(مقاله پژوهشی)

مؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران با بیماران برمبنای نظریه اخلاق فضیلت محور

دکتر زهرا نیکخواه فرخانی[1*]، دکتر فریبرز رحیم‌نیا[2]، دکتر مصطفی کاظمی[2]، دکتر علی شیرازی[2]

1. **گروه مدیریت، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه بجنورد**

2. **گروه مدیریت، دانشکدِ علوم اداری و اقتصادی، دانشگاه فردوسی مشهد**

(تاریخ دریافت: 93/11/18 تاریخ پذیرش:94/2/7)

چکیده

زمینه: رفتار اخلاقی جزئی جدانشدنی از فرایند مراقبت بوده و یکی از بایدهای حرفهٔ پرستاری به‌شمار می‌آید. این پژوهش درصدد بوده‌است تا با کنکاش در مفهوم اخلاق و رفتاراخلاقی به واکاوی و کشف مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران بپردازد. ازاین‌رو مسألهٔ اصلی این پژوهش، شناسایی و معرفی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد.

روش: در این پژوهش، از روش ترکیبی آمیخته- اکتشافی بهره‌گرفته‌شده‌است. جامعه آماری پژوهش، کلیه پرستاران بیمارستان‌های دولتی مشهد می‌باشد. نمونه آماری در بخش کیفی 14 نفر از پرستاران نمونه‌کشوری و در بخش کمی، 176 نفر از پرستاران با سابقه بودند. جهت جمع‌آوری- اطلاعات از روش مصاحبه و پرسشنامه بهره‌گرفته‌شد. برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل‌محتوا استفاده‌شده و مدل اولیه رفتاراخلاقی مبتنی بر ابعاد و مؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران با بیماران استخراج‌گردید. جهت سنجش و برازش مدل از روش تحلیل‌عاملی‌تأییدی و نرم‌افزار آموس بهره‌گرفته‌شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از پژوهش در قالب سه مؤلفه‌اصلی «مراقبت آگاهانه و دلسوزانه»، «ایثار و فداکاری» و «تکریم‌بیمار» انتزاع‌گردید که هرکدام دربرگیرنده طبقات فرعی متعددی بودند. نتایج حاصل از تحلیل‌عاملی‌تأییدی گویای آن بود که تمامی مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌ها به‌جز زیرمولفهٔ «آموزش بیمار» مورد تأیید قرارگرفتند. شاخص برازش تطبیقی مدل(CFI) نیز با استفاده از نرم‌افزار آموس 0/9 بر آورد شد که نشان از برازش مدل انتزاع شده دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاصل، بیانگر آن بود که پرستاران فضیلت‌محور در شرایط بحرانی و حساس حتی حاضر هستند از جان خویش جهت مراقبت از بیماران گذشت نمایند که این امر نشاندهنده سطح بالای روحیهٔ ایثار و فداکاری در میان پرستار آن است.

کلیدواژگان: *رفتار اخلاقی، رابطه پرستار - بیمار، نظریه اخلاق فضیلت محور*

سرآغاز

پرستاری حرفه‌ای است که جهت انجام عمل خود با رفتار اخلاقی[1] آمیخته‌بوده و کوشش و سعی اخلاقی است(1). رفتار اخلاقی یکی از مشخصه‌های بنیادی پرستاری‌حرفه‌ای و یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت پرستاری بوده و پایبندی به آن به عنوان بخشی ضروری از وظایف شغلی پرستاران به‌شمار می‌آید(2-4). توجه به رفتاراخلاقی پرستاران در عصر کنونی به دلیل پیشرفت‌های روزافزون حیطه مراقبت‌های سلامت و فناوری‌های مربوطه و افزایش نگرانی در ارتباط با رفتارهای غیر اخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن از اهمیت وافری برخوردار شده‌است که فراوانی پژوهش‌های صورت‌پذیرفته در این باب و

* نویسنده مسؤول: نشانی الکترونیکی: nikkhah.hrm @ gmail.com

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

مقالات منتشرشده در داخل و خارج از کشور، شاهدی بر اثبات این ادعا است(5-7). این درحالی است که هنوز مفهوم واحدی از رفتاراخلاقی از سوی متفکران و صاحبنظران این حوزه ارائه نشده و هریک با تمسک به یکی از نظریه‌های حوزه اخلاق تعریف متفاوتی را از رفتاراخلاقی ارائه نموده‌اند. سه نظریه اصلی در حوزه اخلاق را می‌توان اخلاق‌وظیفه گرایی[2]، اخلاق نتیجه‌گرایی[3] و اخلاق‌فضیلت‌محور[4] دانست(8). بر اساس اخلاق وظیفه‌گرایی، احکام‌اخلاقی جهانشمول بوده و کنش‌گران اخلاقی بنابر دستورات عقل عملی و به اقتضای خودمختاری[5] عمل‌می‌نمایند.این رویکرد قواعد اخلاقی عامی را طرح می‌کند که فرد باید از آنها تبعیت‌کند (9). در مقابل اخلاق وظیفه‌گرایی، اخلاق‌نتیجه‌گرایی قراردارد که به آثار و نتایج حاصل از افعال توجه دارد. بر این اساس، عملی خوب است که متضمن کسب بیشترین لذت و منفعت باشد. که خود دربرگیرنده دو مفهوم خودگرایی و سودگرایی است(10). در نهایت اخلاق‌فضیلت‌محور بر این اعتقاد است که انسان بیش از آن که به اصول‌اخلاقی احتیاج داشته‌باشد، باید بکوشد تا متخلق به فضایل‌اخلاقی باشد(11). این نظریه که می‌کوشد اخلاق را برپایه ویژگی‌های شخصیتی فرد بنانهد جامع‌تر از سایر قواعداخلاقی است، چراکه به راهنمایی کردار نیز پرداخته و تمامی سوالات اخلاق در چارچوب آن قابل‌طرح است(12 و 13). از منظر این نظریه، رفتاری اخلاقی درنظرگرفته می‌شود که دارای ویژگی‌ها و شاخصهای زیر باشد:

1. از منش فضیلت‌مند فاعل اخلاقی ناشی شده‌باشد.اعمال را می‌توان درمعرض داوری‌های غیرمنشی[6] یا منشی قرارداد که در صورت تمسک به قوانین، اصول یا نتایج، داوری از نوع غیرمنشی خواهد بود، اما در صورت اشاره به منابع روان شناختی یا شخصی(تمایلات و انگیزه ها) داوری از نوع منشی خواهد بود(14).

2. دومین ویژگی اخلاق فضیلت، این است که در این نظریه «خوب» مقدم بر «باید» است.از این جهت هیچ تفسیری در اخلاق فضیلت نمی‌تواند سخن از بایستگی رفتاری و عملی داشته باشد جز این که آن را برمبنای خوب و ارزشمندی قراردهد(15).

3. اخلاق فضیلت برای اموری که در پس رفتارهای اخلاقی نهفته‌اند، اهمیت اساسی قایل می‌شود. در این خصوص، می‌توان از انگیزه‌ها، احساسات و اندیشه‌هایی که در پس اعمال قراردارند نیز سئوال کرد(16).

4. یکی دیگر از شاخصه‌های فضیلت‌گرایی‌اخلاقی را می‌توان تاکید بر اسوه‌ها و الگوهای اخلاقی دانست. در نگاه ارسطویی، الگوهای اخلاقی همان افراد حکیمی هستند که در موقعیت‌ها و شرایط مختلف به دلیل برخورداری از فضایل‌اخلاقی و درسایه حکمت‌عملی، تشخیص آنان صواب است. توجه به این مسئله نقش مهمی در تعلیم و تربیت اخلاقی نیز ایفا می‌کند(17).

5. آخرین ویژگی اخلاق فضیلت‌گرا تاکید بر عینی بودن فضایل اخلاقی است. می‌توان مدعی‌شد که اغلب فضیلت‌گرایان اخلاقی به عینیت اخلاقی اعتقاددارند. عینی بودن فضایل اخلاقی به این معنی است که خوبی آنها مرتبط با امیال آدمی نیست و بر وضعیت ذهنی افراد یا میل و سلیقه آنها مبتنی نمی‌باشد(18). به اعتقاد صاحبنظران اخلاق‌پرستاری، با توجه به آنکه رویکرد-فضیلت‌محور هردوی اخلاق عدالت[7] و اخلاق مراقبت[8] را در خود جای‌داده مناسب برای زمینه سلامت و اخلاق‌پرستاری است(19). اگرچه پزشکان نیز همانند پرستاران در ارتباط مستقیم با بیمار می‌باشند اما مطالعات بیانگر ان هستند که پرستاران در مواجهه با بیماران برای آنها استقلال بیشتری قائل‌بوده و از فضائل‌اخلاقی در مراقبت از آنها بهره می‌گیرند از این روی، کاربرد رویکرد فضیلت محور در رفتار اخلاقی پرستاران کاربرد بیشتری‌دارد(20 و 21). از منظر این رویکرد، پرستاری اخلاقی هنگامی واقع می‌شود که یک پرستار خوب، کار صحیح و درستی را انجام دهد(22 و 23). نکته‌ای که درخصوص رفتار اخلاقی پرستاران کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است ماهیت ارتباطی اینگونه رفتارهاست چراکه جهت شناخت رفتارهای اخلاقی پرستاران ابتدا شفاف سازی فرد یا گروه دریافت کننده این رفتار ضروری‌می‌نماید. از منظر رفتارارتباطی[9] می‌توان دو نوع اصلی رفتارهای درون‌شخصی[10] و برون‌شخصی[11] را ازهم متمایز دانست که رفتارهای برون‌شخصی دربرگیرنده رفتارهایی در ارتباط با خداوند، محیطزیست و دیگران می‌باشد، است. با توجه به این، ماهیت ارتباطی رفتاراخلاقی در حیطه‌پرستاری را

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

می‌توان دربرگیرنده سه حوزه رفتاراخلاقی‌پرستاران با بیماران، رفتاراخلاقی‌پرستاران با همراهیان‌بیمار و رفتاراخلاقی‌پرستاران با گروه‌درمانی که دربرگیرنده پزشکان، پرستاران و سرپرستاران می‌باشد، دانست. بیماران نخستین و مهمترین ارباب‌رجوعان پرستاران هستند که به صورت مستقیم از فعالیتها و رفتارهای آنها منتفع شده و پرستاران مسئولیت مراقبت سالم، شایسته، قانونی و اخلاقی از آنها را برعهده دارند(24). پژوهشهای صورت‌پذیرفته در این حوزه بیان‌گر آن هستند که پرستاران در مراقبت از بیماران با چالشها و معماهای اخلاقی موجه‌اند که روند آن نیز در حال افزایش است تا جایی که حدود 11 درصد از پرستاران هر روز و 36 درصد هرچند روز یکبار با چالش‌ها، مسائل و معماهای اخلاقی روبرو هستند(9و10). توجه به جایگاه بیماران به عنوان ارباب‌رجوعانی که از ابتدای ورود بیمار به بیمارستان با سیستم‌درمان در ارتباط بوده و نگرش و ادراک آنها از کیفیت و کمیت خدمات‌دریافتی نه تنها بر عملکرد سازمانی بلکه بر فرایند بهبود و درمانشان نیز تاثیرگذار می‌باشد، از اهمیت خاصی برخوردار است(25-27). آنها همین‌طور می‌توانند به عنوان مبلغی برای سازمان عمل‌نمایند که می‌تواند منجر به حفظ، ارتقاء و یا تخریب تصویر سازمان در جامعه گردد(28). پژوهشهای صورت پذیرفته در این باب بیانگرآنند که بیماران بیشتر تحت تاثیر کیفیت ارائه خدمات و رفتارهای مرتبط با آن قرار می‌گیرند که رفتارهای اخلاقی‌پرستاران نیز یکی از این نوع رفتارها می‌باشد. از این روی، با توجه به اینکه پرستاران جهت مراقبت از بیماران و در زندگی حرفه‌ای خود پیوسته با مفاهیم اخلاقی درگیر بوده و پایه‌های زندگی حرفه‌ای ایشان بر اخلاق استوار است و ازآنجاکه تلاش در جهت بکارگیری رفتارهای-اخلاقی توسط پرستاران در مواجهه با مسایل و معماهای اخلاقی که در ارتباط با بیماران با آن مواجه‌می‌شوند و نیازمند اتخاذ تصمیمات‌اخلاقی است بدون ایجاد شناخت[12] از اینگونه رفتارها، کاری عبث و بیهوده‌ای می‌باشد و نظر به اینکه مقوله رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران با درک ماهیت ارتباطی اخلاق و استمداد از نظریه فضیلت‌محور در زمینه مورد بررسی به شیوهٔ مطالعهٔ آمیخته مورد تحقیق قرار نگرفته‌است . هدف از پژوهش حاضر، شناسایی مؤلفه‌های‌رفتاراخلاقی‌پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد.

روش

در این پژوهش از روش‌تحقیق آمیخته‌اکتشافی بهره‌گرفته‌شده-است. بدین منظور ابتدا به گردآوری داده‌های کیفی پرداخته و با استفاده از این شناسایی اولیه امکان صورت‌بندی فرضیه‌هایی درباره بروز پدیده مورد مطالعه فراهم‌شد و درمرحله بعدی از طریق گردآوری داده‌های کمی، فرضیه‌ها مورد ازمون قرارگرفت. جامعه‌آماری تحقیق، کلیه پرستاران بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم‌پزشکی‌مشهد می‌باشند. نمونه‌آماری در بخش کیفی، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری‌هدفمند، پرستاران نمونه‌کشوری بیمارستانهای دولتی شهر مشهد انتخاب شدند. حجم نمونه بخش‌کیفی با توجه به اشباع نظری 14 نفر برآورد-شد که از نظر جنسیتی 5 نفر آقا و 9نفر خانم،از نظر توزیع سنی اکثریت در محدوده سنی 40 تا 50 سال و میانگین سابقه کار ایشان 20سال بود. از نظر محل خدمت نیز، هریک در یکی از بخشهای تخصصی مشغول به ارائه‌خدمت بودند. درقسمت کمی‌تحقیق که سنجش مدل استخراج شده مدنظر است، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بهره‌گرفته شده و حجم نمونه 176نفر به‌دست آمد. که از نظر جنسیتی 93 نفر خانم و 83 نفر آقا، از نظر توزیع سنی اکثریت در محدوده سنی 30 تا 40 سال و میانگین سابقه کار آنها 16 سال بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات موردنیاز در بخش کیفی از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته و دربخش کمی از پرسشنامه محقق‌ساخته مشتمل بر28 گویه، بهره‌گرفته-شد. مدت‌زمان انجام مصاحبه‌ها به طور متوسط 60دقیقه برای هر نفر بود و مصاحبه‌ها در محیط بیمارستان و در اتاق مدیریت پرستاری و با هماهنگی ایشان به‌انجام رسید. درخصوص بررسی پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات در بخش‌کیفی، ثبت دقیق، کامل و عمیق داده‌ها، کدگزاری‌های دقیق، کامل و متنوع و تکرار آنها درخدمت پایایی‌تحقیق قرارگرفت و محقق در حین مصاحبه دانسته‌های خود را کنارگذاشته، هدف مصاحبه را برای مصاحبه شوندگان به روشنی توضیح‌داده و نکات یک مصاحبه موثر از

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

جمله برخورد دوستانه، جلب اعتماد و... را رعایت نموده. همچنین با عنایت به این مطلب که محقق در تفسیر نتایج دقت کافی را مبذول داشته و از نظرات اساتید محترم راهنما و مشاور استفاده نموده است مصاحبه دارای روایی می‌باشد. جهت اطمینان از روایی و پایایی پرسشنامه طراحی شده، 35 عدد پرسشنامه در میان نمونه آماری توزیع شد. برای سنجش روایی پرسشنامه از روایی‌سازه و نرم‌افزار آموس استفاده‌شد، نتایج نشان‌داد تمام سوالات پرسشنامه معنی‌دارند. ضریب آلفای‌کرونباخ برای پرسشنامه سنجش مدل 0/956 به‌دست‌آمد که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه است.

جهت تحلیل‌اطلاعات در بخش کیفی و جهت شناسایی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران از استراتژی تحلیل محتوای قراردادی بهره‌گرفته‌شد. به این صورت که کدگذاری به طورمستقیم از داده‌های خام انجام شده و ابتدا زیرمؤلفه‌ها و سپس مؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران انتزاع-گردید. جهت سنجش اعتبار مدل استخراج‌شده و تحلیل‌اطلاعات کمی، از استراتژی پیمایش و روش تحلیل‌عاملی‌تاییدی بهره-گرفته‌شد.

یافته‌ها

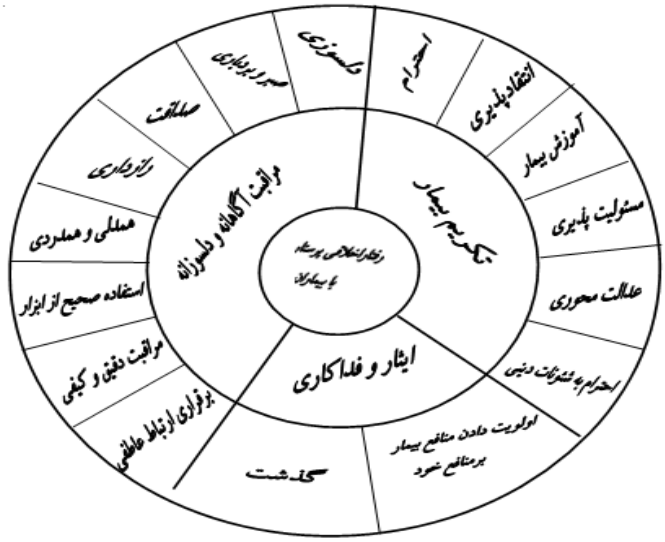
یافته‌های نهایی تحقیق شامل سه مؤلفه‌اصلی بود که هرکدام حاوی مؤلفه‌های‌فرعی متعددی بودند. مؤلفه‌های‌اصلی تحقیق شامل: «مراقبت آگاهانه و دلسوزانه»، «ایثار و فداکاری» و «تکریم‌بیمار» بود که هرکدام دارای زیرمؤلفه‌هایی به شرح ذیل بودند:

مراقبت آگاهانه و دلسوزانه به معنی توجه به بیماران،تلاش درجهت بکارگیری صحیح و دقیق از ابزار و شفقت ومهربانی در قبال بیماران می‌باشد. دلسوزی یکی از زیرمؤلفه‌های مراقبت آگاهانه و دلسوزانه است که به‌معنی غم بیماران را خوردن و احساس محبت و مهربانی نسبت به آنها داشتن می‌باشد. به عقیده بسیاری از مصاحبه‌شوندگان دلسوزی نسبت به بیمار درفرایند مراقبت یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد. صبر و بردباری پرستاران و آرامش داشتن در قبال بیمار یکی‌دیگر از زیرمؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران است.صداقت درقبال بیماران و بیان حقایق بیماری به آنها و راستی و درستی در برخورد با ایشان و پرهیز از دروغ‌گویی یکی دیگر از زیرمؤلفه‌های انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران بودکه توسط اکثر مصاحبه شوندگان اذعان‌گردید. حفظ اسرار بیماران و مشکلات بیماری آنها و درددلهایی که بیماران با پرستاران انجام می‌دهند نمود رازداری پرستاران است. به اعتقاد مشارکت کنندگان رازداری نه تنها یک رفتاراخلاقی است بلکه می‌تواند زمینه ساز جلب اعتماد بیمار به پرستار شده و از این طریق زمینه ساز مراقبت‌شایسته پرستاران را فراهم نماید. همدردی و همدلی با بیماران از دیگر زیرمؤلفه‌های انتزاع‌شده در خصوص رفتاراخلاقی پرستاران است که به معنی تلاش جهت درک و فهم دنیای ذهنی و شرایط بیمار و همچنین قراردادن خود به جای آنها و نگریستن از دریچه چشم بیمار می‌باشد. استفاده صحیح از ابزار و بهره‌گیری از وسایل و ابزار مناسب جهت مراقبت از بیمار می‌باشد و همچنین مراقبت دقیق و کیفی از بیماران از دیگر مضامینی بود که توسط اکثر پرستاران با فضیلت به عنوان نمودهایی از رفتارهای اخلاقی پرستاران عنوان گردید. مراقبت دقیق و کیفی از بیماران به مفهوم بهره‌گیری از علم و دانش و تجربه و مهارت کسب‌شده جهت حفظ سلامت و بهبود حال بیماران و کم نگذاشتن از مراقبت‌بیمار به لحاظ کیفی و کمی می‌باشد. درنهایت، بسیاری از پرستاران نحوه ارتباط برقرار نمودن پرستار با بیمار را یکی از عوامل مهم در ایجاد آرامش بیماران بیان داشتند و از درنظر گرفتن روحیات و سن بیمار دربرقراری این ارتباط به عنوان یک رفتاراخلاقی نام‌بردند.

ایثار و فداکاری یکی دیگر از ابعاد رفتاراخلاقی‌پرستاران است که به معنی گذشت از منافع‌فردی، زمان‌شخصی، خانواده و حتی جان خود جهت مراقبت از بیماران می‌باشد. اکثر پرستاران با فضیلت اذعان‌داشتند که گذشت نه‌تنها یک رفتاراخلاقی است بلکه یکی از ویژگی‌های بارز پرستاران بافضیلت نیز به شمارآمده و با حرفه پرستاری عجین است. به‌اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، درصورتی‌که یک پرستار منافع بیمار و سلامت وی را مورد نظر قرار ندهد، ممکن است خواسته و یا ناخواسته از کیفیت کارش

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]



نگاره 1: مدل رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران

کاسته شده و خسارات جبران ناپذیری به بیماران و سیستم درمان واردآورد.

تکریم‌بیمار13 به معنی احترام‌گذاشتن به شخصیت بیمار، توجه به انتقادها و پیشنهادهای بیمار و تلاش جهت رفع آن، آموزش بیمار، مسئولیت‌پذیری درقبال مراقبت از بیمار، عدالت‌محوری و توجه به اعتقادات‌مذهبی و شئونات‌دینی بیماران می‌باشد. احترام به بیمار به معنی حرمت قائل شدن برای روح و جسم بیمار می‌باشد. به اعتقاد پرستاران با فضیلت نه‌تنها بیماران شایسته احترام هستند و بایستی شخصیت آنها به‌رسمیت شناخته شود بلکه هنگام مرگ بیمار نیز حفظ حرمت بیمار ازجمله رفتارهای اخلاقی است که شایسته است در قبال بیماران صورت‌پذیرد. انتقادپذیری از دیگر مضامین انتزاع شده در خصوص رفتاراخلاقی پرستاران است که به معنی توجه به انتقادها و پیشنهادهای بیماران و تلاش درجهت رفع آنها می‌باشد. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، انتقادپذیر بودن پرستاران می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد اعتماد متقابل میان پرستاران و بیماران شده و از این طریق به تسهیل فرایند درمان کمک نماید.آموزش بیمار به معنی ارائه اطلاعات لازم در خصوص نحوه مصرف داروها، نحوه استفاده از وسایل موجود در بیمارستان و مسائلی از این دست می‌باشد. اکثر پرستاران ارائه آموزش به بیمار را رفتاری اخلاقی به شمار آورده و اذعان داشتند که گرچه آموزش بیماران یکی از وظایف پرستاران نیز به شمار می‌آید اما دربرخی از مواقع توسط پرستاران نادیده انگاشته‌می‌شود. مسئولیت‌پذیری14 از دیگر زیرمؤلفه‌های رفتاراخلاقی پرستاران به شمار می‌آید که مورد توافق اکثر مصاحبه شوندگان قرارگرفته است. مسئولیت‌پذیری به معنای قبول تعهدات و پاسخگو بودن در قبال نحوه انجام کار است.

یک پرستار با مسئولیت نه‌تنها در قبال تعهدات شغلی خود بلکه در قبال تعهدات اخلاقی که فی‌مابین او و بیمارش شکل‌گرفته است نیز خود را مسئول می‌داند. ازدیگر رفتارهای‌اخلاقی پرستاران با بیماران، برخورداری از عدالت در گفتار و رفتار و دروی از هرگونه پارتی‌بازی در ارتباط با بیماران می‌باشد.به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان رفتارعادلانه با بیماران از تنش‌های روحی بیمار کاسته و علاوه بر تسهیل فرایند درمان منجر به بهبود رابطه میان پرستار و بیمار می‌شود. و درنهایت احترام قائل‌شدن به اعتقادات مذهبی و شئونات‌دینی بیماران از دیگر مضامین انتزاع‌شده درخصوص رفتاراخلاقی پرستاران با بیماران می‌باشد که مستلزم هوش و ذکاوت پرستاران و ارزش قائل‌شدن برای بیماران و خواسته‌های اوست. در نهایت می‌توان مدل رفتاراخلاقی پرستاران با بیماران را به صورت نگاره 1 به تصویر کشید

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

جدول 1: نتیجه اعتبار همگرای تحلیل عاملی

سازه	گویه‌ها	کشیدگی	کجی	بارهای عاملی	سطح معناداری	نتیجه	روایی مرکب (CR)
مراقبت آگاهانه و دلسوزانه	V1	2/163	-0/855	0/386	0/000	معنادار	0/886
	V2	0/044	-0/344	0/794	0/000	معنادار	
	V3	0/842	-0/772	0/824	0/000	معنادار	
	V4	0/636	-0/192	0/616	0/000	معنادار	
	V5	0/230	-0/659	0/376	0/000	معنادار	
	V6	1/068	-0/713	0/750	0/000	معنادار	
	V7	1/775	-0/820	0/505	0/000	معنادار	
	V8	-0/235	-0/517	0/636	0/000	معنادار	
	V9	2/784	-0/989	0/287	0/000	معنادار	
ایثار و فداکاری	V10	-0/793	0/020	0/753	0/000	معنادار	0/741
	V11	0/687	0/075	0/739	0/000	معنادار	
	V12	0/263	-0/748	0/393	0/000	معنادار	
	V13	-0/252	-0/065	0/619	0/000	معنادار	
	V14	-0/492	-0/320	0/604	0/000	معنادار	
	V15	0/181	-0/544	0/755	0/000	معنادار	
	V16	-0/268	-0/223	0/77	0/000	معنادار	
	V17	0/103	-0/475	0/456	0/000	معنادار	
	V18	1/497	-0/657	0/770	0/000	معنادار	
تکریم بیمار	V19	1/580	-0/399	0/790	0/000	معنادار	0/825
	V20	0/356	-0/464	0/607	0/000	معنادار	
	V21	1/395	-0/767	0/816	0/000	معنادار	
	V22	1/768	-0/660	0/560	0/000	معنادار	
	V23	-0/979	-0/147	0/762	0/000	معنادار	
	V24	2/784	-0/989	0/287	0/000	معنادار	

به منظور بررسی اعتبار ابزار سنجش از طریق تحلیل عاملی تأییدی (CFA) در ابتدا بایستی نرمال بودن داده‌های جمع‌آوری شده توسط هر گویه که توسط دو شاخص کشیدگی و کجی در نرم افزار آموس سنجیده می‌شود، تأیید شود. این مقادیر برای کشیدگی بایستی بین 7 ± و برای کجی بین 3± باشد، سپس در قدم دوم اعتبار سازه مدل مورد بررسی قرار می‌گیرد که برای سنجش آن از دو اعتبار همگرایی و اعتبار افتراقی استفاده می‌شود. در اعتبار همگرا هر یک از بارهای عاملی (ضرایب رگرسیونی) می‌باید از 0/5 بزرگ‌تر یا مساوی باشد، در اعتبار

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

افتراقی به‌منظور بررسی عدم همپوشانی بین سازه‌های پرسشنامه در ارتباط با گویه‌های مورد سنجش آن، کواریانس بین هر دو سازه نبایستی بیشتر از 0/9 باشد.

جدول 2: نتیجه اعتبار افتراقی تحلیل عاملی

همبستگی	شاخص دوم	شاخص اول
0/708	تکریم بیمار	مراقبت آگاهانه و دلسوزانه
0/272	ایثار و فداکاری	
0/111	تکریم بیمار	ایثار و فداکاری

با توجه به جدول 3، نخست آنکه، میزان کشیدگی همه گویه‌ها بین عدد 7 ± و میزان کجی آنها نیز بین عدد 3± است بنابراین داده جمع‌آوری شده نرمال است، همچنین با توجه به مدل CFA برازش یافته، وزن عاملی گویه شماره 24 یعنی آموزش به بیماران اگرچه معناداراست ولی باتوجه به اینکه کمتر از 0/5 است و روایی مرکب سازه‌های مربوطه را از حد قابل قبول خارج می‌کند، از فرایند تحلیل داده‌ها حذف شده و با بقیه سوالات به تجزیه و تحلیل پرداخته شد.

جدول3. شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی

نام شاخص	مقدار مطلوب	مقدار بدست آمده در مدل واقعی
درجه آزادی (df)	-	1196
کای اسکوئر(χ^2)	-	1924/3
سطح معناداری برای χ^2(برای حجم نمونه کم)	بیشتر از 05/	0/000
کای اسکوئر بهینه شده (χ^2/df)	از 4 کمتر	1.609
نیکوئی برازش افزایشی (IFI)	0/9 به بالا	0/904
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بالای 0/9	0/900 999
ریشه میانگین مربعات باقی مانده (RMR)	زیر 0/08	0/035
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	زیر 0/08	0/059

از این روی، با توجه به بارهای عاملی معنادار و بالای مقدار 0/5، و همچنین برقراری حد قابل قبول روایی مرکب بارهای عاملی بالاتر از 0/5 اعتبار همگرایی ابزارسنجش تأیید می‌شود. همچنین با توجه به جدول 2 همبستگی بین متغیرهای مدل تحقیق کمتر از عدد 0/9 بدست‌آمد بنابراین عدم همپوشانی در قالب اعتبار افتراقی نیز تأیید می‌شود، که در نتیجه آن اعتبار سازه مدل مورد تأیید واقع می‌شود، از سویی، با توجه به اینکه شاخص‌های برازش نیز در محدوده مطلوب خود قرار دارد، بنابراین مدل اندازه گیری تحقیق از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین شاخص هلتر گزارش شده در زیرمجموعه‌ی برازش این مدل، نیز در سطح اطمینان 95 درصد، مقدار 117را نشان می‌دهد، که بزرگتر بودن حجم نمونه از این مقدار، نشان از کفایت حجم نمونه برای این بخش از مدل اندازه گیری را دارد.

بحث

در مطالعه حاضر که در خصوص رفتاراخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران به انجام‌رسید سه مؤلفه‌اصلی با زیرمؤلفه‌های متعدد انتزاع‌گردید. یکی از مؤلفه‌های استخراج‌شده " مراقبت آگاهانه و دلسوزانه از بیماران" می‌باشد. سایر پژوهش‌ها نیز از مراقبت از بیماران به عنوان پایه و اساس حرفه‌پرستاری و یکی از رفتارهای‌اخلاقی پرستاران یاد نموده و آن را به صورت ماهوی فعالیت و فرایندی اخلاقی دانسته‌اند(33). برقراری رابطه عاطفی با بیماران و همدلی و همدردی با آنها از زیر مؤلفه‌های مراقبت آگاهانه و دلسوزانه بشمارمی‌آید که تحت تاثیر شرایط فرهنگ کار قرارداشته و توسط مدیران و گروه‌های اجتماعی و همکاران قابل تقویت است(34). به عبارتی برقراری و تداوم ارتباط محبت آمیز و حمایت‌گرانهٔ پرستار با بیمار مستلزم رعایت انصاف و توجه به پرستار از جانب اداره‌کنندگان سیستم است و این بدور از اخلاق است که از پرستار انتظار رعایت اخلاق داشت ولی در مشکلات مقید به رعایت اصول اخلاقی نسبت به او نبود(35). زیر مولفهٔ، مراقبت دقیق و کیفی از بیمار نیز در پژوهش‌های پیشین به عنوان یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران انتزاع گردیده بود. به اعتقاد صاحبنظران مهارت اندوزی و کسب تجربه از جمله راه‌های ارتقاء این رفتار اخلاقی در پرستاران بوده و می-

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

تواند زمینه ساز ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران باشد(36). رازداری[15] از دیگر رفتارهای اخلاقی پرستاران است که در اکثر پژوهش‌های صورت پذیرفته، از آن به عنوان یک ارزش اخلاقی یاد شده است(37). رازداری یکی از کدهای رفتاراخلاقی پرستاران نیز به‌شمار می‌آید، اما از آنجا که در عمل مرز مشخصی برای اینگونه اطلاعات وجود ندارد تشخیص اینکه چه طلاعاتی اسرار بیمار می‌باشد، نیازمند منش فضیلتمند است(8).

ایثار و فداکاری از دیگر مؤلفه‌های انتزاع شده درخصوص رفتاراخلاقی پرستاران با بیماران بود که معنی گذشت از منافع شخصی، خانواده و حتی جان خود جهت مراقبت از بیماران است. اگرچه در تحقیقات پیشین از مضمون گذشت و اولویت منافع بیمار بر منافع‌شخصی، به عنوان یکی از ارزشها و رفتارهای اخلاقی پرستاران یادشده‌است(39، 40). اما گذشت از جان خود جهت مراقبت از بیمار و حفظ سلامت وی از جمله مضامین انتزاع شده در این پژوهش است که در پژوهش‌های پیشین مورد بحث قرارنگرفته است. این مؤلفه نشان‌دهنده بالاترین حد رفتار اخلاقی یک پرستار را در مواجهه با بیمارانش به تصویر می‌کشد که نه تنها می‌توان از آن به عنوان یک رفتارشهروندسازمانی یادکرد بلکه در حد اعلای آن به وضوح تجلی اعتقاد و ایمان-قوی پرستاران به خالق یکتای جهان هستی است. آخرین مؤلفه انتزاع‌شده "تکریم‌بیمار" می‌باشد که به معنی احترام‌گذاردن به بیمار، توجه به انتقادها و پیشنهادهای بیماران، مسئولیت‌پذیری در قبال بیماران، عدالت‌محوری در برخورد با بیماران و احترام به شئونات دینی بیماران است. احترام یک ارزش‌اخلاقی مشترک میان پرستارن است که کدهای آن در تمام سطوح سازمان پرستاری – سطوح‌محلی، ملی، بین‌المللی- مستند شده-است(41). در پژوهش‌های متعدد از احترام گذاردن به خود و دیگران به عنوان جوهره‌ی اخلاق‌عمومی یادشده‌است(41).

صداقت و درستکاری از دیگر زیرمؤلفه‌های انتزاع شده در خصوص رفتاراخلاقی‌پرستاران است که نه تنها در حیطه اخلاق-پرستاری بلکه در حوزه اخلاق‌عمومی نیز از آن به عنوان یکی از ارزشهای پایه‌ای در رفتاراخلاقی با دیگران یادشده است(42). آموزش‌بیمار اگرچه در بخش کیفی و با توجه به نتایج مصاحبه‌ها یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران به شمارآمد اما این مضمون به عنوان یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران در بخش کمی مورد تأیید قرار نگرفت که چرایی آن را می‌توان در تفاوت میان قانون و اخلاق جست. چراکه آموزش به بیماران یکی از وظایف پرستاران به شمارآمده و در شرح شغل پرستاران نیز عنوان شده‌است، اما از منظر پرستاران این مضمون تنها یک وظیفه-حرفه‌ای بوده و رفتاری اخلاقی تلقی نمی‌شود. اما نکته‌ای که این تحقیق را متمایز از یافته‌های تحقیقات دیگر می‌نماید احترام به شئونات‌دینی بیماران می‌باشد. به بیانی دیگر، پرستاران مورد - مصاحبه قرار گرفته علاوه برآنکه به شئونات دینی و قوانین آن آگاهی‌دارند، که این امر در پژوهش‌های پیشین نیز مورد تأیید قرارگرفته‌بود، در اجرای فرامین الهی نیز پیش‌قدمند چراکه نه-تنها در حیطه فعالیت شخصی سعی می‌نمایند تا حد امکان به اعتقادات و باورهای مذهبی بیماران احترام‌گذاشته و در هنگام مراقبت و در فرایند درمان آن را لحاظ نمایند بلکه حاضرند فداکارانه جهت احترام به مقدسات بیماران و باورهای مذهبی آنها از زمان و فرصت شخصی خویش بگذرند(42). زیر مؤلفه عدالت‌محوری از دیگر مضامین‌اخلاقی انتزاع‌شده در این پژوهش است که بر نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین صحه می‌نهد(43). برطبق کدهای‌اخلاقی انجمن بین المللی پرستاری، پرستاران باید هر بیمار را به طور مساوی خوب درمان کنند صرف‌نظر از ناخوشی بیمار، جنس، سن، کیش، زبان، سنت، اخلاق، عقایدسیاسی و اجتماعی(44). اما به وضوح موانع متعددی برای اجرای کدهای‌اخلاقی حوزه پرستاری وجود دارد(41، 43). لیکن تدوین کدهای اخلاقی به‌تنهایی کافی نبوده بلکه شناخت بستر اجرایی و جنبه‌های مرتبط با آن نیز بایستی مود توجه قرارگیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش شناساندن رفتارهای اخلاقی پرستاران بافضیلت به عنوان ملاک عمل سایر پرستاران و همچنین تلاش در جهت الگوسازی در حیطه رفتار اخلاقی نه تنها سایر پرستاران را بانمودهای عملی بکارگیری اخلاق حرفه-ای آشنا می‌سازد بلکه زمینه ساز ایجاد محیط کاری اخلاقی و بهبود سیستم درمان کشور خواهدشد. از سویی دیگر پیشنهاد می‌شود جهت تشویق پرستاران به رفتاراخلاقی با بیماران،

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

سیستم مدیریت‌منابع‌انسانی بیمارستانهای‌دولتی با توجه به مضامین‌اخلاقی انتزاع شده در این پژوهش سازماندهی‌مجدد شود و فعالیتهای مدیریت منابع انسانی اعم از آموزش و بالندگی، ارزیابی عملکرد و جبران خدمات درخدمت تحقق هدف اشاعه و بهبودرفتار اخلاقی پرستاران، قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

علم‌اخلاق در قلمرو پرستاری اگرچه قدمت تاریخی دارد؛ اما با تحولات وسیع علمی، تکنولوژیکی و توسعه‌ی دامنه‌های کاری، نیاز به نگاه و انطباق جدیدی دارد که بتواند پاسخگوی نیازهای روز کشور عزیزمان باشد. با این دیدگاه علم اخلاق علم جوان و در حال توسعه‌ای است که با تحقیق و بازنگری مکرر در قلمرو فرهنگ‌ها و ایدئولوژی‌های متنوع قابلیت انطباق و سازگاری می‌یابد. نتایج حاصل، بیانگر آن بود که پرستاران فضیلت‌محور در شرایط بحرانی و حساس حتی حاضر هستند از جان خویش جهت مراقبت از بیماران گذشت نمایند که این امر نشاندهنده سطح بالای روحیه ی ایثار و فداکاری در میان پرستاران است.

ملاحظه‌های اخلاقی

در مقالهٔ حاضر، با معرفی منابع مورد استفاده، اصل اخلاقی امانت داری علمی رعایت و حق معنوی مولفین آثار محترم شمرده شده است.

واژه‌نامه

رفتار اخلاقی	1. Ethical Behavior
اخلاق وظیفه گرایی	2. Deontological Ethics
اخلاق نتیجه گرایی	3. Utilitarianism Ethics
اخلاق فضیلت محور	4. Virtue Ethics
خودمختاری	5. Authority
رفتارهای غیر منشی	6. behavior non-judging
عدالت	7. Justic
اخلاق مراقبت	8. Ethic of care
رفتار ارتباطی	9. Communication Behavior
رفتارهای درون شخصی	10. Internal Behavior
رفتارهای برون شخصی	11. External Behavior
شناخت	12. Cognitive
تکریم بیمار	13. Tribute of Patient
مسئولیت پذیری	14. Responsibility
رازداری	15. Secrecy

منابع

1. Smith KV, Godfrey NS.(2002). Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. Nursing Ethics; 9(3): 301-312.
2. Crall J.(2011). Ethical behavior of supervisors: effects on supervisee experiences and behavior. The Service Industries Journal ; 4(12):21-42.
3. Chinn P, Kramer M. (1999). Theory and nursing: integrated knowledge development. 5th ed. St. Louis: Mosby.P.25-30.
4. Taylor C, lillis C, Lemone P.(2005). Fundamental of nursing the art & science of nursing care. The Service Industries Journal; 5(22):45-56.
5. Maroto-Sánchez A.(2012). Productivity in the services sector: conventional and current explanations. The Service Industries Journal ; 32(5): 719-746.
6. Savage JS, Favret JO. (2006). Nursing students' perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. Nurse Education in Practice;1(6): 301-312 .
7. Torabizadeh C. (2013). Incongruent perceptions among nurses and patients: a qualitative study of patient's dignity in Iran. Ethics & Behavior ; 23(6): 489-500.
8. Bertland A.(2009). Virtue ethics in business and the capabilities approach. Journal of Business Ethics ; 84(1):25-32.
9. McLaughlin BP. (2006). Supervenience. Encyclopedia of Cognitive Science; 21(5):451-462.
10. Lyons D.(1997). Mills utilitarianism:mills utiltarianism. New york: Rowman & Littlefield. P.18-45.
11. Smit T.(2005). comperhensive ethical thory.[PhD Thesis]. USA: capella university; 18(3):31-68.
12. Chun R.(2009). A corporate's responsibility to employees during a merger: organizational virtue and employee loyalty. Corporate Governance ; 9(4):473-483.

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]

13.Arjoon S.(2000). Virtue theory as a dynamic theory of business. Journal of Business Ethics. ;28(2):159-178.

14.Lawrence DJ.(2007). The four principles of biomedical ethics: a foundation for current bioethical debate .J Chiropr Humanit ; 9(14):34-40.

15.Oakley J, Cocking D. (2001). Virtue ethics and professional roles. UK: Cambridge University Press. P.18-41.

16.Slote M.(2008). Justice as a virtue. Louis: Mosby. P.34-41.

17.Carr D.(2013). Professionalism and ethics in teaching. Amesterdam: Routledge. P.12-14.

18.Hursthouse R.(1999). On virtue ethics. New yourk: Oxford University Press. P.23-36.

19.Gillon RD.(1990). principles and philosophical medical ethics. Journal of Medical Ethics ; 16(2):59-62.

20.Robertson DW.(1996). Ethical theory. ethnography. and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. Journal of Medical Ethics ; 22(5):292-299.

21.Newham RA. (2014). Virtue ethics and nursing: on what grounds. Nursing Philosophy; 10(3):32-49.

22.Kelly B.(1993). The "real world" of hospital nursing practice as perceived by nursing undergraduates. Journal of Professional Nursing ; 9(1): 27-33.

23.Cannaerts N, Gastmans C, de Casterlé BD. (2014).Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students educators' and students' perceptions. Nursing Ethic; 11(8):22-29.

24.Schroeter K.(2002).Ethics in properrative practice: principles and application. AORN J ; 75(5): 941-949.

25.Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL.(1977). The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature. Rand Corporation. P. 245.

26.Wen KY, Gustafson DH. (2004). Needs assessment for cancer patients and their families. Health and Quality of Life Outcomes ; 2(1):11.

27.Fry M. (2014). Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. International Emergency Nursing ; 22(1): 31-36.

28.Mead N, Bower P.(2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. Patient Education and Counseling ; 48(1): 51-61.

29.Raiyf D.(1998). Analysis of media messages. Translate by: Boroujerdi M.(2002). Tehran:Soroush publication. P.89-92.(In Persian).

30.Hsieh HF, Shannon SE.(2005). Three approaches to qualitative content analysis. Qualitative Health Research ; 15(9): 1277-1288.

31.Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR.(2011).Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. USA: Lippincott Williams & Wilkins. P.102-134.

32.Numminen O, van der Arend A, Leino-Kilpi H.(2009). Nurse educators' and nursing students' perspectives on teaching codes of ethics. Nursing Ethics, ; 16(1): 69-82.

33.Danayifar H, Alvani M, Azar A.(2006). Qualitative research methodology in management: a comprehensive approach.2nded. Tehran: Safar Publishing. P.36.(In Persian).

34.McGhee P, Grant P.(2008). Spirituality and ethical behaviour in the workplace.Wishful Thinking or Authentic Reality; 14(9):45-96.

35.Noe R .(2008). Human resource management:gaining a competitive advantage. Boston: McGraw-Hill. P.12-23.

36.Pattison S. (2001). Are nursing codes of practice ethical. Nursing Ethics; 8(1): 5-18.

37.Bragg S, Bonner A, Bonner A. (2014). Degree of value alignment-a grounded theory of rural nurse resignations. Rural and Remote Health; 14(14): 26-48.

38.Grant SM. (2014). Worth a dozen men: women and nursing in the civil war south. American Nineteenth Century History;15(1):106-107.

39.Kennedy R. (2014).Sign the e-petition and respond to the RCN consultation on pay. Nursing Standard; 28(33): 32-32.

40.Heikkinen A.(2006). Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. Journal of Advanced Nursing; 55(3):310-319.

41.Tarlie DS.(2004).Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse–patient relationships. Nursing Philosophy; 5(3):230-241.

42.Goethals S,Gastmans C, Casterlé B.(2010).Nurses' ethical reasoning and behaviour: A literature review. International Journal of Nursing Studies; 47(5):635-650.

43.Moradi A. (2006). Information on how to communicate nurses and patient care according to Sharia. Quarterly Journal ;15(72):75-80.(In Persian).

44. Larijani B,Zahedi F.(2002). Effect of Moral Philosophy at the ethical decisions in medicine. Journal of Special Lipids; 4(12):25-38.(In Persian).

[Downloaded from www.ethicsjournal.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.22517634.1395.11.1.10.8]