

(مقاله پژوهشی)

## مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران بر مبنای

### نظریه اخلاق فضیلت محور

دکتر زهرا نیکخواه فرخانی<sup>1</sup>، دکتر فریبرز رحیم‌نیا<sup>2</sup>، دکتر مصطفی کاظمی<sup>2</sup>، دکتر علی شیرازی<sup>2</sup>

1. گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بجنورد

2. گروه مدیریت، دانشکده 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 حرفه پرستاری به‌شمار می‌آید. این پژوهش درصدد بوده‌است تا با کنکاش در مفهوم اخلاق و رفتار اخلاقی به واکاوی و کشف مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران بپردازد. از این‌رو مسأله اصلی این پژوهش، شناسایی و معرفی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد.

**روش:** در این پژوهش، از روش ترکیبی آمیخته - اکتشافی بهره‌گرفته شده‌است. 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 بهره‌گرفته شد. برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شده و مدل اولیه رفتار اخلاقی مبتنی بر ابعاد و مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران استخراج گردید. جهت سنجش و برازش مدل از روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار آموس بهره‌گرفته شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از پژوهش در قالب سه مؤلفه اصلی «مراقبت آگاهانه و دلسوزانه»، «ایثار و فداکاری» و «تکریم بیمار» انتزاع گردید که هر کدام دربرگیرنده طبقات فرعی متعددی بودند. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی گویای آن بود که تمامی مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌ها به‌جز زیرمؤلفه «آموزش بیمار» مورد تأیید قرار گرفتند. 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 روحیه ایثار و فداکاری در میان پرستار آن است.

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

#### سر آغاز

عنوان بخشی ضروری از وظایف شغلی پرستاران به‌شمار می‌آید (2-4). توجه به رفتار اخلاقی 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

پرستاری حرفه‌ای است که جهت انجام عمل خود با رفتار اخلاقی<sup>1</sup> آمیخته‌بوده و کوشش و سعی اخلاقی است (1). رفتار اخلاقی یکی از مشخصه‌های بنیادی پرستاری حرفه‌ای و یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت پرستاری بوده و پایبندی به آن به

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

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

4. یکی دیگر از شاخصه‌های فضیلت‌گرایی اخلاقی 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 فضایل اخلاقی و درسایه حکمت عملی، 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 مدعی شد که اغلب فضیلت‌گرایان اخلاقی به عینیت اخلاقی اعتقاد دارند. 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 اخلاق پرستاری، با توجه به آنکه رویکرد فضیلت‌محور هردوی اخلاق عدالت<sup>7</sup> و اخلاق مراقبت<sup>8</sup> را در خود جای‌داده مناسب برای زمینه سلامت و اخلاق پرستاری است (19). اگرچه پزشکان نیز همانند پرستاران در ارتباط مستقیم با بیمار می‌باشند اما مطالعات بیانگر آن هستند که پرستاران در مواجهه با بیماران برای آنها استقلال بیشتری قائل بوده و از فضائل اخلاقی در مراقبت از آنها بهره می‌گیرند از این روی، کاربرد رویکرد فضیلت‌محور در رفتار اخلاقی پرستاران کاربرد بیشتری دارد (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 در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران کمتر مورد توجه قرار گرفته است ماهیت ارتباطی اینگونه رفتارهاست چراکه جهت شناخت رفتارهای اخلاقی پرستاران ابتدا شفاف سازی فرد یا گروه دریافت کننده این رفتار ضروری می‌نماید. از منظر رفتار ارتباطی<sup>9</sup> می‌توان دو نوع اصلی رفتارهای درون شخصی<sup>10</sup> و برون شخصی<sup>11</sup> را از هم متمایز دانست که رفتارهای برون شخصی دربرگیرنده رفتارهایی در ارتباط با خداوند، محیط‌زیست و دیگران می‌باشد، با توجه به این، ماهیت ارتباطی رفتار اخلاقی در حیطه پرستاری را

مقالات منتشر شده در داخل و خارج از کشور، شاهی بر اثبات این ادعا است (5-7). این درحالی است که هنوز مفهوم واحدی از رفتار اخلاقی از سوی متفکران و صاحب‌نظران این حوزه ارائه نشده و هریک با تمسک به یکی از نظریه‌های حوزه اخلاق تعریف متفاوتی را از رفتار اخلاقی ارائه نموده‌اند. سه نظریه اصلی در حوزه اخلاق را می‌توان اخلاق وظیفه‌گرایی<sup>2</sup>، اخلاق نتیجه‌گرایی<sup>3</sup> و اخلاق فضیلت‌محور<sup>4</sup> دانست (8). بر اساس اخلاق وظیفه‌گرایی، احکام اخلاقی جهان‌شمول بوده و کنش‌گران اخلاقی بنا بر دستورات عقل عملی و به اقتضای خودمختاری<sup>5</sup> عمل می‌نمایند. این رویکرد قواعد اخلاقی عامی را طرح می‌کند که فرد باید از آنها تبعیت کند (9). در مقابل اخلاق وظیفه‌گرایی، اخلاق نتیجه‌گرایی قرار دارد 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 اخلاق فضیلت‌محور بر این اعتقاد است که انسان بیش از آن که به اصول اخلاقی احتیاج داشته باشد، باید بکوشد تا متعلق به فضایل اخلاقی باشد (11). این نظریه که می‌کوشد اخلاق را برپایه ویژگی‌های شخصیتی فرد بنا نهد جامع‌تر از سایر قواعد اخلاقی است، چراکه به راهنمایی کردار نیز پرداخته و تمامی سوالات اخلاق در چارچوب آن قابل طرح است (12 و 13). از منظر این نظریه، رفتاری اخلاقی در نظر گرفته می‌شود که دارای ویژگی‌ها و شاخصه‌های زیر باشد:

1. از منش فضیلت‌مند فاعل اخلاقی ناشی شده باشد. اعمال را می‌توان در معرض داوری‌های غیرمنشی<sup>6</sup> یا منشی قرار داد 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 انگیزه‌ها) 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 بر مبنای خوب و ارزشمندی قرار دهد (15).

حاضر، شناسایی مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد.

## روش

در این پژوهش از روش تحقیق آمیخته‌اکتشافی بهره‌گرفته شده است. بدین منظور ابتدا به گردآوری داده‌های کیفی پرداخته و با استفاده از این شناسایی اولیه امکان صورت‌بندی فرضیه‌هایی درباره بروز پدیده مورد مطالعه فراهم شد و در مرحله بعدی از طریق گردآوری داده‌های کمی، فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفت. جامعه‌آماري تحقیق، کلیه پرستاران بیمارستانهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشند. نمونه‌آماري در بخش کیفی، با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند، پرستاران نمونه‌کشوری بیمارستانهای دولتی شهر مشهد انتخاب شدند. حجم نمونه بخش کیفی با توجه به اشباع نظری 14 نفر برآورد شد که از نظر جنسیتی 5 نفر آقا و 9 نفر خانم، از نظر توزیع سنی اکثریت در محدوده سنی 40 تا 50 سال و میانگین سابقه کار ایشان 20 سال بود. از نظر محل خدمت نیز، هریک در یکی از بخشهای تخصصی مشغول به ارائه خدمت بودند. در قسمت کمی تحقیق که سنجش مدل استخراج شده مدنظر است، از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بهره‌گرفته شده و حجم نمونه 176 نفر به دست 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 مورد نیاز در بخش کیفی از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته و در بخش کمی از پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر 28 گویه، بهره‌گرفته شد. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها به طور متوسط 60 دقیقه برای هر نفر بود و مصاحبه‌ها در محیط بیمارستان و در اتاق مدیریت پرستاری و با هماهنگی ایشان به انجام رسید. در خصوص بررسی پایایی ابزار جمع‌آوری اطلاعات در بخش کیفی، ثبت دقیق، کامل و عمیق داده‌ها، کدگذاری‌های دقیق، کامل و متنوع و تکرار آنها در خدمت پایایی تحقیق قرار گرفت و محقق در حین مصاحبه دانسته‌های خود را کنار گذاشته، هدف مصاحبه را برای مصاحبه شوندگان به روشنی توضیح داده و نکات یک مصاحبه موثر از

می‌توان دربرگیرنده سه حوزه رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران، رفتار اخلاقی پرستاران با هم‌راهیان بیمار و رفتار اخلاقی پرستاران با گروه‌درمانی که دربرگیرنده پزشکان، پرستاران و سرپرستاران می‌باشد، دانست. بیماران نخستین و مهمترین ارباب رجوعان 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 صورت پذیرفته در این حوزه بیان گر آن هستند که پرستاران در مراقبت از بیماران با چالشها و معماهای اخلاقی مواجه‌اند که روند آن نیز در حال افزایش است تا جایی که حدود 11 درصد از پرستاران هر روز و 36 درصد هر چند روز یکبار با چالش‌ها، مسائل و معماهای اخلاقی روبرو هستند (9 و 10). توجه به جایگاه بیماران به عنوان ارباب رجوعانی که از ابتدای ورود بیمار به بیمارستان با سیستم درمان در ارتباط بوده و نگرش و ادراک آنها از کیفیت و کمیت خدمات دریافتی 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 عمل نمایند که می‌تواند منجر به حفظ، ارتقاء و یا تخریب تصویر سازمان در جامعه گردد (28). پژوهشهای صورت پذیرفته در این باب بیانگر آنند که بیماران بیشتر تحت تاثیر کیفیت ارائه خدمات و رفتارهای مرتبط با آن قرار می‌گیرند که رفتارهای اخلاقی پرستاران 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 از آنجاکه تلاش در جهت بکارگیری رفتارهای اخلاقی توسط پرستاران در مواجهه با مسایل و معماهای اخلاقی که در ارتباط با بیماران با آن مواجه می‌شوند و نیازمند اتخاذ تصمیمات اخلاقی است بدون ایجاد شناخت<sup>12</sup> 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 شیوه مطالعه آمیخته مورد تحقیق قرار نگرفته است. هدف از پژوهش

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 استفاده شد، نتایج نشان داد تمام سوالات پرسشنامه معنی‌دارند. ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سنجش مدل 0/956 به دست آمد که نشان دهنده پایایی بالای پرسشنامه است.

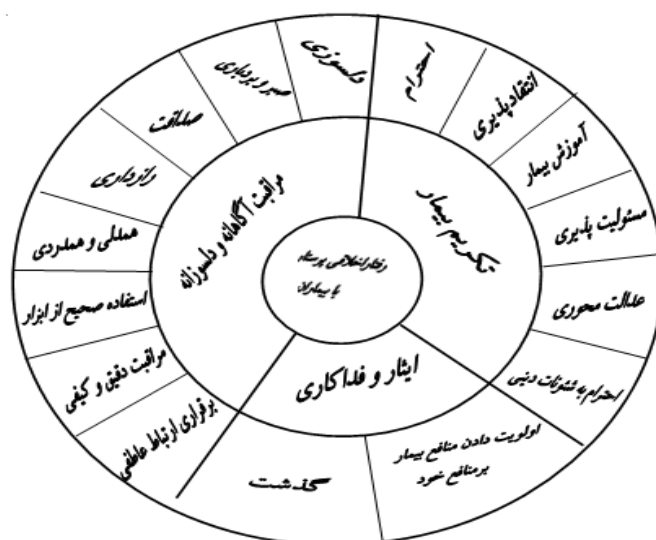
جهت تحلیل اطلاعات در بخش کیفی و جهت شناسایی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران از استراتژی تحلیل محتوای قراردادی بهره‌گرفته شد. به این صورت که کدگذاری به طور مستقیم از داده‌های خام انجام شده و ابتدا زیرمؤلفه‌ها و سپس مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران استخراج گردید. جهت سنجش اعتبار مدل استخراج شده و تحلیل اطلاعات کمی، از استراتژی پیمایش و روش تحلیل عاملی تأییدی بهره‌گرفته شد.

## یافته‌ها

یافته‌های نهایی تحقیق شامل سه مؤلفه اصلی بود که هر کدام حاوی مؤلفه‌های فرعی متعددی بودند. مؤلفه‌های اصلی تحقیق شامل: «مراقبت آگاهانه و دلسوزانه»، «ایثار و فداکاری» و «تکریم بیمار» بود که هر کدام دارای زیرمؤلفه‌هایی به شرح ذیل بودند:

مراقبت آگاهانه و دلسوزانه به معنی توجه به بیماران، تلاش در جهت بکارگیری صحیح و دقیق از ابزار و شفقت و مهربانی در قبال بیماران می‌باشد. دلسوزی یکی از زیرمؤلفه‌های مراقبت آگاهانه و دلسوزانه است که به معنی غم بیماران را خوردن و احساس محبت و مهربانی نسبت به آنها داشتن می‌باشد. به عقیده بسیاری از مصاحبه‌شوندگان دلسوزی نسبت به بیمار در فرایند مراقبت یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران می‌باشد. صبر و بردباری پرستاران و آرامش داشتن در

قبال بیمار یکی دیگر از زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران است. صداقت در قبال 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 بود که توسط اکثر مصاحبه‌شوندگان اذعان گردید. حفظ اسرار بیماران و مشکلات بیماری آنها و دردلهایی که بیماران با پرستاران انجام می‌دهند نمود رازداری پرستاران است. به اعتقاد مشارکت‌کنندگان رازداری نه تنها یک رفتار اخلاقی 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 انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران است که به معنی تلاش جهت درک و فهم دنیای ذهنی و شرایط بیمار و همچنین قراردادن خود به جای آنها و نگرستن 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 نموده‌هایی 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 کم‌نگذاشتن از مراقبت بیمار به لحاظ کیفی و کمی می‌باشد. در نهایت، بسیاری از پرستاران نحوه ارتباط برقرار نمودن پرستار با بیمار را یکی از عوامل مهم در ایجاد آرامش بیماران بیان داشتند و از در نظر گرفتن روحیات و سن بیمار در برقراری این ارتباط به عنوان یک رفتار اخلاقی نام بردند. ایثار و فداکاری یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران است که به معنی گذشت از منافع فردی، زمان شخصی، خانواده و حتی جان خود جهت مراقبت از بیماران می‌باشد. اکثر پرستاران با فضیلت اذعان داشتند که گذشت نه تنها یک رفتار اخلاقی است بلکه یکی از ویژگی‌های بارز پرستاران بافضیلت نیز به شمار آمده و با حرفه پرستاری عجین است. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، در صورتی که یک پرستار منافع بیمار و سلامت وی را مورد نظر قرار ندهد، ممکن است خواسته و یا ناخواسته از کیفیت کارش



نگاره 1: مدل رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران

وظایف پرستاران نیز به شمار می‌آید اما در برخی از مواقع توسط پرستاران نادیده انگاشته می‌شود. مسئولیت‌پذیری 14 از دیگر زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران به شمار می‌آید که مورد توافق اکثر مصاحبه‌شوندگان قرار گرفته است. مسئولیت‌پذیری به معنای قبول تعهدات و پاسخگو بودن در قبال نحوه انجام کار است.

یک پرستار با مسئولیت نه تنها در قبال تعهدات شغلی خود بلکه در قبال تعهدات اخلاقی که فی‌مابین او و بیمارش شکل گرفته است نیز خود را مسئول می‌داند. از دیگر رفتارهای اخلاقی پرستاران با بیماران، برخورداری از عدالت در گفتار و رفتار و دروی از هرگونه پارتی‌بازی در ارتباط با بیماران می‌باشد. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان رفتار عادلانه با بیماران از تنش‌های روحی بیمار کاسته و علاوه بر تسهیل فرایند درمان منجر به بهبود رابطه میان پرستار و بیمار می‌شود. و در نهایت احترام قائل شدن به اعتقادات مذهبی و شئون دینی بیماران از دیگر مضامین انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران می‌باشد که مستلزم هوش و ذکاوت پرستاران و ارزش قائل شدن برای بیماران و خواسته‌های اوست. در نهایت می‌توان مدل رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران را به صورت نگاره 1 به تصویر کشید

کاسته شده و خسارات جبران‌ناپذیری به بیماران و سیستم درمان وارد آورد.

تکریم بیمار 13 به معنی احترام گذاشتن به شخصیت بیمار، توجه به انتقادهای و پیشنهاد های بیمار و تلاش جهت رفع آن، آموزش بیمار، مسئولیت‌پذیری در قبال مراقبت از بیمار، عدالت‌محوری و توجه به اعتقادات مذهبی و شئون دینی بیماران می‌باشد. احترام به بیمار به معنی حرمت قائل شدن برای روح و جسم بیمار می‌باشد. به اعتقاد پرستاران با فضیلت نه تنها بیماران شایسته احترام هستند و بایستی شخصیت آنها به رسمیت شناخته شود بلکه هنگام مرگ بیمار نیز حفظ حرمت بیمار از جمله رفتارهای اخلاقی است که شایسته است در قبال بیماران صورت‌پذیرد. انتقادپذیری از دیگر مضامین انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران است که به معنی توجه به انتقادهای و پیشنهاد های بیماران و تلاش در جهت 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

جدول 1: نتیجه اعتبار همگرایی 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	
	V10	-0/793	0/020	0/753	0/000	معنادار	
	V11	0/687	0/075	0/739	0/000	معنادار	
	V12	0/263	-0/748	0/393	0/000	معنادار	
ایثار و فداکاری	V13	-0/252	-0/065	0/619	0/000	معنادار	0/741
	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	

کشیدگی بایستی بین  $7 \pm$  و برای کجی بین  $3 \pm$  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

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

افتراقی به منظور 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

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

با توجه به جدول 3، نخست آنکه، میزان کشیدگی همه گویه‌ها بین عدد  $7 \pm$  و میزان کجی آنها نیز بین عدد  $3 \pm$  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 معنادار است ولی با توجه 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.

### جدول 3. شاخص‌های برازش مدل تحلیل عاملی تأییدی

نام شاخص	مقدار مطلوب	مقدار بدست آمده در مدل واقعی
درجه آزادی (df)	-	1196
کای اسکور ( $\chi^2$ )	-	1924/3
سطح معناداری برای $\chi^2$ (برای حجم نمونه کم)	بیشتر از 0/05	0/000
کای اسکور بهینه شده ( $\chi^2/df$ )	از 4 کمتر	1.609
نیکویی 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 ابزار سنجش 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 اندازه‌گیری تحقیق از برازش قابل قبولی برخوردار است. همچنین شاخص هلتر گزارش شده در زیرمجموعه‌ی برازش این مدل، نیز در سطح اطمینان 95 درصد، مقدار 117/1 نشان می‌دهد، که بزرگتر بودن حجم نمونه از این مقدار، نشان از کفایت حجم نمونه برای این بخش از مدل اندازه‌گیری را دارد.

### بحث

در مطالعه حاضر که در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران در ارتباط با بیماران به انجام رسید سه مؤلفه اصلی با زیرمؤلفه‌های متعدد انتزاع گردید. یکی از مؤلفه‌های استخراج شده "مراقبت آگاهانه و دلسوزانه از بیماران" می‌باشد. سایر پژوهش‌ها نیز از مراقبت از بیماران به عنوان پایه و اساس حرفه پرستاری و یکی از رفتارهای اخلاقی 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 زیرمؤلفه‌های مراقبت آگاهانه و دلسوزانه بشمار می‌آید که تحت تاثیر شرایط فرهنگ کار قرار داشته و توسط مدیران و گروه‌های اجتماعی و همکاران قابل تقویت است (34). به عبارتی برقراری و تداوم ارتباط محبت آمیز و حمایت‌گرانه 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). زیرمؤلفه، 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-

یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران به شمار آمد 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 شمار آمده و در شرح شغل پرستاران نیز عنوان شده است، 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 شئون دینی بیماران می‌باشد. به بیانی دیگر، پرستاران مورد - مصاحبه قرار گرفته علاوه بر آنکه به شئون دینی و قوانین آن آگاهی دارند، که این امر در پژوهش‌های پیشین نیز مورد تأیید قرار گرفته بود، در اجرای فرامین الهی نیز پیش قدمند چراکه نه - تنها در حیطه فعالیت شخصی سعی می‌نمایند تا حد امکان به اعتقادات و باورهای مذهبی بیماران احترام گذاشته 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 مضامین اخلاقی انتزاع شده در این پژوهش است که بر نتایج حاصل از پژوهش‌های پیشین صحت می‌نهد (43). بر طبق کدهای اخلاقی انجمن بین المللی پرستاری، پرستاران باید هر بیمار را به طور مساوی خوب درمان کنند صرف نظر از ناخوشی بیمار، جنس، سن، کیش، زبان، سنت، اخلاق، عقاید سیاسی و اجتماعی (44). اما به وضوح موانع متعددی برای اجرای کدهای اخلاقی 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 قرار گیرد.

با توجه به نتایج این پژوهش شناساندن رفتارهای اخلاقی پرستاران با فضیلت 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 خواهد شد. از سویی دیگر پیشنهاد می‌شود جهت تشویق پرستاران به رفتار اخلاقی با بیماران،

تواند زمینه ساز ارتقاء کیفیت ارائه خدمات بالینی به بیماران باشد (36). رازداری<sup>15</sup> 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 رفتار اخلاقی پرستاران نیز به‌شمار می‌آید، اما از آنجا که در عمل مرز مشخصی برای اینگونه اطلاعات وجود ندارد تشخیص اینکه چه اطلاعاتی اسرار بیمار می‌باشد، نیازمند منش فضیلت‌مند است (8).

ایثار و فداکاری از دیگر مؤلفه‌های انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی 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 منافع شخصی، به عنوان یکی از ارزشها و رفتارهای اخلاقی پرستاران یاد شده است (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 قرار نگرفته 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 رفتار شهروندسازمانی یاد کرد بلکه در حد اعلای آن به وضوح تجلی اعتقاد و ایمان - قوی پرستاران به خالق یکتای جهان هستی است. آخرین مؤلفه انتزاع شده "تکریم بیمار" می‌باشد که به معنی احترام‌گذاشتن به بیمار، توجه به انتقادات و پیشنهادهای بیماران، مسئولیت‌پذیری در قبال بیماران، عدالت‌محوری در برخورد با بیماران و احترام به شئون دینی بیماران است. احترام یک ارزش اخلاقی مشترک میان پرستاران است که کدهای آن در تمام سطوح سازمان پرستاری - سطوح محلی، ملی، بین‌المللی - مستند شده - است (41). در پژوهش‌های متعدد از احترام‌گذاشتن به خود و دیگران به عنوان جوهره‌ی اخلاق عمومی یاد شده است (41).

صداقت و درستکاری از دیگر زیرمؤلفه‌های انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران است که نه تنها در حیطه اخلاق - پرستاری بلکه در حوزه اخلاق عمومی نیز از آن به عنوان یکی از ارزشهای پایه‌ای در رفتار اخلاقی با دیگران یاد شده است (42). آموزش بیمار اگرچه در بخش کیفی و با توجه به نتایج مصاحبه‌ها

9. Communication Behavior	رفتار ارتباطی	سیستم مدیریت منابع انسانی بیمارستانهای دولتی با توجه به
10. Internal Behavior	رفتارهای درون شخصی	مضامین اخلاقی انتزاع شده در این پژوهش سازماندهی مجدد
11. External Behavior	رفتارهای برون شخصی	شود و فعالیتهای مدیریت منابع انسانی اعم از آموزش و بالندگی،
12. Cognitive	شناخت	ارزیابی عملکرد و جبران خدمات در خدمت تحقق هدف اشاعه و
13. Tribute of Patient	تکریم بیمار	بهبود رفتار اخلاقی پرستاران، قرار گیرد.
14. Responsibility	مسئولیت پذیری	
15. Secrecy	رازداری	

## نتیجه گیری

علم اخلاق 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 روحیه‌ی ایثار و فداکاری در میان پرستاران است.

## ملاحظه‌های اخلاقی

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

## واژه‌نامه

1. Ethical Behavior	رفتار اخلاقی
2. Deontological Ethics	اخلاق وظیفه‌گرایی
3. Utilitarianism Ethics	اخلاق نتیجه‌گرایی
4. Virtue Ethics	اخلاق فضیلت‌محور
5. Authority	خودمختاری
6. behavior non-judging	رفتارهای غیر منشی
7. Justic	عدالت
8. Ethic of care	اخلاق مراقبت

## منابع

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

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*. 2<sup>nd</sup> ed. 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).
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*. Amsterdam: 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 propperrative 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.