

ارائه‌ی مدل رفتار اخلاقی پرستاران با بهره‌گیری از تئوری اخلاق فضیلت‌محور

زهرا نیکخواه فرخانی^{۱*}، فریبرز رحیم‌نیا^۲، مصطفی کاظمی^۳، علی شیرازی^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران و ارائه‌ی مدل مربوطه، در شبکه‌ی خدمات درمانی دولتی است. روش تحقیق مورد استفاده در این پژوهش، روش آمیخته است. طرح تحقیق نیز از نوع طرح تحقیق آمیخته‌ی اکتشافی است چراکه ابتدا روش کیفی انجام پذیرفته و سپس با توجه به نتایج به‌دست آمده روش کمی انجام می‌پذیرد. از آن‌جا که فرضیه‌های تئوری فضیلت‌محور بر روند انجام این پژوهش حاکم است، جامعه‌ی آماری در بخش کیفی کلیه‌ی پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد بودند که با توجه به کفایت داده‌ها ۱۴ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. برای تحلیل مصاحبه‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شده و در نتیجه مدل اولیه‌ی رفتار اخلاقی در سه سطح استخراج شد. در سطح نخست، سه حوزه‌ی رفتار اخلاقی با بیماران، رفتار اخلاقی با همراهان بیمار و رفتار اخلاقی با گروه درمان قرار گرفت. در سطح دوم، ۱۳ بعد و در سطح سوم، ۵۱ مؤلفه (مضمون) انتزاع شد. سپس در قسمت کمی تحقیق جهت سنجش و برازش مدل، پرسشنامه‌ای در میان ۱۷۶ نفر از پرستاران با سابقه‌ی بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد توزیع شد. جهت تحلیل داده‌های بخش کمی از روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزار AMOS بهره گرفته شد. نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی گویای آن بود که تمامی ابعاد و مؤلفه‌ها به‌جز مؤلفه‌ی «آموزش بیمار» مورد تأیید قرار گرفتند. شاخص برازش تطبیقی مدل (CFI= Comparative Fit Index) نیز با استفاده از نرم‌افزار AMOS ۰/۹ برآورد شد که نشان از برازش مدل ارائه‌شده دارد. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند راهنمای عمل مدیران منابع انسانی بیمارستان‌های دولتی باشد تا در بستری فضیلت‌مندانه به اشاعه‌ی فضایل اخلاقی پرستاران بکوشند.

واژگان کلیدی: رفتار اخلاقی، رفتار اخلاقی پرستاران، تئوری اخلاق فضیلت‌محور

^۱ دانشجوی دکترای مدیریت منابع انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد

^۲ استاد، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد

^۳ دانشیار، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد

* نشانی: مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد، تلفن: ۰۹۱۵۶۵۱۱۷۴۳، Email: nikkhah.hrm@gmail.com

مقدمه

پرستاری حرفه‌ای است که جهت انجام عمل خود با رفتار اخلاقی آمیخته‌بوده و ماهیتش کوشش و سعی اخلاقی است (۱). رفتار اخلاقی یکی از مشخصه‌های بنیادی پرستاری حرفه‌ای (۲) و یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت پرستاری بوده و پایبندی به آن به‌عنوان بخشی ضروری از وظایف شغلی پرستاران به‌شمار می‌آید (۴، ۳). توجه به رفتار اخلاقی پرستاران در عصر کنونی به‌دلیل پیشرفت‌های روزافزون حیطه‌ی مراقبت‌های سلامت و فناوری‌های مربوطه و افزایش نگرانی در ارتباط با رفتارهای غیراخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن از اهمیت وافر برخوردار شده است که فراوانی پژوهش‌های صورت‌پذیرفته در این باب و مقالات منتشر شده در داخل و خارج از کشور، شاهدی بر اثبات این ادعاست (۷-۵). این درحالی است که هنوز مفهوم واحدی از رفتار اخلاقی از سوی متفکران و صاحب‌نظران این حوزه ارائه نشده و هر یک با تمسک به یکی از نظریه‌های حوزه‌ی اخلاق تعریف متفاوتی را از رفتار اخلاقی ارائه کرده‌اند.

مکتب اصلی در حوزه‌ی اخلاق را می‌توان اخلاق وظیفه-گرایی^۱، اخلاق نتیجه‌گرایی^۲ و اخلاق فضیلت‌محور^۳ دانست (۸). یکی از مهم‌ترین نظریات اخلاق وظیفه‌گرایی توسط امانوئل کانت فیلسوف مشهور آلمانی قرن هجدهم ارائه شد. بر اساس این نظریه، احکام اخلاقی جهان‌شمول بوده و کنشگران اخلاقی بنا بر دستورات عقل عملی و به اقتضای خودمختاری عمل می‌کنند. این رویکرد قواعد اخلاقی عامی را طرح می‌کند که فرد باید از آن‌ها تبعیت کند (۹). در مقابل اخلاق کانتی، 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 در

برگیرنده‌ی دو مفهوم خودگرایی^۴ و سودگرایی^۵ است (۱۰). در نهایت اخلاق فضیلت‌محور بر این اعتقاد است که ما بیش از آن‌که به اصول اخلاقی احتیاج داشته باشیم، باید بکوشیم تا متخلق به فضایل اخلاقی باشیم (۱۱). به اعتقاد برخی از صاحب‌نظران، این نظریه که می‌کوشد اخلاق را بر پایه‌ی ویژگی‌های شخصیتی فرد بنا نهد (۱۲) جامع‌تر از سایر قواعد اخلاقی است؛ چراکه به راهنمایی کردار نیز پرداخته و تمامی سؤالات اخلاق در چارچوب آن قابل طرح است (۱۳). اغلب فضیلت‌گرایان اخلاقی، به عینیت فضایل اخلاقی اعتقاد دارند؛ به آن معنا که ارزشمندی فضایل اخلاقی، واقعیتی خارجی و مستقل از امیال آدمی، وضعیت ذهنی افراد یا میل و سلیقه‌ی آن‌هاست. از دیدگاه ارسطو فضایل اخلاقی مجموعه‌ای است از ویژگی‌های روحی که فرد را وادار می‌کند تا اعمال خود را به‌گونه‌ای مطلوب به انجام رساند و راه کسب فضایل، رعایت حد وسط و ایجاد تعادل در قوای نفسانی است. از اخلاق فضیلت‌محور تفاسیر متعددی به‌عمل آمده است که می‌توان آن‌ها را در سه دسته‌ی سعادت‌گرایی، نظریه‌های فاعل‌منا و اخلاق مراقبت طبقه‌بندی کرد.

رویکرد سعادت‌گرایی که ریشه در تفکر فلاسفه‌ی یونان دارد بر این اعتقاد است که سعادت‌مندی هدف غایی زندگی انسان‌هاست و برخورداری از فضایل راه رسیدن به این هدف است و بر اساس رفتار افراد می‌توان به فضیلت‌مندی آنان پی برد. رویکرد فاعل‌منا بر این فرض بنا شده است که برخی از صفات و انگیزه‌ها، فارغ از تأثیری که در دستیابی فرد به سعادت دارند، به‌طور مستقل ارزشمند هستند. بنابراین، می‌توان فاعل اخلاقی را بدون نیاز به توجیهی سعادت‌گرایانه، بر مبنای ویژگی‌های ارزشیابی کرد.

در نهایت اخلاق مراقبت بر توجه به دیگران و مراقبت از

¹ Deontological ethics

² Utilitarianism ethics

³ Virtue ethics

⁴ Egoism

⁵ Utilitarianism

شایسته، قانونی و اخلاقی از آن‌ها را برعهده دارند (۱۹). از سویی دیگر، توجه به جایگاه همراهان بیمار به‌عنوان 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 (۲۰) بلکه بر روحیه و فرایند بهبود بیماران نیز تأثیرگذار است (۲۱، ۲۲)، از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. همراهان بیمار قادرند از طریق انتقال احساس مثبت خود از امکانات و خدمات درمانی دریافتی، رضایت‌مندی بیمار از مراقبت صورت‌پذیرفته توسط پرستاران یا خدمات ارائه‌شده از سوی پزشکان را ارتقا دهند. بیماران و همراهان آن‌ها می‌توانند به‌عنوان مبلغی برای سازمان عمل کنند که می‌تواند منجر به حفظ، ارتقا یا تخریب تصویر سازمان^۱ در جامعه شود (۲۳).

در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران با گروه درمانی پژوهش‌های اندکی صورت پذیرفته و در اکثر مقاله‌ها این رفتار به‌صورت جانبی در حیطه‌ی رفتار اخلاقی با بیمار مورد توجه قرار گرفته است. حال آن‌که ارتباط میان پرستاران و گروه درمانی اجتناب‌ناپذیر بوده (۲۴) و عدم روابط حسنه‌ی کاری و تنش در روابط حرفه‌ای پرستاران با سایر همکاران یکی از مهم‌ترین عوامل ایجاد اضطراب در حرفه‌ی پرستاری است (۲۵). در حالی که ارتباطات مطلوب و مزین به رفتار اخلاقی میان پرستاران و گروه درمان، موجب بهبود مراقبت‌های بهداشتی و کسب موفقیت پزشکان و پرستاران و افزایش کارایی آن‌ها می‌شود (۲۶). این امر خود منجر به بهبود شرایط بیمار، کاهش زمان بستری و کاهش هزینه‌های درمانی بیمار خواهد شد (۲۷). از سویی دیگر، با توجه به ماهیت پرتنش حرفه‌ی پرستاری (۲۸)، رفتار اخلاقی پرستاران با گروه درمان می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد فضای کاری هم‌افزا در بیمارستان شود (۲۹) که نه تنها از فرسودگی شغلی و تمایل به ترک خدمت پرستاران که می‌تواند بر عملکرد آن‌ها تأثیر

انسان‌ها مبتنی بوده و منشأ فمینیستی دارد و بیش‌تر بر برتری اخلاق زنانه بر اخلاق مردانه، تقدم نیازها بر حقوق و تقدم عشق و محبت بر وظایف تأکید دارد. به اعتقاد صاحب‌نظران اخلاق پرستاری، با توجه به آن‌که رویکرد فضیلت‌محور هر دوی اخلاق عدالت (نظریه‌ی فاعل‌مبنا) و اخلاق مراقبت را در خود جای داده برای زمینه‌ی سلامت و اخلاق پرستاری مناسب است (۱۴).

اگرچه پزشکان نیز همانند پرستاران در ارتباط مستقیم با بیمار هستند، مطالعات بیانگر آن هستند که پرستاران در مواجهه با بیماران برای آن‌ها استقلال بیش‌تری قائل بوده و از فضایل اخلاقی در مراقبت از آن‌ها بهره می‌گیرند؛ لذا، رویکرد فضیلت‌محور در رفتار اخلاقی پرستاران کاربرد بیش‌تری دارد (۱۵، ۱۶). از منظر این رویکرد، پرستاری اخلاقی هنگامی واقع می‌شود که یک پرستار خوب، کار صحیح و درستی را انجام دهد (۱۷، ۱۸). نکته‌ای که درخصوص رفتار اخلاقی پرستاران کم‌تر مورد توجه قرار گرفته است ماهیت ارتباطی این‌گونه رفتارهاست؛ به‌عبارتی، تبیین این موضوع که یک پرستار فضیلت‌محور نسبت به چه افرادی رفتار اخلاقی از خود بروز خواهد داد. از منظر رفتار ارتباطی می‌توان دو نوع اصلی رفتارهای درون‌شخصی و برون‌شخصی را از هم متمایز دانست که رفتارهای برون‌شخصی خود می‌تواند در برگرفته‌ی رفتارهایی در ارتباط با خداوند، محیط زیست و دیگران باشد.

با توجه به این، ماهیت ارتباطی رفتار اخلاقی در حیطه‌ی پرستاری را می‌توان در قالب رفتارهای برون‌شخصی با دیگران و در برگرفته‌ی سه حوزه‌ی رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران، رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار و رفتار اخلاقی پرستاران با گروه درمانی (پزشکان، پرستاران و سرپرستاران) دانست. بیماران نخستین و مهم‌ترین ارباب رجوعان پرستاران هستند که به‌صورت مستقیم از فعالیت‌ها و رفتارهای آن‌ها منتفع شده و پرستاران مسؤلیت مراقبت سالم،

^۱ Organizational image

روش کار در بخش کیفی

برای جمع‌آوری اطلاعات در بخش کیفی از مطالعات آرشیوی و مصاحبه استفاده شد. به طوری که جهت آشنایی با مبانی نظری اخلاق و رفتار اخلاقی از مطالعات آرشیوی بهره گرفته شده و تحقیقات مختلف صورت پذیرفته در باب اخلاق و رفتار اخلاقی و اخلاق در حوزه‌ی پرستاری از طریق جست‌وجوی کتابخانه‌ای، جست‌وجوی سایت‌های معتبر علمی و رجوع به تحقیقات و پروژه‌های انجام شده، مورد بررسی قرار گرفت و مطالعات نسبتاً گسترده‌ای صورت پذیرفت.

پس از بررسی مطالعات صورت پذیرفته با بهره‌گیری از رویکرد هدایتی سه حوزه‌ی ارتباطی رفتار اخلاقی پرستاران (رفتار اخلاقی با بیماران، رفتار اخلاقی با همراهان بیمار و رفتار اخلاقی با گروه درمانی) شناسایی شد که محورهای مصاحبه را تشکیل دادند.

روش نمونه‌گیری در بخش کیفی روش نمونه‌گیری هدفمند بود و با پرستاران نمونه‌ی کشوری که بیش از ۵ سال سابقه‌ی کار داشته، از نظر همکاران و سازمان از فضایل اخلاقی بهره‌مند بوده و توان و تمایل مشارکت در تحقیق را داشتند مصاحبه شد.

در پژوهش حاضر از شیوه‌ی مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته‌ی عمیق که شیوه‌ای مناسب برای جمع‌آوری اطلاعات در تحقیقات مرتبط با اخلاق است (۳۳)، استفاده شد. در این مطالعه ملاحظات اخلاقی از جمله کسب مجوز جهت انجام پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و روش‌های مورد استفاده و در صورت موافقت نمونه‌ها به شرکت در مطالعه، کسب رضایت کتبی از مشارکت‌کنندگان، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و مشخصات اخذ شده از آنان و در صورت تمایل، خروج از مطالعه در هر مرحله از پژوهش مورد توجه قرار گرفت. دو پرسش اصلی در مصاحبه‌ها مدنظر بود «از نظر شما رفتارهای اخلاقی

سوئی بگذارد، می‌کاهد (۳۰)، بلکه منجر به افزایش رضایت شغلی آن‌ها و به دنبال آن، ارتقاء کیفیت ارائه‌ی خدمات به بیماران و همراهان آن‌ها می‌شود (۳۱). بنابراین، با توجه به اهمیت ماهیت ارتباطی رفتار اخلاقی در حیطه‌ی پرستاری و با توجه به آن‌که مقوله‌ی رفتار اخلاقی پرستاران با درک ماهیت ارتباطی اخلاق و استمداد از تئوری فضیلت‌محور در زمینه‌ی مورد بررسی به شیوه‌ی مطالعه‌ی کیفی - کمی (آمیخته) مورد تحقیق قرار نگرفته است پژوهش حاضر درصدد است تا مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران را در بیمارستان‌های تحت نظر دانشکده‌ی علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد شناسایی کند و مدل حاصل را مورد آزمون قرار دهد.

روش کار

در این مطالعه جهت واکاوی و شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران از روش تحقیق ترکیبی و طرح تحقیق آمیخته‌ی اکتشافی بهره گرفته شد. در طرح تحقیق آمیخته‌ی اکتشافی، پژوهشگر درصدد زمینه‌یابی درباره‌ی موقعیت نامعین است، بدین منظور ابتدا به گردآوری داده‌های کیفی پرداخته و با استفاده از این شناسایی اولیه امکان صورت‌بندی فرضیه‌هایی درباره‌ی بروز پدیده‌ی مورد مطالعه فراهم می‌شود (۳۲). در مرحله‌ی بعدی پژوهشگر می‌تواند از طریق گردآوری داده‌های کمی، فرضیه‌ها را مورد آزمون قرار دهد. بنابراین، در طرح تحقیق آمیخته، به داده‌های کیفی اهمیت بیش‌تری داده می‌شود. با توجه به این‌که تحقیق حاضر در مرحله‌ی اول به دنبال شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران است و از طریق مصاحبه این امر تحقق می‌یابد و نتایج مصاحبه مبنایی برای اجرای مرحله‌ی بعدی پژوهش می‌شود، در نتیجه، طرح تحقیق از نوع آمیخته‌ی اکتشافی است. در ادامه روش انجام کار در دو بخش کیفی و کمی به تفکیک آورده شده است.

که یک کدگذار یک متن را در دو زمان متفاوت کدگذاری کرده باشد. در پژوهش حاضر با انتخاب ۵ مصاحبه و بررسی آن در فاصله‌ی ۱۰ روزه شاخص ثبات ۰/۹۸ محاسبه شد که نشان‌دهنده‌ی تأیید شاخص ثبات کدگذاری است. پایایی بین کدگذاران به معنی میزان توافقی است که کدگذاران مستقل، هنگام ارزیابی ویژگی‌های یک پیام یا متن به دست می‌دهند. واژه‌ی خاص مورد نظر برای سازگاری در تحلیل محتوا، «توافق بین کدگذاران» است. در پژوهش حاضر مصاحبه‌ها توسط دو کدگذار مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و پس از آن شاخص تکرارپذیری برای کدهای استخراج‌شده محاسبه شد. این شاخص در مطالعه‌ی حاضر مقدار ۰/۸۷ برآورد شد که نشان‌دهنده‌ی توافق بسیار زیاد کدگذاران بوده و قابلیت اعتماد فرایند کدگذاری دارد. 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 کرده است، دارای روایی است.

روش کار در بخش کمی

جهت سنجش اعتبار مدل استخراج شده از استراتژی پیمایش بهره گرفته شده است. جامعه‌ی آماری در بخش کمی، کلیه‌ی پرستاران بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد هستند. جهت تعیین تعداد نمونه از فرمول حجم نمونه‌ی میانگین استفاده شده و ضمناً بر اساس نمونه‌گیری ۳۰ تایی مقدماتی، میزان واریانس ۰/۱۲ به دست آمده است. بنابراین، در سطح تشخیص ۰/۰۵ و خطای ۵ درصد حجم نمونه‌ی تحقیق ۱۵۶ نفر محاسبه شد که تعداد ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ای محقق یافته مشتمل بر ۵۹ گویه، استفاده شده است. این پرسشنامه براساس مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های احصا شده تنظیم شده بود. جهت سنجش روایی پرسشنامه از روایی محتوا و روایی سازه استفاده شده است. جهت سنجش روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار تعدادی از اندیشمندان و

پرستاران، چه رفتارهایی هستند؟» و «شما چه رفتارهای اخلاقی را در محیط کار از خود بروز می‌دهید؟» پس از آن با توجه به ماهیت ارتباطی رفتار اخلاقی، از آن‌ها خواسته می‌شد که در پاسخ‌هایشان رفتارهای اخلاقی در رابطه‌ی بیماران، همراهان بیمار و گروه درمانی را مدنظر قرار دهند. ولی تعداد اندکی از پاسخ‌دهندگان تمایل داشتند که به‌طور کلی به پرسش اصلی پاسخ دهند. مدت زمان انجام مصاحبه‌ها به‌طور متوسط ۶۰ دقیقه برای هر نفر بود و مصاحبه‌ها در محیط بیمارستان و در اتاق مدیریت پرستاری و با هماهنگی ایشان به انجام رسید. در پژوهش حاضر پس از ۱۴ مصاحبه، اشباع نظری حاصل شد.

استراتژی تحقیق در بخش کیفی پژوهش حاضر تحلیل محتواست. سه رویکرد در خصوص تحلیل محتوا وجود دارد (۳۴، ۳۵)، که در این پژوهش از رویکرد قراردادی بهره‌گرفته شده است. البته لازم به ذکر است، شناسایی حوزه‌های کلان رفتار اخلاقی که محورهای مصاحبه را مشخص کرده با رویکرد هدایتی انجام شده است.

در خصوص اعتبار نتایج حاصل از مصاحبه‌ها؛ باتوجه به آن‌که در فرایند تحقیق حاضر پژوهشگر مطالعات جامعی را پیرامون رفتار اخلاقی انجام داده و در جلسه‌ی مصاحبه هدف مصاحبه را برای مصاحبه‌شوندگان به‌روشنی توضیح داده، دانسته‌های قبلی خود را در حین جلسه‌ی مصاحبه‌ی کنار گذاشته و نکات یک مصاحبه‌ی مؤثر از جمله برخورد دوستانه، جلب اعتماد و ... را رعایت کرده است؛ در نتیجه، مصاحبه از اعتبار برخوردار است. هم‌چنین، جهت بررسی پایایی فرایند کدگذاری مصاحبه‌ها در پژوهش‌های کیفی می‌توان از دو شاخص پایایی بازآزمون^۱ (شاخص ثبات) و پایایی بین دو کدگذار (شاخص تکرارپذیری) بهره گرفت. شاخص ثبات به میزان سازگاری طبقه‌بندی داده‌ها در طول زمان اشاره دارد. این شاخص را می‌توان زمانی محاسبه کرد

^۱ Retest reliability

جدول شماره‌ی ۱ - مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌های رفتار اخلاقی

پرستاران

| حوزه | مؤلفه | زیر مؤلفه |
|--|---------------|--------------------------------------|
| رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران | مراقبت شایسته | استفاده‌ی صحیح و دقیق از ابزار |
| | | مراقبت دقیق و کیفی |
| | | مسئولیت‌پذیری |
| | غم‌خواری | رازداری |
| | | همدلی |
| | | دلسوزی |
| | | صبر |
| | ایثار | برقراری ارتباط عاطفی |
| | | گذشت از جان |
| | | گذشت از خانواده |
| | تکریم بیمار | گذشت از موقعیت شغلی |
| | | رفتار احترام‌آمیز |
| انتقاد‌پذیری | | |
| عدالت محوری | | |
| رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار | همدلی احساسی | احترام به شؤونات دینی |
| | | رفتار محبت‌آمیز |
| | | دلگرمی دادن |
| | اطلاعاتی | خود را به‌جای همراه بیمار قرار دادن |
| | | ارائه‌ی مشاوره‌ی عمومی |
| | | ارائه‌ی اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار |
| | جوانمردی | ارائه‌ی آموزش جهت پیش‌گیری از بیماری |
| | | کمک داوطلبانه به همراهی بیمار |
| | تکریم | وفای به عهد |
| | | رفتار احترام‌آمیز |
| | | انتقاد‌پذیری |
| | | عدالت محوری |
| | | بردباری |

صاحب‌نظران حوزه‌ی رفتار قرار گرفته و نظرات اصلاحی آن‌ها اعمال شد. پس از آن جهت سنجش روایی سازه از نرم‌افزار AMOS بهره گرفته شد جهت سنجش پایایی ابزار سنجش از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که این مقدار برای پرسشنامه سنجش مدل ۰/۹۷۶ به دست آمد که نشان‌دهنده‌ی پایایی بالای پرسشنامه است.

نتایج

یافته‌های بخش کیفی

مشارکت‌کنندگان در بخش کیفی تحقیق حاضر ۱۴ نفر از پرستاران نمونه‌ی کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد بودند که از نظر جنسیتی ۵ نفر مرد و ۹ نفر زن، از نظر توزیع سنی بیش‌تر در محدوده‌ی سنی ۴۰ تا ۵۰ سال و میانگین سابقه‌ی کار ایشان ۲۰ سال بود. از نظر محل خدمت نیز با توجه به ماهیت تخصصی بیمارستان‌های دولتی مشهد، هریک، در یکی از بخش‌های تخصصی بیمارستان مشغول به ارائه‌ی خدمت بودند. پس از تحلیل مصاحبه‌ها، مدل رفتار اخلاقی پرستاران در سه سطح استخراج شد. سطح اول متشکل از ۳ حوزه‌ی کلی است که عبارت است از بیماران، همراهان بیمار و گروه درمان. سطح دوم از ۱۳ بعد تشکیل شده است که عبارتند از: مراقبت شایسته، غم‌خواری، ایثار، تکریم بیمار، حمایت اطلاعاتی، همدلی احساسی، تکریم همراهان بیمار، جوانمردی، وظیفه‌شناسی، توجه و احترام، حمایت عاطفی، نظارت خیرخواهانه و آموزش خیرخواهانه. و در نهایت سطح سوم مدل شامل ۵۱ مؤلفه‌ی رفتار اخلاقی پرستاران در شبکه‌ی درمان دولتی است؛ که در جدول شماره‌ی ۱ ذکر شده است.

انجام کار است. یک پرستار با مسؤولیت نه تنها در قبال تعهدات شغلی خود بلکه در خصوص تعهدات اخلاقی که فی مابین او و بیمارش شکل گرفته است نیز خود را مسؤول می داند.

غم خواری یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران است که به معنی غم بیماران را درک کردن و خود را به جای آن‌ها قراردادن و تلاش در جهت درک شرایط روحی آن‌هاست. رازداری یکی از مؤلفه‌های غم‌خواری است. اکثر پرستاران رازداری را یکی از مهم‌ترین رفتارهای اخلاقی پرستاران دانستند که نه تنها یک اصل انسانی است بلکه می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد اعتماد میان پرستاران و بیماران شود. همدلی با بیماران و درک شرایط خاص آن‌ها و همدردی با آن‌ها از دیگر مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران است. در برخی از موارد بیماران به دلیل درد و رنجی که تحمل می‌کنند ممکن است کم‌طاقت شده و به پرستار پرخاش کنند، در این شرایط صبر پیشه کردن در قبال بیماران یکی از رفتارهای اخلاقی مثمرتری می‌شود که به اعتقاد پرستاران می‌تواند حتی تسهیل‌گر روند بهبودی بیمار نیز باشد. اکثر پرستاران در نظر گرفتن سن، جنسیت و وضعیت بیمار را در هنگام برقراری ارتباط یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران دانستند. برقراری ارتباط عاطفی با بیماران و انتقال این احساس که آن‌ها و سلامتی‌شان اهمیت دارند، رفتار اخلاقی است که می‌تواند احساس امنیت را در بیماران تقویت کند.

اینار یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران به‌شمار می‌آید که به معنی گذشت از منافع فردی، زمان شخصی، خانواده و حتی جان خود جهت مراقبت از بیماران است. ارجح دانستن منافع بیمار و سلامت او بر خود و چشم‌پوشی از خود، خانواده و حتی جان جهت مراقبت از بیماران از نمودهای اینار و فداکاری است. اکثر پرستاران مورد مصاحبه قرار گرفته، اذعان داشتند که گذشت نه تنها یک رفتار اخلاقی است بلکه یکی از ویژگی‌های بارز پرستاران با فضیلت نیز

| | | |
|-------------------------------------|---|----------------------------|
| رفتار اخلاقی پرستاران با گروه درمان | وظیفه شناسی | پایبند بودن به مقررات |
| | | حضور به موقع سرکار |
| | | حفظ حدود حرفه‌ای |
| | | قابل اعتماد بودن |
| | | تجربه‌پذیری |
| | عاطفی | گوش دادن به مشکلات همکاران |
| | | برقراری ارتباط خانوادگی |
| | | قوت قلب دادن |
| | احترام | رفتار احترام آمیز |
| | | رفتار منصفانه |
| بهره‌دهنده و نظارت | نظارت بر عملکرد همکاران با هدف ارتقاء کیفیت فرایند مراقبت | |
| | ارائه‌ی تجربیات بدون تنش | |
| | تلاش در جهت جانشین پروری | |
| آموزش | ارائه‌ی آموزش به تمام پرستاران مشتاق یادگیری | |
| | تلاش در جهت اشاعه‌ی علوم نوین پرستاری | |
| | انتقال دانش فردی جهت بهبود خدمات بیمارستان | |

رفتار اخلاقی با بیماران

رفتار اخلاقی با بیماران در برگرفته‌ی چهار بعد مراقبت شایسته، غم‌خواری، اینار و تکریم است. مراقبت شایسته از بیماران به معنی تلاش در جهت به‌کارگیری صحیح و دقیق ابزار در دسترس جهت مراقبت از بیمار، پذیرش مسؤولیت در قبال بیمار، به‌کارگیری علوم نوین در جهت ارتقاء سلامت بیمار و هم‌چنین، آموزش بیماران است. آموزش بیمار به معنی ارائه‌ی اطلاعات لازم در خصوص نحوه‌ی مصرف داروها، نحوه‌ی استفاده از وسایل موجود در بیمارستان و مسائلی از این دست است. پذیرش مسؤولیت در قبال بیمار یکی از دیگر مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران به‌شمار می‌آید که مورد توافق اکثر مصاحبه‌شوندگان قرار گرفته است. مسؤولیت‌پذیری به معنای قبول تعهدات و پاسخگو بودن در خصوص نحوه‌ی

به‌شمار آمده و با حرفه‌ی پرستاری عجین است. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، در صورتی که یک پرستار منافع بیمار و سلامت وی را مورد نظر قرار ندهد، ممکن است خواسته یا ناخواسته از کیفیت کار وی کاسته شده و خسارات جبران‌ناپذیری به بیماران و سیستم درمان وارد آورد.

در نهایت، تکریم بیمار به معنی احترام گذاشتن به شخصیت بیمار، توجه به انتقادات و پیشنهادهای بیمار و تلاش جهت رفع آن‌ها، عدالت‌محوری در کردار و گفتار در برخورد با بیماران و توجه به اعتقادات مذهبی و شؤونات دینی بیماران است. احترام به بیمار به معنی حرمت قائل شدن برای روح و جسم بیمار است. به اعتقاد پرستاران با فضیلت، نه تنها بیماران شایسته‌ی احترام هستند و باید شخصیت آن‌ها به رسمیت شناخته شود بلکه هنگام مرگ بیمار نیز حفظ حرمت بیمار از رفتارهای اخلاقی است که شایسته‌ی انجام است. انتقادپذیری از دیگر مضامین انتزاع‌شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران است که به معنی توجه به انتقادات و پیشنهادهای بیماران و همراهان او و تلاش در جهت رفع آن‌هاست. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان، انتقادپذیر بودن پرستاران می‌تواند زمینه‌ساز ایجاد اعتماد متقابل شده و از این طریق به تسهیل فرایند درمان کمک کند. از دیگر رفتارهای اخلاقی پرستاران با بیماران، برخورداری از عدالت در گفتار و رفتار و دوری از هرگونه پارتی‌بازی نسبت به بیماران است. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان رفتار عادلانه با بیماران از تنش‌های روحی بیمار کاسته و علاوه بر تسهیل فرایند درمان منجر به بهبود رابطه‌ی میان پرستار و بیمار می‌شود. در نهایت، احترام قائل شدن به اعتقادات مذهبی و شؤونات دینی بیماران از دیگر مضامین انتزاع‌شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران است که مستلزم هوش و ذکاوت پرستاران و ارزش قائل شدن برای بیماران و خواسته‌های اوست.

رفتار اخلاقی با همراهان بیمار

رفتار اخلاقی با همراهان بیمار در برگیرنده‌ی چهار بعد

حمایت اطلاعاتی، تکریم همراهان بیمار، جوانمردی و همدلی احساسی است. حمایت اطلاعاتی پرستاران از همراهان بیمار به معنی ارائه‌ی مشاوره جهت نحوه‌ی اسکان در شهر، مکان و نحوه‌ی دسترسی به داروخانه‌ها و مراکز بهداشتی جهت بیماران غیربومی و همچنین، ارائه‌ی اطلاعات لازم در خصوص نوع بیماری، فعالیت‌های صورت‌پذیرفته جهت درمان بیماری، ارائه‌ی آموزش‌های لازم جهت مراقبت از بیمار و همچنین، ارائه‌ی آموزش‌های لازم جهت پیش‌گیری از بیماری است. حمایت اطلاعاتی پرستاران به همراهان بیمار این امکان را می‌دهد تا موقعیت و شرایط فعلی بیمار و خود را بهتر درک کرده و از حالت تنیدگی خارج شوند. پرستاران نه تنها باید به ارائه‌ی آموزش به خود بیمار توجه کنند بلکه از آن‌جا که بسیاری از بیماران مانند کودکان یا بیمارانی که به تازگی عمل جراحی داشته‌اند یا بیماران بخش اعصاب و روان قادر به مراقبت از خود نمی‌باشند لذا ارائه‌ی آموزش به همراهان بیمار جهت مراقبت از بیماران ضروری است. به اعتقاد یکی از پرستاران گرچه ارائه‌ی این نوع آموزش‌ها ضروری است اما اکثر پرستاران به دلیل مشغله‌ی شغلی بالایی که دارند خود را بر انجام آن موظف نمی‌دانند که این برخورد رفتار غیراخلاقی است. ارائه‌ی آموزش جهت پیشگیری از بیماری به همراهان بیمار با هدف ارتقاء آگاهی جامعه صورت پذیرفته و به معنی ارائه‌ی آموزش‌هایی کارآمد و اثربخش به همراهان است که نه تنها در حال حاضر جهت حمایت از بیمار به کمک آن‌ها بیاید بلکه در آینده نیز در پیشگیری از ابتلا به بیماری مثمرتر باشد.

بسیاری از پرستاران رعایت احترام و بهره‌گیری از لحن مناسب و مودبانه در برخورد با همراهان بیمار را یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران دانستند. توجه به پیشنهادهای و انتقادهای همراهان بیمار و جامه‌ی عمل پوشاندن به آن یکی دیگر از مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران درقبال همراهان است. به گفته پرستاران، انتقادات و پیشنهادهای همراهان نوعی

دلگرمی دادن به همراهان بیمار به عنوان یک رفتار اخلاقی یاد کردند که هم سبب آرامش همراهان و هم موجب تسهیل فرایند درمان خواهد شد.

رفتار اخلاقی با گروه درمان

این حوزه در برگیرنده‌ی ابعاد وظیفه‌شناسی، توجه و احترام، حمایت عاطفی، نظارت خیرخواهانه و آموزش خیرخواهانه است. وظیفه‌شناسی به معنای حضور به موقع در محیط کار، رعایت قوانین و مقررات، حفظ حدود حرفه‌ای در ارتباط با پزشکان و پرستاران، ایجاد روابط بر مبنای اعتماد و تلاش جهت به کارگیری علوم نوین و دستاوردهای آن در مراقبت از بیمار است. وظیفه‌شناسی در حرفه‌ی پرستاری نه تنها یک وظیفه‌ی قانونی بلکه یک ارزش اخلاقی است، چرا که پایبندی به مؤلفه‌های آن اگرچه اجباری است، می‌تواند توسط پرستاران نادیده انگاشته شود. پرستاران فضیلت‌مند، شرایط کاری همکاران خود را درک کرده و با وظیفه‌شناسی نسبت به وظایف خود موجب بهبود جو سازمانی و ارتقاء روحیه‌ی همکاری میان اعضای گروه درمان می‌شوند. پرستاری و پزشکی دو حرفه‌ی متفاوتند که در کنار یکدیگر وظیفه حفظ و بهبود سلامت بیمار را بر عهده دارند. توجه به حدود حرفه‌ای و عدم تعرض به آن و تلاش در جهت ارتقاء وجهه‌ی حرفه‌ی خود یکی از رفتارهای اخلاقی است که توسط مصاحبه‌شوندگان بیان شد. از آنجا که پرستاران با سلامت بیماران و انسان‌ها در ارتباط هستند یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران که نشان‌دهنده‌ی وظیفه‌شناسی آنهاست اطلاع‌رسانی در خصوص عدم حضور و حصول اطمینان از حضور فرد دیگر به جای آنها در ایامی که در مرخصی به سر می‌برند یا به دلایل شخصی دیر سر کار خود حاضر می‌شوند، است. این امر نه تنها منجر به حفظ کیفیت فرایند مراقبت خواهد شد بلکه نوعی رفتار اخلاقی در قبال همکاران نیز به‌شمار می‌آید. در نهایت، تجربه‌پذیری به معنای تمایل به دریافت تجربیات و اطلاعات همکاران است. از آنجا که

بازخورد از عملکرد پرستاران در اختیارشان می‌گذارد که می‌تواند برای بهبود عملکرد فعلیشان بسیار حائز اهمیت باشد. بردباری به معنی ملایمت و ملاحظت در مقابل بدی‌ها و ناملایمات دیگران است. از آنجا که هر بیمار تعداد زیادی همراه دارد، بسیاری از موارد آرام کردن همراهان بیمار بسیار سخت‌تر از خود بیمار است که این امر مستلزم بکارگیری بردباری بسیار در برخورد با ایشان است. جوانمردی نشان‌دهنده‌ی منش و روحیه‌ی فضیلت‌مند یک پرستار است که موجب می‌شود در هنگامی که احساس می‌کند همراهان بیمار نیاز به کمک دارند، بدون آن‌که سخنی بر زبان آورده باشند داوطلبانه به کمک آن‌ها بشتابند و هم‌چنین، هنگامی که با همراهان بیمار وعده‌ای کرده است - اگرچه هیچ حالت رسمی نداشته و تنها از نظر اخلاقی خود را مسؤول می‌داند- بر عهد و قول خود ثابت قدم باشد.

آخرین بعد رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار، همدلی احساسی است. همدلی به معنای درک شرایط افراد و نگرستن از زاویه‌ی دید آن‌ها و مهربانی با همراهان بیمار است، هنگامی که پرستار سعی می‌کند مشکلات و ناراحتی‌های همراهان بیمار را درک کند و خود را در همان وضعیتی که همراهان دارند تصور کند سطح بالای همدلی، که همان همدلی احساسی است تحقق می‌یابد. مهربانی و عطوفت یکی از مؤلفه‌های همدلی احساسی است که بسیاری از پرستاران از آن به عنوان یک رفتار اخلاقی در ارتباط با همراهان بیمار یاد کردند. درک شرایط همراهان بیمار به معنی تلاش جهت درک و فهم دنیای ذهنی و شرایط همراهان بیمار و هم‌چنین، قراردادن خود به جای آنهاست. همراهان بیمار در شرایطی تنش‌زا قرار دارند به خصوص در مورد بیمارانی که نیاز به عمل جراحی داشته یا کودکان تازه متولد شده که والدین یا فرزندان بیمار بسیار مضطرب هستند و این اضطراب همراهان بیمار می‌تواند بر فرایند مراقبت از بیمار و بازبایی سلامت ایشان تأثیر منفی بگذارد. بسیاری از پرستاران از

است. گوش دادن فعال به ابراز احساسات همکاران نه تنها از بار استرس و اضطراب همکاران کاسته و در آن‌ها انگیزه ایجاد می‌کند بلکه راهی برای تقویت روابط حمایت‌گرانه میان همکاران و تلاش در جهت حل مشکلات همکاران در مواقع نیاز است.

نظارت خیرخواهانه یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران به‌شمار می‌آید که به معنی نظارت بر عملکرد و نحوه انجام کار همکاران و پزشکان جهت ارائه‌ی خدمات مناسب‌تر به بیماران است. نظارت بر کار اعضای گروه درمانی یکی از وظایف اخلاقی است که در آیین اخلاقی پرستاران نیز به آن اشاره شده است. اما نظارت خیرخواهانه تنها با هدف کنترل همکاران و پزشکان صورت نمی‌پذیرد بلکه هدف از آن ارتقاء دانسته‌های همکاران و کمک به بهبود ارائه‌ی خدمات است تا فضایی یادگیرنده و بالنده در بیمارستان حاکم شود.

در نهایت آموزش خیرخواهانه به معنی آینده‌نگری در فرایند آموزش و تلاش جهت انتقال تمامی تجربیات و دانش اکتساب شده نه تنها به همکاران مستقیم بلکه به تمامی افرادی است که تمایل به یادگیری این حرفه دارند و هم‌چنین، انتقال کلیه‌ی دانسته‌های خود جهت بهبود فرایند خدمت‌رسانی به بیماران است. آینده‌نگری و تلاش در جهت جایگزین‌پروری یکی از رفتارهایی است که پرستاران با فضیلت از آن به‌عنوان یک رفتار اخلاقی یاد کردند. به عبارتی، پرستاران با فضیلت تنها به دنبال حفظ فضایل اخلاقی و شایستگی‌های حرفه‌ای خود نبوده بلکه توجه خود را بر تربیت نیرویی آماده و متزین به فضایل اخلاقی و شایستگی‌های حرفه‌ای معطوف داشته‌اند. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان تسهیم دانش و تجربه‌ی فردی به تمام پرستاران مشتاق یادگیری در سراسر کشور، رفتاری اخلاقی است. پرستاران با فضیلت، آموزش مهارت‌ها و دانش شغلی را فقط مختص همکاران خود ندانسته بلکه ارائه‌ی آن به دامنه‌ی وسیعی از افراد را سرلوحه‌ی کار خود قرار داده‌اند. تجربه‌ی کاری در حرف پزشکی و پرستاری از جایگاه ویژه‌ای

پرستاران با جان انسان‌ها و سلامت آن‌ها در ارتباط هستند تمایل آن‌ها به یادگیری و دوری از خودخواهی و غرور در فرایند مراقبت بسیار ضروری است. اکثر مصاحبه‌شوندگان دریافت اطلاعات از همکاران در حین کار و اجتناب از آزار و اذیت بیماران، به سبب عدم اطلاعات حرفه‌ای کافی، را رفتاری اخلاقی دانستند. توجه و احترام نوعی رفتار داوطلبانه در خصوص همکاران و اعضای گروه درمانی است که منجر به بهبود فضای کاری شده و می‌تواند از بروز مشکل در سازمان جلوگیری کند. توجه و احترام نه تنها یک رفتار اخلاقی است بلکه به دلیل ماهیت داوطلبانه‌ی آن نوعی رفتار شهروند سازمانی نیز به‌شمار می‌آید.

حمایت عاطفی به معنی فراهم آوردن مهر، عطف و توجه نسبت به همکاران و قوت قلب دادن به آن‌هاست تا این‌که احساس کنند انسان ارزشمندی هستند که مورد توجه قرار گرفته‌اند. این بعد دربرگیرنده‌ی مؤلفه‌های برقراری رابطه‌ی خانوادگی، قوت قلب دادن، تبریک تولد و اعیاد به همکاران و گوش دادن به مشکلات و ابراز احساسات همکاران است. از آن‌جا که پرستاری حرفه‌ی پر استرسی است، یکی از راهکارهای بهبود این استرس حمایت خانواده از پرستاران است. به اعتقاد مصاحبه‌شوندگان برقراری رابطه‌ی خانوادگی با همکاران سبب وسعت دید اعضای خانواده و هم‌چنین، ارتقا حمایت آن‌ها از پرستاران و کاهش اختلافات و تعارضات خانوادگی می‌شود که خود زمینه‌ساز بهبود روحیه‌ی پرستاران و کاهش استرس آن‌هاست. قوت قلب دادن به همکاران به معنی روحیه دادن به آن‌ها جهت کاهش خستگی و استرس شغلی و افزایش احساس ارزشمندی و بهبودی عاطفی در آن‌هاست. قوت قلب دادن به همکاران می‌تواند با یک خسته نباشید ساده آغاز شده یا در برگیرنده‌ی عبارات تشویقی و تأییدی در خصوص عملکرد اعضای گروه درمان باشد.

گوش سپردن به صحبت‌ها و مشکلات همکاران یکی دیگر از رفتارهای اخلاقی پرستاران در قبال اعضای تیم درمان

قابل قبول روایی مرکب بارهای عاملی بالاتر از ۰/۵ اعتبار همگرایی ابزار سنجش تأیید می‌شود. هم‌چنین، همبستگی بین متغیرهای مدل تحقیق کم‌تر از عدد ۰/۹ به‌دست آمد؛ بنابراین، عدم همپوشانی در قالب اعتبار افتراقی نیز تأیید می‌شود که در نتیجه آن اعتبار سازه‌ی مدل مورد تأیید واقع شد. ثالثاً با توجه به این‌که شاخص‌های برازش نیز در محدوده‌ی مطلوب خود قرار دارد؛ بنابراین، مدل اندازه‌گیری تحقیق از برازش قابل قبولی برخوردار است (جدول شماره‌ی ۲).

جدول شماره‌ی ۲ - شاخص‌های برازش مدل رفتار اخلاقی

پرستاران با بهره‌گیری از تحلیل عاملی تأییدی

| مقدار به‌دست آمده در مدل واقعی | مقدار مطلوب | نام شاخص |
|--------------------------------|----------------|---|
| ۱۱۹۶ | - | درجه آزادی (df) |
| ۱۹۲۴/۷۳۴ | - | کای اسکوتر (χ^2) |
| ۰/۰۰۰ | بیش‌تر از ۰/۰۵ | سطح معنی‌داری برای χ^2 (برای حجم نمونه کم) |
| ۱/۶۰۹ | کم‌تر از ۴ | کای اسکوتر بهینه شده (χ^2/df) |
| ۰/۹۰۴ | بیش‌تر از ۰/۹ | نیکویی برازش افزایشی (IFI) |
| ۰/۹۰۰ | بیش‌تر از ۰/۹ | شاخص برازش تطبیقی (CFI) |
| ۰/۰۳۵ | کم‌تر از ۰/۰۸ | ریشه میانگین مربعات باقی‌مانده (RMR) |
| ۰/۰۵۹ | کم‌تر از ۰/۰۸ | ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) |

IFI: Incremental Fix Index

CFI: Comparative Fix Index

RMR: Root Mean Residual

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

بنابراین، به‌طور کلی، مدل اندازه‌گیری تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد. هم‌چنین، شاخص Holter گزارش‌شده در زیرمجموعه‌ی برازش این مدل نیز در سطح اطمینان ۹۵

برخوردار است چراکه پرستاران و پزشکان در دوران خدمت خود با بیماران متعدد و بیماری‌های مختلفی مواجه شده‌اند که گاه در تئوری‌ها و کتب درسی اشاره‌ای به آن نشده یا به‌صورت کامل در خصوص آن بحث به میان نیامده است. لذا ارائه‌ی کلیه‌ی دانسته‌ها و تجربیات کسب شده در طول دوران خدمت به همکاران و پرستاران تازه وارد یکی دیگر از رفتارهای اخلاقی بود که مورد ادعان پرستاران قرار گرفت. از منظر مصاحبه‌شوندگان، یک پرستار با فضیلت نه تنها دائماً به‌دنبال علم‌اندوزی و به روز کردن دانش فردی و حرفه‌ای خود است بلکه به‌دنبال تسهیم دانش اکتساب شده و ارائه‌ی آن به سایر همکارانی است که چه بسا به‌دلایل مختلف به‌دنبال کسب این علوم نیستند. بدیهی است این رفتار نه تنها بر ارتقاء شایستگی‌های فردی و سازمانی بلکه بر بهبود جو حاکم بر سازمان و هم‌چنین، ارتقاء کیفیت فرایند مراقبت از بیماران نیز تأثیرگذار خواهد بود. مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌های احصاء شده در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده است.

یافته‌های بخش کمی

از ۱۸۰ پرسشنامه توزیع شده ۱۷۸ پرسشنامه جمع‌آوری شد که از آن میان ۵۴ نفر مرد و ۱۲۴ نفر زن، با حداقل سن ۲۲ سال و حداکثر سن ۵۵ سال و متوسط سابقه‌ی کار ۱۰ سال بودند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل عاملی تأییدی (CFA) استفاده شد.

در پژوهش حاضر مشخص شد که داده‌های جمع‌آوری شده نرمال است، ثانیاً با توجه به مدل CFA برازش یافته، وزن عاملی گویه‌ی شماره‌ی ۲۴ یعنی آموزش به بیماران اگرچه معنی‌دار است ولی با توجه به این‌که کم‌تر از ۰/۵ است و روایی مرکب سازه‌های مربوطه را از حد قابل قبول خارج می‌کند، از فرایند تحلیل داده‌ها حذف شده و با بقیه‌ی سؤالات به تجزیه و تحلیل پرداخته شد. در نتیجه، با توجه به بارهای عاملی معنی‌دار و بالای مقدار ۰/۵، و هم‌چنین، برقراری حد

¹ Confirmatory Factor Analysis

پرستار انتظار رعایت اخلاق داشته باشیم ولی در مشکلات مقید به رعایت اصول اخلاقی نسبت به او نباشیم (۵۰). در نهایت، جوانمردی به معنی فتوت و رادمردی و در پژوهش حاضر به معنی وفای به عهد و کمک داوطلبانه‌ی پرستاران به همراهان بیمار بدون آن‌که آن‌ها سخنی بر زبان آورده باشند یا الزام قانونی و رسمی وجود داشته باشد، است. جوانمردی بالاترین حد رفتار اخلاقی یک پرستار را در مواجهه با بیمارانش به تصویر می‌کشد که نه تنها می‌توان از آن به عنوان یک رفتار شهروند سازمانی یاد کرد بلکه در حد اعلای آن به وضوح تجلی اعتقاد و ایمان قوی پرستاران به خالق یکتای جهان هستی است.

یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران وظیفه‌شناسی است. وظیفه‌شناسی را تلاش در جهت انجام صحیح کارهای خوب دانسته‌اند (۵۱). به اعتقاد بسیاری از محققان وظیفه‌شناسی با علم اخلاق در هم تنیده‌اند و از آن با عنوان علم‌الاخلاق نیز یاد می‌شود (۵۲). در تحقیقات متعدد از وظیفه‌شناسی نه تنها به عنوان یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران که می‌تواند منجر به بهبود فرایند مراقبت از بیماران (۵۳)، ارتقا کیفیت خدمات بیمارستان (۵۴)، افزایش رضایت بیماران از گروه درمان (۵۵) و همچنین، بهبود فضای حاکم در بیمارستان (۵۶) و روابط فی‌مابین پرستاران و پزشکان (۵۷) شود بلکه به عنوان یکی از ارزش‌های محوری حرفه‌ی پرستاری نیز یاد شده (۵۸) و در آیین اخلاقی اکثر کشورها به عنوان یکی از کدهای اخلاقی که پرستاران باید به آن پایبند باشند ذکر آن رفته است (۶۱-۵۹).

توجه و احترام به معنای رفتار مودبانه و احترام‌آمیز با همکاران و پزشکان و رفتار منصفانه در قبال آن‌هاست. از آن‌جا که توجه و احترام علاوه بر آن‌که نوعی رفتار اخلاقی به شمار می‌آید (۶۲) با بهبود بخشیدن روابط میان پرستاران و گروه درمانی از بروز مشکلات و تنش‌هایی که می‌تواند بر عملکرد پرستاران و پزشکان تأثیر سوء بگذارد جلوگیری

مفهوم آن‌ها تفاوت وجود دارد چراکه فرد بردبار توانایی واکنش نشان دادن به شرایط را داشته ولی فرد صبور این وضعیت را ندارد. به عبارتی، یک پرستار می‌تواند در قبال همراهانی که به دلیل تنیدگی روحی با آن‌ها بد سخن می‌گویند یا از لحن خوبی استفاده نمی‌کنند پرخاش کند اما خودداری کرده، وضعیت فعلی را تحمل کرده و بردباری به خرج می‌دهد. در صورتی که پرستاران در قبال بیماران مسؤولند و اجازه‌ی تندی یا پرخاش به آن‌ها را ندارند لذا در قبال بیماران صبوری پیشه می‌کنند. حمایت اطلاعاتی از دیگر ابعاد انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران است که در حوزه‌ی رفتار اخلاقی با همراهان بیمار قرار می‌گیرد. حمایت اطلاعاتی به معنی ارائه‌ی اطلاعاتی مناسب به همراهان بیمار است تا بتوانند از شرایط تنش‌زایی که در آن قرار دارند به درستی عبور کنند و رهنمودهایی برای مقابله با آن بیابند (۴۶). پژوهش‌های متعددی در خصوص تأثیر حمایت اطلاعاتی بر بهبود روند مراقبت از بیماران صورت پذیرفته است (۴۷، ۴۸). حمایت اطلاعاتی نه تنها یک رفتار اخلاقی در قبال همراهان بیمار است بلکه همراهان بیمار از حمایت اطلاعاتی که توسط پرستاران و پزشکان از آن‌ها صورت می‌پذیرد به عنوان یک ارزش مورد انتظار یاد کرده‌اند (۴۹).

همدلی احساسی سطح بالایی از همدلی است که به معنای درک شرایط افراد و نگرستن از زاویه‌ی دید آن‌ها و مهربانی با همراهان بیمار است. هنگامی که پرستار سعی می‌کند مشکلات و ناراحتی‌های همراهان بیمار را درک کند و خود را در همان وضعیتی که همراهان دارند تصور کند همدلی احساسی تحقق می‌یابد. فرهنگ سازمانی و فعالیت‌های مدیریت منابع انسانی از عواملی هستند که می‌توانند بر همدلی احساسی پرستاران تأثیرگذار باشند. به عبارتی، برقراری و تداوم ارتباط محبت‌آمیز و حمایت‌گرانه‌ی پرستار با بیمار مستلزم رعایت انصاف و توجه به پرستار از جانب اداره‌کنندگان سیستم است و این به دور از اخلاق است که از

می‌کند (۶۳)، این رفتار را یکی از ابعاد رفتار شهروند سازمانی در بیمارستان نیز دانسته‌اند (۶۴). رفتار شهروند سازمانی بیانگر رفتارهای مثبتی هستند که افراد بدون دریافت دستمزد یا پاداش در قبال همکاران و سازمان از خود بروز داده و بر عملکرد سازمان نتایج مثبتی دارند (۶۵).

حمایت عاطفی به معنی قوت قلب دادن به اعضای گروه درمان، روحیه دادن و دلگرمی دادن به آن‌ها در هنگام بروز مشکلات و هم چنین گوش سپردن به درد دل‌ها و ابراز احساسات آن‌ها است تا این‌که احساس کنند انسان‌های ارزشمندی هستند که مورد توجه قرار گرفته‌اند و احساس بهزیستی عاطفی کنند (۶۶). محققان حمایت عاطفی را یکی از ابعاد حمایت اجتماعی دانسته‌اند (۶۷). حمایت عاطفی از افراد می‌تواند توسط اعضای خانواده، همکاران و حتی مدیران صورت پذیرد (۶۸). از آنجایی که پرستاری حرفه‌ای استرس‌زا و پرتنش است، تحقیقات متعددی در خصوص شناخت استرس‌های شغلی کارکنان و نحوه‌ی مقابله با آن صورت پذیرفته است (۶۹).

نتایج این مطالعات بیانگر آن است که نوع رابطه میان گروه درمانی در ارتباط با هم یکی از مهم‌ترین منابع ایجاد استرس شغلی در پرستاران بوده و حمایت‌های عاطفی مدیران و همکاران از پرستاران یکی از مهم‌ترین مولدهای بهبود سطح انگیزش پرستاران به‌شمار می‌آید (۷۰). از سویی دیگر، برقراری روابط خانوادگی میان پرستاران نه تنها یکی از زیرمؤلفه‌های حمایت عاطفی پرستاران از گروه درمان به‌شمار رفته بلکه یکی از رفتارهایی است که موجب شناخت بیش‌تر اعضای خانواده نسبت به حرفه‌ی دشوار پرستاری و زمینه‌ساز حمایت عاطفی خانواده از پرستاران نیز خواهد شد.

نظارت خیرخواهانه یکی دیگر از ابعاد رفتار اخلاقی پرستاران است. نظارت خیرخواهانه به معنی نظارت بر نحوه‌ی عملکرد اعضای گروه درمان و تلاش در جهت بهبود عملکرد آن‌ها و ارائه‌ی تجربیات در ضمن کار است. نظارت بر نحوه‌ی

عملکرد اعضای گروه درمان یکی از رفتارهایی است که در آیین اخلاقی پرستاران کشور نیز به آن اشاره شده است که به معنی گوشزد کردن اشتباه گروه درمان و گزارش آن به مقام مافوق و هدف از آن کنترل عملکرد گروه درمان است (۷۱). اما هدف از نظارت خیرخواهانه علاوه بر کنترل، برقراری تعاملات مثبت و بالنده کردن اعضای گروه درمان است. در نهایت، آموزش خیرخواهانه به معنی تلاش در جهت تسهیم دانش و تجربه‌ی کاری با همکاران و اعضای گروه درمان است. تلاش در جهت جانشین‌پروری یکی از رفتارهای اخلاقی انتزاع شده بود. امروزه، جانشین‌پروری و ارائه‌ی راهبردها و برنامه‌های آن در سیستم سلامت از اهمیت بسیاری برخوردار شده است (۷۲) چرا که پرستاران در محیط شغلی پرتنشی به‌سر می‌برند که کسب مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی برای آن‌ها به‌عنوان یک ضرورت مطرح می‌شود (۷۳).

تحقیقات بیانگر آن است که هیچ یک از برنامه‌های جانشین‌پروری پرستاران در بیمارستان‌ها و در سیستم درمان بدون مشارکت فعالانه‌ی پرستاران با تجربه و انگیزش درونی آن‌ها جهت تسهیم دانش و مهارت‌های خود با همکاران، به نتیجه نخواهد رسید (۷۴). به عبارتی، توجه و تمایل پرستاران به جانشین‌پروری در سیستم درمان یکی از رفتارهای اخلاقی است که ریشه در ارائه‌ی داوطلبانه‌ی تجربیات فردی به همکاران دارد. در ارائه‌ی داوطلبانه‌ی اطلاعات، مخاطب دریافت‌کننده‌ی اطلاعات می‌تواند پرستاران، پزشکان و حتی سرپرستاران باشند. دیگر رفتار اخلاقی پرستاران را می‌توان تلاش بی‌وقفه‌ی پرستاران جهت علم‌اندوزی و کسب علوم نوین حرفه‌ی پرستاری و تسهیم آن با همکاران دیگر دانست. این رفتار نه تنها منجر به بهبود فضای کاری حاکم میان اعضای گروه درمان می‌شود بلکه با ارتقاء کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیماران زمینه‌ساز افزایش سطح رضایتمندی آن‌ها از خدمات درمانی و مراقبتی دریافتی نیز می‌شود. در نهایت،

هم‌چنین، نتایج حاصل از این مطالعه بیانگر شباهت برخی از مؤلفه‌ها و زیر مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با رفتار شهروند سازمانی است. به این معنی که پرستارانی که از رفتار اخلاقی در محیط کار بهره‌مند هستند شهروندان با فضیلتی هستند که می‌توانند منجر به ارتقاء عملکرد سازمانی و سودآوری آن شوند.

تئوری اخلاق فضیلت‌محور بر این اعتقاد است که جهت ترویج رفتار اخلاقی و به تبع آن اخلاق حرفه‌ای، کنکاش در رفتارهای افراد بافضیلتی که از جانب سازمان و کارکنان آن به‌عنوان اسوه و الگو یاد می‌شوند و تلاش در جهت معرفی آن به سایر کارکنان جهت الگوپذیری، می‌تواند راهگشا باشد. بنابراین، می‌توان با ایجاد بستری جهت رشد و نمو فضایل اخلاقی در شکل‌گیری این‌گونه رفتارها در محیط کار، و تداوم آن کوشید. از سویی دیگر، مدیران منابع انسانی می‌توانند با درک رفتارهای اخلاقی انتزاع‌شده در این پژوهش سیاست‌های تشویقی مناسبی را جهت اشاعه‌ی اخلاق حرفه‌ای طراحی کرده و مدیریت پرستاری و سرپرستان نیز با درک رفتارهای اخلاقی پرستاران بافضیلت، در اجرای این سیاست‌ها همراه همگام باشند.

تقدیر و تشکر

در پایان از آقای دکتر ریحانی، معاونت منابع انسانی دانشکده‌ی علوم پزشکی استان خراسان رضوی و کلیه‌ی پرستاران نمونه و بافضیلتی که با سعه‌ی صدر پاسخگویی سؤالات محقق بوده و یاریگر او در انجام هرچه بهتر کار بودند تشکر و سپاسگزاری به‌عمل می‌آید.

بروز و ظهور زیر مؤلفه‌های آموزش خیرخواهانه را می‌توان تسهیل‌گر استقرار سیستم مدیریت دانش در سازمان دانست. مدیریت دانش به‌معنای در دسترس قرار دادن نظام‌مند اطلاعات و اندوخته‌های علمی است، به‌گونه‌ای که به‌هنگام نیاز در اختیار افرادی که نیازمند آن‌ها هستند، قرار گیرند تا آن‌ها بتوانند کار روزمره‌ی خود را با بازدهی بیشتر و مؤثرتر انجام دهند (۷۵). مدیریت دانش را می‌توان یکی از ضروریات حرفه‌ی پرستاری به‌شمار آورد (۷۶)؛ چرا که هر عملی که پرستاران انجام می‌دهند منعکس‌کننده‌ی دانش آن‌ها بوده و دانش پرستاری در برگیرنده‌ی دو بعد تجربه‌ی عملی و دانش اکتساب شده از شواهد حاصل از تحقیقات علمی است (۷۷). از سویی دیگر، پرستاران و پزشکان هر روزه با بیماری‌های جدیدی مواجه می‌شوند که چه بسا جهت شناسایی و درمان و انجام فرایند مراقبت، کسب تجربه‌ی همکاران ضروری باشد. اشاعه‌ی علوم نوین حرفه‌ی پرستاری، انتقال دانش فردی جهت بهبود خدمات بیمارستان، ارائه‌ی داوطلبانه تجربیات فردی و ارائه‌ی آموزش به تمامی پرستاران مشتاق یادگیری از رفتارهای اخلاقی است که در چرخه‌ی مدیریت دانش پرستاران نیز ذکر آن رفته است (۷۸).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش بیانگر آن بود که رفتار اخلاقی پرستاران را می‌توان در سه سطح رفتار اخلاقی با بیماران، رفتار اخلاقی با همراهان بیمار و رفتار اخلاقی با گروه درمان در نظر گرفت که هر یک از این حوزه‌ها دربرگیرنده‌ی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های متعدد هستند. هم‌چنین، نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که بسیاری از مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران را می‌توان در قالب اخلاق فضیلت‌محور جست‌وجو کرد و اخلاق در حوزه‌ی پرستاری را نمی‌توان در قالب اخلاق سودگرایی یا اخلاق وظیفه‌گرایی مورد توجه قرارداد.

منابع

- 14- Gillon R. Deceit, principles and philosophical medical ethics. *J Med Ethics* 1990; 16(2): 59-60.
- 15- Robertson DW. Ethical theory, ethnography, and differences between doctors and nurses in approaches to patient care. *J Med Ethics* 1996; 22(5): 292-9.
- 16- Newham RA. Virtue ethics and nursing: on what grounds? *Nurs Philos* 2015; 16(1): 40-50.
- 17- Kelly B. The “real world” of hospital nursing practice as perceived by nursing undergraduates. *J Prof Nurs* 1993; 9(1): 27-33.
- 18- Cannaearts N, Gastmans C, Dierckx de Casterlé B. Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students educators’ and students’ perceptions. *Nurs Ethics* 2014; 21(8): 861- 78.
- 19- Schroeter K. Ethics in properrative practice: principles and application. *AORN J* 2002; 75(4): 818-24.
- 20- Ware JE Jr, Davies-Avery A, Stewart AL. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health Med Care Serv Rev* 1978; 1(1): 13-15.
- 21- Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2(1): 11.
- 22- Fry M, Gallagher R, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Nurses’ experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. *Int Emerg Nurs* 2014; 22(1): 31-6.
- 23- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Counsel* 2002; 48(1): 51-61.
- 24- Stein-Parbury J, Liaschenko J. Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *Am J Crit Care* 2007; 16(5): 470-7.
- 25- Tabak N, Orit K. Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction. *J Nurs Manag* 2007; 15(3): 321-31.
- 26- Bonner A. Recognition of expertise: an
- 1- Smith KV, Godfrey NS. Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nurs Ethics* 2002; 9(3): 301-12.
- 2- Crall J. Ethical behavior of supervisors: effects on supervisee experiences and behavior [dissertation]. Pennsylvania (USA). Lehigh University; 2011.
- 3- Chinn P, Kramer M. *Theory and Nursing: Integrated Knowledge Development*, 5th ed. USA: Mosby; 1999.
- 4- Taylor CR, lillis C, Priscilla L. *Fundamental of Nursing. The Art & Science of Nursing Care*, 5th ed. Philadelphia: Lippincott; 2005.
- 5- Maroto-Sánchez A. Productivity in the services sector: conventional and current explanations. *Serv Indust J* 2012; 32(5): 719-46.
- 6- Savage JS, Favret JO. Nursing students’ perceptions of ethical behavior in undergraduate nursing faculty. *Nurse Educ Pract* 2006; 6(1): 47-54.
- 7- Torabizadeh C, Ebrahimi H, Mohammadi E, Valizadeh S. Incongruent perceptions among nurses and patients: a qualitative study of patient’s dignity in Iran. *Ethics Behav* 2013; 23(6): 489-500.
- 8- Bertland A. Virtue ethics in business and the capabilities approach. *J Bus Ethics* 2009; 84(1): 25-32.
- 9- McLaughlin BP. Supervenience, *Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Elsevier; 2001, p.1142-7.
- 10- Lyons D. Mills Utilitarianism: Mills Utilitarianism. Rowman & Littlefield; 1997, p. 28.
- 11- Smit T. Comperhensive ethical theory, comperhensive papare presened in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy [dissertation]. Minneapolis (USA), capella university; 2005.
- 12- Chun R. A corporate's responsibility to employees during a merger: organizational virtue and employee loyalty. *Corporate Governance* 2009; 9(4): 473-83.
- 13- Arjoon S. Virtue theory as a dynamic theory of business. *J Bus Ethics* 2000; 28(2): 159-78.

- Filipino Canadian patients. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 239-46.
- 38- Gajic O, [Afessa B](#), [Hanson AC](#), et al. Effect of 24-hour mandatory versus on-demand critical care specialist presence on quality of care and family and provider satisfaction in the intensive care unit of a teaching hospital. *Crit Care Med* 2008; 36(1): 36-44.
- 39- Bernstein LP. Family-centered care of the critically ill neurologic patient. *Crit care Nurs Clin North Am* 1990; 2(1): 41-50.
- 40- Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30(7): 1413-18.
- 41- Solomon RC, Murphy MC. *What is Justice? Classic and Contemporary Readings*, 2nd ed. UK:Oxford University Press; 1999.
- 42- Lindemann Nelson H, Lindemann Nelson J. *The Patient in the Family: An Ethics of Medicine and Families*. Routledge; 1995.
- 43- Damiano ML, Hutter JJ Jr. Immune tolerance for haemophilia patients with inhibitors: analysis of the western United States experience. *The Tri-Regional Nursing Group. Haemophilia* 2000; 6(5): 526-32.
- 44- Goethals S, Gastmans C, de Casterlé BD. Nurses' ethical reasoning and behaviour: a literature review. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(5): 635-50.
- 45- Clancy C, Oyefeso A, Ghodse H. Role development and career stages in addiction nursing: an exploratory study. *J Adv Nurs* 2007; 57(2): 161-71.
- 46- Sarajärvi A, Haapamäki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev* 2006; 53(3): 205-10.
- 47- Heh SS, Fu YY. Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *J Adv Nurs* 2003; 42(1): 30-6.
- 48- Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001; 10(5): 618-27.
- important concept in the acquisition of nephrology nursing expertise. *Nurs Health Sci* 2003; 5(2): 123-31.
- 27- Chaboyer WP, Patterson E. Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration. *Nurs Health Sci* 2001; 3(2): 73-9.
- 28- Martinez Madrid M, Rol M, Gómez-García T, Fuentelsaz-Gallego C, [Madrid Pérez J](#). Influence of shift-work schedule on circadian disruption in nursing staff. *Sleep Med* 2013; 14(1): e192-238.
- 29- Blake N. Appropriate staffing for a healthy work environment. *AACN Adv Crit Care* 2013; 24(3): 245-8.
- 30- Chaboyer W, [Foster MM](#), [Foster M](#), [Kendall E](#). The intensive care unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20(2): 77-86.
- 31- Rahdan MH. [Barrasi Tanidegi Shoghli va Rezayate Shoghli dar Bimarestanhaye Vabaste be Daneshgah Olompezeshti kerman], [dissertation]. kerman(iran): Kerman University of Medical Sciences, 1995. [in Persian] .
- 32- Sarasvathy D, Simon HA, Lave L. Perceiving and managing business risks: Differences between entrepreneurs and bankers. *J Econ Behav Organiz* 1998; 33(2): 207-25.
- 33- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
- 34- Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*, 5th ed. China: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- 35- Morse JM, Barret M, Mayan M, Olden K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *Inter J Qual Methods* 2002; 1(2): 1.
- 36- Mira JJ, Tomás O, Virtudes-Pérez M, Nebot C, Rodríguez-Marín J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009; 145(5): 536-41.
- 37- Pasco AC, Morse JM, Olson JK. Cross-cultural relationships between nurses and

- 62- Treviño LK, den Nieuwenboer NA, Kish-Gephart JJ. (Un) Ethical behavior in organizations. *Ann Rev Psychol* 2014; 65: 635-60.
- 63- Pelissier C, Fontana L, Fort E, et al. Occupational risk factors for upper-limb and neck musculoskeletal disorder among health-care staff in nursing homes for the elderly in France. *Industrial health* 2014; 52(4): 334-46.
- 64- Peyrat-Guillard D, Glinska-Noweś A. I respect you and I help you: links between positive relationships at work and organizational citizenship behavior. *J Positive Manag* 2014; 5(2): 82-96.
- 65- Chênevert D, Vandenberghe C, Tremblay M. Multiple sources of supports, commitment, citizenship behaviors, and passive leadership at the hospital. *Perssonel Rev* 2013; 44(1): 69-90.
- 66- Ekberg K, McDermott J, Moynihan C, Brindle L, Little P, Leydon GM. The role of helplines in cancer care: intertwining emotional support with information or advice seeking needs. *J Psychosoc Oncol* 2014; 32(3): 359-81.
- 67- Taylor RJ, Forsythe-Brown I, Taylor HO, Chatters LM. Patterns of emotional social support and negative interactions among African American and Black Caribbean extended families. *J Afr Am St* 2014; 18(2): 147-63.
- 68- Hamre BK, Pianta RC. Can instructional and emotional support in the first-grade classroom make a difference for children at risk of school failure? *Child Dev* 2005;76(5): 949-67.
- 69- Hayes B, Bonner A, Douglas C. The levels of job satisfaction, stress and burnout In Australian and New Zealand haemodialysis nurses. *Renal Society of Australasia Conference*; 2013; Tasmania, Australia; Queensland University of Technology; 2013.
- 70- Ewing A, Carter BS. Once again, Vanderbilt NICU in Nashville leads the way in nurses' emotional support. *Pediatr Nurs* 2004; 30(6): 471-2.
- 71- Sanjari M, Zahedi F, Aalaa M, et al. Code of ethics for Iranian nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2011; 5(1): 17-28. [in Persian]
- 72- Griffith MB. Effective succession planning in
- 49- Mattila E, Kaunonen M, Aalto P, Åstedt-Kurki P. The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scand J Car Sci* 2014; 28(2): 305-14.
- 50- Davies K. Predictors of secondary traumatic stress (STS) and burnout in paediatric nurses [dissertation]. Southampton (UK). University of Southampton; 2013.
- 51- Louden R. Toward a genealogy of deontology. *J Hist Philos* 1996; 34(4): 571-92.
- 52- Melchin KR. Revisionists, deontologists, and the structure of moral understanding. *Theological Stud* 1990; 51(3): 389-416.
- 53- Brody JK. Virtue ethics, caring, and nursing. *Res Theory Nurs Pract* 1988; 2(2): 87-96.
- 54- Costa Mendes I, Marchi-Alves LM, Mazzo A, et al. Healthcare context and nursing workforce in a main city of Angola. *Int Nurs Rev* 2013; 60(1): 37-44.
- 55- Merakou K, Dalla-Vorgia P, Garanis-Papadatos T, Kourea-Kremastinou J. Satisfying patients' rights: a hospital patient survey. *Nurs Ethics* 2001; 8(6): 499-509.
- 56- 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.
- 57- Dimitriadou A, Lavdaniti M, Theofanidis D. Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *Int J Car Sci* 2008; 1(3): 140-6.
- 58- Armstrong AE. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. *Nurs Philos* 2006; 7(3): 110-24.
- 59- Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, et al. Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *J Adv Nurs* 2006; 55(3): 310-19.
- 60- Barazzetti G, Radaelli S, Sala R. Autonomy, responsibility and the Italian code of deontology for nurses. *Nurs Ethics* 2007; 14(1): 83-98.
- 61- Görgülü RS, Dinç L. Ethics in Turkish nursing education programs. *Nurs Ethics* 2007; 14(6): 741-52.

- 76- Anderson JA, Willson P. Knowledge management: organizing nursing care knowledge. *Crit Care Nurs Q* 2009; 32(1): 1-9.
- 77- Ghosh B, Scott JE. Effective knowledge management systems for a clinical nursing setting. *Inform Sys Manage* 2006; 24(1): 73-84.
- 78- Hsia TL, Lin LM, Wu JH, Tsai HT. A framework for designing nursing knowledge management systems. *Interdisciplin J Inform Knowledge Manage* 2006; 1(1): 13-23.
- nursing: a review of the literature. *J Nurs Manag* 2012; 20(7): 900-911.
- 73- Blouin AS, McDonagh KJ, Neistadt AM, Helfand B. Leading tomorrow's healthcare organizations: strategies and tactics for effective succession planning. *J Nurs Adm* 2006; 36(6): 325-30.
- 74- Beyers M. Nurse executives' perspectives on succession planning. *J Nurs Adm* 2006; 36(6): 304-12.
- 75- McCaffrey M, Ferrell BR. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *J Pain Symptom Manage* 1997; 14(3): 175-88.

Modeling the ethical behavior of nurses using the theory of virtue ethics

Zahra Nikkhah Farkhani^{*1}, Fariborz Rahimnia², Mostafa Kazemi³, Ali Shirazi³

¹PhD Candidate in Human Resources Management, Ferdowsi University, Mashhad, Iran;

²Professor, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

³Associate Professor, Ferdowsi University, Mashhad, Iran

Abstract

The purpose of this research was to explore the components of nurses' ethical conduct in public hospitals in Mashhad. This study employed an eclectic method for research and followed a mixed exploratory design. A qualitative study was first performed, and then based on the results the quantitative method was applied. The statistical population consisted of all the nurses in public hospitals in the city of Mashhad. In order to collect data, in-depth semi-structured interviews were conducted, and the data were then analyzed using thematic content analysis. A preliminary model was developed for the nurses' ethical conduct comprising three levels. The first level covered areas of ethical behavior toward patients, patients' families and the core group. At the second level 13 dimensions and at the third, 51 components (themes) were abstracted. The questionnaire was then distributed among 176 experienced nurses employed in public hospitals in Mashhad. In order to assess the fit of the model in quantitative research, data were analyzed using confirmatory factor analysis and AMOS software. The results of the confirmatory factor analysis showed that all dimensions and components were acceptable with the exception of the component "patient education". Using AMOS software, the comparative fit index (CFI) was calculated at 0.9, which indicates a good fit of the model and validates the components and sub-components. The results of this study can guide human resource managers in public hospitals to promote ethical conduct in nurses.

Keywords: ethical behavior, nurses, virtue ethics

*Email: nikkhah.hrm@gmail.com