# تبیین نقش ارزش‌ها در اخلاق حرفه‌ای پرستاری: یک مطالعه تماتیک

سعید فروغی[1]، فاطمه الحانی*[2]، انوشیروان کاظم نژاد[3]، آرمین زارعیان[4]

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی، تهران، ایران.

یافته / دوره هجدهم / شماره ۱ / بهار ۹۵ / مسلسل ۶۷

## چکیده

دریافت مقاله: ۹۴/۱۰/۱ پذیرش مقاله: ۹۴/۱۱/۲۸

**مقدمه:** شناخت ارزش‌ها در بین پرستاران به دلیل نقش اساسی که بر سلامتی و حیات انسان‌ها دارند اهمیت زیادی دارد زیرا کیفیت رفتار و عملکرد حرفه‌ای آنان را شکل می‌دهند. مطالعه حاضر باهدف کشف ارزش‌های مؤثر بر مراقبت اخلاق حرفه‌ای پرستاران ایرانی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** تجارب ۲۳ مشارکت‌کننده پرستار، سرپرستار، پزشک، مددجو و همراه بیمار از اسفند ۱۳۹۱ تا مرداد ۱۳۹۳ در مطالعه‌ای کیفی با رویکرد استقرایی، به روش مصاحبه عمیق نیمه ساختاریافته بررسی شد. با کسب رضایت مشارکت‌کنندگان مصاحبه‌ها ضبط، بازنویسی شده و با روش تحلیل درون‌مایه‌ای براون و کلرک تجزیه‌وتحلیل شد. دقت و استحکام داده‌ها با معیارهای لینکلن و گوبا موردبررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** درنهایت یک درون‌مایه سایه‌بانی با عنوان باورهای مؤثر بر مراقبت اخلاق حرفه‌ای پرستاری شکل گرفت که حاصل تلفیق دو درون‌مایه فرعی بود. درون‌مایه فرعی ارزش‌های عام را پنج درون‌مایه اولیه (عقیده به کرامت ذاتی مددجو، عاطفه و علاقه به انسان‌ها، احساس نگرش و رفتار با بیمار مانند اعضای خانواده خود، باورهای اخلاقی معنوی مؤثر بر مراقبت و وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار) و درون‌مایه فرعی ارزش‌های خاص را سه درون‌مایه اولیه (شناخت حفظ و حمایت از حقوق بیمار، تنگناهای اخلاقی موجود در حرفه، پرهیز از روابط غیرحرفه‌ای و سوءاستفاده از مددجو) پدید آوردند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج با مطالعات مشابه داخل و خارج کشور همخوانی‌های کلی داشت. پیشنهاد می‌شود برای عملی شدن ارزش‌ها در مراقبت‌های پرستاری در بالین سازوکارهای سنجش و نظارت مداوم فراهم گردد.

**واژه‌های کلیدی:** پرستاری، اخلاق، مراقبت اخلاقی حرفه‌ای، ارزش‌ها، تحلیل درون‌مایه‌ای.

*آدرس مکاتبه : تهران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی، گروه پرستاری.

پست الکترونیک: alhani_f@modares.ac.ir



[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

## مقدمه

اخلاق حرفه‌ای به مسائل و پرسش‌های اخلاقی و اصول و ارزش‌های اخلاقی یک نظام حرفه‌ای می‌پردازد و ناظر بر اخلاق در محیط حرفه‌ای است (۱). تحولات دنیای کنونی نیاز به رویکرد اخلاق در حرفه‌های مرتبط با پزشکی را تبدیل به ضرورتی انکارناپذیر کرده است (۲). پرستاران بیشترین ارتباط انسانی را با بیماران ازنظر مدت‌زمان و عمق ارتباط برقرار می‌کنند و اهمیت مراقبت اخلاقی آنان گاهی بر جنبه‌های فنی کار پرستاری برتری می‌یابد (۳). رعایت مبانی اخلاقی باعث اعتلای حس کرامت (۴) و کاهش حالات ناخوشایند عاطفی مددجویان (۵) می‌شود. در تعریف کیفیت مراقبت پرستاری شناخت دیدگاه‌های مختلف گروه‌های ذی‌نفع شامل بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت، پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها و عموم مردم مهم است تا با شناخت دقیق‌تر از دیدگاه‌های آنان بتوان برنامه‌های تضمین و ارتقای کیفیت خدمات را طراحی کرد (۶). در پژوهش‌های انجام‌شده نیز پرستاران در تعریف کیفیت به دو بعد فرآیند (خدمات ایمن و بر اساس استاندارد) و برآیند (رضایت مددجو) تأکید نموده‌اند (۷). لذا نخستین گام درراه ارتقای اخلاق حرفه‌ای و کیفیت مراقبت تعریف و توافق نظرات دقیق ارزش‌ها و هنجارهای رفتاری از دید ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت است. یک مطالعه در اتحادیه اروپا هشت ارزش مشترک اخلاقی را رازداری، مشارکت مداوم در توسعه حرفه‌ای، استقلال و بی‌طرفی، درستکاری و امانت‌داری، نظارت و حمایت از کارکنان، عمل بر طبق کدهای (قوانین) رفتاری و عملکردی، بیمه غرامت حرفه‌ای و تعارض با باورهای اخلاقی و مذهبی بیان کرده است (۸). قوانین اخلاقی پرستاری در کانادا، هفت ارزش اخلاقی برای پرستاران را بیان کرده که شامل ارائه مراقبت ایمن مهربانانه شایسته و اخلاقی، ارتقای سلامتی و رفاه، توسعه و احترام به تصمیم آگاهانه مددجو، حفظ خلوت و رازداری، محافظت از افراد، گسترش عدالت و پاسخگو بودن می‌باشد (۹). دوبروولسکا در یک مطالعه تطبیقی قوانین اخلاق حرفه‌ای انجمن پرستاران و ماماهای انگلستان، لهستان، هلند و ایرلند و نیز انجمن بین‌المللی پرستاران بررسی و مقایسه نمود (۱۰). در تمام این قوانین احترام به مددجو بالاترین اولویت عملکرد حرفه‌ای را دارد (۱۱). مطالعه تعیین ارزش‌های اخلاقی در پرستاران کشور چین نشان داد که آن‌ها به نوع‌دوستی، مراقبت کردن، قابل‌اعتماد بودن، حفظ شأن، مسئولیت توسعه حرفه، استقلال و عدالت توجه دارند (۱۲). طی مطالعه‌ای در کویت، نقش ارزش‌های اسلامی در عملکرد پرستاری موردبررسی قرار گرفت که نتیجه نهایی آن استخراج ارزش‌هایی بشردوستانه بر مبنای دیدگاه اسلامی بود (۱۳). در ایران در سال‌های اخیر نتایج پژوهش‌های محققین منجر به تدوین راهنماهای اخلاقی پرستاری، منشور حقوق بیمار (۱۴) و تدوین آیین پرستاری ایران (۱۵) شده است (۱۶). لازم است که همگام با تحولات نظام سلامت، ارزش‌های مؤثر بر مراقبت اخلاقی نیز شناسایی و به‌روز شده و با دیدگاه‌های دریافت‌کنندگان خدمت تطبیق داده شود تا انتظار ارتقای مراقبت اخلاقی در عملکرد حرفه‌ای و حفظ رضایتمندی مشتریان نهایی خدمات پرستاری برآورده شود. بر این مبنا مطالعه حاضر بر مبنای تجارب افراد دارای اشتراک در مراقبت از بیمار باهدف کشف و معرفی ارزش‌های اخلاقی حرفه‌ای پرستاران ایرانی طراحی گردید.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش تحلیل درون‌مایه‌ای استقرایی در سال‌های ۱۳۹۳-۱۳۹۱ انجام شد. نمونه‌گیری در ابتدای پژوهش مبتنی بر هدف بود. مشارکت‌کنندگان اولیه به‌صورت هدفمند از بین پرستاران بالینی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بر اساس سه ملاک اصلی دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی، تمایل به شرکت در مطالعه، توانایی بیان تجربیات خود و با حداکثر تنوع ازلحاظ جنسیت و



[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

دارا بودن سابقه کار در بخش‌های مختلف بیمارستان انتخاب شدند.

جمع‌آوری داده‌ها با روش مصاحبه فردی نیمه ساختاریافته انجام شد. مصاحبه‌ها با سؤالات اولیه درباره‌ی اطلاعات فردی، سابقه کار و بخش‌های قبلی محل کار در بیمارستان شروع و در ادامه سوا لات کاوشی پیگیری‌کننده جهت رفع ابهامات و عمق بخشیدن به پاسخ‌ها بر اساس پاسخ هایی که حاوی درون‌مایه‌های اخلاقی حرفه پرستاری می‌شد پرسیده می‌شد. مصاحبه‌ها با تعیین وقت قبلی و در مکانی مناسب که مشارکت‌کنندگان بتوانند با آرامش و امنیت تجارب خود را بیان نمایند اجرا شد و برحسب تحمل و تمایل شرکت کنندگان تا ۶۵ دقیقه به طول انجامید. کل روند مصاحبه بااطلاع و رضایت شرکت‌کنندگان ضبط‌شده و دست‌نویس و سپس تایپ و کدگذاری شده و مورد تحلیل قرار می‌گرفت. با شروع تحلیل مصاحبه‌ها و مشخص شدن کلی روند شکل‌گیری درون مایه‌ها و نیازهای ناشی از خلأ اطلاعاتی نوع گزینش مشارکت کنندگان به روش نمونه‌گیری نظری تغییر داده شد و بیماران، همراهان آنان و پزشکان نیز در مطالعه وارد شدند. روند اجرای مصاحبه‌ها از اسفندماه ۱۳۹۱ تا مردادماه ۱۳۹۳ به طول انجامید. شیوه تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تحلیل درون‌مایه‌ای بود. این رویکرد توصیفی کیفی، الگوها یا تم‌های موجود در داده‌های یک مطالعه را شناسایی و سپس تحلیل و گزارش می‌کند (۱۷). معیار توقف نمونه‌گیری، تکراری شدن داده‌ها یا اشباع اطلاعاتی بود. تحلیل حاصل از مصاحبه بیستم کد جدیدی پدید نیاورد و مشخص شد که اشباع اطلاعاتی رخداده است. بااین‌حال برای اطمینان، سه مصاحبه اضافی هم انجام شد و نهایتاً با بیست‌وسه مصاحبه، به جمع‌آوری داده‌ها خاتمه داده شد. در راستای دستیابی به‌دقت و استحکام داده‌ها، جهت حصول اطمینان از مقبولیت داده‌ها که معادل روایی محتوا می‌باشد محققین زمان کافی جهت جمع‌آوری و رفت‌وبرگشت مکرر بین داده‌ها اختصاص دادند. برای شکل‌گیری درون‌مایه‌ها گاه ده‌ها بار کدهای مقدماتی بین درون‌مایه‌های اولیه و فرعی جابجا شدند. همچنین تنوع در سن، جنس، سابقه کاری و بخش محل کار (پرستاران) و بستری (مددجویان) مدنظر قرار گرفت. این کار باعث پوشش وسیع در حیطه اطلاعاتی موردنظر در حداکثر سطوح ممکن و نیز افزایش تناسب یا انتقال‌پذیری داده‌ها گردید. پژوهشگر با فرآیند غوطه‌وری مدام در داده‌ها که بیش از یک سال و نیم به طول انجامید با تغییرات مداوم و مشاهده‌پذیر قابلیت اطمینان و ثبات داده‌ها را بررسی کرد و افزایش داد. داده های حاصل از مصاحبه‌ها در صورت تردید و به‌منظور تأیید پذیری توسط خود شرکت‌کنندگان بازنگری شدند. جهت تصدیق و تائید داده‌ها محقق با استفاده از نظرات اساتید راهنما، مشاور و همکاران عضو هیئت‌علمی دانشکده‌های پرستاری در مناطق مختلف کشور که سابقه انجام پژوهش‌های کیفی داشتند، داده‌ها را در معرض بازنگری همکاران قرارداد.

**ملاحظات اخلاقی**

اجرای این تحقیق در کمیته‌ی اخلاق دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس در تاریخ ۱۳۹۱/۱۲/۲۲ با شماره ی ۵۲/۴۹۹۹/د به تصویب رسید. پژوهشگر بعد از اخذ معرفی نامه از دانشکده محل تحصیل و ارائه آن به دانشگاه محل پژوهش، خود را به مسؤولین بیمارستان‌های موردمطالعه معرفی نمود. با هماهنگی مدیریت خدمات پرستاری هر بیمارستان، مشارکت‌کنندگان واجد ملاک‌های تحقیق شناسایی و در مطالعه شرکت داده شدند. سپس خود را به مشارکت‌کنندگان معرفی و اهداف پژوهش را برای آنان توضیح داد و با کسب رضایت آگاهانه اطمینان داد که تمام اطلاعات فردی محرمانه باقی خواهد ماند. مشارکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از مطالعه خارج شوند.

## یافته‌ها

در مطالعه حاضر جمعاً ۲۳ مشارکت‌کننده مورد مصاحبه قرار گرفتند (جدول شماره ۱).

پرستاران مشارکت‌کننده مجرد و متأهل، شاغل در پست های پرستار عمومی تا سرپرستار، سوپروایزر، مترون بودند و در بخش‌های عمومی و مراقبت ویژه، مدیریت و آموزش پرستاری سابقه کار داشتند. بیماران سوابق بستری متعدد در بخش‌های

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

مزمن و ویژه (دیالیز، سی‌سی‌یو، سوختگی و شیمی‌درمانی) داشتند، همگی متأهل دارای فرزند و سطح تحصیلاتی آنان از بی‌سواد تا دکترای حرفه‌ای بود. سه پزشک عمومی و متخصص شاغل در بیمارستان و دو نفر همراه بیمار نیز جزو نمونه‌ها بودند. داده‌های به‌دست‌آمده بارها به‌صورت رفت‌وبرگشت مورد دقت قرارگرفته و پس از حذف کدهای همپوشان و یکسان، در حدود ۲۴۰ کد مقدماتی استخراج گردید. حاصل تحلیل تماتیک به روش براون بر روی گزاره‌های به‌دست‌آمده منجر به شناسایی درون‌مایه‌های اولیه شد. پس از اطمینان از صحت درون‌مایه‌ها، بر اساس ویژگی‌های ماهیتی آن‌ها، نام‌گذاری مفهومی و انتزاعی انجام شد. در مرحله بعدی دو درون‌مایه فرعی (ارزش‌های عام و ارزش‌های خاص) و نهایتاً، درون‌مایه‌ی سایه بانی (نهایی) با عنوان باورها به دست آمد.

آنالیز تماتیک بر روی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها نهایتاً درون‌مایه‌های زیر را به وجود آورد: (جدول شماره ۳).

**جدول ۱. مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در مصاحبه‌ها (پرستار، پزشک، مددجو و همراهان مددجویان)**

| مشارکت کننده | میانگین سنی | میانگین سابقه کار | جنس و تعداد | مدرک تحصیلی |
|---|---|---|---|---|
| پرستار | ۳۹±۴/۶ | ۱۵±۴/۸ | زن ۷ نفر<br>مرد ۵ نفر | کارشناس ۱۱ نفر<br>کارشناس ارشد ۱ نفر |
| مددجو و خانواده مددجو | ۴۱±۶/۸ | - | زن ۳ نفر<br>مرد ۵ نفر | بی‌سواد<br>ابتدایی تا متوسطه<br>کارشناس ارشد<br>و دکترای حرفه‌ای ۲ نفر |
| پزشک | ۴۰±۵/۳ | ۹±۶/۲ | مرد ۳ نفر | عمومی ۱ نفر<br>متخصص داخلی ۱ نفر<br>متخصص جراحی عمومی ۱ نفر |

**جدول ۲. روند آنالیز تماتیک سه نمونه از عبارات اولیه مشارکت کنندگان تا پدیدآئی درون مایه‌های سایه بانی**

| شماره و کد مرجع | اظهارات مشارکت کنندگان (ایده‌های نخستین) | کدهای مقدماتی | درون‌مایه‌های اولیه | درون‌مایه‌های فرعی | درون‌مایه‌های سایه بانی (تم نهائی) |
|---|---|---|---|---|---|
| کد ۸۵۲ مشارکت کننده شماره ۱۲ پزشک عمومی شاغل در بیمارستان | -پرستار وقتی واسه بیمار فداکاری و سختی‌ها رو تحمل می کنه می‌دونه که خدای این فرد، صاحب اصلی این فرد داره می بینه، اون ازم راضیه و من با اون طرفم و بس | اعتقاد به نظارت و ثبت اعمال در پیشگاه خداوند | باورهای اخلاقی- معنوی مؤثر بر مراقبت پرستار | ارزش‌های عام تأثیرگذار بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری | باورهای مؤثر بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری |
| کد ۱۶۶ مشارکت کننده شماره ۲ پرستار | ویال آنتی بیوتیکی رو که می دونه باید با ده سی‌سی... رقیق بشه رو با دو سی‌سی رقیق کنه، مریض مظلوم و قلبیت و... | حل کردن دارو با مقادیر کمتر از استاندارد با وجود اطلاع از پیامدهای آن برای بیمار | وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار | ارزش‌های عام تأثیرگذار بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری | باورهای مؤثر بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری |
| کد ۱۱۲۵ مشارکت کننده شماره ۱۶ بیمار | برچسب اسممو می زنن رو داروهای اضافه م، میارن میذارن تو کمدم که حیف و میل و گم و گور نشه... | دقت پرستار در حفظ داروهای بیمار و پیشگیری از مخارج اضافی | شناخت، حفظ و حمایت از حقوق بیمار | ارزش‌های خاص تأثیرگذار بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری | باورهای تأثیرگذار بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای |

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

**جدول ۳. درون مایه‌های اولیه، فرعی و سایه بانی پدید آمده در پژوهش حاضر**

| درون‌مایه‌های اولیه | درون‌مایه‌های فرعی | درون‌مایه‌های سایه‌بانی (تم نهائی) |
|---|---|---|
| عقیده به کرامت ذاتی مددجو<br>عاطفه و علاقه به انسان‌ها<br>تعامل با بیمار همانند اعضای خانواده‌ی خود<br>باورهای اخلاقی- معنوی مؤثر بر مراقبت پرستار<br>وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار | ارزش‌های عام مؤثر بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای | باورهای تأثیرگذار بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای |
| شناخت، حفظ و حمایت از حقوق بیمار<br>دیسترس‌ها (تنگناهای) اخلاقی موجود در حرفه<br>پرهیز از روابط غیرحرفه‌ای و سوء استفاده از مددجو به هر نحو | ارزش‌های خاص حرفه مؤثر بر مراقبت اخلاقی حرفه‌ای | |

درون‌مایه فرعی اول حاصل تلفیق درون‌مایه‌های اولیه‌ای بود که ارزش‌های مشترک تمامی حرفه‌هایی هستند که با مردم تعامل دارند و ارزش‌های عام نامیده شدند. درون‌مایه فرعی دوم را ارزش‌هایی پدید آورد که بیشتر در حرفه پرستاری معنی پیدا می‌کنند؛ بنابراین ارزش‌های خاص حرفه نامیده شدند.

درون‌مایه فرعی (ارزش‌های عام)

شامل ۵ درون‌مایه اولیه تحت این عناوین می‌باشد: عقیده به کرامت ذاتی مددجو، عاطفه و علاقه به انسان‌ها، تعامل با بیمار همانند اعضای خانواده‌ی خود، باورهای اخلاقی- معنوی مؤثر بر مراقبت پرستار، وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار.

۱-الف) عقیده به کرامت ذاتی مددجو

تجارب بیان‌شده مشارکت‌کنندگان حاکی از ضرورت و لزوم حفظ کرامت مددجو و درونی بودن چنین ارزشی می‌باشد مشارکت‌کننده‌ای در مورد تجربه کار با بیمار دچار بی‌اختیاری و بدرفتاری به علت دمانس، گفت: «مریض بی‌اختیاری و بدرفتاری داشت؛ اما به‌هرحال آدمه، کرامت و حرمت داره، فکر کردم که همه مون ممکنه یه روز مث اون بشیم، نباید کثیف و مادون آدم به حسابش بیاریم».

۱-ب) عاطفه و علاقه به انسان‌ها

تجارب مشارکت‌کنندگان در خصوص عاطفه و علاقه به انسان‌ها حاکی از این است که پرستار در درجه اول باید به انسان ها عشق بورزد. در این رابطه مشارکت‌کننده شماره ۸ (پرستار) این ارزش را این‌طور بیان می‌کند: «کسی که وارد حرفه‌ی پرستاری میشه قبل از اینکه حتّی ببینه که سایر توانایی‌ها رو داره یا نه باید عاشق آدم‌ها باشه». یک سرپرستار این‌طور بیان می‌کند: «من کارکنانی رو که به مریض دید انسانی نداره، بیمارو یه موجود آلوده و نفرت‌انگیز میبینه، دوست ندارم، تعویضشون می‌کنم».

۱-پ) تعامل با بیمار مانند اعضای خانواده‌ی خود

با توجه به زمینه عمیق تربیت عاطفی، در ایران این ارتباط عمیق‌تر است و پرستاری هم که مانند اعضای خانواده خود به بیمار می‌نگرد رفتار و مراقبتی باکیفیت‌تر و انسانی‌تر خواهد داشت. مشارکت‌کننده شماره ۲ (پرستار) این مفهوم را بدین گونه بیان می‌کند: «من پرستار، اون مریضی رو که میاد زیردستم، مادر، خواهر، برادر خودم می‌بینم. هر آن چیزی که نیازه، حتماً رعایت می‌کنم...».

۱-ت) باورهای اخلاقی- معنوی مؤثر بر مراقبت پرستار

بی‌تردید قوی‌ترین انگیزش رفتاری پرستاران در این پژوهش این ارزش بود. در این درون‌مایه دو عنصر عمده مذهبی قابل‌تشخیص بود: اعتقاد به نظارت دائمی خداوند و باور لزوم پاسخ گوئی در برابر اعمال خود در روز رستاخیز. مشارکت‌کننده شماره ۱۰ (پرستار) بیان می‌کند: «در کار پرستاری ما بیشتر با خدای خودمون در ارتباطیم و معامله می‌کنیم، غیر از اون کسی نمی‌بینه که چه‌کار می‌کنیم، مثلاً داروی مریضو میدیم یا نه».

۱-ث) وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار

تجارب مشارکت‌کنندگان در خصوص درون‌مایه وجدان و تعهد حرفه‌ای پرستار حاکی از درونی و فطری بودن وجدان و عامل انجام کار صحیح بدون نظارت بیرونی می‌باشد. سوپروایزر

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

مشارکت‌کننده‌ای گفت: «بارها شاهد حضور کارکنان پرستاری در صورت نیاز، بودیم. وضعیت‌های اورژانسی، به خاطر کمبود نیرو تماس می‌گیریم نصف شب خودشو می رسونه».

۱- درون‌مایه فرعی (ارزش‌های خاص حرفه پرستاری)

این درون‌مایه فرعی به ارزش‌هایی مربوط می‌شود که خاص این حرفه و ویژگی‌های آن می‌باشد و شامل ۳ درون‌مایه اولیه به شرح زیر می‌باشد:

۲-الف) شناخت، حفظ و حمایت از حقوق بیمار

مشارکت‌کنندگان الزام پرستار برای شناخت، حفظ و حمایت از حقوق بیمار را یک ارزش خاص مؤثر بر مراقبت اخلاقی بیان کردند. سرپرستاری می‌گفت: «در ۲۰ سال کار بالینی، سعی کردم به‌هیچ‌عنوان حقی از بیمار ضایع نشه، در برخوردها، درمان و دارو دادن، کم‌کاری کارکنان، درخواست وسیله، اطلاع جواب آزمایش به پزشک معالج، ظاهر بیمار، تخت مرتب‌شده و...».

۲-ب) دیسترس‌ها (تنگناهای) اخلاقی موجود در حرفه

مانند ارائه مراقبت و درمان در شرایط غیراستاندارد یا ناایمن به دلیل کمبود نیروی کادر پرستاری یا تجهیزات نامناسب، پیروی یا رد درخواست خانواده جهت ادامه احیا، ارائه اطلاعات در مورد سیر بیماری‌های بدخیم به بیمار و ارائه درمان و مراقبت به مددجوی غیر هم‌جنس. گاه این اشکال در عدم وضوح و صراحت قوانین و دستورالعمل‌هاست و گاهی هم به دلیل گستردگی و حجم وظایف حرفه پرستاری، رخداد تعارض و ابهامات اخلاقی بین انتظارات نقشی پرستار به‌ویژه با ارزش‌های فردی وی اجتناب‌ناپذیر است. خانم پرستار مشارکت‌کننده این طور بیان کرد: «الآن بخش ما رو می‌بینین؟ به خاطر کمبود پرستار مرد باید کارایی انجام بدیم که واقعاً مایل نیستیم، اما بیمار نیازمنده، نمیشه انجام ندیم».

۲-پ) پرهیز از روابط غیرحرفه‌ای و سوءاستفاده از مددجو

تجارب مشارکت‌کنندگان بیانگر ضرورت حفظ حدود با مددجو و همراهان او بود و هرگونه روابط غیرحرفه‌ای را باعث منحرف شدن ضوابط حرفه‌ای می‌شود. پزشک مشارکت‌کننده این‌طور اظهارنظر کرد: «گاهی پرستار بیمار رو واسطه‌ی تسویه حساب‌هاش با همراه‌های بی‌نزاکتش یا پزشکان یا همکارای دیگه قرار می‌ده. این کار بسیار بدیه که از آدمای ضعیف سر می زنه. اگه من نمی‌تونم واسه خودم احقاق حق کنم یا بیش از لیاقتم توقع دارم مریض چه گناهی کرده؟».

## بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که ارزش‌های مؤثر بر مراقبت اخلاق حرفه‌ای پرستاران را می‌توان کلاً در دو درون‌مایه فرعی عام و خاص طبقه‌بندی کرد. در ارزش‌های عام، کرامت مددجو یک اصل مشترک، اما تعریف‌نشده تمام قوانین اخلاق حرفه‌ای پرستاری است (۱۰). شهریاری مرکز توجه پرستاران ایرانی را کرامت انسان (شامل ارزش‌های انسان‌گرایی، نوع‌دوستی و عدم تبعیض) بیان کرده و بیان می‌کند که آنان برای ارزش و یگانگی ذاتی، ارزش‌ها و عقاید بیمار احترام قائل بوده‌اند (۹). علاقه به انسان‌ها نیز از مبانی اولیه پدید آیی حرفه پرستاری است. تحقیق راوری و همکاران بیان‌گر آن است که پرستاران ایرانی مراقبت از بیماران را با مفاهیم ارزشی چون دلسوزی در مراقبت، مراقبت مسئولانه، تعهد نسبت به سلامتی بیمار و ایثار در مراقبت عجین کرده‌اند (۱۸). مشارکت‌کنندگان پرستار در این پژوهش این مفهوم را با مصادیق مشترکی مانند ورود به پرستاری با مبنای نوع‌دوستی و به‌قصد خدمت به انسان‌ها و اجرای مراقبت مناسب با حداکثر توان بدون توجه به آینده محتوم بیمار بیان داشتند. بیشتر پرستاران همدلی احساسی و ابراز عاطفه به بیمار را در حدی که باعث وابستگی او و یا اخلال در فرآیند درمان نشود مجاز می‌دانستند.

در پژوهش حاضر جنبه‌های اصلی باورهای اخلاقی معنوی عبارت بود از: احساس نظارت دائمی خداوند، باور حیات پس از مرگ و لزوم پاسخگو بودن در برابر اعمال خود و احساس معامله با ماوراء از خودسازی و کسب لذت‌های معنوی تا باور به پاداش های دنیوی. اکثریت قاطع مشارکت‌کنندگان بین عملکرد اخلاقی حرفه‌ای پرستار معتقد و غیر معتقد به مبدأ و معاد و خداوند تفاوت بسیار زیاد قائل بودند. جورجس و گریپدانک بر



[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

نقش اعتقادات و باورهای معنوی در پرستاری، به‌عنوان عاملی برای توسعه و پیشرفت اخلاقی در پرستاری تأکیددارند (۱۹). تایلور و کار در تحقیق خود تأیید می‌کنند که عقاید مذهبی پرستاران بر انگیزش شغلی و نوع نگاه آن‌ها به بیمار و خدمات پرستاری تأثیر می‌گذارد؛ به‌طوری‌که در افراد با عقاید سست مذهبی رخداد عملکردهای غیراخلاقی محتمل‌تر است (۲۰). پرستاران معتقدند توجه به پاداش الهی باعث تقویت انگیزه‌های معنوی فرد (۹)، کسب لذت و علاقه معنوی (احساس ناجی بودن، انرژی و عشق به کار) و تعالی (خودسازی و تذهیب نفس و خودشکوفایی معنوی) می‌شود. نگرش پرستاران به بیمار به عنوان منشأ رحمت الهی در نظرسنجی‌های دیگر مانند تحقیق راوری و همکاران تأیید شده است (۱۸).

درون‌مایه فرعی ارزش‌های خاص ماهیتاً ارتباط بیشتری با حیطه‌های خاص حرفه پرستاری داشت. تجارب مشارکت کنندگان پژوهش حاضر درباره حقوق مددجویان در سه حیطه (شناخت حقوق، رازداری و حفاظت از حقوق مددجو) قابل تجمیع بود: پرستار ملزم به شناخت حقوق مددجوست تا بعداً بتواند از آن‌ها حفظ و حمایت نماید. برای رعایت این حقوق گام اول آگاه بودن از آن‌ها است (۲۱). همچنین پرستار باید رازدار مددجو باشد. قوانین شورای حرفه‌ای پرستاری و مامایی انگلستان مشخصاً تأکید دارد که محرمیت (رازداری) را در مورد اسرار مددجویان رعایت شود (۲۲). البته مطلق یا نسبی بودن اصل رازداری و مصالح بیمار، اطرافیان بیمار و جامعه نیز در زمینه رازداری یک مبحث مطرح می‌باشد(۲۳). همچنین پرستار ملزم به حفاظت از حقوق مددجو و پیشگیری از صدمه و اجحاف به او اعم از مادی و غیرمادی است. تأکید مقررات نیز این است که پرستار به عنوان یک (درمانگر) حرفه‌ای وظیفه اخلاقی دارد که از حقوق بیمار خود دفاع کند (۲۴) قانون پرستاران بریتانیایی بر مسئولیت شخصی پرستار جهت حفاظت از منافع و حیثیت بیماران و مددجویان تأکید دارد (۱۰). در مطالعه نگارنده و همکاران، حمایت پرستاران از بیمار شامل اعمالی نظیر آگاه کردن و آموختن، ارج نهادن و محترم شمردن، پشتیبانی، حفاظت و تأمین استمرار مراقبت می‌شد (۲۴). قرارگیری پرستاران در موقعیت‌های تنش اخلاقی ازجمله شدیدترین مسائل روان‌شناختی تلقی می‌شوند (۲۵). مشارکت‌کنندگان در این پژوهش با ذکر ابهام اخلاقی به‌عنوان یک درون‌مایه مهم که مانع تصمیم‌گیری و عملکرد صحیحی اخلاقی حرفه‌ای می‌شود به موارد زیر اشاره داشتند: عدم تناسب انتظارات با اختیارات، عدم وضوح و صراحت قوانین و دستورالعمل‌ها: مانند تعارضات در دستورات کتبی و شفاهی بعضی از پزشکان (۱۸) و رخداد تعارض و ابهامات اخلاقی بین انتظارات نقشی پرستار به‌ویژه با ارزش‌های فردی وی. زیرا بعضی مراقبت‌ها و نیازهای بیماران ممکن است با ارزش‌های اخلاقی پرستاران در تضاد باشد (۲۶).

مشارکت‌کنندگان به لزوم پرهیز پرستاران از روابط معارض با ارزش‌های حرفه‌ای اشاره داشتند. ممنوعیت از پذیرفتن هدیه از بیماران یا خانواده آن‌ها جهت پیشگیری از تأثیر بر مراقبت های بهداشتی در قانون پرستاران بریتانیایی، لهستانی و ایرلندی به‌صورت کاملاً واضح بیان گردیده (۱۰) و حدود پرستار بر حفظ محدوده حرفه‌ای خود در برقراری ارتباط با مددجو واضح و مشخص شده است. مشارکت‌کنندگان در تحقیق شهریاری بر لزوم مراقبت بدون چشم‌داشت پاداش از مددجو تأکید نموده‌اند (۹).

یافته‌های این پژوهش اکتشافی از دل تجارب مشارکت کنندگان و به‌ویژه پرستاران و بیمارانی برخاست که ارزش‌ها و ضد ارزش‌ها را در جریان بیماری و پرستاری با تمام وجود درک و لمس کرده بودند. محققین با احترام به‌تمامی پژوهش‌های پیشین، پیشنهاد ادغام نتایج پژوهش‌های انجام‌شده را در راستای تهیه آئین‌نامه اجرایی و ابزارهای سنجش مراقبت اخلاقی حرفه‌ای پرستاری در کشور مطرح می‌نمایند.

## سپاس و قدردانی

محققین مراتب قدردانی و سپاس خود را از کلیه مشارکت کنندگان در پژوهش و معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس در زمینه‌ی حمایت‌های علمی و مالی پژوهش تشکر می‌نمایند.

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

## References


1. Maarefi M, Ashk Torab T, Abaszadeh A, Alavi M, Eslami Akbar R. Compliance of nursing codes of professional ethics in domain of clinical services in Patients Perspective. Journal of Education and Ethics in Nursing. 2014;3(1):27-33.
2. Mokhtari Lakeh N, Nafar M, Ghanbari Khanghah A, Kazemnezhad Leili E. Nursing Students' views on Code of Ethics, Commitment to the Ethic of, Academic Dishonesty and Neutralization behaviors. Holistic Nursing And Midwifery Journal. 2014;24(3):64-71.
3. Borhani F, Abbaszadeh A, Kohan M, Fazael MA. Nurses and nursing students' ethical reasoning in facing with dilemmas: a comparative study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(4):71-81.
4. Mashayekhi sardoo A, Borhani F, Abbaszade a. The effect of dignity therapy model on sense of dignity of hemodialysis patients: a randomized clinical trial. The Iranian Journal of Bioethics. 1393;4(13):117-36(in Persian).
5. Julião M, Barbosa A, Oliveira F, Nunes B, Carneiro AV. Efficacy of dignity therapy for depression and anxiety in terminally ill patients: Early results of a randomized controlled trial. Palliative and Supportive Care. 2013;11(06):481-9.
6. Huycke L, All AC. Quality in health care and ethical principles. Journal of advanced nursing. 2000;32(3):562-71.
7. Kunaviktikul W, Anders RL, Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in Thailand. Journal of advanced nursing. 2001;36(6):776-84.
8. Sasso L, Stievano A, Jurado MG, Rocco G. Code of ethics and conduct for European nursing. Nursing Ethics. 2008;15(6):821-36.
9. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M, Fooladi MM. Perceived ethical values by Iranian nurses. Nursing ethics. 2011:0969733011408169.
10. Dobrowolska B, Wrońska I, Fidecki W, Wysokiński M. Moral obligations of nurses based on the ICN, UK, Irish and Polish codes of ethics for nurses. Nursing Ethics. 2007;14(2):171-80.
11. jolaee s, bakhshandeh b, mohammadebrahim m, asgarzadeh m, vasheghanifarahani a, shariat e, et al. Nursing code of ethics in Iran: the report of an action research. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(2):45-53.
12. Pang D, Senaratana W, Kunaviktikul W, Klunklin A, McElmurry BJ. Nursing values in China: The expectations of registered nurses. Nursing & health sciences. 2009;11(3):312-7.
13. Atkinson C. Islamic Values and Nursing Practice in Kuwait. Journal of Holistic Nursing. 2015:0898010114564682.
14. Jollaei S, Bakhshande B, Mohammad Ebrahim M, Asgarzade M, Vasheghani Farahani A, Shareiat E, et al. Nursing ethics codes in Iran: report of a qualitative study. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010;3(2):46-52.




[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]

15. Sanjari M, Zahedi F, Aalaa M, Peimani M, Parsapoor A, Cheraghi MA, et al. Code of ethics for Iranian nurses. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011;5(1):17-28.
16. Esmaeilpour Zanjani S, Shadnoush N, Khoshgoftar Z, Mashouf S, Shamsi Goushaki E. Introduction to codes of ethics for nursing students in Iran. Medical Ethics. 2013;7(26):11-30(in Persian).
17. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. 2006;3(2):77-101.
18. Ravari A, Vanaki Z, Marzaei T, Kazamnezhad A. Spiritual approach to clinical nurses' job satisfaction: a qualitative study. Payesh Journal. 2011;10(2):231-41(in Persian).
19. Georges J-J, Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. Nursing ethics. 2002;9(2):155-78.
20. Taylor EJ, Carr MF. Nursing ethics in the seventh-day adventist religious tradition. Nursing ethics. 2009;16(6):707-18.
21. Houshmand A, Joulaei S, Mehrdad N, Bahrani N. Nurses' information & their view points about patients rights & practical facilitators Iin clinics. Quarterly Hayat(FACULTY OF NURSING AND MIDWIFERY, TEHRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES). 2007;12(4):57-66(in Persian).
22. Council NM. The NMC code of professional conduct: standards for conduct, performance and ethics. London: Nursing and Midwifery Council. 2004.
23. emamisigaroudi a, Basiri H, Shekani j, Nouri Saeed A, Rouhi Balasi L, Kazemnejad Leili E. Condition of religious care provided to hospitalized patients. Holistic Nursing and Midwifery. 2015;25(2):1-7.
24. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F. The meaning of patient advocacy
for Iranian nurses. Nurs ethics. 2008;15(4):457-67.
25. Ebrahimi H, Kazemi A, Asghari Jafarabadi M, Azarm A. Moral distress in nurses working in educational hospitals of Northwest Medical Universities of Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013;6(4):80-8.
26. Hasani P, Jalali R, Abedsaeedi Z. Nurses' experiences of peace and conscience on care: phenomenological study. MEDICAL ETHICS QUARTERLY. 2012;6(19):83-98(in Persian).

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-05 ]