

ارزش ها و اخلاقیات در تصمیم گیری مبتنی بر عمل

واژه های کلیدی: مراقبت مشتری مدار؛ عمل مبتنی بر شواهد؛ شغل-درمانی؛ استدلال اخلاقی مبتنی بر-ارزش.

چکیده

پیش زمینه. ارزش ها، در نوشته های اخلاق در سلامت آشکار و مشهود هستند. با این حال، به ندرت روشن است که چگونه آنها در عمل قابل مشاهده باند. هدف. هدف این مطالعه، روشن نمودن این مورد است که چگونه ارزش ها در عمل اطلاعاتی را برای تصمیم گیری درمانگران شغلی فراهم می کنند. روش. پانزده درمانگر شغلی اجتماعی نیویورک، این مطالعه تجربی با روش های ترکیبی را تکمیل نمودند. یک پرسشنامه از پیش-مشورت شده قبل از مشورت در مورد یک مطالعه موردی با استفاده از نرم افزار شفافیت مبتنی بر ارزش ها وب، تبادل ارزش ها، پس از یک پرسشنامه پس از مشورت تکمیل شد. داده های رده بندی با استفاده از آمار غیرپارامتری تحلیل شدند. پاسخهای کتبی به سوالات باز از نظر موضوعی مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته ها. اکثر شرکت کنندگان با اقدامات پیشنهادی برای این مورد اختلاف نظر داشتند. درجات اختلاف، نگرانی برای عزت و ریسک، و استدلال مبتنی بر-ارزش مشخص شدند و آشکار نمودند که چگونه مشورت اخلاقی، مبتنی بر ارزش ها می باشد. پیامدها. تشخیص و شفافیت ارزش های ذاتی در تصمیم گیری مبتنی بر عمل در ترویج استدلال اخلاقی بی عیب و سالم ممکن و مطلوب است.

" کار برای سلامت (Seedhouse, 1998, ص 111). به دلیل درجه تاثیر بر زندگی دیگران (Austin, Bergum, Goldberg, Lerner, و Wright-St-Clair, Johnson, 2005) یک تلاش

اخلاقی است". این نشان می دهد که هر برخورد با سلامت، به جای حفاظت در برابر موارد سخت، دارای یک مولفه اخلاقی است (Ska'r, 2008; و Beagan & Ells, 2009; Christiansen & Lou, 2001; Kassberg و Wright-St Clair & Seedhouse, 2004). بنابراین، استدلال اخلاقی، به عنوان استفاده عمدی از فرآیندها برای فکر کردن در مورد مسائل اخلاقی، باید بخشی از پایه مهارت هر پزشک سلامت باشد (Hudon و همکاران، 2013؛ Park، Kjervik، Crandell، و Oermann، 2012، Weston، 2001). با این حال، آموزش اخلاقیات شغل-درمانی که بر استدلال مبتنی بر قوانین، به جای در نظر گرفتن پیچیدگی شخصی و زمینه ای تمرکز می کند، بی جهت ممکن است به اضطراب اخلاقی پزشکان منجر شوند (Penny و You، 2011). علاوه بر این، Seedhouse (2005) نشان می دهد که ادغام استدلال اخلاقی پزشکان با تصمیم گیری مبتنی بر عمل، مقوله ای جدایی ناپذیر از عمل مبتنی بر شواهد است.

هیچ کمبودی در نوشته های مربوط به عملکرد مبتنی بر شواهد در مورد مراقبت بهداشتی وجود ندارد. از اوایل دهه 1990، بیشتر رشته ها، شیوه های مراقبت های بهداشتی را به عنوان شیوه های مبتنی بر شواهد تصریح کرده اند (به عنوان مثال، Cody، 2006، Guyatt، 1991). با این حال، در پاسخ به انتقادات، نظریه پردازان پزشکی مبتنی بر شواهد در حال حاضر ادعا می کنند که هدف اصلی از "جنبش مبتنی بر شواهد، اضافه کردن سخت گیری به تعمق هدف است و نه حذف ابعاد ذهنی از تصمیم گیری های عمل (Devereaux، Haynes، و Guyatt، 2002). درک وسیع تری از شواهد برای عمل عبارتند از راه های دیگر دانستن، مانند تجارب پزشکان و مشتریان می شوند (Kva'le&Bondevik، 2002؛ Fulford، Dickenson، & Murray، 2002؛ Haynes و همکاران، 2002). بر این اساس، Fulford و همکارانش (2002) یک رویکرد کلی فراگیر، مبتنی بر ارزش ها را برای استدلال اخلاقی به جای رویکرد "شبه قانونی،" مبتنی بر واقعیت که بسیاری دیگر اتخاذ نموده اند، توصیف نمودند. ارزش ها، یا اذعان ذهنی (Fulford و همکاران، 2002) نیز می توانند به عنوان اولویت ها تعریف شوند، با عباراتی که اغلب به جای یکدیگر استفاده می شوند (Fulford، 2004؛ Haynes و همکاران، 2002؛ Seedhouse، 1998، 2005، Weston، 2002). برای وضوح، این مقاله از عبارت: اولویت ها در هنگام

اشاره به ارزش های دریافت کنندگان مراقبت های بهداشتی و ارزش ها به هنگام بحث از آن توسط متخصصان بهداشت و سلامت استفاده می کند.

اولویت ها یا ارزشهای مردم به عنوان زیر بنای تاثیرات ذهنی در استدلال اخلاقی مطرح می شوند (Fulford و همکاران، 2002؛ Haynes و همکاران، 2002؛ Seedhouse، 2005؛ Wright، 1987). Wright (1987) ادعا می کنند که ارزش ها باید بخشی از تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد در نظر گرفته شوند. با این حال، در حالی که ارزش های پزشک اغلب در نوشته های نظری اخلاق در سلامت آشکار هستند، آنها به ندرت در تصمیم گیری مبتنی بر عمل قابل مشاهده هستند (Seedhouse، 2005). جالب توجه است که تحقیقات اخیر، علاقه فزاینده به ارزش ها در اخلاق را نشان می دهند. به عنوان مثال، مشخص شد که پریشانی اخلاقی پرستاران توسط درگیری ها بین ارزش های پزشکان و ارزش های محیط عمل (Holt و Convey، 2012؛ Vanderheide، Moss، & Lee، 2013)، و ارزش های فیزیوتراپیست ها نسبت به حساسیت اخلاقی آنها در چالش برانگیز اخلاقی در شرایط عمل برجسته می شوند (Suhonen، Kulju، و Leino-Kilpi، 2013). شفاف سازی ارزش های یک فرد می تواند موجب تعمیق مشورت اخلاقی شود (Kleinlugtenbelt، Molewijk، و Widdershoven، 2011).

اظهارات برای تمرین درمان شغلی مبتنی بر شواهد، در نوشته ها رایج هستند (نگاه کنید به Glegg و Holsti، 2010؛ Hammell، 2001؛ Illot، Taylor، & Bolanos، 2006؛ Stube و Jedlicka، 2000) با این توافق قابل توجه که "شواهد" باید شامل تجربه پزشک و اولویت های دریافت کنندگان خدمات علاوه بر شواهد مبتنی بر تحقیق باشند. شیوه های بنیاد نهاده شده به واسطه اولویت های دریافت کنندگان خدمات، اغلب به عنوان 'متقاضی-محور' یا 'فرد محور' توصیف می شوند (به عنوان مثال، Duggan، 2005؛ Hasselkus، 1991؛ Sumsion و Law، 2006؛ Smith و Sumsion، 2000). آنچه نادیده گرفته شده است، گنجاندن ارزش های پزشک و آگاهی از نحوه تاثیر استدلال اخلاقی مبتنی بر ارزش ها بر فرآیند تصمیم گیری های عمل مبتنی بر شواهد است. با وجود این، ارزش های پزشک سلامت که باید در تصمیم گیری مبتنی بر عمل صریح باشند، به خوبی ساخته شده است که

نشان می دهد تحقیقات برای درک این مورد نیاز است که چگونه چنین ارزش های درونی سازی شده روزانه، در تصمیم گیری مبتنی بر عمل متخصصان بهداشت و سلامت روزانه نقش ایفا می کنند، و چگونه آنها می توانند به صورت قابل مشاهده باشند. بر این اساس، هدف از این مطالعه، روشن نمودن نحوه اطلاع رسانی برای تصمیم گیری درمانگران شغلی، در عمل در هنگام مشورت روی یک مورد مشترک است.

روش

طراحی مطالعه

یک طراحی روش های-ترکیبی آزمایشی (Creswell و PlanoClark، 2007)، که قبلاً به عنوان روش های ترکیبی تو در تو همزمان طبقه بندی شده است (Creswell، 2003) با یک مولفه توصیفی کیفی تودرتو درون طراحی کمیته کلی استفاده شد. نرم افزار شفافیت ارزش های-آنلاین، تبادل ارزش ها، یک سیستم را برای مشورت اخلاقی شرکت کنندگان ارائه نمود. پاسخ ها شامل انتخاب عوامل مشورت از یک فهرست استاندارد از گزینه ها و نیز پاسخ های نوشته شده برای سوالات باز می شود که موقعیت و یا تصمیم گیری آنها را توضیح می دهد. این نرم افزار به خاطر پتانسیل آن در مشهود نمودن ارزش های پزشکان و برجسته نمودن واگرایی یا همگرایی تصمیمات و ارزش ها در سراسر پزشکان کنکاش کننده روی یک مورد تک یک مورد استفاده قرار گرفت.

کمیته اخلاق فناوری دانشگاه اوکلند، تاییدیه اخلاقی را اعطا نمود. همه شرکت کنندگان به صورت کتبی رضایت دادند. یک نفر، مشارکت ناشناس آنلاین برای مولفه مشورت اخلاقی مطالعه را انتخاب کرد.

توسعه سناریو برای مشورت. سناریوی عمل مورد استفاده در مطالعه از یک فرایند مشورتی پدید آمده است. در ابتدا، درمانگران شغلی شرکت کننده به یک جلسه باز در مورد این پروژه برای شرح وقایع عمل اخلاقی پرداختند دعوت شدند که از نظر آنها چالش برانگیز در نظر گرفته می شد. سپس سه درمانگر شغلی اجتماعی باتجربه دعوت شدند تا در مجموع یک مورد مناسب را برای استفاده در این پروژه شناسایی نمایند. این سناریو برای مشورت به خاطر عادی

بودن آن در عمل روزمره و گنجاندن آن به عنوان یک نگرانی مشترک مربوط به منابع محدود و اختلاف بین ترجیحات مشتریان و ارزش های درمانگران انتخاب شد. یک نام مستعار برای حفظ محرمانه بودن استفاده شده است. خانم اندروز (83) در تلاش است تا با یک قطع عضو زیر-زانو را که به خاطر دیابت ضروری شده است دست و پنجه نرم کند. از شما خواسته شده است تا نیازهای او به تغییرات برای خانه اش به منظور تسهیل دسترسی با صندلی چرخدار را ارزیابی نمایید. مکان منطقی برای یک سطح شیب دار، ورودی جلو به نظر می رسد، که دارای یک درگاه گسترده به روی یک سالن بزرگ، و دسترسی خوبی به ماشین و صندوق نامه هاست. فضای کافی برای یک سطح شیب دار با شیب های بسیار خوبی در جلو وجود دارد. مشتری (و دخترش، یک پرستار که بر تمام تیم فشار می آورد) مصمم است که سطح شیب دار باید در ورودی عقب باشد، زیرا آن راه، او را به عنوان " معلول " نشان نمی دهد. خانم اندروز، تنها زندگی می کند و می گوید که احساس می کنم به خاطر داشتن وضعیت معلولیت خود که در دنیا منتشر شده است، آسیب پذیر هستم. او همچنین ناراضی است که یک سطح شیب دار، دیدگاه جلوی ملک او را تغییر خواهد داد و مجبور است یک باغ گل رز را که با عشق برای 10 سال از زمان زندگی در اینجا آماده کرده است، حذف نماید. پشت دارای یک ورودی باریک تر است و بالاتر از سطح زمین قرار دارد، به این معنی که شیب، در حالی که هنوز در 1:12 دستورالعمل است، تیزتر از ایده آل برای روزهایی که او روی سطح شیب دار راه خواهد رفت. پشت نیز یک جنبه سایه دار از خانه است و بنابراین بیشتر احتمال دارد لغزنده باشد. یک سطح شیب دار در پشت باید طویل تر باشد که موجب اضافه شدن مقداری هزینه می شو. شما تصمیم دارید تا از تبادل ارزش ها برای کمک به فرآیند مشورت خود و معلوم شدن دیدگاه طیف وسیعی از همکاران استفاده کنید. پیشنهاد این است که کاربرد سطح شیب دار در مقابل ملک مورد حمایت قرار گیرد.

شرکت کنندگان

این مطالعه، برای به کارگیری شرکت کنندگان بسیار تا حد ممکن برنامه ریزی نمود، با این تشخیص که با تعداد شرکت کنندگان کم، تجزیه و تحلیل به احتمال زیاد به آمار توصیفی محدود خواهد شد. شرکت کنندگان واجد

شرایط در حال حاضر، درمانگران شغلی ثبت شده در حال کار نیویزیند با تجربه موجود و یا قبلی کار در یک محیط اجتماعی بودند. هیچ زمان حداقلی مشخص نشد. شرکت کنندگان از طریق نمونه گیری آسان انتخاب شدند. نخست، یک اعلام برای مطالعه، با اطلاعات در مورد اینکه در صورت علاقه به مشارکت، چه باید کرد، در خبرنامه ماهانه انجمن درمانگران شغلی نیویزیند قرار داده شد که در سراسر کشور به تمام اعضای فعلی توزیع شد. دوم، اطلاعات شفاهی و کتبی در مورد مطالعه به 20 درمانگر شغلی در دو برد بهداشت منطقه مبتنی بر-اوکلند در جلسات منظم کارکنان ارائه شد. سوم، رهبران حرفه ای برای 21 برد بهداشت منطقه نیویزیند از طریق تلفن با یکدیگر در تماس بودند و به توزیع برگه های اطلاعات شرکت کنندگان به همه درمانگران شغلی اجتماعی در سازمان خود دعوت شدند. در مجموع، اطلاعات در مورد مطالعه، یک فرم رضایت، یک کپی از پرسشنامه قبل از مشارکت و پاکت نامه پاسخ به 35 شرکت کننده بالقوه فرستاده شدند. یادآوری ها پس از 4 هفته ارسال شد.

بیست و شش درمانگر شغلی، یک فرم رضایت امضا شده و یک پرسشنامه قبل از مشورت تکمیل شده را مرجوع نمودند. نوزده نفر برای بیش از 8 سال، چهار نفر بین 4 و 8 سال؛ دو نفر برای 1 تا 3 سال، و یکی برای کمتر از 1 سال در این کار بودند. همه، زن بودند و فرهنگ خود را به عنوان فرهنگ اروپایی می شناختند، به استثنای یکی از شرکت کنندگان که به عنوان فرهنگ "دیگر" (نیویزیندی) می شناخت. پس از ارسال نوشته ها، پرسشنامه ها قبل از مشورت خود، رضایت شرکت کنندگان دستورالعمل برای ثبت نام آنلاین در یک سایت دسترسی محدود در تبادل ارزش ها (<http://www.valuesexchange.com>) فرستاده شدند. دستورالعمل های استفاده از نرم افزار بر روی وب سایت فراهم شد. یازده شرکت کننده بدون تکمیل مشورت آنلاین حذف شدند؛ کمبود زمان برای تکمیل، دلیل اصلی داده شده بود. 15 شرکت کننده باقیمانده، مشورت موردی آنلاین را تکمیل نمودند و یک پرسشنامه پس از- مشورت کتبی را مرجوع نمودند.

جمع آوری داده ها

جمع آوری داده ها در سه مرحله با 15 مجموعه داده های کامل جمع آوری شده رخ داد.

پرسشنامه کتبی قبل از مشورت. داده های جمعیت شناسی، از جمله اینکه آیا شرکت کنندگان در حال حاضر در یک محیط اجتماعی کار می کنند، سال های احراز شرایط آنها، جنسیت و قومیت آنها جمع آوری شدند. سپس آنها به معرفی شرایط عملی که از نظر آنها به لحاظ اخلاقی چالش برانگیز بود، و توضیح دلیل آن دعوت شدند. به واسطه مقایسه با استفاده از یک پرسشنامه پس از مشورت، سوالات بیشتر با هدف تعیین اینکه آیا مشورت در مورد یک مورد عملی با استفاده از نرم افزار تبادل ارزش ها بر نحوه تصور شرکت کنندگان در مورد ارزش ها در اخلاق و مهارت های استدلال اخلاقی آنها را تحت تاثیر قرار می دهد یا خیر، اضافه شدند. با استفاده از مقیاس لیکرت 5 نقطه ای، شرکت کنندگان به سه سوال در مورد تصمیم گیری اخلاقی امتیاز دادند، از جمله منظور از عمل اخلاقی برای آنها، تفکر آنها در مورد زمانی که با یک وضعیت اخلاقی چالش برانگیز مواجه می شوند، و عوامل فردی و سازمانی که تصمیمات عملی را تحت تاثیر قرار می دهند. در نهایت، شرکت کنندگان هشت اظهارات در مورد انتظارات شرکت در این مطالعه را خواندند، از جمله "من می خواهم مهارت های خود در مشورت اخلاقی را در عمل روزمره بهبود بخشم" و "من می خواهم کشف نمایم که تصمیم گیری های مبتنی بر ارزش در مورد چیست" و تمام اظهاراتی که درست بودند را انتخاب نمودند. پاسخ های آزاد اضافی مورد استقبال گرفت.

مشورت موردی آنلاین. در فاز 2، در یک فرآیند استدلال اخلاقی فردی، ظرف یک چهارچوب زمانی معین، که نیاز به فکر کردن در مورد ارزش های شخصی و نگرانیهای اخلاقی داشت، شرکت کنندگان به تعامل آنلاین دعوت شدند. اطلاعات ورود، زمانی که پرسشنامه قبل از مشورت به ثبت رسید، برای شرکت کنندگان فرستاده شد. در محیط آنلاین، مورد خانم اندروز (در بالا) و دوره پیشنهاد عمل، به شرکت کنندگان ارائه شد: اینکه یک کاربرد برای یک سطح شیب دار در جلوی ملک پشتیبانی می شود. شرکت کنندگان از گزینه های منوی کشویی برای نشان دادن موافقت یا مخالفت خود با اقدام پیشنهادی، برای انتخاب منافع دارای اهمیت اولیه و مشخص نمودن مهم ترین جنبه از این مورد استفاده نمودند. سپس شرکت کنندگان از برنامه "حلقه های ادراک" برای انتخاب اظهارات مربوط به مورد در مورد آنچه آنها باور داشتند و احساس آنها در مورد اقدامات پیشنهادی از منوی گزینه ها استفاده نمودند. نرم افزار تعاملی شرکت کنندگان را قادر ساخت تا اهمیت نسبی ابعاد اخلاقی، مانند کرامت انسانی، احساسات،

ریسک اصلی، قانون، و حقوق بشر را ملاحظه نمایند. پس از این، "ارزش شبکه" شرکت کنندگان را قادر ساخت تا نگرانی های اخلاقی، مانند حرمت افراد به یک اندازه، احترام به خواسته های و هنجارهای فرهنگی را به عنوان بخشی از حمایت از استدلال برای آنچه از نظر آنها باید اتفاق بیافتد در نظر گیرند. تفکرات حاصل قبل از ارائه تحلیل های آنلاین شرکت کنندگان، وارد شدند. پس از تکمیل، شرکت کنندگان توانستند گزارش های خود و تجزیه و تحلیل و نظرات دیگران را مشاهده کنند. شرکت کنندگان 8 هفته وقت داشتند تا مشورت آنلاین را تکمیل نمایند. توضیحات کامل از فرآیند استدلال آنلاین (Newcombe به، 2007) منتشر شده است.

پرسشنامه کتبی پس از-مشارکت. پرسشنامه های پس از-مشارکت پس از اتمام مشورت اخلاقی آنلاین به شرکت کنندگان توزیع شد. از شرکت کنندگان خواسته شد تا در معنای عمل اخلاقی برای خود و تفکر حال حاضر خود در هنگام مواجهه با یک وضعیت اخلاقی چالش برانگیز تجدید نظر نمایند. سرانجام، شرکت کنندگان 11 اظهارات در مورد تجارب شرکت در مطالعه را خواندند، از جمله "من دانش خود در مورد اخلاق را گسترش داده ام" و "من فکر می کنم این ابزار، یک انجمن مفید برای بحث حرفه ای ارائه خواهد داد" و تمام اظهارات درست را انتخاب نمودند. پاسخ های آزاد اضافی نیز مورد استقبال قرار گرفتند.

تحلیل داده ها

داده های رده بندی از پرسشنامه های پیش از مشورت با استفاده از روش های آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند و در جداول فراوانی گزارش شدند. داده های پرسشنامه پس از مشورت از طریق روش جدول بندی درجه تغییر در امتیازات در مقایسه با پاسخ های از پیش مشورت تحلیل شدند. پاسخ های آزاد توسط محقق در 9 زمینه با استفاده از روش مورس و ریچاردز (2002) برای تجزیه و تحلیل توصیفی کیفی رده بندی شدند. داده های رده بندی تولید شده از طریق فرآیند مشورت اخلاقی آنلاین با استفاده از تابع تجزیه و تحلیل داخلی نرم افزار گزارش شدند. پاسخ های کتبی آنلاین به واسطه محتوا تجزیه و تحلیل شدند و به زمینه های مختلف خوشه بندی شدند. در همراهی با

تعییه شده تجربی طراحی روش های-ترکیبی های مطالعه، یافته ها از تمام منابع داده ها (کرسول و پلانو کلارک، 2007) کشیده شده، پرسشنامه قبل و بعد از مشورت، و تبادل ارزش ها گزارش آنلاین.

یافته ها

در مجموع، 26 نفر، 58 نفر در شرایط عمل اخلاقی چالش برانگیز نامزد شدند (به طور متوسط 2.23 در هر وضعیت). 16 نامزد مشترک مربوط به شرایطی بودند که در آن محدودیت های بودجه و محافظت بر در دسترسی به منابع مالی و یا تجهیزات برای مشتریان (جدول 1) تاثیر می گذاشتند.

از 15 مجموعه کامل داده ها، نزدیک به سه چهارم از شرکت کنندگان، قبل از مشورت در مورد آنلاین، به شدت موافق بودند یا موافق بودند که عمل اخلاقی به معنای " دانستن چیزی درست برای انجام دادن " است (جدول 2). در حالی که پس از مشورت، یک سوم آنها، امتیازات خود را با 1 یا 2 امتیاز تجدید نظر نمودند. به طور مشابه، پیش-مشورت، تقریباً دو سوم تأیید نمودند که این به معنای " انجام چیزی است که برای این بیمار، بهترین است، " با یک پنجم آنها که امتیاز خود را رو به پایین با 1 یا 2 امتیاز پس از مشورت تجدید نظر نمودند. در مقایسه، تقریباً دو سوم قبل و بعد از مشورت، عمل اخلاقی را به معنای " انجام آنچه که برای این جامعه بهترین است "، در نظر گرفتند.

جدول 1 رده های موقعیت های تمرین که از نظر اخلاقی چالش برانگیز در نظر گرفته شده است

فراوانی	رده
16	محدودیت ها/حفاظت بودجه
13	لیست/منابع انتظار
9	عدم توافق مشتریان با پیشنهادات درمانگر
6	وضعیت مشتری/خانواده/پشتیبانی
5	عوامل فردی مشتری- رفتار، فرهنگ، اقدامات
3	سازمان، مثلاً پاسخگویی مدیریت
3	حقوق مشتری برآورده نشده است، مثلاً رضایت آگاهانه
2	موضوعات تیمی، مثلاً اظهار نظرات نژادپرستانه از دیگران
1	موضوعات درمانگر، مثلاً شایستگی

هنگام پیش-مشورت در مورد تصمیمات چالش برانگیز از نظر اخلاقی، اکثریت موافق بودند یا به شدت موافق بودند که آنها در مورد دستورالعمل های عملی (87٪؛ جدول 2) فکر می کردند. تغییرات امتیاز کمی، پس از مشورت مشهود بود.

در رابطه با عوامل فردی و سازمانی است که پیش مشورت تصمیم گیری را تحت تاثیر قرار دادند، شرکت کنندگان اغلب موافق بودند یا به شدت موافق بودند که آنها به حقایق کافی برای اتخاذ یک تصمیم (80٪) نیاز دارند، از تصمیم گیری اشتباه (40٪) می ترسند، و عقاید دیگران را در نظر می گیرند (40٪). بررسی امتیازات پیش و پس از آزمون که به طور متوسط ± 0.25 نقاط لیکرت تغییر یافت یا بیشتر نشان داد که 33 درصد از شرکت کنندگان، امتیاز خود را برای چگونگی تاثیر "دانستن یک چیز درست برای انجام کار" با 7٪ کسانی که امتیاز خود را کاهش دادند، مقایسه نمودند. هیچ یک از شرکت کنندگان، امتیاز خود را برای چگونگی تاثیر بر "انجام آنچه که برای این بیمار بهترین است" افزایش ندادند، در حالی که 20٪، امتیاز خود را برای این عامل کاهش دادند. چهل درصد، امتیاز خود را برای نحوه تاثیر "ترس از تصمیم گیری اشتباه" و "نظرات افراد دیگر" افزایش دادند، در حالی که

13٪، امتیازات خود را برای هر دو عامل کاهش دادند. سرانجام، 20٪، " داشتن حقایق کافی برای اتخاذ یک تصمیم " را در مقایسه با 40٪ که آن دارای تاثیر کمتر می دانستند، بسیار بیشتر امتیاز دادند.

شرکت کنندگان تجارب خود را از شرکت در مشورت مورد آنلاین و انتظارات آنها در همه موارد بالا بود به جز یک حوزه: میزان سودمند بودن مشورت با دیگران. پس از مشورت، 12 نفر، آن را مفید گزارش نمودند، در حالی که 13 انتظار داشتند که این مورد وجود داشته باشد. در حالی که دلیل این امر آشکار نیست، دلیلش می تواند این باشد که خواندن تصمیمات و دلایل متفاوت از تصمیمات و دلایل خود فرد موجب مقداری عدم قطعیت می شوند. از سوالات ارزیابی پرسیده شده فقط پس از مشورت، فقط یک سوم فکر می کردند که این فرایند با صرف زمان 30 تا 60 دقیقه توسط بیشتر شرکت کنندگان (80٪) برای استفاده روزمره بسیار پیچیده است؛ در حالی که همه به جز یک گزارش دادند که آنها " می خواهند از این روش برای مشورت در یک مورد خاص از عمل " استفاده نمایند.

مشورت موردی آنلاین

پس از خواندن مورد خانم اندروز" در سایت تبادل ارزش ها، 11 از 15 شرکت کنندگان با پیشنهاد نصب یک سطح شیب دار در مقابل ملک مخالف بودند. از این تعداد، 7 بیش از 8 سال تجربه داشتند. تمام شرکت کنندگان علائق بیمار، و یا بیمار و خانواده را صرف نظر از اینکه آنها با پیشنهاد توافق دارند و یا مخالفت می کنند، امری اساسی می دانستند. سپس شرکت کنندگان به بررسی این ملاحظات با نفوذ در تعیین شرایط و یا مخالف با این پیشنهاد پرداختند. نقل قول ها از توضیحات کتبی شرکت کنندگان مذاکرات و تصمیمات ارائه شده اند.

جدول 2 فاکتورهای سازمانی و فردی پیش از مشورت که بر تصمیم گیری تاثیر گذاشتند

عامل	به شدت ناموافق		ناموافق		بی طرف		موافق		به شدت موافق	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
اخلاق ... است										
دانستن کار درست برای انجام دادن	0	—	1	(7)	3	(20)	7	(47)	4	(27)
انجام چیزی که برای بیمار بهترین است	0	—	1	(7)	4	(27)	6	(40)	3	(20)
انجام چیزی که برای جامعه بهترین است	0	—	2	(13)	7	(47)	5	(33)	0	—
من در مورد... فکر می کنم	0	—	0	—	2	(13)	10	(67)	2	(13)
پیروی از کد اخلاقی	0	—	2	(13)	4	(27)	6	(40)	2	(13)
اولویت های هر فرد دخیل	0	—	0	—	1	(7)	12	(80)	1	(7)
پیروی از دستورالعمل ها	1	(7)	4	(27)	4	(27)	6	(40)	0	—
من تحت تاثیر... هستم	0	—	6	(40)	4	(27)	5	(33)	0	—
ترس از گرفتن تصمیم غلط	0	—	3	(20)	6	(40)	6	(40)	0	—
فقدان آموزش	0	—	0	—	2	(13)	6	(40)	6	(40)
عقیده افراد دیگر	0	—	0	—	2	(13)	6	(40)	6	(40)
داشتن حقایق کافی برای تصمیم گیری	0	—	0	—	2	(13)	6	(40)	6	(40)

دلایل موافقت با این پیشنهاد به دستورالعمل های پزشکی در مکان بهینه سطح شیب دار و نیاز به ملاحظات ضد و نقیض وزن کردن، در درجه اول بین ریسک درک شده از آسیب (که توسط 44٪ مشخص می شود) برای خانم اندروز و میزان مهم بودن کرامت او (17٪) اشاره می کردند. ملاحظات دیگر، مسائل حقوق بشر (14٪)، نقش درمانگر (9٪) و احساسات (9٪)، و قانون (7٪) بودند. افرادی که با این طرح موافقت کردند، احتمال تحمل آسیب

های فیزیکی خود را در استفاده از یک سطح شیب دار در پشت خانه، بالا می دانستند، همانطور که دو توضیح، این مورد را نشان داد: " اگر چه من متوجه شدم که خواسته های این مشتری به اندازه ریسک های نادیده گرفتن اولویتش قابل توجه است " و " این پیشنهاد بر اساس معیارهای شغل-درمانی و آنچه که ما به آن پایبند هستیم، پشتیبانی می شود. حقوق و کرامت مشتری مهم هستند اما باید با مشارکت و تعادل با ایمنی مشتری ارتقا یابند. " در مقابل، مخالفان این پیشنهاد اغلب تصمیم خود را بر اساس احترام به کرامت خانم اندروز " (مشخص شده توسط 30٪) و حقوق بشر (26٪) به عنوان یک گیرنده خدمات سلامت پایه گذاری نمودند، همانطور که در نقل قول زیر توضیح داده شده است:

در حالی که این پیشنهاد درب جلو یک گزینه مناسب تر و احتمالاً مقرون به صرفه تر به نظر می رسد، عقیده و احساسات خانواده مهم هستند. مشتری، مسائل معتبری در ابتدا در مورد ایمنی و ادراک خود از نحوه تغییر یک سطح شیب دار در معرض دید عموم و در مرحله دوم نگرانی خود به خاطر از دست دادن باغ خود را مطرح نمود. این هم بخشی از " خانه " اوست و احساسات او در مورد از دست دادن این باغ علاوه بر از دست دادن یک اندام، قابل درک هستن و شایسته احترام و در صورت امکان تدارکات، می باشند.

من با این پیشنهاد راحت نیستم. من احساس نمی کنم که یک درخواست برای یک سطح شیب دار در جلو ضروری باشد. دلایل من عبارتند از: (1) مشتری موافق با این پیشنهاد نیست و احتمالاً کاغذهای درخواست را امضا نمی کند، و (2) مشتری هنوز هم با شرایط معلولیت و تغییرات در زندگی خود روبرو خواهد شد. این ممکن است موجب تیرگی قضاوت او و خانواده اش شود. دیدگاه مشتری ممکن است در طول زمان تغییر یابد.

جالب توجه است که شرکت کنندگانی که در مورد یک سطح شیب دار در پشت خانه تصمیم گرفتند، از لحاظ اخلاقی ریسک آسیب فیزیکی (17٪) را به عنوان یک ملاحظه مهم هم اندازه با نقش فرد به عنوان یک پزشک مشتری-مدار امتیازدهی نمودند. با این حال، بر خلاف موافقان با این پیشنهاد، احتمال درک شده از رخداد آسیب برای نادیده گرفتن خواسته های مطرح شده خانم اندروز برای یک سطح شیب دار نصب شده در پشت خانه کافی نبود: " شان بیمار باید حفظ شود، اما به طور همزمان، ریسک اصلی باید بررسی شود. به اعتقاد من این یک تصمیم

تیمی است که باید هر دو بیمار و خانواده اش را لحاظ نماید و همه گزینه ها باید قبل از تصمیم گیری در نظر گرفته شوند. "

من فکر می کنم که دسترسی پشت، به دلایل مشتری در مورد حفظ حریم خصوصی و باغ گل رز، باید به عنوان یک گزینه برای دسترسی در نظر گرفته شوند و به این علت که من فکر می کنم ممکن است یک گزینه بهتر برای بررسی وجود داشته باشد. احساس من اینست که سطح شیب دار باید مشتری-محور باشد و نیازهای / خواسته های مشتری را در نظر گیرد. گزینه من این است که من باور نمی کنم اگر این سطح شیبدار در جلوی خانه باشد، او از سطح شیب دار استفاده نماید و این کار اتلاف بودجه عمومی خواهد بود.

نتایج از بخش بعدی این مشاوره آنلاین، حلقه های ادراک، تشریح ارزش های زیر بنای موضع حمایت یا عدم حمایت از این پیشنهاد را ارائه نمودند: تمایل درک شده برای انجام این پیشنهاد، میزان تاکید بر ریسک، و میزان اعتماد در اجتناب از این ریسک، در صورتی که پیشنهاد پیش برود.

اهمیت حقوق خانم اندروز توسط 75 درصد از کسانی که این پیشنهاد را به نفع می دانستند، در مقایسه با 63٪ از کسانی که آن را پشتیبانی نمودند، امتیازدهی شد. جای تعجب نیست که 82٪ از کسانی که با این پیشنهاد مخالفت کردند در مقایسه با یک نفر موافق، فکر می کردند که یک سطح شیب دار در جلو، این حقوق را نقض خواهد کرد.

در بخش پایانی، شرکت کنندگان، Grid Tiles را به نمایندگی از اصول اخلاقی و ملاحظات عملی مورد استفاده خود برای ایجاد استدلال انتخاب نمودند. پیشنهادات جالب بود: (11) اثربخشی اقدامات (100٪ و 63٪ به ترتیب)، گفتن حقیقت به مشتری (100٪ و 63٪)، و انجام آنچه که برای فرد بیشتر مفید است (75٪ و 55٪ به ترتیب). بزرگترین اختلاف بین دو گروه نشان داده شده در اهمیت ریسک (100٪ و 18٪، به ترتیب) و خواسته های شخص (25٪ و 55٪ به ترتیب). استدلال های معمول ساخته شده توسط شرکت کنندگانی که با ساختن سطح شیب دار در مقابل خانه موافقت کردند، و به عنوان یک "هنجار عمل" یا عمل پذیرفته شد، اینها بودند: "اگر تغییر مسکن مورد نظر خانم اندروز، رخ دهد، مشتری در معرض ریسک بیشتری از سقوط قرار دارد

و اگر چه من، نظر مشتری (و خانواده) و مشارکت در کار با آنها را مهم در نظر بگیرم، در این مورد، من در نظر خواهم گرفت که داشتن یک سطح شیبدار در یک موقعیت نامناسب، مشتری را در معرض ریسک فیزیکی قابل توجه قرار می دهد و در نتیجه اعتقاد من این است که این یک استفاده مناسب از منابع موجود نیست.

در نهایت، توضیح زیر، بسیار گویای استدلالات نهایی مطرح شده توسط مخالفان این پیشنهاد مخالف است: اگر سطح شیب دار در مقابل خانه نصب شود، وجود دارد بیمار به خاطر ریسک از این سطح شیبدار استفاده نمی کند، و / یا کرامت بیمار مورد تخطی قرار خواهد گرفت که بر عزت نفس و حس خودکارآمدی او تاثیر می گذارد. زمانی که بیمار از قبل برای قبول وضعیت سلامت جدید خود منازعه داشته باشد، این مسائل واقعی هستند که نیاز به بررسی دارند. اگر سطح شیب دار در پشت خانه نصب شود، چند مسائل ایمنی باید در نظر گرفته شوند، به عنوان مثال، ایمنی دسترسی، ریسک سقوط بیمار در پشت خانه، و عدم دیده شدن توسط عابران... آیا بیمار، همه گزینه های اطلاع رسانی یا ریسک اولیه را در نظر گرفته است؛ آیا مدیر این مورد، رویکرد مشتری مدار را در نظر گرفته است؟؟؟

پاسخ های ارزیابی به استفاده از نرم افزار شفافیت ارزش های استخراج شده در پرسشنامه های پس از مشارکت نشان داد که آگاهی شرکت کنندگان در مورد مشورت اخلاقی با شرکت در مطالعه گسترش یافت (14/15)، درک در مورد استدلال مبتنی بر ارزش افزایش یافت (14/15)، و نحوه تصور آنها در مورد مراقبت مشتری-مدارانه به چالش کشیده شد (12/15). یک اقلیت (5/15)، این فرآیند را برای استفاده روزمره بسیار پیچیده در نظر گرفتند.

بحث و بررسی

این مطالعه توصیفی روش های-ترکیبی جامعه، مذاکرات درمانگران شغلی برای یک سناریوی عمل اخلاقی چالش برانگیز را با استفاده از نرم افزار شفافیت ارزش ها: تبادل ارزش ها مورد بررسی قرار داد. ابزار آنلاین برای ظرفیت آنها در مشهود نمودن ارزش ها در استدلال اخلاقی انتخاب شد. شرکت کنندگان به شیوه ای عمیق و متفکرانه در این فرآیند استدلال شرکت نمودند با این استدلال که آنچه آنها تصور می کنند، قابل دفاع ترین عمل از نظر اخلاقیست

که باید اتخاذ نمایند. پاسخ های شرکت کنندگان به پرسشنامه قبل از مشورت در مورد استدلال اخلاقی آنها در عمل نشان داد که اولویت به ملاحظات مبتنی بر واقعیت داده می شود، در حالی که پس از-مشورت، الگوی پاسخ های پرسشنامه نشان داد که شرکت کنندگان از داشتن حقایق کافی و دانستن چیزی که حق انجامش را دارند، کمتر تحت تاثیر قرار گرفتند .

سه یافته اصلی از داده ها استخراج شدند. نخست درجه انحراف در میان پشتیبانی شرکت کنندگان برای پیشنهاد سناریو بود که یک درخواست برای یک سطح شیب دار در مقابل ملک بود، پشتیبانی می شود و چگونگی موضع آن توجیه شد. دوم، اگر چه درک ریسک، یک عامل چندجهته در استدلالات و در مقابل این پیشنهاد بود، برای اکثریت، نگرانی های شرکت کنندگان در مورد کرامت مشتری و حقوق، برای اکثریت به منظور استدلال یک عمل مخالف کافی بود که به ظاهر بیشترین پتانسیل را برای آسیب های فیزیکی به مشتری مطرح می نمود. سوم، دلایل اخلاقی داده شده برای استدلال و یا در برابر این پیشنهاد، ارزش های شخصی و عمل شرکت کنندگان را روشن می کند که در تنش های توصیف شده بین مایل به مشتری مدار بودن از یک سو و در نظر گرفتن ریسک درک شده برای مشتری از سوی دیگر، قابل مشاهده شدند.

درجه واگرایی

تجزیه و تحلیل داده ها، نحوه استفاده از تبادل ارزش ها در استخراج مذاکرات متفکرانه شرکت کنندگان و همچنین تفکر واگرایی آشکار پیرامون نحوه توجهی شرکت کنندگان در مورد تصمیم گیری های خود از نظر اخلاقی را نشان داد. مورد خانم اندروز به دلیل آشنایی او با درمانگران شغلی اجتماعی انتخاب شد. با این حال، از همان ابتدا، فقط بیش از یک چهارم (27٪) از شرکت کنندگان در مورد دوره پیشنهادی عمل برای نصب سطح شیب دار در مقابل خانه موافقت کردند؛ موقعیتی که توسط مشتری مردود شد. با این حال، به دلیل نفوذ بالقوه آن بر کرامت فردی، هیچ یک از این شرکت کنندگان به طور کامل در مورد انجام این کار آسوده نبودند. این درجه واگرایی، جالب است و همه موافقان با این طرح، و 7 (از 11) مخالف، بیش از 8 سال تجربه عمل داشتند. با توجه به اینکه این پزشکان باتجربه،

همگی در حال کار با "حقایق" یکسان بودند، " فرض کردن توجیهاتی برای این عمل می توانست معقول باشد. این تجزیه و تحلیل نشان داد که نه تنها اختلاف نظر در مورد تصمیم کلی عمل وجود دارد، بلکه تغییر در عوامل اخلاقی در نظر گرفته شده در حمایت از استدلال و وجود دارد. با این حال، به طور کلی، موافقان این طرح، مانند مخالفان، تمایل به استدلال توضیحی مشابه داشتند. همگرایی تفکر در همه شرکت کنندگان شناسایی کننده بیمار، و یا بیمار و خانواده نشان داده شد، صرف نظر از اینکه آنها توافق کردند و یا با پیشنهاد مخالفت کردند. بنابراین، ماهیت ارزیابی تصمیم گیری مبتنی بر عمل در این محیط قابل مشاهده شده است.

نگرانی برای کرامت و ریسک

اقلیت شرکت کنندگان موافق با این پیشنهاد، ریسک آسیب فیزیکی را به عنوان ملاحظه اخلاقی اولیه شناسایی نمودند، دیدگاهی که در نوشته های درمانی منعکس شد (نگاه کنید Barnitt & Partridge, 1997; Foye, Kirschner, Brady Wagner, & Siegler, 2002; Russell, Fitzgerald, Williamson, Manor, Whybrow, 2002). محوریت استدلال آنها، درک ریسک مضرات بالقوه فیزیکی مطرح شده به خاطر سطح شیبدار در پشت خانه بود. این یافته، همگام با شواهد پژوهشی،¹ تمایل به نادیده گرفتن خواسته های مشتریان را در زمانی نشان می دهد که پزشک معتقد است که فرد نمی تواند در امان باشد، (Russell و همکاران، 2002، ص. 374) اگر اقدام انجام شود. این یافته نشاندهنده آمادگی درمانگران شغلی برای حمایت از خواسته های مشتریان است، اگر ادراک فرد از ریسک همراستا با خود آنها باشد (Russell و همکاران، 2002). در مقابل، اکثریت بزرگی از شرکت کنندگان در این مطالعه با پیشنهاد مخالفت کردند و نصب سطح شیب دار را در پشت خانه، همگام با خواسته مشتری و خانواده اش استدلال نمودند. مشورت ها، تاثیر ریسک درک شده را در نظر گرفت اما بر احترام به کرامت و حقوق مشتری به عنوان قانع کننده ترین ملاحظه اخلاقی متمرکز شده بود. حتی اگر نصب سطح شیب دار در پشت ملک ظاهراً با ریسک های ایمنی بیشتر همراه باشد، مخالفان این پیشنهاد، کرامت و حقوق فردی را بسیار مهم تر می دانند. جالب توجه است که این یافته سازگار با نوشته هایی است که ایمنی مشتری را به عنوان یک عامل نسبتاً

گسترده تعیین نمودند که موجب ایجاد تنش اخلاقی برای درمانگران شغلی می شود (Barnitt & Partridge, Foye et al., 2002; Moats, 2007; Russell et al., 2002 1997; Durocher & Gibson Foye). با این حال، یافته های این مطالعه به واسطه آشکارسازی تمایل درمانگران شغلی با تجربه به استدلال به نفع احترام به اولویت های مشتری به ظاهر با شواهد پژوهشی در تضاد است، حتی زمانی که ایمنی یک نگرانی باشد. این ممکن است بدان علت باشد که مخالفان این پیشنهاد احساس می کنند که ریسک ها می توانند مدیریت شوند، در حالیکه تخطی به کرامت مشتری اینگونه نیست.

استدلال مبتنی بر-ارزش

فرآیند مشورت اخلاقی آنلاین که در ذات تبادل ارزش ها قرار دارد، آشکار نمود که درمانگران شغلی شرکت کننده در این مطالعه چگونه فکر می کنند و استدلال آنها برای یک عمل ارجح قابل دفاع از نظر اخلاقی در پاسخ به وضعیت مطرح شده چالش برانگیز از نظر اخلاقی چگونه است. نتایج، محیط عمل را به عنوان یک زمینه غنی از ارزش ها تایید می کنند (Roage, Fondiller, و در Neuhaus, 1990). با پذیرش این مفهوم که ارزش ها، تاثیرگذاران غیر قابل سنجش بر عملکرد هستند، نتایج حاصل از این مطالعه نحوه کارکرد ارزش های شرکت کنندگان در فرایند تصمیم گیری اخلاقی که در آن دو اصل اساسی اخلاقی (به حداقل رساندن ریسک و احترام به شأن انسان) به رقابت پرداختند، را روشن می کند. به همین دلیل است که ارزش ها در زمان تصمیم گیری های عملی مبتنی بر شواهد به میان می آیند.

تصمیم گیری شغل-درمانی مبتنی بر شواهد به عنوان گنجاندن ترجیحات مشتری (انجمن کانادایی شغل-درمانی، انجمن حرفه برنامه دانشگاه درمانی کانادا، انجمن شغل-درمانی سازمان تنظیم مقررات کانادا، و کمیته مشورتی ریاست، 2009/1999) تعریف شده است. عدم اشاره خاص به استدلال مبتنی بر ارزش پزشکان ممکن می تواند موجب ایجاد شکافی شود که که برخی از نویسندگان بین تئوری و عمل در حوزه مراقبت مشتری مدار (Carpenter, 2004) توصیف می کنند. جالب توجه است که در حالی که نوشته های حرفه ای به این مفهوم

اشاره می کنند که زیربنای، عمل شغل-درمانی، ارزش های حرفه ای مشترک مربوط به انسان، شغل، مشارکت، و عمل مشتری مدار است (Sumsion, 2000, Clair Wright ؛ 2001, Clair Wright و Seedhouse, 2004)، این مطالعه نشان داد که چگونه ارزش های پزشک، نقش ایفا می کنند. عمل اجتماعی از نظر اخلاقی دارای ماهیتی غنی است، زیرا تنوع و تعامل متقابل بین اولویت های مشتری و ارزش های پزشک وجود دارد. بنابراین، ارزش های پزشک را نمی توان برای اهداف عملی نادیده گرفت (Parker, 2002)، به خصوص هنگام ادغام استدلال اخلاقی مبتنی بر-ارزش در فرایند تصمیم گیری در عمل مبتنی بر شواهد (Seedhouse, 2005).

محدودیت های تحقیق

در حالی که یافته های این بررسی می توانند توسط پزشکان دیگر قابل تشخیص باشند، نمونه های غیرشاخص از شغل-درمانی به معنی اینست که یافته ها درون نیوزیلند یا کشورهای دیگر قابل تعمیم نیستند. مورد استفاده برای مشورت از عمل استنتاج شد. با این حال، توضیحات محدود در مورد اوضاع تفاوت های ظریف و پیچیدگی و از بودن، وضعیت عمل واقعی را منعکس نمی کند. همچنین، شرکت کنندگان می تواند زمان تعمق موردی اتخاذ نمایند که لزوماً شبیه به تقاضاهای زمان-محدود در زمینه عمل است

نتیجه گیری

تنوع در اینکه برجسته ترین عواملی اخلاقی چیست، و استدلال ها در مورد چرا، بالاخص درمانگران شغلی با تجربه های مبتنی بر جامعه با استفاده از همان اطلاعات و حقایق در مورد یک وضعیت عمل به ظاهر آشنا بودند. شورهای اخلاقی بر دو اصل متضاد از به حداقل رساندن ریسک برای مشتری و احترام به مشتری یا مشتری و خواسته های خانواده اش متمرکز شده بودند. با استفاده از نرم افزار ارزش شفافیت، تبادل ارزش ها، ارزش پزشکان فعال باید علاوه بر برجسته نمودن آنها در اهداف مشتری، ترجیحات، و ملاحظات متنی و عملی روشن شوند، هنگامی که به لحاظ اخلاقی فعل و انفعال یک سناریوی مورد رایج است.

به جای مضر به استدلال مناسب به مسائل اخلاقی است، قبول این است که عمل شغل-درمانی جامعه در زمینه غنی از ارزش رخ می دهد، آن سودمند است که فعل و انفعال از ارزش ها و حقایق شفاف در مشورت اخلاقی روزمره.

پیامهای کلیدی

– استفاده از استدلال اخلاقی در یک سناریوی موردی شایع، ارزش های اجتماعی درمانگران شغل به واگرایی در تصمیم گیری بر سر اینکه چه باید بکنند و چرا کمک می کند.

– احترام به کرامت مشتری و حقوق بشر، قانع کننده ترین ملاحظات اخلاقی برای اکثر درمانگران شغلی با تجربه بودند، حتی اگر عمل در نتیجه تحمیل ریسک بیش از حد باشد.

– عمل اجتماعی شغل-درمانی در زمینه ای غنی از ارزش رخ می دهد. بنابراین، پزشکان باید فعل و انفعالی در مورد ارزش ها و حقایق شفاف در مشورت اخلاقی روزمره.

References

- Austin, W., Lerner, G., Goldberg, L., Bergum, V., & Johnson, M. (2005). Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. *HEC Forum, 17*, 33–48. doi: 10.1007/s10730-005-4949-1
- Barnitt, R., & Partridge, C. (1997). Ethical reasoning in physical therapy and occupational therapy. *Physiotherapy Research International, 2*, 178–194. doi:10.1002/pri.99
- Beagan, B., & Ells, C. (2009). Values that matter, barriers that interfere: The struggle of Canadian nurses to enact their values. *Canadian Journal of Nursing Research, 41*(1), 86–107.
- Canadian Association of Occupational Therapists, Association of Canadian Occupational Therapy University Programs, Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations, & Presidents' Advisory Committee. (1999/2009). *Joint position statement on evidence-based occupational therapy*. Retrieved from <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=156>
- Carpenter, C. (2004). The contribution of qualitative research to evidence-based practice. In K. W. Hammell & C. Carpenter (Eds.), *Qualitative research in evidence-based rehabilitation* (pp. 1–13). Edinburgh, UK: Churchill Livingstone.
- Christiansen, C., & Lou, J. Q. (2001). Evidence-based practice forum: Ethical considerations related to evidence-based practice. *American Journal of Occupational Therapy, 55*, 345–349. doi:10.5014/ajot.55.3.345
- Cody, W. K. (2006). Values-based practice and evidence-based care: Pursuing fundamental questions in nursing philosophy and theory. In W. K. Cody (Ed.), *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 5–12). Boston, MA: Jones & Bartlett.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative and quantitative mixed method approaches* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2007). *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Duggan, R. (2005). Reflection as means to foster client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 72*, 103–112. doi:10.1177/000841740507200205
- Durocher, E., & Gibson, B. E. (2010). Navigating ethical discharge planning: A case study in older adult rehabilitation. *Australian Occupational Therapy Journal, 57*, 2–7. doi:10.1111/j.1440-1630.2009.00826.x
- Fondiller, E. D., Roage, L. J., & Neuhaus, B. E. (1990). Values influencing clinical reasoning in occupational therapy: An exploratory study. *Occupational Therapy Journal of Research, 10*, 41–55.
- Foye, S. J., Kirschner, K. L., Brady Wagner, L. C., & Siegler, M. (2002). Ethical issues in rehabilitation: A qualitative analysis of dilemmas identified by occupational therapists. *Topics in Stroke Rehabilitation, 9*(3), 89–101. doi: 10.1310/7824-1AE0-GFF0-KT55
- Fulford, K. W. M. (2004). Facts/values: Ten principles of values-based medicine. In J. Radden (Ed.), *The philosophy of psychiatry: A companion* (pp. 205–234). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fulford, K. W. M., Dickenson, D. L., & Murray, T. H. (2002). Many voices: Human values in healthcare ethics. In K. W. M. Fulford, D. human values: An introductory text with readings and case studies (pp. 1–19). Oxford, UK: Blackwell.
- Glegg, M. N., & Holsti, L. (2010). Measures of knowledge and skills for evidence-based practice: A systematic review. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 77*, 219–232. doi:10.1021/ajot.2010.77.4.4
- Guyatt, G. H. (1991). Evidence-based medicine. *ACP Journal Club, 114* (Suppl. 2), A16.
- Hammell, K. W. (2001). Using qualitative research to inform the client centred evidence based practice of occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy, 64*, 228–234.
- Hasselkus, B. R. (1991). Ethical dilemmas in family care-giving for the elderly: Implications for occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy, 45*, 206–212. doi:10.5014/ajot.45.3.206
- Haynes, R. B., Devereaux, P. J., & Guyatt, G. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. *British Medical Journal, 324*, Article 1350. doi:10.1136/bmj.324.7350.1350
- Holt, J., & Convey, H. (2012). Ethical practice in nursing care. *Nursing Standard, 27*(13), 51–56.
- Hudon, A., Laliberté, M., Hunt, M., Sonier, V., Williams-Jones, B., Mazer, B., ... Ehrmann Feldman, D. (2014). What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada. *Disability and Rehabilitation, 36*(9), 775–780. doi:10.3109/09638288.2013.813082
- Illot, I., Taylor, M. C., & Bolanos. (2006). Evidence-based occupational therapy: It's time to take a global approach. *British Journal of Occupational Therapy, 69*, 38–41.
- Kassberg, A., & Skär, L. (2008). Experiences of ethical dilemmas in rehabilitation: Swedish occupational therapists' perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 15*, 204–211. doi:10.1080/11038120802087618
- Kulju, K., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2013). Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *International Journal of Physiotherapy, Occupational Therapy, and Nursing Ethics, 20*, 568–577. doi:10.1177/0969733012468462
- Kvåle, K., & Bondevik, M. (2008). What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science, 22*, 582–589. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00579.x
- Moats, G. (2007). Discharge decision-making, enabling occupations, and client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 74*, 91–101. doi:10.1177/000841740707400203
- Molewijk, B., Kleinlugtenbelt, D., & Widdershoven, G. (2011). The role of emotions in moral case deliberation: Theory, practice, and methodology. *Bioethics, 25*, 383–393. doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01914.x
- Morse, J. M., & Richards, L. (2002). *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Murtagh, F. E. M., & Thorns, A. (2006). Evaluation and ethical review of a tool to explore patient preferences for information and involvement in decision making. *Journal of Medical Ethics, 32*, 311–315. doi:10.1136/jme.2005.012484
- Newcombe, D. (2007). *Ethics of the everyday: Using values transparency software to explore values based decision making in healthcare* (Dissertation). Auckland University of Technology.

- Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., & Oermann, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics, 19*, 568–580. doi:10.1177/0969733011433922
- Parker, M. (2002). A deliberative approach to ethics. In K. W. M. Fulford, D. L. Dickenson, & T. H. Murray (Eds.), *Healthcare ethics and human values: An introductory text with readings and case studies* (pp. 29–35). Oxford, UK: Blackwell.
- Penny, N. H., & You, D. (2011). Preparing occupational therapy students to make moral decisions. *Occupational Therapy in Health Care, 25*, 150–163. doi:10.3109/07380577.2011.565544
- Russell, C., Fitzgerald, M. H., Williamson, P., Manor, D., & Whybrow, S. (2002). Independence as a practice issue in occupational therapy: The safety clause. *American Journal of Occupational Therapy, 56*, 369–379. doi:10.5014/ajot.56.4.369
- Seedhouse, D. (1998). *Ethics the heart of healthcare* (2nd ed.). New York, NY: Wiley.
- Seedhouse, D. (2005). *Values based decision making for the caring professions*. New York, NY: Wiley.
- Stube, J. E., & Jedlicka, J. S. (2000). The acquisition and integration of evidence-based practice concepts by occupational therapy students. *American Journal of Occupational Therapy, 61*, 53–62. doi:10.5014/ajot.61.1.53
- Sumison, T. (2000). A revised occupational therapy definition of client-centered practice. *British Journal of Occupational Therapy, 63*, 304–309.
- Sumsion, T., & Law, M. (2006). A review of evidence on the conceptual elements informing client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 73*, 153–162. doi:0.1177/000841740607300303
- Sumsion, T., & Smyth, G. (2000). Barriers to client-centredness and their resolution. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 67*, 15–21. doi:10.1177/000841740006700104
- Vanderheide, R., Moss, C., & Lee, S. (2013). Understanding moral habitability: A framework to enhance the quality of the clinical environment as a workplace. *Contemporary Nurse, 45*(1), 101–113.
- Weston, A. (2001). *A 21st century ethical toolbox*. New York, NY: Oxford University Press.
- Weston, A. (2002). *A practical companion to ethics* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Wright, R. A. (1987). *Human values in healthcare: The practice of ethics*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Wright-St Clair, V. A. (2001). Caring: The moral motivation for good occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal, 48*, 187–199. doi:10.1046/j.0045-0766.2001.00274.x
- Wright-St Clair, V. A., & Seedhouse, D. (2004). The moral context of practice and professional relationships. In G. Whiteford & V. A. Wright-St Clair (Eds.), *Occupation and practice in context* (pp. 16–33). Sydney, AU: Elsevier Churchill Livingstone.