

جو اخلاق سازمانی واقعی و ایده‌ال از دید پرستاران

بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی اهواز

صبریه خزنی^{۱*}، مرضیه شایسته‌فرد^۲، منصوره سعیدالذاکرین^۳، بهمن چراغیان^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

شناخت و آگاهی از جو اخلاقی و چگونگی درک آن در محیط کاری می‌تواند به پرستاران و مدیران در شناسایی و اجرای مکانیسم‌هایی جهت تغییر، ارتقاء و اداره جو اخلاقی کمک کند. این مطالعه با هدف مقایسه‌ی درک پرستاران از جو اخلاق سازمانی واقعی و ایده‌ال در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه جندی‌شاپور اهواز انجام شد.

این تحقیق توصیفی مقطعی، بر روی ۵۵۸ نفر از پرستاران بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز که با روش نمونه‌گیری تصادفی منظم انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۲ بخش ویژگی‌های دموگرافیک، پرسشنامه‌ی جو اخلاقی واقعی و پرسشنامه‌ی جو اخلاقی ایده‌ال بود. پرسشنامه‌ی جو اخلاقی بر اساس نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی جو اخلاقی Olson، بوده است که در ۵ حیطه (مدیران، همکاران، پزشکان، بیماران، بیمارستان) جو اخلاقی را در محیط بیمارستان بررسی می‌کند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی آزمون t-test مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که جو اخلاقی واقعی حاکم بر بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز جو مثبتی بوده است (۳/۶۶= میانگین). همچنین، جو اخلاقی ایده‌ال پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، جوی مثبت بوده است (۴/۷= میانگین). تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال وجود داشته است ($P < 0.05$). سمت و سابقه‌ی کار پرستاران ارتباط معنی‌داری با میزان درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی داشته است ($P < 0.05$). در تحقیق حاضر، جو اخلاقی موجود جو مثبتی بوده است. اما با جو اخلاقی ایده‌ال پرستاران فاصله دارد. بنابراین، مدیران باید جو اخلاقی موجود را حفظ و از طرفی استراتژی‌هایی جهت ارتقاء جو اخلاقی به‌کار گیرند.

واژگان کلیدی: اخلاق، جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال، درک پرستاران، اخلاق سازمانی، بیمارستان

^۱ کارشناسی ارشد، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۲ هیأت علمی دانشکده علوم پزشکی آبادان، دانشجوی دکتری آموزش پرستاری

^۳ استادیار، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

^۴ هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز

* نشانی: آبادان - میدان پرستار - دانشکده پرستاری (بیمارستان طالقانی مجتمع فرهنگی آموزشی)، تلفن: ۰۹۱۶۲۳۳۰۹۵۷،

مقدمه

امروزه، سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی به منظور افزایش کیفیت خدمات، جلب رضایت بیماران، پیشرفت تکنولوژی، محدودیت‌های بودجه و افزایش بهره‌وری در معرض تغییرات سریع و بنیادین هستند. نتایج حاصل از تحقیقات نشان می‌دهد که تاکید بیش از حد بر ارزش‌های مربوط به کارایی، اثربخشی و عملکرد اقتصادی سازمان، عملکرد اخلاقی پرستاران را تحت تأثیر قرار داده است (۱). علاوه بر این، به موازات تغییرات ایجادشده در سازمان‌های مراقبتی، پرستاران، به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی مجبورند به معضلات و تعارضات اخلاقی بیش‌تر و پیچیده‌تری رسیدگی کنند که حرفه را در مقابل سازمان قرار می‌دهد. این تعارضات باعث احساس ناامیدی، خستگی، کاهش رضایت شغلی و افزایش قصد جابه‌جایی در بین پرستاران می‌شود (۲). اگرچه برای بسیاری از موارد اخلاقی کدهایی نوشته یا بازنگری شده‌اند، محققان مراقبتی اظهار می‌دارند که در برخی موقعیت‌های حرفه‌ای تناسبی بین نیازهای شخصی بیمار و نیازهای سازمان وجود ندارد. از طرفی، آن‌ها گزارش می‌کنند که با چالش‌های جدی در ارائه مراقبت با کیفیت در محیط‌های مراقبتی که سریع در حال تغییر است، روبه‌رو هستند. دلایل زیادی برای چالش‌های ذکر شده وجود دارد مثل کمبود افراد حرفه‌ای، انگیزش کارمندان، نارضایتی شغلی و تعهد طولانی‌مدت به کار در سازمان‌های مراقبتی که براینده این موارد بر بیمار تأثیر دارد. اما شواهدی نیز وجود دارد که این چالش‌ها با محیط اخلاقی مراقبتی یا جو اخلاقی ارتباط دارد (۳). جو اخلاق سازمانی، یکی از ابعاد جو سازمانی است. از جو سازمانی به‌عنوان شخصیت سازمان یاد می‌شود و جو اخلاقی به‌عنوان بخشی از شخصیت سازمان به‌نوعی بیانگر اخلاق آن سازمان است (۴).

جو سازمانی، اصطلاح وسیعی است که به ادراک کارکنان از محیط عمومی کار در سازمان اطلاق می‌شود (۵): مانند یک چتر حمایتی است که زیر مجموعه‌ای مانند جو اخلاقی را تغذیه می‌کند (۶). تحقیقات نشان داده است که جو سالم سازمانی به‌طور مثبت روی کارکنان تأثیرات عمیقی دارد. لذا عوامل و عناصر تشکیل‌دهنده آن، صداقت (شفافیت)، استانداردها، مسؤلیت‌ها، انعطاف‌پذیری، پاداش‌ها و تعهد گروهی است. زمانی که میزان هر یک از این ابعاد در هر یک از کارکنان بالا رود، افراد به‌وسیله‌ی محیط کارشان برانگیخته می‌شوند، یعنی محیط کار به‌عنوان مکانی لذت‌بخش و سودآور تلقی می‌شود. هر چه جو سازمانی مثبت‌تر باشد، برقراری روابط انسانی آسان‌تر خواهد بود. برعکس، جوهای بسته، ترس‌آور و منفی سبب بی‌اعتمادی، ترس، دوری و نفرت افراد از هم می‌شود. بنابراین، جو مثبت و باز، بهداشت روانی افراد را تأمین می‌کند (۷). جو اخلاقی نیز مجموعه‌ای از ادراکات (عقاید و ارزش‌های مشترک) مربوط به رفتار صحیح و روش‌های برخورد با مسائل اخلاقی (درک و رعایت این که چه چیز درست و چه چیز نادرست است) می‌باشد. این جو، تصمیم‌گیری‌های سازمان را در تمام سطوح و شرایط تعیین می‌کند. جو اخلاقی ضمن این‌که تأثیر زیادی بر رفتار افراد و سازمان‌ها دارد می‌تواند از آن‌چه بیش‌تر افراد به درست بودنش اعتقاد دارند نیز حمایت یا آن را تقویت کند. وقتی شرایط محیط اخلاقی روشن و مثبت است، هر کس می‌داند در هنگام بلا تکلیفی‌های اخلاقی که اجتناب‌ناپذیرند، چه باید بکند و چگونه باید رفتار کند (۸).

جو اخلاقی در محیط‌های درمانی نوعی از جو سازمانی است که متشکل از روابط بین فردی پرسنل درمانی، ارتباط راحت در زمینه‌ی مراقبت از بیماران، حمایت‌های فراهم‌شده از سوی کادر درمان و ارتباط آن‌ها با بیماران و خانواده‌ی آنان است (۹). در ساخت جو اخلاقی بیمارستان‌ها، پرستاران،

باید توجه داشت که مسؤولیت توسعه‌ی یک جو حرفه‌ای مثبت بر عهده‌ی مدیران پرستاری و مدیران اجرایی سازمان‌های مراقبتی است. در این راستا لازم است پرستاران و مدیران پرستاری از خصوصیات جو اخلاقی سازمان آگاهی داشته باشند تا بتوانند جو اخلاقی ایده‌آلی را ایجاد کرده یا آن را توسعه دهند (۶). این سؤال مطرح می‌شود که تفاوت جو اخلاقی واقعی و ایده‌آل چیست؟ جو واقعی، فضای اخلاقی حاکم بر محیط است و جو اخلاقی ایده‌آل فضایی است که کارکنان دوست دارند موجود باشد. Aiken در تبیین جو اخلاقی ایده‌آل اظهار می‌دارد، جو ایده‌آل سازمانی جوی است که پرستاران دارای استقلال بیشتر، کنترل بیشتر بر روی موقعیت‌های کاری و ارتباطات بهتر با پزشکان هستند (۲۲). جو اخلاقی سازمان را می‌توان از طریق اندازه‌گیری میزان درک کارکنان از جو سازمانی، چگونگی تصمیم‌گیری هنگام مواجهه با مسائل اخلاقی و میزان مشارکت کارکنان در حل مسائل اخلاقی بررسی کرد (۱).

با اندازه‌گیری جو اخلاقی، محققان می‌توانند از اخلاق حاکم بر سازمان، عملکردها و رفتارهای اخلاقی پرستاران آگاهی یابند. این‌که پرستاران چگونه محیط کاری را دریافت می‌کنند، می‌تواند بر نگرش آن‌ها به موضوعات اخلاقی و نقش‌شان در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی تأثیر بگذارد (۱۰، ۱۲، ۱۵).

اگر چه پژوهش‌های جو اخلاقی در زمینه‌ی تجارت فراوان هستند، در سازمان‌های خدمات بهداشتی و درمانی مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است (۲۴). بنابراین، با توجه به موارد ذکر شده در تبیین ضرورت شناخت جو اخلاقی بیمارستان و میزان درک آن توسط پرستاران و نقش آن در ایجاد جو مطلوب بیمارستانی لازم است مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. این مطالعه با هدف بررسی درک پرستاران از جو اخلاق سازمانی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز انجام شد تا جو اخلاقی حاکم بر سازمان‌های مراقبتی تعیین شده و

بیماران، خانواده‌ی آن‌ها، مدیران و دیگر حرف مراقبتی مثل پزشکان مشارکت دارند (۶). اهمیت ایجاد جو اخلاقی مناسب در متون پرستاری مورد تأکید قرار گرفته است و در مواردی نقش آن را در پیامدهای گوناگون محیط کار مورد توجه قرار داده‌اند. در این راستا Olson اظهار می‌دارد، جو اخلاقی، به‌عنوان متغیر سازمانی است که می‌تواند به ارتقا محیط مراقبتی کمک کند (۱۰) و بر رفتار اخلاقی اثر گذارد (۱۱، ۱۲). هم‌چنین، زمینه‌ای برای عملکرد حرفه‌ای پرستاری ایجاد می‌کند و بر برآیند مراقبت از بیمار و حتی خود پرستار تأثیر داشته و در ابقا پرستاران در حرفه‌ی خویش نقش دارد (۱۴، ۱۳، ۱۰). در جو اخلاقی مثبت، مراقبت از کیفیت کار و درمان بیماران توسط گروه ارزش‌گذاری شده و پایه‌ای برای جو شکل می‌گیرد (۶). در این راستا Shirey نیز اظهار می‌دارد که ایجاد جو اخلاقی خوب و قابل قبول، اصول اخلاقی کارمندان را افزایش داده، تعهد سازمانی را ارتقا و نیروی کار متعهد را پرورش می‌دهد (۱۵).

سایر شواهد نیز نشان می‌دهد که جو اخلاقی بر رضایت شغل، تعهد سازمانی (۱۹-۱۶)، گردش شغلی پرستاران (۲۰-۱۸)، انگیزه (۲۱، ۱۹، ۱۶، ۲)، سبک‌های رهبری پرستار، فرسودگی شغلی، فرایند تصمیم‌گیری و قضاوت اخلاقی پرستاران تأثیر دارد (۲۲، ۶).

Hart نیز در مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی که در بین سال‌های ۴-۲۰۰۳ بر روی ۴۶۳ پرستار آمریکایی انجام داده است، جو اخلاقی منفی محیط کار را که منجر به عدم رضایت شغلی آنان شده است، با تصمیم‌گیری پرستاران برای ترک کار حتی حرفه‌ی خویش مرتبط می‌داند (۲۰، ۱۲). بنابراین، ضرورت وجود جو اخلاقی مثبت در حرفه‌ی پرستاری اجتناب‌ناپذیر است. ایجاد و حفظ جو اخلاقی در عملکرد پرستاران نه تنها معرف چگونگی انجام کار درست است، بلکه عملکرد خوب کاری را نیز تشویق می‌کند و توجه به اخلاقیات به‌دنبال خود الزام به یادگیری مداوم و انجام کارهای خوب را خواهد داشت (۲۳).

در صورت لزوم، به مسؤولان در تغییر، ارتقاء و اداره‌ی جو اخلاقی کمک کند.

روش کار

این پژوهش، مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی بود که در سال ۹۱-۱۳۹۰ انجام گرفت. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های (داخلی، جراحی، ویژه، زنان و اورژانس) بیمارستان‌های آموزشی و درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز بود که با روش نمونه‌گیری تصادفی منظم و با استفاده از فهرست کلیه‌ی پرستارانی که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انجام شد. روند نمونه‌گیری به این ترتیب بود که ابتدا فهرست کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های مورد نظر که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند تهیه و سپس با روش نمونه‌گیری تصادفی منظم از هر سه پرستار یکی به صورت تصادفی انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. معیار ورود، مدرک (کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد) و داشتن حداقل سابقه‌ی ۶ ماه خدمت در بخش‌های مذکور بود. پرستاران از طریق خود گزارش‌دهی و در زمان مناسب پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه‌ای شامل ۲ قسمت بوده است. بخش اول پرسشنامه ویژگی‌های دموگرافیک حاوی ۵ سؤال در زمینه‌های جنس، بخش محل خدمت، سمت، سابقه‌ی کار و گذارندن دوره اخلاق پرستاری بود. بخش دوم مشتمل بر ۲ پرسشنامه درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال بیمارستان بوده است. پرسشنامه‌ی درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی، درک پرستاران را از جو اخلاقی موجود سازمان سنجیده و پرسشنامه‌ی درک پرستاران از جو اخلاقی ایده‌ال، درک پرستاران از جوی که دوست دارند حاکم باشد را می‌سنجد. پرسشنامه‌ی مورد استفاده در این پژوهش بررسی درک پرستاران از جو اخلاقی بیمارستان^۱

^۱ Hospital Ethical Climate Survey

است که توسط Olson طراحی و از پایایی ۰/۹۱ برخوردار بوده است (۲۳). سپس توسط مبشر و همکاران در سال ۱۳۸۳ به فارسی ترجمه شده و از پایایی مطلوب ۰/۹۲ برخوردار بوده است (۴). هر بخش شامل ۲۶ گویه در زمینه‌ی جو اخلاق سازمانی در ۵ حیطه‌ی همکاران (سؤالات ۲۳، ۱۸، ۱۰، ۱)، پزشکان (سؤالات ۲۶، ۲۲، ۱۷، ۱۴، ۹، ۵)، بیمارستان (سؤالات ۲۵، ۲۱، ۱۶، ۱۳، ۸، ۴)، بیماران (سؤالات ۱۹، ۱۱، ۶، ۲)، مدیران (سؤالات ۲۴، ۲۰، ۱۵، ۱۲، ۷، ۳) بوده که بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۵-۱ به صورت (تقریباً همیشه = ۵، اغلب = ۴، گاهی اوقات = ۳، به ندرت = ۲، تقریباً هرگز = ۱) تنظیم شده است. بدین ترتیب، حداقل نمره‌ی کل ممکن برای هر فرد ۲۶ و حداکثر آن ۱۳۰ است. این دامنه برای هر حیطه متناسب با تعداد پرسش‌ها، متفاوت خواهد بود. لذا به منظور مقایسه‌پذیری بهتر، نمرات هر حیطه و نمرات کل با تقسیم بر تعداد پرسش‌ها، استاندارد شده و همگی دارای دامنه‌ی ۱ تا ۵ شدند. بر اساس تقسیم‌بندی MC Daniel عدد ۳/۵ به بالا نظر مساعد پرسنل نسبت به جو اخلاقی بیمارستان و نشانگر جو مثبت (مطلوب) است (۱۲، ۴). این پرسشنامه در پژوهش حاضر استفاده شد. به منظور تعیین ثبات درونی و با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از واحدهای پژوهش تعیین شد که جهت پرسشنامه‌ی جو اخلاقی واقعی، ۸۹/۹ درصد و پرسشنامه‌ی جو اخلاقی ایده‌ال ۹۳/۶ درصد بوده است. جمع‌آوری داده‌ها با مراجعه‌ی حضوری پژوهشگر به بیمارستان‌های مورد پژوهش صورت گرفت. بدین صورت که ابتدا لیست پرستاران، به تفکیک هر بخش، از دفتر پرستاری بیمارستان دریافت شد. سپس فهرست پرستاران واجد شرایط ورود به مطالعه از آن استخراج شد و در نهایت پس از انتخاب تصادفی پرستاران هر بخش، پرسشنامه در پاکت سر بسته تحویل پرستاران داده شد و از آن‌ها خواسته شد بعد از تکمیل، پرسشنامه را در پاکت در بسته به پژوهشگر

بررسی شد. سطح معنی‌داری کلیه‌ی آزمون‌های فوق $P < 0.05$ در نظر گرفته شده است. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ انجام شد. (پیوست)

نتایج

در این پژوهش، تعداد ۵۵۸ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز شرکت داشته‌اند که از این تعداد ۵۱۵ نفر (۹۲/۵ درصد) از شرکت‌کنندگان در مطالعه زن بوده و (۵۴/۹ درصد) شرکت‌کنندگان در پژوهش دوره‌ی اخلاق پرستاری را گذرانیده بوده‌اند. (جزئیات بیش‌تر در جدول شماره‌ی ۱)

تحویل دهند. سپس طی مراجعات متوالی پژوهشگر فرم‌های مربوطه جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است که ابتدا در خصوص اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه شد و به پرستاران اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه آزاد بوده، پرسشنامه‌ها بی‌نام و اطلاعات محرمانه حفظ خواهد شد.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی، نمودارها و اندازه‌های تمایل مرکزی و پراکندگی، به توصیف متغیرهای تحت مطالعه پرداخته شد. سپس با به‌کارگیری آزمون‌های آماری کای اسکوئر، One Way ANOVA، T-test و ضریب همبستگی پیرسون ارتباط بین متغیرهای مورد نظر،

جدول شماره‌ی ۱ - مشخصات دموگرافیک پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه

مشخصات دموگرافیک	فراوانی	درصد
جنس	زن	۵۱۵
	مرد	۴۲
	جمع کل	۵۵۷
سابقه‌ی کار	کم‌تر از ۵ سال	۲۳۳
	۵-۱۰ سال	۱۳۴
	بیش از ۱۰ سال	۱۹۱
	جمع کل	۵۵۸
سمت	پرستار	۴۸۳
	سرپرستار	۴۳
	سوپروایزر	۲۶
	مترون	۶
	جمع کل	۵۵۸
گذراندن دوره‌ی اخلاق پرستاری	بلی	۳۰۶
	خیر	۲۵۱
	بدون پاسخ	۱
	جمع کل	۵۵۸
آبادان	طالقانی	۷۹
	شهید بهشتی	۲۵
خرمشهر	ولیعصر	۴۶
	گلستان	۱۰۱
اهواز	شفا	۳۱
		۵/۶

امام خمینی	۱۰۶	۱۹%
ابوذر	۵۴	۹/۷%
رازی	۷۴	۱۳/۳%
سینا	۴۲	۷/۵%
جمع کل	۵۵۸	۱۰۰%
بخش محل خدمت		
داخلی	۱۱۲	۲۰/۱%
جراحی	۶۸	۱۲/۲%
ICU	۸۶	۱۵/۴%
CCU	۴۶	۸/۲%
دیالیز	۴۱	۷/۳%
زنان	۴۲	۷/۵%
اورژانس	۱۶۳	۲۹/۲%
جمع کل	۵۵۸	۱۰۰%

در حیطه‌های مختلف نشان داد که حیطه‌ی مدیران بیش‌ترین میانگین را به خود اختصاص داده است ($۴/۲۳ \pm ۰/۷۶$) و در این حیطه نیز بیش‌ترین درک یا انتظارات از جو اخلاقی نیز همانند جو اخلاقی واقعی از گویه [مسئول من فرد مورد احترامی است] می‌باشد. نتایج پژوهش در رابطه با جو اخلاقی ایده‌ال نشان داد که حیطه‌ی مربوط به بیماران کم‌ترین میانگین یا به عبارتی کم‌ترین میانگین درک پرستاران از جو اخلاقی را به خود اختصاص داده است ($۴/۶۶ \pm ۰/۶۶$) و در این حیطه گویه‌ی [بیماران نسبت به مراقبت‌هایی که باید از آنان به‌عمل آید آگاهی داشته باشند] کم‌ترین میانگین را کسب کرده است. بر اساس یافته‌های مطالعه تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال وجود داشته است ($P < ۰/۰۵$)، به‌گونه‌ای که میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی ایده‌ال بیش‌تر بوده است.

نتایج تحقیق در رابطه با مقایسه‌ی میانگین جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال حاکی از وجود تفاوت معنی‌داری در همه‌ی حیطه‌ها بوده است ($P = ۰/۰۰۱$) به‌گونه‌ای که میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی ایده‌ال در همه‌ی حیطه‌ها بیش‌تر

نتایج مطالعه نشان داد جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز مثبت است ($۳/۶۶ =$ میانگین). هم‌چنین، نتایج تحقیق نشان داد که در بین گویه‌های مربوط به جو اخلاقی واقعی، گویه‌ی [مسئول من فرد مورد احترامی است] بیش‌ترین میانگین را با نمره‌ی $۴/۱۵$ و گویه‌ی [پزشکان در مورد تصمیمات درمانی از پرستاران نظرخواهی می‌کنند] کم‌ترین میانگین را با نمره‌ی $۲/۴۶$ کسب کرده است. نتایج تحقیق در رابطه با میانگین جو اخلاقی در حیطه‌های مختلف نشان داد که حیطه‌ی مدیران از ۵ حیطه‌ی جو اخلاقی بیش‌ترین میانگین ($۴ \pm ۰/۸$) یا به‌عبارتی بیش‌ترین میانگین درک پرستاران از جو اخلاقی را به خود اختصاص داده است. در حالی که حیطه‌ی مربوط به پزشکان کم‌ترین میانگین ($۳/۲۲ \pm ۰/۷۶$) یا به‌عبارتی کم‌ترین میانگین درک پرستاران از جو اخلاقی را به خود اختصاص داده است. هم‌چنین، نتایج مطالعه نشان داد، جو اخلاقی ایده‌ال از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز، جو مثبتی است ($۴/۱۶ \pm ۰/۷$). نتایج تحقیق در رابطه با میانگین جو اخلاقی ایده‌ال

نتیجه‌ی حاضر باشد. نتایج تحقیق نشان داد که در بین گویه‌های مربوط به جو اخلاقی واقعی، گویه‌ی [مسئول من فرد مورد احترامی است] بیش‌ترین میانگین و گویه‌ی [پزشکان در مورد تصمیمات درمانی از پرستاران نظرخواهی می‌کنند] کم‌ترین میانگین را کسب کرده است که با نتایج مبشر و همکاران (۴)، جلیلی و همکاران (۹) و Bahcecik & ozturk (۱) در ترکیه همراستاست. بنابراین، می‌توان گفت علیرغم متفاوت بودن جوامع تحقیق، برخی از روابط درون سازمانی بین پرستاران با سایر همکاران از یک الگوی نسبتاً یکسان در تمام جوامع پیروی می‌کند (۴).

نتایج تحقیق در رابطه با میانگین جو اخلاقی در حیطه‌های مختلف نشان داد که حیطه‌ی مدیران از ۵ حیطه‌ی جو اخلاقی بیش‌ترین میانگین را به خود اختصاص داده است. لازم به ذکر است که منظور از مدیر مسئول مستقیم پرستار بوده است و نه مسولان اداری یا ریاست بیمارستان. به این ترتیب، می‌توان چنین برداشت کرد که در بین پرستاران فضای مثبت همکاری وجود دارد و می‌توان دریافت که مدیران بیمارستان‌های حاضر توانسته‌اند نقش خود را در زمینه‌ی توسعه‌ی جو مثبت و اجرا کردن اصول اخلاقی ایفا کنند. با نگاهی به مطالعات مشابه می‌توان دریافت که در همه‌ی مطالعات درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی در حیطه‌ی مدیران بیش‌تر بوده است (۹، ۴، ۱) که حاکی از اهمیت نقش مدیران در ایجاد، توسعه و حفظ جو اخلاقی است (۱۰). اما McDaniel در آمریکا و پژوهشگران فنلاند^۱ در مطالعه‌ی خود دریافتند که یکی از زمینه‌های اصلی نگرانی پرستاران عدم حمایت مدیران از ایشان بوده است (۱۴، ۱۳). در این پژوهش، حیطه‌ی مربوط به پزشکان کم‌ترین میانگین یا به عبارتی کم‌ترین میانگین درک پرستاران از جو اخلاقی را به خود اختصاص داده است که با مطالعه‌ی مبشر و همکاران (۴) و جولایی و همکاران (۹) همراستاست. همکاری و روابط متقابل بین پزشک و پرستار از عناصر سازنده‌ی جو اخلاقی محیط‌های مراقبتی است که از

بوده است. (جدول شماره ۲)

جدول شماره‌ی ۲ - مقایسه‌ی میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و جو اخلاقی ایده‌ال

مقیاس جو اخلاقی	تعداد نمونه	میانگین	انحراف معیار	P
واقعی	۵۴۶	۳/۶۵	۰/۶۱۳	<۰,۰۰۱
ایده‌ال	۵۴۶	۴/۷۰	۰/۴۱۶	

بر اساس یافته‌های مطالعه، از بین متغیرهای دموگرافیک تنها سمت ($P=۰/۰۰۲$) و سابقه‌ی کار ($P=۰/۰۰۰$) پرستاران ارتباط مثبت و معنی‌داری با درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی داشته است. یعنی پرستارانی که از سابقه‌ی کار بالاتری برخوردار بوده‌اند درک مثبت‌تری از جو اخلاقی داشته‌اند، هم‌چنین، مسؤلان خدمات پرستاری بیمارستان جو اخلاقی را مثبت‌تر ارزیابی کرده‌اند. در این تحقیق بین درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و متغیرهای (جنس، بخش محل خدمت، گذراندن دوره اخلاق پرستاری) ارتباط معنی‌داری وجود نداشته است.

بحث

نتایج مطالعه نشان داد جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور اهواز در حد مثبتی است. یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با یافته‌های مبشر و همکاران هم راستاست و آن‌ها نیز جو اخلاقی بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان را مثبت دانسته‌اند (۴). اما در مطالعه‌ی جلیلی و همکاران میانگین نمره‌ی وضعیت فضای اخلاقی از دید پرستاران در بخش‌های مورد بررسی برابر ۳/۳۶ از ۵ بود (۹). باید در نظر داشت که جو اخلاقی، ادراک عمومی افراد از عملکردها و رویه‌های سازمانی مربوطه است که دارای محتوای اخلاقی هستند و به‌واسطه‌ی تفاوت‌های موجود در وضعیت‌های فردی، گروه‌های کاری و ادراک جو اخلاقی حتی درون یک مؤسسه ممکن است متفاوت باشد که می‌تواند توجیه‌کننده‌ی

¹Finland

دید پرستاران مورد مطالعه در پایین‌ترین سطح قرار دارد و می‌تواند دارای تأثیر منفی بر جو اخلاقی باشد. با توجه به جایگاه جو اخلاقی در ارائه‌ی مراقبت ایمن و باکیفیت باید از استراتژی‌هایی که رابطه‌ی پرستاران و پزشکان را بهبود می‌بخشد استفاده کرد. قابل ذکر است که در این حیطه کم‌ترین میانگین مربوط به گویه‌ی [پزشکان از پرستاران نظرخواهی می‌کنند] است. در تنظیم و ارائه‌ی خدمات و فعالیت‌های درمانی برای بیماران، همواره پزشکان جایگاه ویژه‌ای داشته‌اند، تصور غالب این است که پزشکان بر تمامی آنچه برای بیماران مناسب‌تر است اشراف دارند و نیازی به شناخت و دانش پرستاران نیست. این تصور قالبی مروج عدم توازن قوایی است که بین پرستاران و پزشکان وجود دارد. موضوعی که مکرراً در پیشینه‌ی تحقیق مورد اشاره قرار گرفته، به‌عنوان مثال Lassen و همکاران نشان داده‌اند که عدم توازن قوا بین پزشکان و پرستاران با تأکید بر فرمانبرداری بی‌چون و چرای پرستاران از پزشکان در ایجاد پریشانی اخلاقی پرستاران نقش محوری دارد. هم‌چنین، ناتوانی در اصلاح شیوه‌های مراقبت از بیماران یا تغییر محیط کار موجب بروز احساس ناکامی در پرستاران می‌شود، این ناکامی به لحاظ حرفه‌ای موجب تخطی از استقلال حرفه‌ای و به لحاظ شخصیتی موجب عزت نفس پایین در پرستاران می‌شود (۲۵). در چنین شرایطی پرستاران دچار نارضایتی شغلی شده، از این‌که ملجا بیماران باشند اجتناب می‌کنند. بروز این پدیده موجب می‌شود تا پرستاران در باقی ماندن بر حرفه‌ی پرستاری تجدید نظر کنند (۲۶). با تغییر نگرش پرستاران نسبت به مسئولیت‌های اخلاقی، رابطه‌ی پرستار و بیمار دستخوش تغییر و تحول می‌شود. رابطه‌ی ناپسند بیمار - پرستار منجر به افزایش خطاها شده، در نهایت مراقبت از بیماران با خطر مواجه می‌شود (۲۷). با توجه به موارد ذکرشده لازم است تمهیداتی جهت ارتقاء جو اخلاقی در این حیطه و به‌خصوص در زمینه‌ی گویه‌ی مورد نظر اجرا شود.

در این پژوهش، جو اخلاقی ایده‌ال از دیدگاه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، جو مثبتی بوده است و حیطه‌ی مدیران بیش‌ترین میانگین جو اخلاقی ایده‌ال را به خود اختصاص داده است. در این حیطه گویه‌هایی مطرح است که حاکی از حمایت و یاری مدیران یا به‌نوعی حمایت اجتماعی مدیران از پرسنل می‌باشد. بنابراین، با توجه به نتیجه به‌دست آمده می‌توان گفت که پرستاران جو اخلاقی ایده‌ال را جوی می‌دانند که در آن مدیران از پرسنل حمایت کافی به‌عمل آورند (۱۴، ۱۰، ۱). در این راستا Huerta نیز بیان می‌دارد جو اخلاقی ایده‌ال پرستاری جوی است که از وظایف حرفه‌ای، حقوق افراد، و توجه به نتایج کار در برخوردهای روزمره دفاع می‌کند که نقش مدیر در همه‌ی این موارد مشهود است (۶). هم‌چنین، نتیجه‌ی حاضر حاکی از این است که مدیران پرستاری باید برخی مسئولیت‌ها را در زمینه‌ی ارتقاء محیط اخلاقی سازمان بپذیرند و تغییرات ضروری را در ساختار فرایند سازمانی مراقبت خودشان پیشنهاد کنند (۲۴).

در این راستا مطالعاتی نیز بر نفوذ خاص رهبر و مدیر در ترسیم جو اخلاقی دلالت می‌کند (۶). رهبران جو اخلاقی کار را بنیان‌گذاری کرده، تغییر می‌دهند و در برابر آن مسئول هستند (۱۵، ۱۰). در این پژوهش کم‌ترین میزان درک پرستاران از جو اخلاقی ایده‌ال مربوط به حیطه‌ی بیماران بوده است و در این حیطه گویه‌ی [بیماران نسبت به مراقبت‌هایی که باید از آنان به‌عمل آید آگاهی داشته باشند] کم‌ترین میانگین را کسب کرده است. این نکته سؤال‌برانگیز است که چرا پرستاران این گزینه را که یکی از اجزاء حقوق بیماران است بدین صورت درک کرده‌اند؟ چرا که از ابتدایی‌ترین حقوق بیماران داشتن آگاهی و اطلاعات در زمینه‌ی بیماری و نحوه‌ی درمان است. می‌توان گفت شاید پرستاران درک و آگاهی کمی از منشور حقوق بیماران داشته‌اند. در برخی موارد نیز آگاهی بیمار از مراقبت‌ها باعث بروز مشکلاتی با کادر

مش‌ها و رویه‌ها، قوانین و نرم‌های سازمانی، روش‌های حل معضلات اخلاقی و آموزش است.

با توجه به تأثیر اجتناب‌ناپذیری که جو اخلاقی بیمارستان‌ها بر کیفیت خدمات ارائه‌شده از سوی کارکنان دارد، ضروری است برنامه‌های آشناسازی کارکنان با فرایند جو اخلاقی سازمانی و کسب آگاهی و مهارت لازم برای تشخیص عوامل اثرگذار بر آن انجام شود. برگزاری کلاس‌های آموزش اخلاقی در این راستا اهمیت دارد. در تحقیقی که توسط Grady و همکارانش انجام شد آموزش اخلاق تأثیر چشمگیر مثبتی بر اعتماد به نفس اخلاقی، عملکرد اخلاقی و استفاده از منابع اخلاقی توسط پرستاران داشت (۲۸). این وظیفه‌ی مدیران است که در بیمارستان‌ها محیطی ایجاد کنند که حس همکاری بین کارکنان را افزایش دهند و منجر به درک مثبت آن‌ها نسبت به جو اخلاقی موجود شوند. همچنین، تشکیل کمیته‌های اخلاق سازمانی، می‌تواند گامی دیگر در این راستا باشد. از استراتژی‌های موثر برای ایجاد تعادل بین استفاده از ارزش‌های شخصی و منابع حرفه‌ای جهت حل مسائل اخلاقی، کمیته‌ی اخلاق سازمانی است که باید در این کمیته‌ها دیدگاه پرستاران و مدیران پرستاری در نظر گرفته شود تا منجر به حرکت سازمان به سمت پویایی و تصمیم‌گیری مشارکتی شود. استفاده از کدها به‌عنوان راهی برای ارتقاء جو اخلاقی در مؤسسه است و جو اخلاقی زمانی وجود دارد که یک مؤسسه کدهای اخلاقی، رویه‌ها و راهنمایی‌هایی که رفتار غیر اخلاقی را مشخص، مانیتور و تصحیح می‌کند اجرا کرده باشد. برگزاری راندهای اخلاقی متشکل از اعضا تیم درمانی جهت آشنایی پرستاران و کارمندان با انواع موضوعات اخلاقی، استراتژی دیگر کمک کننده است. اجرای ممیزی اخلاقی، وضع قوانین و نرم‌های سازمانی، ایجاد مدل‌های نقش و مثال‌هایی از رفتار اخلاقی، استفاده از ویژگی‌های اخلاقی به‌عنوان یک معیار انتخاب، ارتقاء و تشویق رفتار اخلاقی، همه می‌تواند در ارتقاء جو اخلاقی تأثیر داشته باشد. چرا که محتوای ارزشی موجود در

درمان شده و به این دلیل پرستاران این‌گونه ترجیح می‌دهند. در این مطالعه، درک پرستاران از جو اخلاقی واقعی و ایده‌ال متفاوت بوده، به‌گونه‌ای که میانگین نمرات درک پرستاران از جو اخلاقی ایده‌ال در همه‌ی حیطه‌ها بیش‌تر بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که جو اخلاقی حاکم بر بیمارستان‌های مورد مطالعه از دیدگاه پرستاران و مدیران پرستاری که خود نقش مهمی در ایجاد شرایط محیطی مثبت و حفظ و نگهداری جو اخلاقی مطلوب بر عهده دارند با جو اخلاقی ایده‌ال تفاوت داشته است. باید به این نکته توجه داشت که موضوعات اخلاقی در سازمان‌های مراقبتی با مفاهیم مراقبت از بیمار، ارتباط با همکاران و متخصصان سایر رشته‌ها و خود سازمان در ارتباط است و پرستاران و مدیران پرستاری می‌توانند با درک این مفاهیم مکانیسم‌هایی طراحی کنند تا فضای اخلاقی کار را مدیریت کرده و با تغییر شرایط آن را بهبود بخشند. بنابراین، تفاوت در درک پرستاران از جو حاکم و جو ایده‌ال سازمانی، بیانگر آن است که باید تمهیداتی در جهت ارتقاء جو اخلاقی محیط‌های مراقبتی فراهم شود.

نتیجه‌گیری

در تحقیق حاضر جو اخلاقی موجود جو مطلوبی است اما با جو اخلاقی ایده‌ال پرستاران فاصله دارد. بنابراین، مدیران باید جو اخلاقی موجود را حفظ و از طرفی استراتژی‌هایی جهت ارتقاء جو اخلاقی اتخاذ کنند.

با کاربرد مدیریت اخلاق و نهادینه کردن آن در سازمان می‌توان به جو اخلاقی ایده‌ال دست یافت. مدیریت اخلاق عبارت است از شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌ها برای هدایت رفتارها در سازمان. سازمان‌ها با ایجاد یک برنامه مدیریت اخلاق می‌توانند اخلاقیات را در محیط کار مدیریت کنند. برنامه‌های اخلاق به سازمان‌ها کمک می‌کنند تا بتوانند در شرایط آشفته عملکرد اخلاقی خود را حفظ کنند. امروزه، مدیریت اخلاق یکی از زمینه‌های علمی مدیریت به‌شمار می‌رود که دارای رویکردی برنامه‌ای و چندین ابزار عملی است. این ابزارها شامل کدهای اخلاق، کدهای رفتار، خط

منابع

- 1- Bahceik N, Oztürk H. The hospital ethical climate survey in Turkey. *JONAS Health care Law Ethics Regul* 2003; 5(4): 91-9.
- 2- Goldman A, Tabak N. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 233-46.
- 3- Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Organizational ethics: a literature review. *Nurs Ethics* 2011; 18(3): 285-303.
- ۴- مبشر م، نخعی ن، گروسی س. ارزیابی جو اخلاقی (فرهنگ سازمانی) بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۸۷؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۵۲-۴۵.
- ۵- هوی وک، میسکل س.ج. تئوری، تحقیق و عمل در مدیریت. ترجمه عباس زاده م.م. ارومیه: انتشارات دانشگاه ارومیه؛ ۱۳۸۶.
- 6- Huerta SR. Mission and hospital ethical climate as perceived by nurses [dissertations]. Chicago (USA): Loyola University; 2008.
- ۷- اسلامی ف. نظریه‌ها و مبانی جوسازمانی. <http://www.feslamieh.blogfa.com/post-22.aspx> (accessed in 2012).
- ۸- رضا منش ب. جو اخلاقی. <http://ap2.persianblog.ir/post/16> (accessed in 2012).
- ۹- جلیلی ح، جولایی س، رفیعی ف، حقانی ح. بررسی ارتباط درک پرستاران از تنش اخلاقی و فضای اخلاقی محیط کار در بخش‌های منتخب مراکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران. مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۴): ۵۶-۶۶.
- 10- Olson LL. Hospital nurses perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch* 1998; 30(4): 345-9.
- 11- Wimbush JC, Shepard JM, Markham SE. An empirical examination of the relationship between ethical climate and ethical behavior form multiple level of analysis. *J Bus Ethics* 1997; 16(16): 1705-16.

رفتارهای قابل مشاهده، جو اخلاقی سازمان را بهتر توصیف می‌کند. پژوهش حاضر نیز همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است. به دلیل عدم کاربرد نتایج تحقیقات پیشین و عدم توجه به نظرات قبلی پرستاران و کارکنان احساس می‌شد که آن‌ها رغبتی به تکمیل پرسشنامه‌ها ندارند. با این حال، تلاش شد با جلب نظر آن‌ها و اطمینان از محرمانه ماندن نتایج، همکاری آن‌ها جلب شود. محدود شدن جامعه‌ی آماری به پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی و دولتی نیز محدودیت دیگر این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ی مشابهی با تعداد نمونه‌ی بیش‌تر در بیمارستان‌های خصوصی، مؤسسات پرستاری و مراکز بهداشتی و درمانی در سطح کشور اجرا شود. علاوه بر این، به منظور بالا بردن صحت یافته‌های پژوهش، می‌توان به جای پرسش‌نامه از روش‌های دیگری هم‌چون مصاحبه‌ی ساختاریافته و روش تحقیق کیفی بهره برد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی در دانشکده آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. محققان بر خود لازم می‌دانند از پرستاران شرکت‌کننده در این طرح و هم‌چنین، از همکاری صمیمانه‌ی مسؤولان محترم بیمارستان‌های آبادان، خرمشهر و اهواز هم‌چنین، از سرکار خانم اکبری و سرکار خانم مرادیگی تشکر کنند.

- 22- Fry ST, Havey RM, Hurley AC, Foly BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9(4): 373-87.
- ۲۳- برهانی ف، الحانی ف، محمدی ع، عباس زاده ع. توسعه صلاحیت اخلاق حرفه پرستاران، ضرورت‌ها و چالش‌ها در آموزش اخلاق. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۸۸؛ دوره ۲ (شماره ۳): ۲۸-۳۸.
- 24- Malloy DC, Hadjistavropoulos T, McCarthy EF, et al. Culture, organizational climate and ontology: an international study of nurses insights into their relationship With physicians. *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 719-33.
- 25- Lassen AA, Fosbinder DM, Minton S, Robins MM. Nurse/physician collaborative practice: improving health care quality while decreasing cost. *Nurs Econ* 1997; 15(2): 87-91.
- 26- Redman BK, Hill MN. Studies of ethical conflicts by nursing practice settings or roles. *West J Nurs Res* 1997; 19(2): 243-50.
- ۲۷- شاکری نیا آ آشفستگی اخلاقی: فشار روانی پنهان در حرفه پرستاری. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی* ۱۳۹۰؛ دوره ۴ (شماره ۳): ۲۶-۳۷.
- 28- Grady C, Danis M, Soeken KL, et al. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? *Am J Bioethics* 2008; 8(4): 4-11.
- 12- Filipova A. Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. *Nurs Ethics* 2009; 16(5): 575-88.
- 13- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses perception of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethic* 2009; 16(5): 561-73.
- 14- McDaniel C. Development and psychometric properties of the Ethics Environment Questionnaire. *Med Care* 1997; 35(9): 901-14.
- 15- Shirey MR. Ethical climate in nursing practice: the leader's role. *JONAS Health Law Ethics Regul* 2005; 7(2): 59-67.
- ۱۶- دلگشایی ب، توفیقی ش، کرمانی ب. رابطه جو سازمانی و تعهد سازمانی کارکنان و مدیران بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی همدان. *افتق دانش؛ فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد* ۱۳۸۷؛ دوره ۱۴ (شماره ۴): ۶۰-۶۸.
- 17- Tsai MT, Huang CC. The relationship among ethical climate types, facet job satisfaction and the three component of organizational commitment: a study of nurses in Taiwan. *J Bus Ethics* 2008; 80: 565-81.
- 18- Schluter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature Review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-312.
- 19- Mulki JP, Jaramillo JF, Locander WB. Effect of ethical climate on turnover intention: linking attitudinal – and stress theory. *J Bus Ethics* 2008; 78(4): 554-74.
- 20- Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(2): 173-7.
- 21- Schwepker CH. Ethical climates relationship to job satisfaction, organizational commitment and turnover intention in the salesforce. *J Bus Res* 2001; 54(1): 39-52.

Nurses' perception of actual and ideal organizational ethical climate in hospitals of Ahwaz Jondishapour University of Medical Sciences

Sabriyeh Khazani^{*1}, Marziyeh Shayestehfar², Mansooreh Saeed-al-Zakererin³, Bahman Cheraghian⁴

¹ MS, Faculty of Medical Education, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

² Mentor & PhD Student in Nursing Education, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran;

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴ Assistant Professor, Ahwaz Jondishapour University of Medical Sciences, Ahwaz, Iran.

Abstract

Nurses and administrators can identify and implement mechanisms to manage, change, and improve the ethical climate in their workplace through an understanding and awareness of this concept as well as how it is perceived by everyone involved.

This study aimed to compare the nurses' perception of the actual and ideal organizational ethical climate in hospitals of Ahwaz Jondishapour University of Medical Sciences.

This was a cross-sectional descriptive study conducted on 558 nurses working at 9 medical centers of Ahwaz Jondishapour University of Medical Sciences selected by systematic sampling. Data instrument consisted of 2 parts: 1) demographic characteristics, and 2) actual & ideal climate questionnaire based on the Farsi version of Olson's ethical climate questionnaire, used to assess nurses' perception of the hospital ethical climate in 5 categories (managers, colleagues, physicians, patients, and hospitals). Descriptive and inferential statistical tests, independent T-test and One-Way ANOVA were used to analyze the data.

Results demonstrated a positive hospital ethical climate (mean = 3.66), while the nurses' perception of the ideal ethical climate was positive as well. A significant difference was found between the mean scores of the nurses' perceptions of actual & ideal ethical climates ($P < 0.05$). Results demonstrated a significant relationship between nurses' work experience & organizational level, and their perceptions of the hospital ethical climate.

A positive ethical climate exists in hospitals, although it is far from the ideal ethical climate, and therefore managers must maintain the actual ethical climate and at the same time implement strategies to improve their hospitals' ethical climate.

Keywords: ethics, actual and ideal ethical climate, ethical climate, nurses' perception

*Email: skhazni@yahoo.com