Summer 2016

J Educ Ethics Nurs 2016;5(2):39-48

Abstract:

Introduction:

Due to different reasons, nurses are always faced with numerous ethical issues in daily clinical practice. One of the most controversial issues is in relation to the nurse prescribing. This study aimed to describe the reasons for prescribing by nurses in some clinical situations.

Materials and Methods:

This descriptive qualitative study was carried out with the participation of 19 nurses working in one of the educational centers of Tehran University of Medical Sciences through interviews in 2014. Purposeful sampling through semi-structured interviews was used to collect data. Data analysis was performed using conventional (inductive) content analysis and coding was done by the MAXQDA (2007) software. To achieve the accuracy and reliability of the data, the Lincoln and Guba authenticity criteria were used.

Results:

Analysis of the recorded interviews of participants in this study resulted in 5 subcategories and 2 main categories. The main emerged categories were "human values" (with three subcategories entitled "the priority of human life, "human conscience" and "sacrifice and dedication") and "organizational norms"(with two subcategories namely "governance of organizational rules" and "accountability system").

Conclusion:

Despite being aware of the lack of legal authority to prescribe drugs, the participants of this study prioritize patients' life, due to adhere to ethical principles. The health system policy-makers are expected to facilitate the development of legislation and clear regulations of nurse prescribing in order to have a contribution in humanitarian action.

Keywords: Ethics, Law, Nursing Prescribing, Qualitative Research, Content Analysis

* Corresponding author Email: darvishpour@gums.ac.ir