

ارائه مدل ساختاری تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران بر اساس هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران

مظفر غفاری^{۱*}، لطفعلی خانی^۲، اعظم محمودی^۳

۱. گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. گروه آموزشی جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران.

۳. گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، دهقان، ایران.

چکیده

مراقبت دلسوزانه، از عناصر مهم مراقبت بیمار محور تلقی می‌شود که سلامتی را به بیماران اهداء می‌کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران بر پایه هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع تحلیل مسیر بود. نمونه آماری شامل ۲۵۰ بیمار مبتلا به کووید ۱۹ و ۲۵۰ پرستار شاغل در بخش کرونای بیمارستان های استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۹ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه مراقبت دلسوزانه رودریگز؛ پرسشنامه هویت اخلاقی بلک و رینولدز و مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران چانگ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بوت استراپ و سوبل و از طریق برنامه نرم افزار اس پی اس و آموس نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که متغیر هویت اخلاقی در تعامل با نقش واسطه ای دلسوزی نسبت به زندگی در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش دارد. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مراقبت دلسوزانه پرستاران، از طریق متغیرهای مدل تبیین شدند. اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه معنی دار مشاهده شد. اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی دار به دست آمد. با توجه به اثر واسطه ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در ارتباط بین هویت اخلاقی و مراقبت دلسوزانه پرستاران، به نظر می رسد با تقویت دلسوزی به نسبت به زندگی دیگران و هویت اخلاقی می توان مراقبت دلسوزانه پرستاران را ارتقا داد.

واژگان کلیدی: مراقبت، دلسوزی، هویت اخلاقی، پرستار.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه:

مظفر غفاری

آدرس: تهران، بزرگراه لشکرک، خیابان نخل،

سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور

کد پستی: ۴۶۹۷ - ۱۹۳۹۵

تلفن: ۰۲۱ - ۲۳۳۲۰۰۰۰

Email: Mozaffar.ghaffari@pnu.ac.ir

مقدمه

یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه سلامتی در جوامع، بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسانها دارد (۱). استفاده از توانمندی‌های پرستاران جهت پیشبرد سلامت افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها، جمعیت‌ها در عرصه‌های اجتماعی امری ضروری به نظر می‌رسد (۲). در عصر جدید نیاز به داشتن پرستارانی با نقش تخصصی به دلایلی هم چون پیشرفت تکنولوژی، افزایش سن و بروز بیماری‌های مزمن برای دریافت مراقبت باکیفیت و کاهش هزینه‌های درمانی بیش از پیش احساس می‌شود (۳)، در واقع این پرستار است، اغلب اوقات با بیماران در تماس است و نسبت به سایر کادر درمانی و مراقبتی، تماس بیشتری با بیماران دارد (۴). لذا اقدامات مراقبتی آنها در درمان و پیشگیری از بیماری‌ها نقش اساسی دارد (۵). اما اگر خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران، دلسوزانه نباشد بیماران به راحتی نمی‌توانند نیازها و خواسته‌های خودشان را بیان کنند، بنابراین رضایت آنها نسبت به خدمات مراقبتی پایین خواهد آمد (۶). مراقبت دلسوزانه، یعنی مشاهده، ارزیابی و درک نیازهای بدنی، هیجانی و روانی بیماران؛ و ارائه پاسخ مطلوب به نیازهای آنها می‌باشد (۷). مراقبت دلسوزانه از چهار بخش تشکیل یافته که عبارت است از: شناختی (آگاهی از خواسته و نیاز بیمار)، ارادی (اقدام هوشیارانه در جهت کاهش علایم و نشانه‌های بیماری)، عاطفی (هم‌حسی و همدردی کردن با درد و عذاب بیمار) و اخلاقی (اعتقاد به اینکه ارائه مراقبت مطلوب به بیمار، از اصول

پیام‌های کلیدی

۱. فقدان مطالعات منسجم در زمینه مراقبت دلسوزانه در داخل و خارج کشور، نتایج این مطالعه می‌تواند باعث تقویت دانش و علم اخلاق پرستاری گردد.
۲. با توجه به نقشی که مراقبت دلسوزانه در کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران دارد، براساس نتایج این مطالعه، مراقبت دلسوزانه می‌تواند یکی از شاخص‌های جذب و گزینش پرستاران باشد تا پرستاران توانمند به اخلاق حرفه‌ای در اولویت جذب و استخدام مراکز بهداشتی و درمانی قرار گیرند.
۳. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، برای بهبود کیفیت و کمیت خدمات پرستاری، لازم هست هویت اخلاقی و دلسوزی در پرستاران ارتقاء یابد.

اخلاق حرفه‌ای پرستاری می‌باشد (۸).

از عوامل روانشناختی و اخلاقی دخیل در میزان مراقبت دلسوزانه پرستاران، می‌توان از هویت اخلاقی نام برد. هویت اخلاقی، یک اصطلاح روانشناسی و اخلاقی هست که برای اولین بار توسط بلاسی مورد استفاده قرار گرفت که این واژه بیشتر به انگیزه و علت رفتارهای اخلاقی تاکید دارد تا نتیجه عمل اخلاقی (۹). هویت اخلاقی از دو بعد خود اخلاقی (فاصله هویت فرد با ارزش‌های اخلاقی که اعتقاد دارد، چقدر هست) و تمامیت اخلاقی (انگیزه و تمایل فرد برای انجام رفتارهای اخلاقی چقدر می‌باشد) تشکیل شده هست (۱۰). درونی

سازی و نمادسازی از ابعاد هویت اخلاقی هستند که اولی به میزان اهمیت و نقش خصوصیات اخلاقی در خودپنداره پرستاران اشاره دارد، در حالی که دومی به وجود رفتارهای اخلاقی در وظایف و نقش های اجتماعی پرستار اشاره دارد (۱۱). پرستارانی که هویت اخلاقی قوی دارند، کارای که بنظرشان درست هست انجام می دهند و در انجام کارها، تعهد اخلاقی بالایی دارند (۱۲). بین هویت اخلاقی و ارزش های پرستاری (مراقبت دلسوزانه، آموزش دلسوزانه بیماران، درستکاری و...) رابطه مستقیم وجود دارد (۱۳ و ۱۴). تحقیقاتی که ارتباط هویت اخلاقی پرستاران را با نحوه ارائه مراقبت و آرامش به بیماران در حال مرگ را بررسی نمودند، نتایج تحقیقات نشان از همبستگی مثبت و معنی دار بین این دو متغیر (هویت اخلاقی پرستار و کیفیت ارائه مراقبت و آرامش به بیمار) می باشند (۱۵). پرستارانی که در دوره دانشجویی یا بدو استخدامی هویت اخلاقی بالایی داشتند در ارائه خدمات پرستاری، هدفشان تقویت تندرستی و سلامتی بیماران بوده، همچنین سعی داشتند مسئولیت های حرفه ای خودشان را به نحو احسن انجام دهند (۱۶ و ۱۷). هویت اخلاقی برای تقویت مراقبت اخلاقی، دلسوزانه پرستاران و استفاده آنها از عاملیت اخلاقی لازم و ضروری می باشد (۱۸).

غیر از هویت اخلاقی، متغیر روانشناختی دیگری که می تواند در مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش داشته باشد، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران می باشد. دلسوزی نسبت به زندگی دیگران یعنی آگاهی و احساس درد و رنج مددجویان می باشد (۱۹). دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، یک جهت گیری انسان دوستانه هست که با هدف رهایی مددجویان و نیازمندان از درد، رنج، گرفتاری و مشکلات صورت می

گیرد (۲۰). ابعاد چهارگانه دلسوزی نسبت به زندگی دیگران عبارت است از: آگاهی و شناسایی نیاز و گرفتاری مددجویان؛ همدردی با شخص نیازمندو مشکل دار؛ آرزوی برطرف شدن تمامی نیاز و مشکلات حاجت‌مندان؛ اقدام عملی برای رفع نیاز و مشکلات مددجویان (۲۱). دلسوزی شاه کلید حرفه پرستاری هست که رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری را در پی دارد (۲۲). دلسوزی نسبت به زندگی دیگران باعث کاهش استرس شغلی و تقویت کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران می شود (۲۳). سطح پایین دلسوزی، اثر منفی بر کیفیت خدمات پرستاری دارد (۲۴). هر دو متغیر دلسردی و رضایت از دلسوزی نسبت به زندگی دیگران بر کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران بخش کودکان و نوزادان اثر داشته اند، به طوری که متغیر دلسردی از دلسوزی اثر منفی بر کیفیت خدمات داشته اما رضایت از دلسوزی باعث بهبودی کیفیت خدمات پرستاری شد (۲۵).

شیوع بیماری های ویروسی، خطرات مالی و جانی فراوانی برای بشریت ایجاد کرده و برای سلامت جامعه، تهدید عمده محسوب می شود (۲۶ و ۲۷). در این بین نقش کادر درمانی و مراقبتی، خصوصا پرستاران در پیشگیری، کنترل و درمان بیماری های ویروسی پر رنگ بوده و هست (۲۸)، که با ارائه خدمات درمانی و مراقبتی دلسوزانه، از گسترش بیماری جلوگیری نموده یا نسبت به درمان آن اقدام نمودند (۲۹). از آنجای که بعضی از پرستاران در اجرای مراقبت دلسوزانه مشکلاتی دارند و یا در ارائه خدمات مراقبتی دلسوزانه ضعیف عمل می کنند، که لازم هست سیاست گزاران نظام سلامت در صدد تعدیل یا اصلاح آن باشند (۳۰ و ۳۱)، همچنین مراقبت دلسوزانه یکی از ضروریات مهم حرفه ی پرستاری و مراقبتی

محسوب می شود، که فقدان این ویژگی ارائه مراقبت باکیفیت را تحت تأثیر قرار می دهد. از این رو یافتن عوامل مرتبط با میزان مراقبت دلسوزانه و ارتقای آن ضرورت دارد. بنابراین، با توجه به مطالعات لندک در این زمینه، خصوصاً در حوزه پرستاران بخش های بیماری های واگیردار، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی به زندگی دیگران در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع تحلیل مسیر بود. پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان های استان آذربایجان غربی و بیماران بستری در بخش کرونای بیمارستان ها در سال ۱۳۹۹، جامعه آماری مطالعه را تشکیل داده بودند. با استفاده از فرمول حجم نمونه برآورد میانگین ۲۵۰ نفر پرستار به روش نمونه گیری دردسترس (یعنی انتخاب پرستارانی که در لحظه انتخاب نمونه حضور داشته و با توجه به محدودیت های کرونایی از شرایط همکاری با پژوهشگر برخوردار بودند) انتخاب شدند، سپس از بین بیماران تحت مراقبت پرستاران منتخب که شرایط و توانایی همکاری با پژوهشگر داشتند، ۲۵۰ بیمار جهت ارزیابی مراقبت دلسوزانه پرستاران انتخاب شدند (برای اینکه پرستار ارزیاب شونده به بیمار ارزیاب کننده مشخص شود و بیمار در ارزیابی پرستار مورد نظر مرتکب اشتباه نشود، اولاً مشخصات پرستار تحت مطالعه به بیمار تحت مراقبت پرستار مشخص شد و تأکید شد که کدام پرستار را ارزیابی کند، همچنین سوالات پرسشنامه مراقبت دلسوزانه، طوری

طراحی شده هست که پرستار ارزیاب شونده قابل مشخص هست و بیمار به راحتی می تواند پرستار مورد نظر را تشخیص دهد). بعد از تعیین نمونه آماری، پژوهشگران با هماهنگی مسئولین بیمارستان ها و با رعایت پروتکل های بهداشتی در بخش مراقبت ویژه بیماران کرونا حاضر شده، پرستاران و بیماران را نسبت به اهمیت و ضرورت پژوهش آگاه ساخته و تأکید داشتند که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری هست و عدم شرکت در مطالعه اثری بر ارزیابی خدمت آنها ندارد. بعد از دریافت رضایت آگاهانه، اقدام به پخش ابزارهای جمع آوری اطلاعات نمود. ملاک های ورود به پژوهش، فعالیت در بخش کرونا، داشتن تمایل همکاری با محققان و حداقل ۵ ماه سابقه خدمت در بخش کرونا شامل می شد و تنها ملاک خروج مطالعه عدم ادامه همکاری آزمودنی با پژوهشگر بود. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه مراقبت دلسوزانه رودریگز^۱؛ پرسشنامه هویت اخلاقی بلکو رینولدز^۲ و مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران چانگ^۳ استفاده شد.

مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران: پرسشنامه دلسوزی نسبت به زندگی دیگران توسط چانگ و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده است و ۲۶ گویه دارد که به صورت ۷ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۲۶ و ۱۸۲ می باشد که نمره بالا، منعکس کننده دلسوزی بیشتر می باشد. از بین ۲۶ گویه، ۱۳ گویه مربوط به خرده مقیاس همدلی و ۱۳ گویه به خرده مقیاس تسکین درد و رنج اختصاص دارد (۲۱). حاجلو و رنجبر (۱۳۹۴) جهت بررسی روایی همگرا و افتراقی مقیاس،

3. Chang

1. Rodriguez
2. Black & Reynolds

ارزیابی قرار می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن بود که همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در گروه روان پرستاران (۰/۷۸۲)، پرستاران مراقبت ویژه (۰/۸۱۸)، پرستاران بخش کودک (۰/۸۸۹) و پرستاران بخش زنان (۰/۹۰۹) بیشتر از ۰/۷۵ بوده است. همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه، ارتباط خرده مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل پرسشنامه بررسی شد که به ترتیب این نتایج به دست آمد: ۰/۷۶۵، ۰/۷۵۱، ۰/۸۷۱ و ۰/۸۴۴؛ که نتایج به دست آمده نشان از روایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (۳۴).

داده‌های حاصل از ابزارها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون^۲ (برای بررسی میزان همبستگی ساده متغیرها)، سوبل^۳ (برای بررسی نقش واسطه‌ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران) و بوت استرپ^۴ (برای بررسی اثر مستقیم متغیرها) از طریق برنامه نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی^۵ (SPSS) و نرم افزار آماری تجزیه و تحلیل لحظه‌ای ساختارها^۶ (Amos) با نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند و $P > 0/05$ به عنوان ارتباط معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۵۰ پرسشنامه در بین پرستاران توزیع شد که ۶ پرسشنامه به علت تکمیل ناقص کنار گذاشته شدند و تجزیه و تحلیل نهایی روی ۲۴۴ پرسشنامه باقی‌مانده انجام گرفت. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره متغیر مراقبت دلسوزانه به ترتیب ۳۱/۱۶، ۷/۷، ۱۲، ۳۹؛ هویت اخلاقی ۷۰/۵۹، ۱۰/۴۶، ۲۰، ۱۲۰؛ دلسوزی نسبت به زندگی

همبستگی این مقیاس را با پرسشنامه همدلی عاطفی و زیر مقیاس شخصیت آزارگر بررسی نمودند که نتایج معنادار به دست آمد. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ^۱ ۰/۸۷ و همبستگی گویه‌ها با نمره کل در دامنه ۰/۴۱ و ۰/۶۰ به دست آمد، که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (۳۲).

پرسشنامه هویت اخلاقی: پرسشنامه هویت اخلاقی یک مقیاس ۲۰ گویه‌ای است که توسط بلک و رینولدز در سال ۲۰۱۶ برای ارزیابی هویت اخلاقی تدوین شده است. این مقیاس از دو خرده مقیاس خوداخلاقی با ۸ سؤال و تمامیت اخلاقی با ۱۲ سؤال تشکیل یافته است. و شرکت کنندگان در قالب طیف شش درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۶) به سؤالات پاسخ می‌دهند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از ثبات بسیار بالای همسانی درونی مقیاس می‌باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ خود اخلاقی، تمامیت اخلاقی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد (۱۰). در ایران هم عباسی اصل و همکاران (۱۳۹۸) پس از ترجمه پرسشنامه، ویژگی روانسنجی پرسشنامه رو بررسی نمودند، نتایج به دست آمده حاکی از تایید ساختار دو عاملی مقیاس می‌باشد (۳۳).

پرسشنامه مراقبت دلسوزانه: پرسشنامه مراقبت دلسوزانه توسط رودریگز (۲۰۱۹) با ۱۲ گویه با هدف ارزیابی میزان مراقبت دلسوزانه پرستاران توسط بیماران طراحی شده است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد که شخص بیمار عملکرد پرستار را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مورد

4. Bootstrap
5. statistical package for social science
6. analysis of a moment structures

1. Cronbach's alpha
2. Pearson correlation
3. Sobel

جدول شماره ۲- ضرایب همبستگی ساده متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران با مراقبت دلسوزانه پرستاران

مراقبت دلسوزانه	متغیر
$r = 0/44$	هویت اخلاقی
$p = 0/001$	
$r = 0/39$	دلسوزی نسبت به زندگی دیگران
$p = 0/002$	

نتایج حاصل از آزمون سوبل و بوت استرپ حاکی از این بود که متغیر هویت اخلاقی در تعامل با نقش واسطه‌ای دلسوزی نسبت به زندگی در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش دارد. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مراقبت دلسوزانه از طریق متغیرهای مدل تبیین شدند. اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه معنی‌دار به دست آمد. اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه‌گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی‌دار مشاهده شد (نک: نمودار شماره یک و جدول شماره ۳).

دیگران ۹۶/۲۶، ۳، ۱۳، ۲۶، ۱۴۹ به دست آمد، که مشخصات جمعیت شناختی مشارکت‌کنندگان در جدول شماره یک آمده است.

ضرایب همبستگی^۱ ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی (r) بین هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه (۰/۴۴)؛ و همبستگی دلسوزی نسبت به زندگی دیگران با مراقبت دلسوزانه (۰/۳۹) مثبت و در سطح پنج درصد معنی‌دار می‌باشد.

جدول شماره ۱- مشخصات دموگرافیک مشارکت‌کنندگان

تعداد (درصد)	گروهها	
(۴۰/۵۷)۹۹	مرد	جنسیت
(۵۹/۱۸)۱۴۵	زن	
(۷۰/۰۸)۱۷۱	شیعه	نوع مذهب
(۲۸/۲۷)۶۹	سنی	
(۱/۶۳)۴	سایر مذاهب	
(۷۹/۰۹)۱۹۳	لیسانس	سطح تحصیلات
(۲۰/۹۰)۵۱	فوق لیسانس	
(۳۰)۷۳	مجرد	وضعیت تاهل
(۷۰)۱۷۱	متاهل	
(۵۳/۶۸)۱۳۱	یک الی ۱۰ سال	سابقه کار
(۳۳/۶۰)۸۲	۱۱ الی ۲۰ سال	
(۱۲/۷۰)۳۱	۲۱ الی ۳۰ سال	

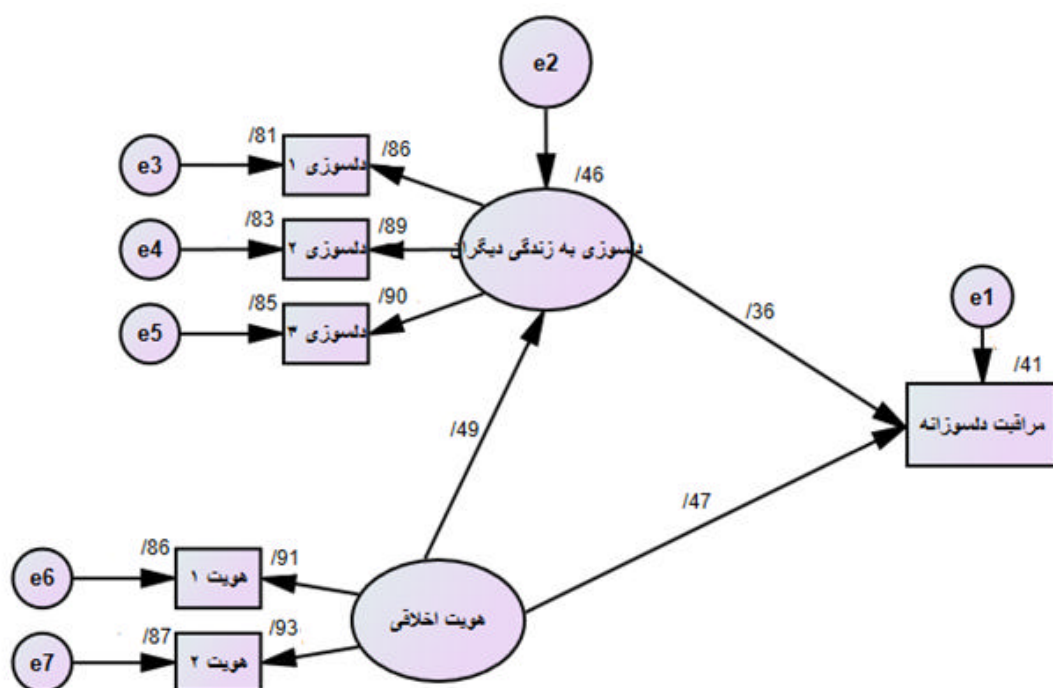
به این معنی که با افزایش شاخص هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، مراقبت دلسوزانه در پرستاران افزایش می‌یابد (نک: جدول شماره دو).

1. Relationship

Website: <http://ijme.tums.ac.ir>

جدول شماره ۳ - اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل دلسوزی نسبت به زندگی دیگران و هویت اخلاقی در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	p
۱. هویت اخلاقی ← مراقبت دلسوزانه پرستاران	۰/۴۷	-	۰/۴۷	۰/۰۱
۲- دلسوزی نسبت به زندگی دیگران ← مراقبت دلسوزانه پرستاران	۰/۳۶	-	۰/۳۶	۰/۰۱
۳- هویت اخلاقی ← دلسوزی نسبت به زندگی دیگران	۰/۴۹	-	۰/۴۹	۰/۰۱
۴. هویت اخلاقی ← دلسوزی نسبت به زندگی دیگران ← مراقبت دلسوزانه پرستاران	-	۰/۱۷۶	۰/۶۴	۰/۰۱



نمودار شماره ۱: ضرایب استاندارد مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران

کند زیرا مقادیر شاخص‌ها در مدل نشان از اعتبار مطلوب مدل است (نک: جدول شماره چهار).

آماره‌های برازش مدل نشان داد که دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در مدل مراقبت دلسوزانه، قادر است نقش میانجی بین هویت اخلاقی و مراقبت دلسوزانه پرستاران ایفا

جدول شماره ۴- برازش الگوی نهایی مدل مطالعه

شاخص برازندگی الگو	خی دو ^۱ X ²	درجه آزادی ^۲ DF	نسبت خی دو به درجه آزادی	نیکوئی برازش ^۳ GFI	نیکوئی برازش تعدیل یافته ^۴ AGFI	نرم شده برازندگی ^۵ IFI	برازش مقایسه ای ^۶ CFI	میانگین مربعات خطا ^۷ RMSEA
الگوی پیشنهادی	۴۵/۱۱	۱۶	۲/۸۱	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۰۴

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی انجام شد. نتیجه حاصل از آزمون بوت استراپ نشان داد که اثر مستقیم دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی‌دار می‌باشد. این یافته همسو با مطالعه دوارته و همکاران هست که دلسوزی را شاه کلید حرفه پرستاری می‌دانستند و اعتقاد داشتند که دلسوزی پرستار، باعث رضایت بیمار از مراقبت‌های پرستاری می‌شود (۲۲). همچنین در راستای مطالعه دورکین و همکاران می‌باشد که نشان دادند دلسوزی به بیماران، باعث کاهش استرس شغلی و تقویت کیفیت مراقبت پرستاری می‌شود (۲۳). همچنین هنسون که دلسوزی پایین را عامل مضرر خدمات پرستاری می‌دانست (۲۴)، با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد. می‌توان گفت که،

دلسوزی نسبت به زندگی به معنی "داشتن احساس برای دیگران" می‌باشد و پیشرو در همدلی می‌باشد. پرستارانی که احساس دلسوزی می‌کنند، می‌توانند احساسات بیماران را به خوبی درک کنند و حتی احساسات آنها را حس کنند، بعبارت دیگر، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، پرستاران را برای کمک جسمی، ذهنی یا احساسی نسبت به بیماران تشویق می‌کند. همچنین براساس نظریه خدمت به خود، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، یک ویژگی متقابل هست و باعث می‌شود پرستاران خودشان را از نظر بیماران مسئولیت پذیر و مهربان نشان دهند تا اینکه بیماران و اطرافیان بیماران با آنها مهربانانه و مسئولیت پذیرانه عمل کنند، نتیجه چنین فرایندی منجر به ارائه مراقبت دلسوزانه از طرف پرستاران می‌شود.

همچنین نتایج حاصل از آزمون بوت استراپ نشان داد که اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی دار می‌باشد. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه هاردی^۸ و همکاران در یک راستا می‌باشد که نشان

1. Chi-square
2. Degree of freedom
3. Goodness of fit index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Incremental fit index
6. Comparative fit index
7. Root mean square error of approximation
8. Hardy

نتیجه حاصل از آزمون سو بل نشان داد که اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه‌گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی‌دار می‌باشد. با اینکه در تحقیقات قبلی، یافته همسان یا متضاد با یافته حاضر پیدا نشد یا حداقل پژوهشگران پیدا نکردند، اما پژوهش‌های هستند که با یافته حاضر نزدیک هستند و نقش واسطه‌ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران را در ارتباط با سایر متغیرهای روانشناختی بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال می‌توان به نتیجه مطالعه دل‌کارمن^۳ و همکاران (۲۰۲۰) اشاره کرد که نقش واسطه‌ای دلسوزی یا همدلی در ارتباط بین ذهن آگاهی و عملکرد شغلی پرستاران معنی‌دار گزارش کردند (۳۴). یا از مطالعه چوی^۴ نام برد که نقش میانجی دلسوزی و همدلی در همبستگی بین شایستگی شغلی و شایستگی بین فردی پرستاران را مثبت گزارش کردند (۳۵).

براساس دیدگاه رفتار اجتماعی بلاسی^۵ (۳۶) در خصوص نقش واسطه‌ای دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در افزایش یا تعدیل ارتباط هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه پرستاران، می‌توان گفت که، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، احساسی است که با پیوند خوردن احساس فرد با اخلاقیات شکل می‌گیرد، هر چقدر پرستار به اصول اخلاق حرفه‌ای پایبند باشد و تجربه اخلاقیات داشته باشد بیشتر تحت تأثیر این احساس قرار می‌گیرد، بعبارت دیگر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، در پرستارانی شکل می‌گیرد که هویت اخلاقی بالایی دارند. همزمانی این ویژگی‌ها در پرستاران، باعث می‌شود که

پرستارانی که هویت اخلاقی قوی دارد، در انجام کارها، تعهدات اخلاقی بالایی دارند (۱۲). یا همسو با مطالعه پیتر^۱ و همکاران است که ارتباط هویت اخلاقی و کیفیت مراقبتی پرستاران را معنی‌دار نشان دادند (۱۳ و ۱۴). یا اینکه رایت^۲ و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که هویت اخلاقی در ارائه مطلوب خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران در حال مرگ اثر می‌گذارد (۱۵)، به نوعی با یافته حاضر در یک راستا می‌باشد. باید گفت، پرستارانی که هویت شان براساس اخلاق پایه‌ریزی شده است، انجام فعالیت‌های اخلاقی را وظیفه خود می‌داند، گرایش آنها نسبت به اخلاق مداری و رفتارهای اخلاقی درونی می‌باشد، بعبارت دیگر، از کودکی اخلاقیات را یاد گرفتند و با اخلاقیات زندگی کردند و اخلاقیات به زندگی شان جهت می‌دهد. چون رفتارهای اخلاقی را بخاطر نیازهای درونی شان انجام می‌دهند و همیشه سعی می‌کنند خوب را از بد، رفتارهای درست را از نادرست تشخیص دهند و در انجام وظایف درستکار و مسئولیت‌پذیر باشند و در ارائه خدمات پرستاری و مراقبتی به بیماران دلسوزانه عمل کنند. در مقابل، پرستارانی که هویت شان براساس اخلاق شکل نگرفته، به اخلاقیات و اصول اخلاقی اعتقاد ندارند و رفتارهای اخلاقی را بخاطر منافع شخصی یا استفاده ابزاری انجام می‌دهند. در ظاهر و پیش دیگران، خودشان را اخلاق‌مدار نشان می‌دهند اما در باطن یا موقع عمل، به اصول اخلاقی پایبند نیستند، در نتیجه در انجام وظایف و ارائه خدمات پرستاری، دلسوزانه عمل نمی‌کنند.

4 . Choi
5 . Blasi

1 . Peter
2. Wright
3. Del Carmen

ملاحظه‌های اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی نظیر کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، دریافت کد اخلاقی، رازداری، صداقت، امانت داری و محرمانه نگه داشتن مشخصات فردی مشارکت کنندگان رعایت شده هست.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های استان آذربایجانغربی، که پژوهشگران را صمیمانه در اجرای مطالعه یاری نمودند، نهایت سپاس و قدردانی را بعمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

این ویژگی‌ها اثرات همدیگر را تقویت یا تعدیل کنند. تقویت شدن اثر هویت اخلاقی توسط دلسوزی نسبت به زندگی، باعث ارتقا مراقبت دلسوزانه در پرستاران می‌شود، زیرا ثمره اصلی دلسوزی و هویت اخلاقی، مراقبت دلسوزانه می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که نقش واسطه‌ای ابعاد دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در تعدیل ارتباط هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی دار هست. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران از طریق متغیرهای میانجی و برون داد تبیین شدند. بنابراین، برای تقویت اثربخشی هویت اخلاقی در ارتقا مراقبت دلسوزانه و عملکرد شغلی پرستاران، نیاز هست پرستاران و مسئولین اجرایی به نقش و اهمیت هر دو ویژگی اخلاقی و انسانی (مراقبت دلسوزانه و هویت اخلاقی) به صورت همزمان توجه کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به علت عدم دسترسی به پرستاران شاغل در آن بخش بود، covid-19 تمامی بیماران بنابراین پژوهشگران از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده کردند که می‌تواند اعتبار بیرونی نتایج تحقیق را کاهش دهد.

منابع

1. Cheraghpour R, Hejazi S N, Mohammadi A. Structural Model of Social Health of Nurses in Health Centers based on Cultural Intelligence Variables and Religious Values, A Case Study: Health Centers in the South of Kerman Province). *IJPN* 2021; 9 (2) :41-51 [in Persian]
2. Jamshidi Z, Sadeghi H. Nursing Challenges and Barriers to Promotion Health community: Narrative Review. 3 2021; 1 (2) :20-29 [in Persian]
3. Hashemi S, Vahedian Azimi A, Mahmoudi H. Clarifying the Concept of the Role of the Specialist Nurse in the Intensive Care Unit: Analyzing the Concept with the Rogers Approach. 3 2021; 1 (2) :75-88 [in Persian]
4. Nielsen DS, Dieperink KB. Cultural perspectives and nurses' reactions on the corona pandemic: A critical view from Denmark. *Journal of Transcultural Nursing*. 2020;31(4):333-6.
5. Silwal M, Koirala D, Koirala S, Lamichhane A. Depression, Anxiety and Stress among Nurses during Corona Lockdown in a Selected Teaching Hospital, Kaski, Nepal. *Journal of Health and Allied Sciences*. 2020 19;10(2):82-7.
6. Hofmeyer A, Toffoli L, Vernon R, Taylor R, Klopper HC, Coetzee SK, Fontaine D. Teaching compassionate care to nursing students in a digital learning and teaching environment. *Collegian*. 2018; 25(3):307-12.
7. Su JJ, Masika GM, Paguio JT, Redding SR. Defining compassionate nursing care. *Nursing ethics*. 2020; 27(2):480-93.
8. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Nurses', patients', and family caregivers' perceptions of compassionate nursing care. *Nursing ethics*. 2019; 26(6):1707-20.
9. Wang Z, Xing L, Xu H, Hannah ST. Not all followers socially learn from ethical leaders: The roles of followers' moral identity and leader identification in the ethical leadership process. *Journal of Business Ethics*. 2021;170(3):449-69.
10. Black JE, Reynolds WM. Development, reliability, and validity of the Moral Identity Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2016; 97:120-9.
11. Bock T, Giebel H, Hazelbaker T, Tufte L. Integrating Thomistic virtue ethics with an Eriksonian identity perspective: A new moral identity assessment. *Journal of Moral Education*. 2021;50(2):185-201.
12. Hardy SA, Carlo G. Moral identity. In *handbook of identity theory and research* (pp. 495-513). Springer, New York, NY, 2011.
13. Peter E Et al. Nurses' narratives of moral identity: making a difference and reciprocal holding. *Nurs Ethics* 2018; 25: 324-334.
14. McHan K, Johnston-Taylor E, Piscopo B, Abate E, Dehom S. Nursing values and moral identity in baccalaureate nursing students. *Journal of Professional Nursing*. 2022;39:171-6.
15. Wright DK, Gastmans C, Vandyk A, de Casterlé BD. Moral identity and palliative sedation: A systematic review of normative nursing literature. *Nursing ethics*. 2020;27(3):868-86.
16. Peter E, Simmonds A, Liaschenko J. Nurses' narratives of moral identity: making a difference and reciprocal holding. *Nursing Ethics*. 2018;25(3):324-34.
17. Randle J. The shaping of moral identity and practice. *Nurse education in practice*. 2002 ;2(4):251-6.
18. Liaschenko J, Peter E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. *Hastings Center Report*. 2016;46:S18-21.
19. Weng H Y, Fox AS, Shackman A. J, Stodola DE, Caldwell JZ. , Olson M C, Rogers G M, Davidson R. J. Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. *Psychological Science*, 2013; 24(7): 1171-80.
20. Pommier EA. The compassion scale: dissertation abstracts international (Section A). *Hum. Soc. Sci*. 2011;72: 1174-80.
21. Chang JH, Fresco J, Green B. The development and validation of the compassion of others' lives scale. *Inter J Hum Soc Sci*. 2014;4(5):33-42.
22. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B.

Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. 2016; 60:1-1.

23. Durkin M, Beaumont E, Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. *Nurse education today*. 2016; 46:109-14.

24. Henson JS. When compassion is lost. *Medsurg Nursing*. 2017 Mar 1;26(2):139.

25. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliative & supportive care*. 2019 Jun;17(3):269-75.

26. Zorriehzahra MJ, Dadar M, Ziarati M, Seidgar M, Hassantabar F, Ghasemi M, Faeed M, Fallahi R. A Perspective on the Origin of COVID-19 and Its Epidemic Situation in Iran and the World. *Journal of Marine Medicine*. 2020 Apr 10;2(1):41-52.

27. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbutto V, Veronese N, Smith L. Coronavirus diseases (COVID-19) current status and future perspectives: a narrative review. *International journal of environmental research and public health*. 2020 Jan;17(8):2690-98.

28. Belingheri M, Paladino ME, Riva MA. Beyond the assistance: additional exposure situations to COVID-19 for healthcare workers. *Journal of Hospital Infection*. 2020;105(2):353-361.

29. Dempsey C. The Impact of Compassionate

Connected Care on Safety, Quality, and Experience in the Age of COVID-19. *Nurse Leader*. 2021; 19(1):622-631.

30. Amiri E. Nurses' moral sensitivity and its relationship with the quality of care patients receive and patients' satisfaction in the medical wards of Tabriz. Dissertation; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz; Iran, 2017. [in Persian]

31. Simpson AV, Farr-Wharton B, Reddy P. Cultivating organizational compassion in healthcare. *Journal of Management & Organization*. 2020 May;26(3):340-54.

32. Hajloo A, Ranjbar Noushari F. The validity and reliability of farsi version of the compassion of others' lives (COOL) scale. *Soci Cognit J*. 2016; 2(8): 35-47. [in Persian]

33. Abbasi AR, Hashemi S, Khabbazi KM, BAEZZAT F. Psychometric properties of Persian version of Black & Reynolds's Moral Identity Questionnaire (MIQ). *Quarterly of Applied Psychology*. 2020;13(4): 651-667. [in Persian]

34. del Carmen Pérez-Fuentes M, Linares JJ, Jurado MD, Márquez MD, Martínez ÁM. The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. *BMC public health*. 2020 Dec;20(1):1-10.

35. Choi HG, Kim HJ, Lee S. Mediating Effects of Empathy on Competence of Korean Nursing Students. *Iranian Journal of Public Health*. 2021;50(4):737-46.

36. Blasi A. Emotions and moral motivation. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 1999; 29(1):1-9.

Presenting a Structural Model to Explain Compassionate Care of Nurses Based on Moral Identity and Compassion to Others' Lives

Mozaffar Ghaffari^{*1}, Lotfali Khani², Azam Mahmmodi³

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.

2. Department of Sociology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.

3. Instructor, Department of nursery, Islamic Azad University of Dehaghan, Dehaghan, Iran.

Received: 15 September 2021

Accepted: 28 December 2022

Published: 7 January 2023

*Corresponding Author

Mozaffar Ghaffari

Address: : Payame Noor University,
Nakhl St, Lashkarak Highway, Tehran,
Iran.

Postal Code : 19395-4697

Tel: 98 23320000

Email: Mozaffar.ghaffari@pnu.ac.ir

Citation to this article:

Ghaffari M, Kkhani L, Mahmmodi A. Presenting a structural model to explain compassionate care of nurses based on moral identity and compassion to others' lives. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2022; 15: 253-265.

Abstract

Compassionate care is considered one of the important elements of patient-centered and oriented care that gives health to the patient. Therefore, this study was conducted with the aim of designing and explaining the model of compassionate care of nurses based on moral identity and compassion for the lives of others. The present research method was done according to path analysis. The statistical sample included 250 patients with covid-19 and 250 nurses working in the corona department of hospitals in West Azerbaijan province in 2021, which were selected by available sampling method. Rodriguez's compassionate care questionnaire, Black and Reynolds' moral identity questionnaire, and Chang's scale of compassion for others' lives were used to collect data. The data were analyzed using Pearson, Bootstrap and Sobel tests and also through SPSS and Amos software program, version 24. The results showed that the variable of moral identity in interaction with the mediating role of compassion for the lives of others in explaining the compassionate care of nurses. A total of 0.41 of the variance of compassionate care was explained through model variables. The direct effect of moral identity (0.47), compassion for the lives of others (0.36) was observed and it was significant in explaining the compassionate care model. Also, the result showed that the indirect effect of moral identity was found to be significant through the mediation of compassion and also towards the lives of others (2.96). Considering the variable mediating effect of compassion towards the lives of others in the relationship between moral identity and compassionate care of nurses, it seems that the growth or strengthening of compassion towards the lives of others and moral identity can promote the compassionate care of nurses.

Keywords: Care, Compassion, Moral identity, Nurse.

