

ارتباط استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامتی پرستاران با

فراشناخت اخلاقی آنان

جماله عاشوری^۱

چکیده

زمینه و هدف: فراشناخت اخلاقی نشان‌دهنده دانش افراد از ماهیت، اصول و فرایندهای اخلاقی است. فراشناخت اخلاقی تحت تأثیر متغیرهایی مانند استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی است. هدف این پژوهش بررسی رابطه استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامتی پرستاران با فراشناخت اخلاقی آنان بود.

روش: این مطالعه توصیفی - تحلیلی از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری این پژوهش را پرستاران شاغل در بیمارستان‌های ۱۵ خرداد و شهید مفتاح شهرستان ورامین، در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. در مجموع ۹۰ پرستار به روش تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه‌های استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی، سلامت و فراشناخت اخلاقی را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 انجام شد.

یافته‌ها: بین استدلال اخلاقی ($r=0/35$)، رفتار اخلاقی ($r=0/42$) و سلامت ($r=0/29$) با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار مشاهده شد ($p \leq 0/01$). سه متغیر نام‌برده توانستند ۳۷/۲ درصد از واریانس فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کنند، سهم رفتار اخلاقی بیش از دو متغیر دیگر بود.

۱. دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران.

Email: jamal_ashoori@yahoo.com

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۷/۲ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۸/۴

بحث و نتیجه‌گیری: رفتار اخلاقی، سلامت و استدلال اخلاقی مهم‌ترین متغیرهای پیش‌بینی‌کننده فراشناخت اخلاقی بودند. بنابراین توصیه می‌شود، برنامه‌ریزان و مشاوران در برنامه‌ریزی برای بهبود فراشناخت اخلاقی پرستاران متغیرهای نام‌برده را در نظر داشته باشند.

واژگان کلیدی

استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی، سلامت، فراشناخت اخلاقی، پرستاری

مقدمه

اخلاق و ارزش‌های اخلاقی و چگونگی شکل‌گیری آن از مباحث اصلی و اساسی در روانشناسی است. یکی از موضوعاتی که در پیشینه رشد اخلاق توجه کم‌تری به آن شده است، فراشناخت اخلاقی یا فراشناخت اخلاقی است (۱). فراشناخت به دانشی که افراد درباره فرایندهای شناختی خود دارند، اطلاق می‌شود. از طریق شبیه‌بودن بحث‌های فراشناختی، فراشناخت اخلاقی به دانشی که افراد درباره اخلاق خویش دارند، اطلاق می‌شود. به طور ویژه فراشناخت اخلاقی نشان‌دهنده آگاهی شخص از ماهیت، اصول و فرایندهای اخلاقی است که در زمان استدلال اخلاقی یا رفتار اخلاقی همه دانش و عقاید که در مورد اخلاقی‌بودن در حافظه درازمدت ذخیره شده است، بازنمایی می‌کند (۲). فراشناخت اخلاقی را همانند دانش فراشناختی به سه قسمت تقسیم کرده‌اند که شامل دانش اخلاقی در زمینه شخصی، دانش اخلاقی در زمینه تکلیف و دانش اخلاقی در زمینه راهبردها می‌باشد (۳).

اولین بخش دانش اخلاقی در زمینه شخص می‌باشد. افراد نیاز دارند که بدانند چه ویژگی‌های فردی برنامه‌های زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً آگاهی‌های افراد از عواملی مانند اشتغال، اجتماعی‌شدن، تاریخ، سن و برنامه‌های اقتصادی بر استدلال‌های آن‌ها درباره موضوع‌های اخلاقی تأثیر خواهد گذاشت. همچنین فراشناخت اخلاقی شامل دانشی که افراد در مورد اشخاص اخلاقی دارند، می‌شود. دومین بخش دانش اخلاقی در زمینه تکلیف می‌باشد. نظارت و کنترل رفتارها به ادراکی که افراد در مورد ویژگی‌های تکلیف دارند، وابسته است. کودکی که فهم بهتری از اهداف، موقعیت و عواملی که برای انجام عمل اخلاقی لازم است داشته باشد، احتمال بیشتری دارد که درجات بالایی از رفتار اخلاقی را در قیاس

با کودکی که در فهم کامل ماهیت یک تکلیف شکست می‌خورد، نشان دهد. سومین بخش دانش اخلاقی در زمینه راهبردها می‌باشد. به یک مجموعه عملیات که برای رسیدن به هدف معینی طرح‌ریزی شده است، راهبرد گفته می‌شود. راهبردهای مطمئن یا طرح‌های مناسب در عمل اخلاقی، تحت کنترل آگاهی فرد قرار دارد. بنابراین افرادی که راهبردهای اندوخته‌شده بیشتری برای اعمال اخلاقی خود دارند، از این راهبردها در اعمال اخلاقی خود استفاده خواهند کرد (۳). فراشناخت اخلاقی تحت تأثیر متغیرهای زیادی است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت اشاره کرد.

یکی از عواملی که با فراشناخت اخلاقی ارتباط دارد، استدلال اخلاقی است. استدلال اخلاقی فرایند استدلال آگاهانه درباره خوبی و بدی اعمال است. مثلاً آزمودنی توضیح می‌دهد که اگر دزدی کنیم و بعداً دیگران متوجه این عمل شوند، باعث بی‌آبرویی است، در نتیجه دزدی کار خوبی نیست (۴). Piaget بر اساس مشاهداتی که از افراد در سنین متفاوت به عمل آورد، به این نتیجه رسید که درک افراد از قوانین شامل چهار مرحله است. نخستین مرحله، مرحل پیش عملیاتی است. کودکان در این مرحله از قوانین درک شخصی و مبتنی بر اندیشه فردی دارند. در پنج سالگی مرحله دوم آغاز می‌شود و کودک خود را موظف به رعایت قوانین می‌داند. در این مرحله کودک قوانین را اموری مقدس می‌شمرد که خدا یا والدین آن‌ها را وضع کرده‌اند. این قوانین همیشگی هستند و نمی‌توان آن‌ها را دستکاری کرد. در این مرحله کودک بر اساس نتیجه عمل استدلال می‌کند، نه بر اساس قصد و نیت. در مرحله سوم رشد اخلاقی، کودک به مرور درک می‌کند که بعضی از قوانین، عرف اجتماعی هستند و اگر همه افراد موافق باشند، ایجاد تغییر در آن‌ها امکان‌پذیر است. به مرور واقع‌گرایی اخلاقی در آن‌ها رو به کاهش

می‌رود و در استدلال‌های اخلاقی این کودکان توجه به نسبی‌گرایی اخلاقی بیشتر می‌شود و از این پس به قصد و نیت فرد در استدلال‌های اخلاقی توجه می‌کنند. آغاز مرحله عملیات صوری مقارن با مرحله چهارم درک قوانین اخلاقی است. در این مرحله نوجوانان علاقمند هستند تا قوانینی وضع کنند که حتی در موقعیت‌هایی که هرگز با آن مواجه نبوده‌اند، کاربرد داشته باشد. این مرحله با نوعی استدلال اخلاقی ایدئولوژیک مشخص می‌شود که بیشتر به مسائل اجتماعی مربوط می‌شود تا موقعیت‌های فردی و بین فردی (۵). به طور خلاصه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استدلال اخلاقی با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار دارند (۲، ۳، ۶-۸). برای مثال Crumpei و همکاران در پژوهشی که بر روی دانش‌آموزان رومانیایی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که دانش‌آموزانی که استدلال اخلاقی بالاتری داشتند به میزان بیشتری دارای فراشناخت اخلاقی بودند (۷). همچنین طالب‌زاده ثانی و کدیور به این نتیجه رسیدند که استدلال اخلاقی با فراخلاق رابطه مثبت و معناداری دارد (۸).

یکی دیگر از عواملی که با فراشناخت اخلاقی ارتباط دارد، رفتار اخلاقی می‌باشد. رفتار اخلاقی عبارت است از مجموعه‌ای از اعمال و رفتارهای پذیرش جامعه که از طریق پاداش و تنبیه فراگرفته شود (۹). مهم‌ترین کاستی نظریه پیازده این است که استدلال اخلاقی را برابر با رفتار اخلاقی می‌دانند، اما مطالعات نشان دادند که رابطه استدلال اخلاقی با رفتار اخلاقی بسیار ضعیف است. شناخت رفتار اخلاقی با شناخت ویژگی‌های فرد میسر نیست، بلکه رفتار فرد را باید در فضای اجتماعی و محیط پیرامونش تحلیل کرد (۱۰). رفتار اخلاقی فرد ممکن است خلاف استدلال‌های او باشد. Bandura فرایندهای شناختی و توجه را واسطه رفتار اخلاقی می‌داند. در تحلیل نظریه Bandura با توجه به وزن یکسان عناصر سه

گانه محیط، رفتار و شخص بر عمل تأثیر می‌گذارند، اگرچه استدلال اخلاقی بر عمل اخلاقی مؤثر است، عنصر عمل اخلاقی گویاتر از استدلال اخلاقی است. نظریه یادگیری اجتماعی هم بعد اجتماعی رفتار و هم بعد شناختی آن را که بیانگر فرایندهای فکر بر انگیزش، عواطف و عمل انسان است، مورد تأکید قرار می‌دهد (۱۱).

Eisenberg معتقد است که رفتار اخلاقی در سطح دیگر خواهانه است و از آرزوهای سرچشمه می‌گیرد که نه تنها به سود ماست، بلکه در جهت مصالح دیگران نیز هست (۱۲). مطالعات نشان داده‌اند که رفتار اخلاقی با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار دارد (۲، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۴). طالب‌زاده ثانی در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه دانش فراشناخت اخلاقی (فراخلاق) با استدلال و رفتار اخلاقی در بین دانش‌آموزان پسر سال سوم مدارس راهنمایی شهر تهران به این نتیجه رسید که بین فراشناخت اخلاقی با رفتار اخلاقی پسران سال سوم راهنمای رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۲). همچنین Hudders و De Backer به این نتیجه رسیدند که رفتار اخلاقی با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار دارد و افرادی که در رفتار اخلاقی نمره بالاتری می‌گیرند در مقایسه با افرادی که در رفتار اخلاقی نمره پایین‌تری می‌گیرند، نمره فراشناخت اخلاقی بیشتری دارند (۱۴).

سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی فرد که بین این سه جنبه تأثیر متقابل و پویا وجود دارد. همچنین سلامت قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی منطقی و دارا بودن معنا و هدف در زندگی تعریف می‌شود (۱۵). فردی از سلامت برخوردار است که از اضطراب و علائم ناتوانی به دور است و

بتواند ارتباط سازنده با دیگران برقرار سازد و قادر به مقابله با فشارهای زندگی باشد (۱۶). گیائی زاده نشان داد، دانش‌آموزانی که از سلامت بالاتری برخوردارند، در مقایسه با دانش‌آموزانی که از سلامت پایین‌تری برخوردارند، در استدلال اخلاقی نمره بالاتری می‌گیرند و از فراشناخت اخلاقی بالاتری برخوردارند (۱۸). همچنین De Backer & Hudders نشان دادند، افرادی که در فراشناخت اخلاقی نمره بالاتری می‌گیرند از سلامت بیشتری برخوردار هستند. آنان بیان کردند که بین سلامتی و فراشناخت اخلاقی رابطه معنادار وجود دارد (۱۴).

گرچه برخی مطالعات به بررسی نقش استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی اشاره داشته‌اند، ولی یکی از نارسایی‌های اصلی این مطالعات عدم توجه به نقش همزمان این متغیرها در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی است و سؤالی که مطرح می‌گردد، آن است که هنگامی که همه این متغیرها در یک مدل پیش‌بینی، همزمان در نظر گرفته شوند، کدامیک آگاهی بیشتری از فراشناخت اخلاقی خواهند داد؟ از این رو، پژوهش حاضر، با هدف تعیین رابطه استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت با فراشناخت اخلاقی پرستاران و نقش پیش‌بینی‌کننده آن‌ها انجام گرفته است.

روش

پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی و از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه این پژوهش را ۱۵۵ نفر پرستار شاغل در بیمارستان‌های ۱۵ خرداد و شهید مفتاح شهرستان ورامین در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. به منظور برآورد حجم نمونه از فرمول پیشنهادی Tabakhnick & Fidell استفاده شد. بر اساس این فرمول حداقل حجم نمونه لازم در مطالعات همبستگی از فرمول $N \geq 50 + 8M$ محاسبه

می‌شود. در این فرمول N حجم نمونه و M تعداد متغیرهای پیش‌بین (مستقل) می‌باشد (۲۰). از آنجایی که در این پژوهش ۳ متغیر پیش‌بین وجود داشت، حجم نمونه ۹۰ نفر برآورد گردید. از این رو، پس از دریافت فهرست پرستاران جامعه هدف، با استفاده از جدول اعداد تصادفی ۹۰ نفر انتخاب گردیدند. اطلاعات مورد نیاز بدون درج نام و نام خانوادگی، با رعایت اصل رازداری و دریافت رضایت‌نامه کتبی توسط چهار پرسشنامه زیر جمع‌آوری شد.

آزمون استدلال اخلاقی: برای اندازه‌گیری استدلال اخلاقی از آزمون تبیین مسائل که توسط Rest و همکاران طراحی شد، استفاده گردید. این ابزار شامل معماهای اخلاقی است که دارای دو فرم بلند (شش داستان) و کوتاه (سه داستان) می‌باشد که در این پژوهش از فرم کوتاه استفاده شد. فرم کوتاه این ابزار شامل سه داستان فرضی است که به دنبال هر داستان ۱۲ گویه با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره این آزمون از طریق جمع کردن نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. اعتبار پرسشنامه توسط آنان با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش گردیده است (۲۱). همچنین در ایران کدیور این پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی کرده و اعتبار آن را با روش بازآزمایی، ۰/۸۳ گزارش کرده است (۱۱). در این مطالعه ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد (جدول ۱).

سیاهه رفتار اخلاقی: این پرسشنامه توسط Swanson & Hill طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۵ گویه است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره این آزمون از طریق جمع کردن نمره گویه‌های آن به دست می‌آید. آنان اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کردند (۳). همچنین در ایران طالب‌زاده ثانی پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی

کرد و اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲). در این مطالعه ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد (جدول ۱).

پرسشنامه سلامت عمومی: این پرسشنامه توسط Goldberg & Hillier طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۸ گویه است که با استفاده از مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره این آزمون از طریق جمع کردن نمره گویه‌های آن تقسیم بر تعداد گویه‌ها به دست می‌آید. آنان اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند (۲۲). همچنین در ایران خلعتبری و همکاران پرسشنامه را هنجاریابی و اعتبار آن را با آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۲۳).

پرسشنامه فراشناخت اخلاقی: این پرسشنامه توسط Swanson & Hill طراحی شده و شامل خرده‌مقیاس‌های شخص، تکلیف و راهبرد است. این ابزار دارای ۱۵ گویه است که با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. نمره این آزمون از طریق جمع کردن نمره گویه‌های آن به دست می‌آید. آنان اعتبار کل پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند (۳). همچنین در ایران طالب‌زاده ثانی پرسشنامه را ترجمه و هنجاریابی کرده و اعتبار آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است (۲).

در این مطالعه ضریب اعتبار پرسشنامه‌ها به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد (جدول ۱). همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، یعنی شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام برای آزمون فرض‌های آماری استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS 19 مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان این پژوهش ۹۰ پرستار (۵۷ زن و ۳۳ مرد) با میانگین سنی ۳۱/۵ سال بودند. از میان آنان ۷۶ پرستار متأهل و ۱۴ پرستار مجرد بودند. برای بررسی روابط میان متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد (جدول ۱).

در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه استدلال اخلاقی ۰/۸۱، برای پرسشنامه رفتار اخلاقی ۰/۷۶، برای پرسشنامه سلامت عمومی ۰/۷۹ و برای پرسشنامه فراشناخت اخلاقی ۰/۷۵ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش نشان داد بین استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ($p \leq 0/01$). همچنین استدلال اخلاقی با رفتار اخلاقی و سلامت، و رفتار اخلاقی با سلامت رابطه مثبت و معنادار داشت. برای مشخص کردن سهم متغیرهای استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی از آزمون رگرسیون گام به گام استفاده شد (جدول ۲).

در مدل نخست، رفتار اخلاقی بیشترین توان را در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی داشته است. این متغیر توانست ۱۷/۶ درصد از تغییرات فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کند. در مدل دوم، پس از رفتار اخلاقی، سلامت وارد معادله شد. این دو متغیر توانستند ۲۹/۱ درصد از تغییرات فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کنند. در مدل سوم، استدلال اخلاقی وارد معادله شده و این سه متغیر توانستند ۳۷/۲ درصد از تغییرات متغیر فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کنند (جدول ۳).

با قبول ترتیب ورود متغیرها و با توجه به بتای استاندارد آن‌ها، یافته‌ها نشان داد که متغیر رفتار اخلاقی با بتای استاندارد ۰/۳۷، بیشترین سهم را در پیش‌بینی

تغییرات فراشناخت اخلاقی داشت، بعد از آن متغیرهای سلامت با بتای استاندارد ۰/۲۳ و استدلال اخلاقی با بتای استاندارد ۰/۱۹ نقش مثبت و مؤثری در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی داشتند.

بحث

یافته‌ها نشان داد، بین استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد و این سه متغیر توانستند ۳۷/۲ درصد از واریانس فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کنند.

استدلال اخلاقی با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار داشت که با یافته‌های Crumpei و همکاران، و طالب‌زاده ثانی و کدیور مشابهت داشت (۷ و ۸).

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد متناسب با میزان آگاهی از اصول و فرایندهای اخلاقی می‌توانند استدلال‌های اخلاقی ارائه دهند. از آنجا که در فراشناخت اخلاقی، فرد از اطلاعات ذخیره‌شده در حافظه خود برای حل مسأله جدید کمک می‌گیرد، هنگام روبروشدن با یک مسأله اخلاقی از اطلاعات خود برای حل آن استفاده کند. همچنین به نظر می‌رسد افرادی که از فراشناخت اخلاقی بالایی برخوردار هستند، با توجه به اطلاعات بسیاری که در زمینه ویژگی‌های افراد اخلاقی و ویژگی‌های شناختی خویش و راهبردهای متنوعی که برای حل مسائل خود دارند، احتمال بیشتری دارد که از ناهمخوانی استدلال‌شان آگاه شوند و برای رفع آن اقدام کنند. حل این ناهمخوانی‌ها موجب می‌شود که فرد بهتر بتواند در فرایند استدلال اخلاقی پیشرفت کند. تبیین دیگر این‌که افراد دارای استدلال اخلاقی قوی‌تر در مقایسه با افراد دارای استدلال اخلاقی ضعیف‌تر دارای توانایی بیشتری در توجه، بررسی دقیق و همه‌جانبه نقاط قوت و ضعف مسأله‌ها دارند، از

این رو، بهتر می‌توانند استدلال کنند و تصمیم بگیرند که این امر باعث افزایش فراشناخت اخلاقی در آنان می‌شود. همچنین رفتار اخلاقی با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار داشت. طالب‌زاده ثانی به نتایج مشابهی دست یافتند (۲).

De Backer & Hudders نیز به این نتیجه رسیدند، افرادی که در رفتار اخلاقی نمره بالاتری می‌گیرند در مقایسه با افرادی که در رفتار اخلاقی نمره پایین‌تری می‌گیرند، نمره فراشناخت اخلاقی بیشتری دارند (۱۴). در تبیین این یافته، می‌توان گفت که افراد بهره‌مند از دانش فراشناختی از راه واری، طراحی، هدایت، آزمون، تجدیدنظرکردن، ارزیابی فعالیت‌های شناختی و تفکر درباره عملکردهای شناختی به فعالیت‌های خود نظم دهد. بنابراین تا زمانی که افراد بتوانند هوشیارانه، فعالیت‌های شناختی خود را تحت نظارت و ارزیابی قرار دهند، می‌توانند از شکست‌ها و موفقیت‌های خود بهره‌گیرند، به راهبردهای سودمند ادامه دهند و راهبردهای غیر سودمند را کنار بگذارند. به این ترتیب افرادی که از فراشناخت اخلاقی بهره‌مند هستند به احتمال بیشتری رفتارهای خود را مورد ارزیابی قرار داده و در صورتی که آن‌ها را غیر سودمند و غیر اخلاقی تشخیص دهند، این رفتارها را کنار گذاشته و با توجه به شناخت و تجاربی که دارند، فعالیت‌های اخلاقی را انتخاب کنند. تبیین دیگر این‌که با توجه به میزان شناختی که فرد از تکالیف اخلاقی، راهبردها، و توانایی‌های شناختی خود دارد، از او انتظار می‌رود که از این اطلاعات را در اعمال خود بهره‌گیرد. از این رو اگر فردی از تکلیف، شناخت کافی داشته باشد و بداند چه رفتاری و یا چه کسانی اخلاقی هستند، و راهبردهای مناسب و متنوعی در اختیار داشته باشند، نسبت به شخصی که در این مورد توانایی کم‌تری دارد، اخلاقی‌تر رفتار می‌کند.

سلامت عمومی پرستار نیز با فراشناخت اخلاقی رابطه مثبت و معنادار داشت. گیائی‌زاده، Hudders و De Backer به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۴ و ۱۸). برخی نظریه‌پردازان فرایند رشد اخلاقی را با سلامتی مرتبط دانسته‌اند و اذعان داشته‌اند که هرچند رشد اخلاقی با عبور از مراحل مشخصی صورت می‌گیرد، اما فراشناخت اخلاقی افرادی که از سطح سلامت پایینی برخوردارند، در سطح پایین‌تری قرار دارد. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که هر چقدر افراد از سلامت بالاتری برخوردار باشند، میزان فراشناخت اخلاقی در آن‌ها بیشتر است (۲۴). این یافته با نظریه کلیبرگ مبنی بر این که افراد ممکن است در اثر محدودیت‌های شناختی، پذیرش اصول اخلاقی رایج، یا بیماری‌های روانی که ممکن است در فراشناخت اخلاقی اختلال ایجاد کنند، هماهنگ است. تبیین دیگر این که دارای سلامت کم‌تر مرتکب رفتارهای ضد اجتماعی می‌شوند، زیرا تبعیت از اصول اخلاقی بدون درک آن امکان‌پذیر نیست و این توانایی شناخت درست از نادرست است که مفاهیم ضروری اخلاقی، مسؤلیت‌پذیری قانونی و رفتار اخلاقی را تحت شعاع قرار می‌دهد. بنابراین افرادی که دارای سلامت بیشتری هستند، به میزان بیشتری دارای فراشناخت اخلاقی می‌باشند.

یافته‌ها نشان داد، رفتار اخلاقی، استدلال اخلاقی و سلامت به ترتیب رابطه بیشتری با فراشناخت اخلاقی در پرستاران داشتند. همچنین هنگامی که هر سه متغیر مذکور به طور همزمان برای پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی در نظر گرفته شوند با هم می‌توانند ۳۷/۲ درصد از تغییرات فراشناخت اخلاقی را پیش‌بینی کنند. با توجه به نتایج این پژوهش مشاوران، درمانگران و مسؤلان می‌توانند برای افزایش فراشناخت اخلاقی پرستاران، رفتار اخلاقی، استدلال اخلاقی و سلامت را در پرستاران ارتقا دهند.

نخستین و مهم‌ترین محدودیت این مطالعه استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی است. در این ابزارها ممکن است، افراد هنگام تکمیل آن‌ها خویشتن‌نگری کافی نداشته باشند و مسؤولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر، محدود بودن جامعه هدف به پرستاران شهرستان ورامین می‌باشد، لذا در تعمیم نتایج به سایر شهرها و مشاغل بیمارستانی باید احتیاط کرد. از این رو، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی برای اندازه‌گیری از مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود این پژوهش در شاغلین حرف بالینی دیگر، مانند مامایی و پزشکی انجام گیرد. پژوهش‌های مقایسه‌ای بین مشاغل پرستاری با مشاغل رشته غیر پزشکی نیز می‌تواند زمینه پژوهشی مفیدی برای علاقمندان به پژوهش باشد. همچنین با توجه به اهمیت استدلال اخلاقی و رفتار اخلاقی و تفاوت این مفهوم در زنان و مردان، ضروری است که در پژوهش‌های آتی استدلال اخلاقی و رفتار اخلاقی در هر جنس به طور جداگانه مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد. توصیه ما به مسؤولان و دست‌اندرکاران بهادادن به حرفه پرستاری، استفاده از شیوه‌های تقویتی مناسب و برگزاری کارگاه آموزشی به منظور ارتقای رشد فراشناخت اخلاقی و عملکرد بهتر پرستاران می‌باشد.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه مشخص شد در یک مدلی که استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامت به طور همزمان برای پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی رقابت نمودند، به ترتیب رفتار اخلاقی، سلامت و استدلال اخلاقی مؤثرترین متغیرها در پیش‌بینی فراشناخت اخلاقی بودند. در این مدل، رفتار اخلاقی بالاترین وزن را داشت. پس آنچه که در فراشناخت اخلاقی نقش عمده‌ای ایفا می‌کند، در وهله نخست، آن است که افراد چه اعمال و رفتارهای مورد پذیرش جامعه را از طریق پاداش و تنبیه یاد گرفته‌اند. بنابراین توصیه می‌شود برنامه‌ریزان و مشاوران، دانش روانشناسی خود را در این زمینه افزایش داده و علاوه بر آن به نشانه‌های متغیرهای نام‌برده توجه نموده و بر اساس آن برنامه‌هایی را برای بهبود فراشناخت اخلاقی پرستاران طراحی نمایند.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی مسئولین و پرستاران شاغل در بیمارستان‌های ۱۵ خرداد و شهید مفتح شهرستان ورامین که ما را در انجام این پژوهش حمایت و یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد، ضرایب همبستگی

متغیر	M	SD	۱	۲	۳
استدلال اخلاقی	۱۱۷/۳۶	۱۲/۹۸			
رفتار اخلاقی	۴۸/۵۲	۹/۷۱	۰/۱۹*		
سلامت	۲/۸۶	۰/۵۷	۰/۳۱**	۰/۳۷**	
فراشناخت اخلاقی	۴۹/۱۷	۸/۲۴	۰/۳۵**	۰/۴۲**	۰/۲۹**

*p<0.05

**p<0.01

جدول ۲: سهم متغیرهای در تحلیل رگرسیون با مدل گام به گام

متغیر پیش بین	R	R ²	تغییر R ²	تغییر F	df1	df2	احتمال
رفتار اخلاقی	۰/۴۲	۰/۱۷۶	۰/۱۷۶	۵۷/۳۴	۱	۸۸	۰/۰۰۱
رفتار اخلاقی و سلامت	۰/۵۴	۰/۲۹۱	۰/۱۱۵	۲۰/۸۶	۱	۸۷	۰/۰۰۱
رفتار اخلاقی، سلامت و استدلال اخلاقی	۰/۶۱	۰/۳۷۲	۰/۰۸۱	۸/۲۴	۱	۸۶	۰/۰۰۲

جدول ۳: ضرایب استاندارد و غیر استاندارد در معادله رگرسیون با مدل گام به گام

احتمال	T	ضرایب رگرسیون			متغیر پیش بین
		استاندارد شده Beta	خطای انحراف استاندارد	غیر استاندارد β	
۰/۰۰۱	۱/۶۸۰	۰/۳۹	۰/۷۵	۱/۲۶	رفتار اخلاقی
۰/۰۰۱	۱/۷۲۱	۰/۴۴	۰/۷۹	۱/۳۶	رفتار اخلاقی
۰/۰۰۱	۱/۸۶۷	۰/۲۶	۰/۶۸	۱/۲۷	سلامت
۰/۰۰۲	۱/۶۷۶	۰/۳۷	۰/۷۱	۱/۱۹	رفتار اخلاقی
۰/۰۰۲	۱/۷۶۵	۰/۲۳	۰/۶۴	۱/۱۳	سلامت
۰/۰۰۵	۱/۹۷۶	۰/۱۹	۰/۴۳	۰/۸۵	استدلال اخلاقی

فهرست منابع

1. Devries R, Zan B. Constructivist early education for moral development. *Early Educ & Develop.* 2000; 11: 19-35.
2. Talbzadeh H. *The relationship between metacognition with moral reasoning and behavior in high school boys Tehran [Master's Thesis]*. Tarbiat Moallem Tehran University; 2002: 1-8.
3. Swanson L, Hill G. Metacognitive aspects of moral reasoning and behavior. *J Adoles.* 1993; 28: 711-35.
4. Busra T, Ozgul YT, Gaye TT. The relationship between environmental moral reasoning and environmental attitudes of pre-service science teachers. *International Electro J Envir Educ.* 2011; 1(3): 167-78.
5. Msiu NY, Lam KCJ. A comparative study of ethical perceptions of managers and non-managers. *J Busi Ethi.* 2009; 88: 167-84.
6. Ebrahimi Ghavam S. Metacognition education and moral reasoning: a case report of high school girls in Iran. *Soci Behav Scien.* 2011; 29: 1816-23.
7. Crumpei I, Boncu S, Crumpei G. Environmental attitudes and ecological moral reasoning in Romanian students. *Soci Behav Scien.* 2014; 114: 461-5.
8. Talbzadeh H, Kadivar P. Investigation the relationship between moral metacognition with moral reasoning and moral behavior. *Journal of Educ.* 2003; 93: 7-32.
9. Rai TS, Holyoak KJ. Exposure to moral relativism compromises moral behavior. *J Experi Soci Psycho.* 2013; 49(6): 995-1001.
10. Korten Kortenkamp KV, Moore CF. Egocentrism and anthropocentrism: moral reasoning about ecological commons dilemmas. *J Envir Psycho.* 2001; 21: 261-72.
11. Kadivar P. *Educational Psychology*. Tehran: Samt Publication; 2004: 130.

12. Eisenberg N. Empathy related responding link with self-regulation, moral judgment and moral behavior. *Herzliya Symposium Forgiveness and Self-Forgiving*. 2001; 4(2): 107-26.
13. Hawley PH, Geldhof JG. Preschooler's social dominance, moral cognition, and moral behavior: An evolutionary perspective. *J Experi Chi Psycho*. 2012; 112(1): 18-35.
14. De Backer CS, Hudders L. Meat morals: relationship between meat consumption consumer attitudes towards human and animal welfare and moral behavior. *Meat Sci*. 2015; 99: 68-74.
15. Sharma NR, Sahrma A, Yadava A. Study of general mental health in relation to personality. *J Indian Heal Psycho*. 2006; 1(1): 67-75.
16. Zonderman AB, Ejiogu N, Norbeck J, Evans MK. The influence of health disparities on targeting cancer prevention efforts. *American J Pre Medic*. 2014; 46(3): 87-97.
17. Soleimani N. Investigation the relationship between moral behavior of managers with Organizational Citizenship Behavior of teachers and schools staff at Garmsar. *J Mode Thou Edu*. 2011; 7(1): 11-27.
18. Ghaisyzadeh M. The relationship of mental health and academic performance with grows of moral reasoning in girl students. *J Wom & Cultu*. 2011; 3(4): 111-22.
19. Heidary Chenary Y, Mahdavi Azadboni R. Psychological Health by Moral Commitment. *Soci Behav Sci*. 2011; 30: 2293-5.
20. Tabakhnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th Ed. Boston: Allyn & Bocon; 2007: 324.
21. Zadshir F, Stoki M, Emami Poor S. Comparison of student's moral judgment and social development in student: Investigating the role of teaching the holy Quran by memorization in independent schools in Tehran. *J App Psycho*. 2009; 3(2): 25-47.

22. Swami V, Chamorro Premuzic T, Sinniah D, et al. General health mediates the relationship between loneliness, life satisfaction and depression. *Soc Psychia Epide*. 2007; 42(2): 161-6.
23. Khalatbari J, Maddahi ME, Ghorbanshiroudi S, Keikhayfarzaneh MM. Studying the Relationship between Illogical Beliefs and General Health among Personals of Imam Sajjad Hospital in Ramsar Township. *Soci Behav Sci*. 2013; 84: 110-16.
24. Berger KS. *The Developing Person through the Life Span*. New York: Worth Publishing; 2001: 134.
25. Kortenkamp KV, Moore CF. Egocentrism and anthropocentrism: Moral reasoning about ecological commons dilemmas. *J Environ Psycho*. 2001; 21: 261-72.

Archive of SID

The relationship of nurse's moral reasoning, moral behavior and health with their moral metacognition

Jamal Ashoori¹

Abstract

Background and aim: Moral metacognition reflects knowledge of persons from moral nature, principles and processes. Moral metacognition is affected by variables such as moral reasoning, moral behavior and general health. The aim of this research was investigate the relationship of nurses moral reasoning, moral behavior and general health with their moral metacognition.

Methods: This is a descriptive analytical study of correlation. The statistical population were included all nurses in hospitals of 15 Khordad and Shahid Mofatteh in Varamin suburb in 2014. Totally 90 nurses were selected through simple random sampling. All of them completed the questionnaires of moral reasoning, moral behavior, general health and moral metacognition. Data was analyzed using Pearson correlation and stepwise regression by using of SPSS-19.

Findings: There is positive and significant relationship between moral reasoning ($r=0/35$), moral behavior ($r=0/42$) and general health ($r=0/29$) with moral metacognition ($p\leq 0/01$). In a predicted model, moral behavior, general health and moral reasoning predicted 37/2 percent of moral metacognition. The share of moral behavior was higher compare to other variables.

Conclusion: According to findings, moral behavior, general health and moral reasoning were the most important predictors of moral metacognition. Therefore, it is suggested that planners and counselors consider the symptoms of these variables and design appropriate programs to promoting of the nurses moral metacognition.

1. PhD of Psychology, Department of Psychology, Khorasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email: jamal_ashoori@yahoo.com

Keywords

Moral Reasoning, Moral Behavior, General Health, Moral Meta Cognition, Nursing

Please cite this article as:

Ashoori J. The relationship of nurse's moral reasoning, moral behavior and health with their moral metacognition. *J Med Ethics* 2015; 9(34): 55-76.

Archive of SID

ارتباط استدلال اخلاقی، رفتار اخلاقی و سلامتی پرستاران با فرآیند اخلاقی آنان