

واکاوی مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار با بهره‌گیری از تئوری اخلاق فضیلت محور

زهرا نیکخواه فرخانی^۱، فریبرز رحیم‌نیا^۲، مصطفی کاظمی^۳، علی شیرازی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: از آن‌جا که مفهوم اخلاق به صورت عمیق در حرفه پرستاری ریشه دوانده است، جهت ارتقای اخلاقیات در این حرفه حساس تنها تدوین کدهای اخلاقی کافی نیست و انجام تحقیقات کیفی در زمینه‌های مختلف که قادر به استخراج مضامین پنهان اخلاقی در زمینه موردنظر باشند، ضروری می‌نماید. از این‌رو مسأله اصلی پژوهش حاضر، شناسایی و معرفی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران بافضیلت بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در ارتباط با همراهان بیمار بود.

روش: این مطالعه از نوع تحقیقات کیفی بود و بر پایه استراتژی تحلیل محتوا انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از مصاحبه نیمه ساختار یافته عمیق و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل محتوای کیفی قراردادی استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش را کلیه پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد تشکیل دادند که با توجه به کفایت نمونه‌گیری، ۱۴ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها دربرگیرنده ۱۳ زیرمؤلفه بود که در قالب ۴ مؤلفه اصلی «تکریم همراهان بیمار، حمایت اطلاعاتی، جوانمردی و همدلی احساسی» انتزاع گردید.

نتیجه‌گیری: پرستاران بافضیلت نه تنها در مقابل بیماران، بلکه در خصوص همراهان و خانواده آن‌ها نیز خود را مسؤول می‌دانند و تمام تلاش خود را در جهت درک شرایط آنان و ارائه رهنمودهای مناسب برای گذر از این مرحله تنش‌زا ارایه می‌نمایند. همچنین جوانمردی در قبال همراهان بیمار یکی از مؤلفه‌های انتزاع شده در پژوهش بود که نشان دهنده روحیه فضیلت‌جویی پرستاران می‌باشد.

کلید واژه‌ها: اخلاق، رفتار اخلاقی، رابطه پرستار- همراه بیمار، تئوری اخلاق فضیلت محور

ارجاع: نیکخواه فرخانی زهرا، رحیم‌نیا فریبرز، کاظمی مصطفی، شیرازی علی. **واکاوی مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار با بهره‌گیری از تئوری اخلاق فضیلت محور.** مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۳؛ ۳ (۴): ۳۷۶-۳۶۳.

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۳/۵/۱۴

شمار می‌آید (۴، ۳). توجه به رفتار اخلاقی پرستاران در عصر کنونی به دلیل پیشرفت‌های روزافزون حیطه مراقبت‌های سلامت و فن‌آوری‌های مربوط به آن، افزایش نگرانی در ارتباط با رفتارهای غیر اخلاقی و عوامل زمینه‌ساز آن از اهمیت زیادی برخوردار است که فراوانی پژوهش‌های صورت گرفته در این زمینه و مقالات منتشر شده در داخل و خارج از

مقدمه

انجام عمل در حرفه پرستاری با رفتار اخلاقی آمیخته است و به طور طبیعی یک کوشش و سعی اخلاقی می‌باشد (۱). رفتار اخلاقی یکی از مشخصه‌های بنیادی پرستاری حرفه‌ای (۲) و یکی از جنبه‌های حیاتی مراقبت پرستاری است و پایبندی به آن به عنوان بخشی ضروری از وظایف شغلی پرستاران به

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲- دانشیار، گروه مدیریت، دانشکده علوم اداری و اقتصاد، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: زهرا نیکخواه فرخانی

در رفتار اخلاقی پرستاران کاربرد بیشتری دارد (۱۶، ۱۵). از منظر این رویکرد، پرستاری اخلاقی هنگامی واقع می‌شود که یک پرستار خوب، کار صحیح و درستی را انجام دهد (۱۸، ۱۷). نکته‌ای که در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران کمتر مورد توجه قرار گرفته است، ماهیت ارتباطی این‌گونه رفتارها می‌باشد؛ چرا که جهت شناخت رفتارهای اخلاقی پرستاران ابتدا شفاف‌سازی فرد یا گروه دریافت‌کننده این رفتار ضروری به نظر می‌رسد.

از منظر رفتار ارتباطی می‌توان دو نوع اصلی رفتارهای درون شخصی و برون شخصی را از هم متمایز دانست که رفتارهای برون شخصی خود دربرگیرنده رفتارهایی در ارتباط با خداوند، محیط زیست و دیگران می‌باشد. با توجه به این نکته، ماهیت ارتباطی رفتار اخلاقی در حیطه پرستاری را می‌توان دربرگیرنده سه حوزه رفتار اخلاقی پرستاران با بیماران، رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار و رفتار اخلاقی پرستاران با گروه درمانی (پزشکان، پرستاران و سرپرستاران) دانست. اگرچه بیماران نخستین و مهم‌ترین مراجعین پرستاران هستند که به صورت مستقیم از فعالیت‌ها و رفتارهای آن‌ها منتفع می‌شوند و پرستاران مسؤلیت مراقبت سالم، شایسته، قانونی و اخلاقی از آن‌ها را بر عهده دارند (۱۹)، اما توجه به جایگاه همراهان بیمار به عنوان مراجعینی که از ابتدای ورود بیمار به بیمارستان با سیستم درمان در ارتباط هستند و نگرش و ادراک آنان از کیفیت و کمیت خدمات دریافتی نه تنها بر عملکرد سازمانی (۲۰) بلکه بر روحیه و فرایند بهبود بیماران نیز تأثیرگذار می‌باشد (۲۲، ۲۱)، از اهمیت خاصی برخوردار است.

همراهان بیمار قادر هستند از طریق انتقال احساس مثبت خود از امکانات و خدمات درمانی دریافتی، رضایتمندی بیمار از مراقبت صورت پذیرفته توسط پرستاران و یا خدمات ارائه شده از سوی پزشکان را ارتقا دهند. آن‌ها همین‌طور به عنوان مَبْلُغ برای سازمان عمل می‌نمایند و می‌توانند منجر به حفظ، ارتقا و یا تخریب تصویر سازمان (Organizational image) در جامعه گردند (۲۳). پژوهش‌های صورت گرفته در این باره بیانگر آن است که بیماران و همراهان آن‌ها بیشتر تحت تأثیر

کشور شاهی بر اثبات این ادعا می‌باشد (۷-۵). این در حالی است که هنوز مفهوم واحدی از رفتار اخلاقی از سوی متفکران و صاحب‌نظران این حوزه ارایه نشده است و هر یک با تمسک به یکی از نظریه‌های حوزه اخلاق، تعریف متفاوتی را از رفتار اخلاقی ارایه نموده‌اند.

سه نظریه اصلی در حوزه اخلاق عبارت از اخلاق وظیفه‌گرایی (Deontological ethics)، اخلاق نتیجه‌گرایی (Utilitarianism ethics) و اخلاق فضیلت محور (Virtue ethics) می‌باشد (۸). اخلاق وظیفه‌گرایی توسط Kant (فیلسوف مشهور آلمانی قرن هجدهم) ارایه گردید (به نقل از McLaughlin). بر اساس این نظریه، احکام اخلاقی جهان شمول می‌باشد و کنشگران اخلاقی بنا بر دستورات عقل عملی و به اقتضای خودمختاری عمل می‌نمایند. این رویکرد قواعد اخلاقی عامی را طرح می‌کند که فرد باید از آن‌ها تبعیت کند (۹). در مقابل نظریه اخلاق وظیفه‌گرایی، اخلاق نتیجه‌گرایی قرار دارد که به آثار و نتایج حاصل از افعال توجه دارد. بر این اساس، عملی خوب است که متضمن کسب بیشترین لذت و منفعت باشد که خود دربرگیرنده دو مفهوم خودگرایی (Egoism) و سودگرایی (Utilitarianism) است (۱۰). در نهایت اخلاق فضیلت محور بر این اعتقاد است که ما بیش از آن‌که به اصول اخلاقی احتیاج داشته باشیم، باید بکوشیم تا متخلق به فضایل اخلاقی باشیم (۱۱). این نظریه که می‌کوشد اخلاق را بر پایه ویژگی‌های شخصیتی فرد بنا نهد (۱۲)، جامع‌تر از سایر قواعد اخلاقی است؛ چرا که به راهنمایی کردار نیز می‌پردازد و تمامی سؤالات اخلاق در چارچوب آن قابل طرح می‌باشد (۱۳).

به اعتقاد صاحب‌نظران اخلاق پرستاری و با توجه به آن‌که رویکرد فضیلت محور هر دوی اخلاق عدالت و اخلاق مراقبت را در خود جای می‌دهد، بنابراین برای زمینه سلامت و اخلاق پرستاری مناسب است (۱۴). اگرچه پزشکان نیز مانند پرستاران در ارتباط مستقیم با بیمار می‌باشند، اما مطالعات بیانگر آن است که پرستاران در مواجهه با بیماران برای آن‌ها استقلال بیشتری قایل هستند و از فضایل اخلاقی در مراقبت از آن‌ها بهره می‌گیرند. بنابراین کاربرد رویکرد فضیلت محور

ساختار یافته عمیق که شیوه مناسبی جهت جمع‌آوری اطلاعات در تحقیقات مرتبط با اخلاق می‌باشد، استفاده گردید و سؤال محوری مصاحبه نیز «شما چه رفتارهای اخلاقی با همراهان بیمار دارید و چه نمودهایی از آن را در تجربیات خود به یاد دارید؟» بود.

متوسط زمان مصاحبه ۵۵ دقیقه بود و مصاحبه‌ها در مکان بیمارستان و در اتاق مدیریت سرپرستاری با هماهنگی و موافقت آن‌ها انجام می‌شد. تمام مصاحبه‌ها ضبط و کلمه به کلمه پیاده شد. علاوه بر سؤالات رفتار اخلاقی در رابطه با همراهان بیمار، اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، سابقه کاری و سطح تحصیلات نیز مورد بررسی قرار گرفت. جهت واکاوی و شناسایی مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران نیز از روش تحلیل محتوای کیفی بهره گرفته شد. تعاریف گوناگونی از تحلیل محتوا به عمل آمده است. تحلیل محتوا قرار دادن قاعده و محتوای ارتباطات در طبقات (مقوله‌های) خاص بر اساس قواعد و تحلیل روابط بین آن مقوله‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری می‌باشد (۲۶). Hsieh و Shannon سه رویکرد را برای تحلیل محتوای کیفی عنوان کردند. این سه رویکرد بر اساس درجه استقرایی بودن عنوان شده‌اند. رویکرد اول، رویکردی قراردادی می‌باشد که در آن کدگذاری به صورت مستقیم از داده‌های خام انجام می‌شود. این رویکرد مشابه با تئوری بنیادی است. رویکرد دوم، رویکردی هدایتی می‌باشد که کدگذاری اولیه از نتایج تحقیقات گذشته یا یک تئوری آغاز می‌شود. سپس محقق در طول تحلیل داده، خودش را در داده‌ها غرق می‌کند و به موضوعات اجازه پدیدار شدن از داده را می‌دهد. سومین رویکرد، تحلیل محتوای تلخیصی نام دارد که با شمارش لغات یا محتوای اصلی آغاز می‌گردد و سپس تحلیل را گسترش می‌دهد. این رویکرد در مراحل اولیه کمی به نظر می‌رسد، اما هدفش این است که لغات را در یک حالت استقرایی اکتشاف کند (۲۷).

از آنجا که تاکنون مطالعه‌ای در زمینه رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار به این سبک انجام نشده است، بنابراین روش مورد استفاده جهت تحلیل داده‌ها در پژوهش

کیفیت ارایه خدمات و رفتارهای مرتبط با آن قرار می‌گیرند که رفتارهای اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار نیز یکی از این نوع رفتارها می‌باشد. بنابراین با توجه به این که مقوله رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار با درک ماهیت ارتباطی اخلاق و استمداد از تئوری فضیلت محور در زمینه مورد بررسی به شیوه مطالعه کیفی مورد تحقیق قرار نگرفته است، پژوهش حاضر مؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران در ارتباط با همراهان بیمار را در بیمارستان‌های تحت نظر دانشکده علوم پزشکی مشهد شناسایی نمود.

روش

جهت تبیین مؤلفه‌های اخلاقی پرستاران، تئوری اخلاق فضیلت محور بر نحوه انجام مطالعه حاضر حکم‌فرما بود و بر اساس این تئوری، رفتاری اخلاقی است که افراد بافضیلت نسبت به انجام آن اقدام می‌نمایند و افراد بافضیلت و فضیلت‌مند افرادی هستند که توسط سازمان یا سایر افراد به عنوان اسوه و الگو مورد پذیرش و قابل تحسین می‌باشند. جامعه آماری پژوهش، پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های تحت نظارت دانشکده علوم پزشکی مشهد بودند که هر ساله شناسایی و معرفی می‌گردند. نمونه‌های موردنظر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این روش محقق در پی افرادی بود که تجربه غنی از موضوع مورد تحقیق و همچنین توان بیان و تمایل مشارکت در تحقیق را داشتند (۲۴).

تعداد اعضای نمونه در بخش کیفی پژوهش حاضر به کفایت نمونه‌گیری (۲۵) بستگی داشت که پس از ۱۴ مصاحبه اطلاعات به سطح کفایت رسید. ملاحظات اخلاقی از جمله کسب مجوز جهت انجام پژوهش، توضیح اهداف پژوهش و روش‌های مورد استفاده رعایت شد و در صورت موافقت نمونه‌ها به شرکت در مطالعه، کسب رضایت کتبی از مشارکت کنندگان و اطمینان دادن به آنان جهت محرمانه ماندن اطلاعات و مشخصات اخذ شده از آنان و خروج از مطالعه در صورت تمایل و در هر مرحله از پژوهش مورد توجه قرار گرفت. به منظور جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه

نبودند) ارایه شد که داده‌ها را در جریان تجزیه و تحلیل بررسی و شواهد و یافته‌های مغایر را بازبینی کردند و اصلاحات لازم را نیز انجام دادند و در نهایت درستی آن را اعلام نمودند. قابلیت وابستگی داده‌ها از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق و قابلیت اعتماد داده‌ها از طریق توافق نظر در خصوص متن مصاحبه‌ها بین پژوهشگر و مشارکت کنندگان در تحقیق تأیید گردید. قابلیت وابستگی به پیوسته و دقیق بودن یافته‌ها برمی‌گردد و از طریق بازنگری همکاران و اعضای تیم تحقیق مورد تأیید قرار می‌گیرد (۲۹). محقق با در میان گذاشتن یافته‌ها با استادان و همکاران تحقیق به ادراک مشترک نسبت به یافته‌ها رسیدند. در مطالعه حاضر نیز سعی بر گزارش کامل و دقیق جزئیات و زمینه تحقیق شد. قابلیت انتقال‌پذیری به قابلیت انتقال یافته‌ها در موقعیت‌ها یا مشارکت کنندگان مشابهی برمی‌گردد (۲۸).

محققین برای افزایش قابلیت انتقال، طبقات حاصل از داده‌ها را با برخی از پرستاران بافضیلتی که در تحقیق شرکت نداشتند در میان گذاشتند و آن‌ها تناسب یافته‌ها را با تجارب خود تأیید کردند. جهت بررسی پایایی فرایند کدگذاری مصاحبه‌ها در پژوهش‌های کیفی می‌توان از دو شاخص پایایی بازآزمون (Retest reliability) یا 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 زمانی می‌توان محاسبه کرد که یک کدگذار متنی را در دو زمان متفاوت کدگذاری کرده باشد (۳۰). در پژوهش حاضر با انتخاب پنج مصاحبه و بررسی آن در فاصله ۱۰ روزه، شاخص ثبات مقدار ۰/۹۸ محاسبه گردید که نشان دهنده تأیید شاخص ثبات کدگذاری است. پایایی بین کدگذاران به معنی میزان توافقی است که کدگذاران مستقل هنگام ارزیابی ویژگی‌های یک پیام یا متن ارایه می‌دهند. در پژوهش حاضر مصاحبه‌ها توسط سه کدگذار مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و پس از آن شاخص تکرارپذیری برای کدهای استخراج شده محاسبه گردید. این شاخص در مطالعه حاضر مقدار ۰/۸۷ برآورد شد که نشان دهنده توافق بسیار زیاد کدگذاران و پایایی فرایند کدگذاری بود.

حاضر، روش تحلیل محتوای قرارداری بود. روند بررسی روایی و پایایی در تحقیقات کیفی با این روند در مطالعات کمی متفاوت می‌باشد و بیشتر به قابلیت اعتبار (مقبولیت)، تأیید، وابستگی و انتقال آن‌ها برمی‌گردد (۲۷). یکی از راه‌های افزایش قابلیت اعتبار یافته‌ها، درگیری طولانی مدت محقق با موضوع تحقیق و همچنین تأیید یافته توسط مشارکت کنندگان است که یافته‌ها بیانگر تجارب حقیقی و درست آن‌ها باشد و با برگرداندن یافته‌ها به مشارکت کنندگان و بررسی، تأیید حاصل می‌گردد. علاوه بر این، اعتبار یافته‌ها را می‌توان با بحث با هم‌تایان خارج از مطالعه در خصوص صحت روند تحلیل داده‌ها افزایش داد (۲۸).

برای کاهش تورش و ارتقای قابلیت اعتماد، پیاده کردن مصاحبه‌ها به صورت کلمه به کلمه بر روی کاغذ بلافاصله پس از هر جلسه انجام گرفت. سعی شد یادداشت‌ها در همان روز نیز مکتوب گردد. به منظور تضمین مقبولیت که دربردارنده اطمینان به صحت داده‌ها است، محقق درگیری طولانی مدتی با مشارکت کنندگان و داده‌ها داشت؛ به طوری که برای تکمیل جاهای خالی و کور مصاحبه، هر مصاحبه را چندین بار بازشنوی کرد. همچنین تماس‌های مکرر تلفنی یا حضوری با پرستاران بافضیلت برای اطمینان از صحت برداشت از گفته‌های آن‌ها و واضح‌تر شدن بعضی از تجارب و گفته‌های آن‌ها صورت گرفت و موارد ابهام با مصاحبه شونده‌ها در میان گذاشته شد تا به درک مشترکی از تجارب رسیده شود. قابلیت تأییدپذیری نوعی روش حسابرسی است که به گزارش فعالیت‌ها در طی زمان گفته می‌شود؛ به گونه‌ای که نتایج و یافته‌ها اهداف را تأمین می‌کند و با داشتن حساسیت به پدیده تحت مطالعه، تعمق حاصل می‌شود و نه این‌که نتیجه بر اساس پیش‌فرض‌های محقق باشد (۲۸).

محقق در طی مصاحبه سعی در حصول داده به دور از نظرات و عقاید شخصی خود کرد و اصول مصاحبه باز و عمیق را نیز رعایت نمود. علاوه بر این، گزیده‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدها و طبقات پدیدار شده به چندین ناظر (استادان راهنما و مشاور و چند تن از استادان دیگری که به تحقیقات کیفی مطلع و آگاه بودند، ولی درگیر در این مطالعه

یافته‌ها

مشارکت کنندگان تحقیق حاضر ۱۴ نفر از پرستاران نمونه کشوری بیمارستان‌های دولتی مشهد بودند که از نظر جنسیتی ۵ مرد و ۹ زن، از نظر توزیع سنی بیشتر در محدوده سنی ۴۰-۵۰ سال و میانگین سابقه کاری آنان ۲۰ سال بود. از نظر محل خدمت نیز با توجه به ماهیت تخصصی بیمارستان‌های دولتی مشهد، هر یک در یکی از بخش‌های تخصصی به خدمت مشغول بودند. یافته‌های نهایی تحقیق شامل ۴ مؤلفه اصلی «تکریم همراه بیمار، حمایت اطلاعاتی، جوانمردی و همدلی احساسی و انتزاع»، ۱۳ زیرمؤلفه و یک درون‌مایه با عنوان «ارزش محوری» بود.

تکریم همراه بیمار

تکریم یکی از مفاهیم مورد توجه طی این سال‌ها در حوزه‌های مختلف است و از آن‌جا که بیمارستان‌ها با سلامت انسان‌ها در ارتباط می‌باشند و خدمت‌رسانی آن‌ها در حیطه سلامت صورت می‌گیرد، این مفهوم در حیطه مراقبت‌های سلامت اهمیت بسزایی دارد. تکریم همراه بیمار در مطالعه حاضر به معنی برخورد مؤدبانه و احترام‌آمیز، عدالت در برخورد با همراهان، برخورداری از صبر و بردباری، وفای به عهد و ارایه اطلاعات مناسب و در زمان مناسب به همراهان بیمار است.

الف. برخورد مؤدبانه و احترام‌آمیز: این موضوع به معنای احترام به شخصیت همراهان بیمار و رعایت ادب و نزاکت در برخورد با آن‌ها است. بسیاری از پرستاران رعایت احترام و بهره‌گیری از لحن مناسب و مؤدبانه در برخورد با همراهان بیمار را یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاری دانستند. یکی از پرستاران در این باره اذعان داشت: «من همیشه با همراهی بیمار مؤدبانه برخورد می‌کنم. به نظر من ادب شرط اول انسان بوده، اما متأسفانه بعضی از پرستارها خیلی بد و با لحن بد با همراهها صحبت می‌کنن و حتی کارشون به حراست هم می‌رسه». پرستار دیگری رعایت احترام در برخورد با همراهان بیمار را زمینه‌ساز ایجاد اعتماد و بهبود روند درمان بیماران دانست و بیان کرد: «من در برخورد با همراهان بیمار اول از هر چیز رعایت احترام رو می‌کنم. اگه من با همراه بیمار به احترام برخورد کنم اون هم به صورت متقابل این کارو می‌کنه»

و این طوری اعتماد متقابل هم ایجاد می‌شه که می‌تونه در فرایند بهبود حال بیمار مؤثر باشه و از غرغر کردن‌های همراه بیمار که انرژی مارو هم می‌گیره، جلوگیری کنه».

ب. توجه به پیشنهادهای و انتقادات: توجه به پیشنهادهای و انتقادهای همراهان بیمار و جامه عمل پوشاندن به آن یکی دیگر از زیرمؤلفه‌های رفتاری اخلاقی پرستاران در قبال همراهان است. یکی از پرستاران در این زمینه گفت: «هن همیشه سعی می‌کنم به نظرات بیماران و همراهها توجه کنم. اگه انتقادی از کارم دارن اول کاملاً صحبتشون رو گوش کنم و بعد تصمیم بگیرم. مثلاً خیلی وقت‌ها همراهها به سرپرستار می‌گن که فلان پرستار درست جوابمون رو نمی‌ده یا از این دست موارد... اگه در مورد من چنین چیزی بگن من اول سعی می‌کنم ایراد کارمو پیدا کنم نه این‌که جلوی اون‌ها جبهه بگیرم».

به گفته پرستاران، انتقادات و پیشنهادهای همراهان نوعی بازخورد از عملکرد آن‌ها در اختیارشان می‌گذارد که می‌تواند برای بهبود عملکرد فعالیتشان بسیار حایز اهمیت باشد. یکی از پرستاران در این زمینه بیان کرد: «من خیلی دوست دارم بدونم مراجعانم نسبت به خدمات من چه نظری دارن. خیلی وقت‌ها بیمار بیهوش هستش و متوجه نیست یا این‌قدر ناخوشه که حواسش به کار ما نیست... این‌جاست که همراهها بهتر از خود بیمار می‌تونند کار مارو ارزیابی کنند. اگه من از نظر اون‌ها بی‌اطلاع باشم چطور می‌تونم کار خودمو بهبود بدم».

ج. عدالت: یکی دیگر از رفتارهای اخلاقی، برخورد یکسان و به دور از تعصبات قومی و نژادی با تمامی همراهان بود که بسیاری از پرستاران بر آن تأکید داشتند و یکی از آنان گفت: «وقتی همراهها می‌یان پیشم و از حال بیمارشون جویا می‌شن من با همشون برخورد یکسانی دارم و این‌جور نیست که به بعضی‌ها احترام بیشتر بذارم و به بعضی‌ها نه... حتی با همراهایی که ایرانی نیستن هم مثل هموطنای خودمون برخورد می‌کنم».

پارتی بازی نکردن در ارایه امکانات بیمارستان نیز یکی دیگر از نمودهای عدالت در برخورد پرستاران با بیماران و همراهان آن‌ها عنوان شد. به گفته یکی از پرستاران: «ما تو بیمارستان تخت کم داریم و همیشه تعداد بیمارهامون بیشتر

از تخت‌هایمون هستش و این موجب می‌شه که همیشه همراهان ناراحت باشن و غر بزنین... من با مهربانی با اون‌ها برخورد می‌کنم و اگه تختی خالی شد به ترتیب صدآشون می‌کنم نه این‌که چون بعضی‌هاشون دایم میان غر می‌زنین اولین تخت خالی‌رو به اون‌ها بدم، نه... به ترتیب ورودشون همراهارو صدا می‌زنم که بیمارشونو بیارن».

د. بردباری: بردباری به معنی ملایمت و ملاحظت در مقابل بدی‌ها و نامالایمات دیگران است. از آن‌جا که هر بیمار تعداد زیادی همراه دارد، آرام نمودن همراهان بیمار در بسیاری از موارد بسیار سخت‌تر از خود بیمار است که این امر مستلزم به کارگیری بردباری بسیار در برخورد با آنان است. یکی از پرستاران در این باره اذعان داشت: «خیلی وقت‌ها کنترل همراه بیمار از خود بیمار سخت‌تر هست. در این مواقع سعی می‌کنم با اعصاب آرامی به پیش اون‌ها برم». پرستارانی که در بخش اورژانس مشغول به فعالیت بودند نیز برخورداری از رفتاری بردبارانه را لازمه کار خود و رفتاری اخلاقی در مقابل همراهان بیمار می‌دانستند. یکی از پرستاران گفت: «به نظرم باید رفتار همراهان‌رو تحمل کرد و در مقابلش صبور بود. آخه همراهان همه مضطربند و می‌خوان بدونن چی شده و خیلی‌هاشون توقع کارهای عجیب از ما دارن... مثلاً با این‌که مریضشون خونریزی معده کرده از ما توقع دارن مثل یه بیمار ایست قلبی این‌ور و اون‌ور بدویم و عجله کنیم؛ در صورتی که در مورد چنین بیماری باید روند آزمایش‌ها انجام بگیره و تا جوابش نیاد کاری نمی‌شه کرد».

پرستاری که در اتاق عمل قلب باز فعالیت می‌کرد، بیان داشت: «خیلی وقت‌ها هنوز ما بیمارو تو اتاق عمل، عمل نکردیم اما همراهان زنگ می‌زنین که چی شد و وضع بیمارمون چطوره... من با حوصله جوابشون‌رو می‌دم و از کوره در نمی‌رم چون شرایطشونو درک می‌کنم. بعضی از همکارا خیلی ناراحت می‌شن و میگن اینا چرا دایم زنگ می‌زنین، بهشون می‌گم ما هم تو عمرمون یه بار پشت چنین دری قرار می‌گیریم، باید آرومشون کنیم نه اینکه باهاشون ناراحتی کنیم».

حمایت اطلاعاتی

حمایت اطلاعاتی پرستاران از همراهان بیمار به معنی ارایه

مشاوره جهت نحوه اسکان در شهر، مکان و نحوه دسترسی به داروخانه‌ها و سایر مراکز جهت بیماران شهرستانی و همچنین ارایه اطلاعات لازم در خصوص نوع بیماری، فعالیت‌های صورت پذیرفته جهت درمان بیماری، ارایه آموزش‌های لازم جهت مراقبت از بیمار و همچنین ارایه آموزش‌های لازم جهت پیشگیری از بیماری و عدم مبتلا شدن همراهان به بیماری می‌باشد. حمایت اطلاعاتی پرستاران به همراه بیمار این امکان را می‌دهد تا موقعیت و شرایط فعلی بیمار و خود را بهتر درک کند و از حالت تنیدگی خارج گردد.

الف. ارایه مشاوره: از آن‌جا که شهر مشهد شهری زیارتی است و برخی از بیمارانی که به بیمارستان مراجعه می‌نمایند زائرانی از شهرها و شهرستان‌ها و حتی کشورهای دیگری می‌باشند که در طول سفر دچار بیماری شده‌اند و مجبور به مراجعه به بیمارستان می‌شوند، برخی از پرستاران ارایه مشاوره در خصوص نحوه اسکان، آدرس بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و داروخانه‌های موردنیاز را نوعی رفتاری اخلاقی در قبال همراهان بیمار دانستند. در این راستا یکی از پرستاران بیان داشت: «خیلی از همراهان از شهر یا حتی کشور دیگری هستن و بعضی‌هاشون هم سواد پایینی دارن و مشه‌رو هم نمی‌شناسن، من اون‌هارو برای اقامت تو مشهد راهنمایی می‌کنم». پرستار دیگری ارایه مشاوره در خصوص کیفیت خدمات درمانی بیمارستان‌ها به همراهان بیمار را نوعی رفتار اخلاقی دانست و بیان داشت: «به نظر من بیمارستان ما داره خیلی خوب خدمات ارایه می‌کنه و کادر مجربی داره، اما آدم نباید هیچ وقت مغرور باشه... به طور قطع همه بیمارستانا همه بخش‌هاشون به خوبی هم نیست، منم اگه بدونم یه بیمارستان دیگه در یک مورد خاص بهتر از ما کار می‌کنه حتماً به همراهان می‌گم تا اگه دوست دارن بیمارشونو ببرن اون‌جا».

ب. ارایه اطلاعات در خصوص وضعیت بیمار: ارایه اطلاعات مناسب در خصوص بیماری بیماران در زمان مناسب یکی دیگر از رفتارهای اخلاقی پرستاران در قبال همراهان بیمار است. یکی از پرستاران در این خصوص بیان نمود: «باید به همراهان بیمار در مورد مریضی بیمارشون اطلاعات کافی

می‌شن و تجربه ندارند، به ویژه در خصوص نحوه شیردهی که البته اگرچه ما به خود مادر به صورت رسمی آموزش می‌دیم و اصلاً در این خصوص یک برنامه مدون داریم، اما من همیشه خودم به همراهها هم آموزش می‌دم و راهنمایی می‌کنم که چطور می‌تونن به مادر در این خصوص کمک کنند».

د. ارایه آموزش جهت پیشگیری از بیماری: ارایه آموزش جهت پیشگیری از بیماری به همراهان بیمار با هدف ارتقای آگاهی جامعه صورت می‌گیرد و به معنای ارایه آموزش‌های کارآمد و اثربخشی به همراهان است که نه تنها در حال حاضر جهت حمایت از بیمار به کمک آن‌ها بیاید، بلکه در آینده نیز با رعایت آن توصیه‌ها در پیشگیری از ابتلا به بیماری مفید باشد. در این راستا یکی از پرستاران می‌گوید: «من طوری به همراهان بیمار آموزش می‌دم که هم از بیمارشان خوب مواظبت کنن و هم خودشان از نحوه مراقبت از این‌طور مریض‌ها مطلع بشن... تازه این‌طوری آگاهی جامعه هم بالا می‌ره و خارج از بیمارستان هم می‌تونن ممبرمتر باشن».

جوانمردی

جوانمردی نشان دهنده منش و روحیه فضیلت‌مند یک پرستار است و موجب می‌شود هنگامی که احساس می‌کند همراه بیمار نیاز به کمک دارد، داوطلبانه و بدون آن که وی سخنی بر زبان آورده باشد، به کمک او بشتابد و همچنین هنگامی که با همراهان بیمار وعده‌ای نموده است، بر عهد و قول خود ثابت قدم باشد.

الف. کمک داوطلبانه به همراه بیمار: کمک داوطلبانه به همراهان بیمار به نوعی فعالیت و رفتار اخلاقی است که پرستار به دلیل روحیه فضیلت‌مند خود و بدون هیچ گونه چشمداشت مادی یا غیر مادی به انجام آن مبادرت می‌نماید. در این خصوص یکی از پرستاران بیان داشت: «بارها پیش اومده که به همراهای بیمار برای عوض کردن لباس بیمارشان یا نشوندنشون روی ویلچر کمک کردم... آخه بعضی از بیمارها جثه بزرگی دارن و همراهها نمی‌تونند تنهایی اون‌هارو جابجا کنند».

ب. وفای به عهد: وفای به عهد به معنی پایبندی به قول و تعهدی است که بین پرستار و همراه بیمار نهاده می‌شود و

بدیم. همین‌طور باید بهشون بگیم تا حالا چه کارایی برای بیمارشان انجام شده... بارها شده همراهان اومدن گفتن مریض ما یک ساعت اومده هیچ کاری براش انجام نشده، بعد که مراحل انجام شده روی مریض‌رو بهشون می‌گیم خوشحال می‌شن و تشکر می‌کنن».

پرستار دیگری ارایه اطلاعات واقعی از وضعیت بیمار به همراهان را رفتاری اخلاقی دانست و بیان داشت: «من سعی می‌کنم اطلاعات‌رو بر اساس واقعیت‌ها به همراه بدم نه این‌که اونارو بترسونم یا دلخوشی الکی داده باشم». پرستاری که در بخش اورژانس مشغول بود، فعالیت اطلاع‌رسانی در زمان مناسب را رفتاری اخلاقی دانست و بیان نمود: «خیلی از همراهها از ما انتظار دارند که شدت عمل داشته باشیم؛ در صورتی که شاید وضعیت بیمار اون‌ها طوری نباشه که نیاز به شدت عمل باشه. این انتظار اشتباهی هستش... یک پرستار باید سعی کنه ابتدا در خصوص بیماری بیمار به همراه اطلاع‌رسانی کنه و همین‌طور توانایی قانع کردن اون‌هارو داشته باشه».

ج. ارایه آموزش جهت مراقبت از بیمار: پرستاران نه تنها باید به ارایه آموزش به خود بیمار توجه نمایند، بلکه از آن‌جا که بسیاری از بیماران مانند کودکان یا بیمارانی که به تازگی عمل جراحی داشته‌اند و یا بیمارانی بخش اعصاب و روان قادر به مراقبت از خود نمی‌باشند، ارایه آموزش به همراهان بیمار جهت مراقبت از بیمار ضروری می‌نماید. به اعتقاد یکی از پرستاران، گرچه ارایه این نوع آموزش‌ها ضروری است اما بیشتر پرستاران به دلیل مشغله شغلی بالایی که دارند خود را بر انجام آن موظف نمی‌دانند که این برخورد، رفتاری غیر اخلاقی است. یکی از پرستاران مشغول در بخش کودکان در این خصوص گفت: «من سعی می‌کنم به همراه آموزش بدم، آخه این طوری اونا هم می‌تونن به ما و به بیمارشان کمک کنن. اصلاً اون‌ها اومدن این‌جا که به بیمارشان و به ما کمک کنن دیگه... مثلاً بهشون می‌گم که کی سرم تموم می‌شه و وقتی تموم شد چی کار باید بکنن و از این دست آموزش‌ها».

پرستاری هم که در بخش زنان مشغول به فعالیت بود، بیان کرد: «خیلی از مریضای ما دفعه اول هست که مادر

شبانه‌روزی این‌جا هستن و خیلی ضعیف می‌شن و غذای مناسبی هم ندارن... منم دلم برایشون می‌سوزه و از آشناها و نزدیکامون خواستم نذر افطاریشون رو بیارن تو بیمارستان به این بنده خداها بدن».

پرستار دیگری درک حال همراهان را در روزهای آخر عمر بیمار رفتاری اخلاقی تلقی نمود و اذعان داشت: «در شرایطی که حال بیمار وخیم هستش من حال همراه‌هارو درک می‌کنم و اگر چند بار هم از من بخوان به بیمارشون سر بزنم با این‌که می‌دونم بی‌فایده است، اما این کارو می‌کنم و بهشون نمی‌گم کار بیمارتون تمومه تا دلشون نشکنه... چون به نظر من عمر همیشه دست خداست». یکی از پرستاران که در بخش پیوند اعضا مشغول فعالیت بود، بیان کرد: «سعی می‌کنم تا جایی که ممکنه به همراهها دل‌داری بدم. به خصوص تو بخش ما که بخش پیوند هستش همراهها خیلی آزرده هستن و من برای مریضشون طلب شفا می‌کنم و اون‌ها خیلی دلگرم می‌شن». یکی دیگر از پرستاران هم‌زاد پنداری با همراهان بیمار را نوعی همدلی با آن‌ها به شمار آورد و گفت: «همراه‌ها وقتی قراره مریضشون عمل بشه نگرانند... به خصوص وقتی مریضشون می‌یاد تو اتاق عمل نگرانشون بیشتر هم می‌شه. من سعی می‌کنم اول از همه خودمو جای اون‌ها بذارم. بعضی از همکارا ناراحت می‌شن که همراه‌ها می‌یان در اتاق عمل‌رو می‌زنن، ولی من بهشون می‌گم ما هم تو عمرمون یکی دو بار پشت هم‌چین درمی‌قرار می‌گیریم... برا همین سعی می‌کنم درکشون کنم».

ج. دلگرمی دادن: همراهان بیمار در شرایطی تنش‌زا قرار دارند، به خصوص در مورد بیمارانی که نیاز به عمل جراحی داشته باشند 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 بازیابی سلامت آنان تأثیر منفی بگذارد. بسیاری از پرستاران از دلگرمی دادن به همراهان بیمار به عنوان یک رفتار اخلاقی یاد نمودند که هم سبب آرامش همراهان و هم موجب تسهیل فرایند درمان خواهد شد. یکی از پرستاران که در بخش بیماری‌های عفونی مشغول به فعالیت بود، بیان کرد: «من سعی می‌کنم هنگام

هیچ‌گونه حالت رسمی نیز ندارد. برای مثال یکی از پرستاران گفت: «من حال همراه‌هارو درک می‌کنم و اگر بهشون نوبت بدم سر موقع سرکارم آماده می‌شم؛ چون کلید درمانگاهمون رو هم دارم. پیش اومده که برف سنگینی اومده بود و من ساعت ۷:۳۰ با مادر یکی از بچه‌ها (بیمارهای بخش کودکان) قرار داشتم... ۷ صبح این‌جا بودم و همراه ۹ اومد... کلی تعجب کرد و فکر می‌کرد من هنوز نیومده باشم».

همدلی احساسی

همدلی به معنای درک شرایط افراد و نگرستن از زاویه دید آن‌ها و مهربانی با همراهان بیمار است. هنگامی که پرستار سعی می‌کند مشکلات و ناراحتی‌های همراهان بیمار را درک نماید و خود را در همان وضعیتی که همراهان دارند تصور نماید، سطح بالای همدلی (که همان همدلی احساسی است) تحقق می‌یابد.

الف. مهربانی: مهربانی و عطوفت یکی از ویژگی‌های اخلاقی است که بسیاری از پرستاران از آن به عنوان یک رفتار اخلاقی در ارتباط با همراهان بیمار یاد نمودند. یکی از پرستاران در این زمینه اذعان داشت: «بسیاری از بیمارهای ما کودک هستند و تاب و تحمل ندارن و دایم جیغ می‌کشند. این موجب می‌شه مادرشون یا همراهشون هم مضطرب‌تر بشه... من سعی می‌کنم با بیمار و همراهش با مهربونی برخورد کنم تا هم کودک آرام بشه و هم مادرش کمتر اذیت بشه». پرستار دیگری بیان کرد: «به نظر من مهربون بودن یک پرستار یک ویژگی ارزشمند و ارزش ذاتی هستش... حالا فرقی نمی‌کنه در ارتباط با بیمار باشه یا همراهش؛ چون هر دوی اون‌ها در شرایط سختی به سر می‌برند و حتی شاید شرایط همراه از شرایط بیمار سخت‌تر باشه».

ب. درک شرایط بیمار: درک شرایط بیمار به معنی تلاش جهت درک و فهم دنیای ذهنی و شرایط همراه بیمار و همچنین قرار دادن خود به جای آن‌ها می‌باشد. در نظر گرفتن شرایط همراهان بیمار در ماه رمضان نوعی همدلی با همراهان است. در این خصوص یکی از پرستاران بیان کرد: «خیلی از وقت‌ها بیمارهایی از شهرستان داریم که وضع مالی مناسبی ندارن، مخصوصاً تو ماه رمضان شاهد این هستم که

نگاه کسانی که آن را تجربه می‌کنند مورد تفحص و واکاوی قرار گیرد، بسیاری از زوایای پنهان آن آشکار و در نتیجه منجر به دانش و بصیرت جدید می‌گردد و از طرف دیگر شرایط را برای تحقیقات بعدی و عملیاتی نمودن مفاهیم انتزاع شده آسان‌تر می‌نماید. مطالعه حاضر در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران بافضیلت در ارتباط با همراهان بیمار به انجام رسید و ۱۳ زیرمؤلفه در قالب ۴ مؤلفه اصلی و یک درون‌مایه با عنوان «ارزش محوری» انتزاع گردید، اما باید به این نکته توجه داشت که مفاهیم انتزاع شده به طور معمول در هم تنیده‌اند و مرز روشن و مشخص شده‌ای ندارند و گاهی کمی همپوشانی میان مفاهیم به چشم می‌خورد. مؤلفه‌های اصلی و فرعی انتزاع شده درباره رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار با توجه به نتایج حاصل از مصاحبه‌ها در شکل ۱ انتزاع گردید.

انجام کارهای بیمار به همراه دلگرمی بدم. مثلاً بهشون می‌گم چنین مریضی داشتیم و شفا پیدا کرده یا این که عمر دست خداست و زیاد دل نگران نباشن... حتی شده موقع اذون برایشون دعا کردم و از اونا هم خواستم که دعا کنن».

پرستار دیگری که در بخش NICU (Neonatal intensive care unit) فعالیت می‌کرد، گفت: «ما این‌جا با پدر و مادرهایی سر و کار داریم که تازه صاحب فرزند شدن و خیلی مضطرب هستند. من به اونها می‌گم که به خدا توکل کنن و بهشون می‌گم به امید خدا بچه‌شون شفا پیدا می‌کنه تا امیدشون زیاد بشه و بتونن از بیمارشون بهتر مراقبت کنن».

بحث

تحقیق حاضر با این دیدگاه که اگر پدیده‌ها در بستر وقوع و با



شکل ۱: مؤلفه‌ها و زیرمؤلفه‌های رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار

بیمار، جنس، سن، کیش، زبان، سنت، اخلاق، عقاید سیاسی و اجتماعی برخوردار نمایند (۳۶). برخورد عادلانه با همراهان بیمار علاوه بر رفتاری اخلاقی، یکی از ارزش‌های حوزه پرستاری نیز به شمار می‌آید (۳۷).

بردباری آخرین زیرمؤلفه حاصل شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار و به معنای تسلط و تملک نفس توسط پرستار می‌باشد؛ به طوری که هنگام برخورد با صحنه‌های ناراحت کننده دچار غضب نشود و واکنش تند و خشن نشان ندهد. این حالت ارزنده و صفت پسندیده در اثر کمال عقل به وجود می‌آید و نشان دهنده خرد پرستاران است (۳۸). نکته قابل توجه در خصوص تفاوت میان بردباری و صبر است که البته اگرچه در بیشتر متون و مقالات این دو واژه در کنار هم و با یک معنی به کار گرفته شده‌اند، اما در مفهوم آن‌ها تفاوت فاحشی وجود دارد؛ چرا که فرد بردبار توانایی واکنش نشان دادن به شرایط را دارد ولی فرد صبور این وضعیت را ندارد. به عبارت دیگر، یک پرستار می‌تواند در قبال همراهانی که به دلیل تنیدگی روحی با آن‌ها بد سخن می‌گویند یا از لحن خوبی استفاده نمی‌نمایند، پرخاش کند اما خودداری کرده، وضعیت فعلی را تحمل می‌نماید و بردباری به خرج می‌دهد.

حمایت اطلاعاتی از دیگر مؤلفه‌های انتزاع شده در خصوص رفتار اخلاقی پرستاران با همراهان بیمار و به معنای ارائه اطلاعات مناسبی به همراهان بیمار است تا بتوانند از شرایط تنش‌زایی که در آن قرار دارند به درستی عبور نموده، رهنمودهایی برای مقابله با آن بیابند (۳۹). پژوهش‌های متعددی در خصوص تأثیر حمایت اطلاعاتی بر بهبود روند مراقبت از بیماران انجام شده است (۴۱، ۴۰). حمایت اطلاعاتی نه تنها یک رفتار اخلاقی در قبال همراهان بیمار می‌باشد، بلکه آنان از حمایت اطلاعاتی که توسط پرستاران و پزشکان از آن‌ها صورت می‌پذیرد به عنوان یک ارزش مورد انتظار یاد نموده‌اند (۴۲). همدلی احساسی سطح بالایی از همدلی و به معنای درک شرایط افراد و نگرستن از زاویه دید آن‌ها و مهربانی با همراهان بیمار است. هنگامی که پرستار سعی در درک مشکلات و ناراحتی‌های همراهان بیمار دارد و خود را در همان وضعیت همراهان تصور می‌نماید، همدلی احساسی تحقق پیدا می‌کند.

یکی از مؤلفه‌های انتزاع شده «تکریم همراهان بیمار» می‌باشد که به معنی احترام گذاشتن به همراهان بیمار، رعایت ادب و احترام در برخورد با آن‌ها، توجه به انتقادات و پیشنهادها و رعایت عدالت و بردباری در برخورد با آنان است. احترام یک ارزش اخلاقی مشترک میان پرستاران است که کدهای آن در تمام سطوح سازمان پرستاری (محلی، ملی و بین‌المللی) مستند شده است. احترام گذاشتن به خود و دیگران به عنوان جوهره اخلاق عمومی شناسایی شده است و حتی می‌توان گفت که احترام به همراه بیمار منجر به صداقت نسبت به او و تحمل پذیرش انتقاد در برخورد با او می‌شود. صداقت و درستکاری از ارزش‌های پایه‌ای در روابط اخلاقی با دیگران به شمار می‌رود (۱۹). ادب و نزاکت در برخورد با افراد نیز یکی از سرمایه‌های قابل ستایش انسانی است. در حیطة پرستاری نیز رعایت ادب اهمیت والایی دارد (۳۱).

رعایت ادب و نزاکت در برخورد با همراهان بیمار یکی از عوامل ایجاد کننده رضایت آن‌ها از خدمات دریافت شده می‌باشد. تحقیقات بیانگر آن است که در شرایط یکسان فرایند مراقبت، افرادی که رفتاری مؤدبانه و احترام‌آمیز با آن‌ها صورت پذیرفته نسبت به افرادی که چنین برخوردی با آن‌ها نشده است از خدمات ارائه شده توسط بیمارستان رضایت بیشتری داشته‌اند (۳۲). توجه به انتقادات و پیشنهادها همراهان بیمار علاوه بر آن‌که به همراهان بیمار احساس ارزشمند بودن می‌دهد، می‌تواند در ارتقای رضایت آن‌ها از خدمات ارائه شده توسط کادر درمانی و بیمارستان بسیار مؤثر باشد (۳۳). تحقیقات صورت گرفته در این باره نیز بیانگر آن است که توجه به خواسته‌ها و تأمین نیاز همراهان بیمار می‌تواند بر فرایند درمان بیمار تأثیرگذار باشد (۳۵، ۳۴). زیرمؤلفه عدالت از مضامین اخلاقی چالش‌برانگیز در بحث‌های فلسفی و نوعی تعهد اخلاقی می‌باشد و مبتنی بر یک قضاوت منصفانه بین طرفیت قرار دارد که مفهوم آن مورد مناقشه است (۳۴)؛ چرا که ممکن است آن‌چه از نظر پرستار عین عدالت و انصاف باشد از نظر همراه بیمار غیر عادلانه به نظر رسد. بر طبق کدهای اخلاقی انجمن بین‌المللی پرستاری، پرستاران باید بیمار و خانواده وی را به طور مساوی و خوب درمان کنند و صرف‌نظر از ناخوشی

ترویج رفتار اخلاقی و به دنبال آن اخلاق حرفه‌ای، کنکاش در رفتارهای افراد بافضیلتی که از جانب سازمان و کارکنان به عنوان اسوه و الگو یاد می‌شوند و تلاش در جهت معرفی آنان به سایر کارکنان جهت الگوپذیری، می‌تواند راهگشا باشد. بر اساس نتایج حاصل شده، توجه به همراهان بیمار و ارزش قایل شدن برای آن‌ها همواره یکی از دغدغه‌های پرستاران بافضیلت به شمار می‌رود. بنابراین مدیران منابع انسانی می‌توانند با درک رفتارهای اخلاقی انتزاع شده در پژوهش حاضر، سیاست‌های تشویقی مناسبی را جهت اشاعه اخلاق حرفه‌ای طراحی نمایند و مدیریت پرستاری و سرپرستان نیز با درک رفتارهای اخلاقی پرستاران بافضیلت، در اجرای این سیاست‌ها همراه و همگام باشند.

محدودیت‌ها

احتیاط در تعمیم‌پذیری، از محدودیت‌های نتایج حاصل شده از همه مطالعات کیفی است. بنابراین حداکثر تلاش در جهت ارتقای استحکام داده‌های تحقیق انجام پذیرفت. از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، روند بسیار سخت دریافت اجازه‌نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد جهت شروع مصاحبه‌ها بود که انجام تحقیق را مدت زیادی به تعویق انداخت.

تشکر و قدردانی

از مدیریت پرستاری استان خراسان رضوی و همه پرستاران نمونه و بافضیلتی که با سعه صدر پاسخگوی سؤالات محقق و یاریگر او در انجام هرچه بهتر این مطالعه بودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

فرهنگ سازمانی و فعالیت‌های مدیریت منابع انسانی از جمله عواملی هستند که می‌توانند بر همدلی احساسی پرستاران تأثیرگذار باشند. به عبارت دیگر، برقراری و تداوم ارتباط محبت‌آمیز و حمایت‌گرانه پرستار با بیمار مستلزم رعایت انصاف و توجه به پرستار از جانب اداره کنندگان سیستم می‌باشد و این به دور از اخلاق است که از پرستار انتظار رعایت اخلاق داشته باشیم، ولی در مشکلات مقید به رعایت اصول اخلاقی نسبت به او نباشیم (۴۳). در نهایت جوانمردی به معنی فتوت و رادمردی و در پژوهش حاضر به معنی وفای به عهد و کمک داوطلبانه 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 در مواجهه با همراهان بیمار را به تصویر می‌کشد که نه تنها می‌توان از آن به عنوان یک رفتار شهروند سازمانی یاد کرد، بلکه در حد اعلاهی آن تجلی اعتقاد و ایمان قوی پرستاران به خالق یکتای جهان هستی است. در متون دینی از جوانمردی به عنوان صفت مردان خدا و یکی از رفتارهای پسندیده انسانی یاد شده است. امام علی (ع) می‌فرماید: «جوانمرد کسی است که همواره آماده به خدمت بوده و در خدمت‌رسانی به انسان‌ها پیش قدم باشد» (۳۸). این صفت پسندیده در رفتار پرستاران فضیلت‌مند مورد مصاحبه تجلی یافت و نمایانگر یکی از رفتارهای اخلاقی پرستاران می‌باشد که اشاعه آن در میان جامعه پرستاری نه تنها منجر به رضایت بیمار و همراهان او خواهد شد، بلکه بهبود فرایند درمان را نیز به همراه خواهد داشت.

نتیجه‌گیری

تئوری اخلاق فضیلت محور بر این اعتقاد است که جهت

References

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*. Bethlehem, PA: Lehigh University; 2011.
3. Chinn P, Kramer MK. *Theory and nursing: integrated knowledge development*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.
4. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
5. Maroto-Sánchez A. Productivity in the services sector: conventional and current explanations. *Service Industries Journal* 2012; 32: 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 and Behavior* 2013; 23(6): 489-500.
8. Bertland A. Virtue ethics in business and the capabilities approach. *Journal of Business Ethics* 2009; 84(1 Suppl): 25-32.
9. McLaughlin BP. *Supervenience*. New York, NY: John Wiley & Sons, Ltd; 2006.
10. Lyons D. *Mill's utilitarianism: critical essays*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield; 1997.
11. Smith TC. Comprehensive paper presented in partial fulfillment of the requirements for the degree doctor of philosophy [Thesis]. Minneapolis, MN: School of Education Capella University; 2005.
12. Chun R. A corporate's responsibility to employees during a merger: organizational virtue and employee loyalty [Online]. [cited 2009 May 1]; Available from: URL: <http://www.abis-global.org/resources-publications/a-corporates-responsibility-to-employees-during-a-merger-organizational-virtue-and-employee-loyalty>
13. Arjoon S. Virtue Theory as a dynamic theory of business. *Journal of Business Ethics* 2000; 28(2): 159-78.
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* 2014.
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, de Casterle BD. Contribution of ethics education to the ethical competence of nursing students: Educators' and students' perceptions. *Nurs Ethics* 2014.
19. Schroeter K. Ethics in perioperative practice--principles and applications. *AORN J* 2002; 75(4): 818-24.
20. Ware JE, Davies-Avery A, Stewart AL. *The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature*. Santa Monica, CA: The RAND Corporation; 1977.
21. Wen KY, Gustafson DH. Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 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 Couns* 2002; 48(1): 51-61.
24. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
25. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods* 2002; 1(2): 1-19.
26. Sarasvathy D, Simon HA, Lave LB. Perceiving and managing business risks: differences between entrepreneurs and bankers. *Journal of Economic Behavior & Organization* 1998; 33(2): 207-25.
27. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res* 2005; 15(9): 1277-88.
28. Golafshani N. Understanding reliability and validity in qualitative research. *The Qualitative Report* 2003; 8(4): 597-607.
29. Tinsley H, Weiss D. Interrater reliability and agreement of subjective judgments. *Journal of Counseling Psychology* 1975; 22(4): 358-76.
30. Kolbe RH, Burnett MS. Content-analysis research: an examination of applications with directives for improving research reliability and objectivity. *Journal of Consumer Research* 1991; 18(2): 243-50.
31. Mira JJ, Tomas O, Virtudes-Perez M, Nebot C, Rodriguez-Marin J. Predictors of patient satisfaction in surgery. *Surgery* 2009; 145(5): 536-41.
32. Pasco AC, Morse JM, Olson JK. The cross-cultural relationships between nurses and Filipino Canadian patients. *J Nurs Scholarsh* 2004; 36(3): 239-46.
33. Gajic O, Afessa B, Hanson AC, Krpata T, Yilmaz M, Mohamed SF, 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.

34. Bernstein LP. Family-centered care of the critically III neurologic patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America* 1990; 2(1): 41-50.
35. Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002; 30(7): 1413-8.
36. Solomon RC, Murphy MC. What is justice? classic and contemporary readings. Oxford, UK: Oxford University Press; 2000.
37. Lindemann Nelson H, Lindemann Nelson J. The patient in the family: an ethics of medicine and families. 1st ed. New York, NY: Routledge; 1995.
38. Damiano ML, Hutter JJ. 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.
39. Sarajarvi A, Haapamaki ML, Paavilainen E. Emotional and informational support for families during their child's illness. *Int Nurs Rev* 2006; 53(3): 205-10.
40. 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.
41. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 2001; 10(5): 618-27.
42. Mattila E, Kaunonen M, Aalto P, Astedt-Kurki P. The method of nursing support in hospital and patients' and family members' experiences of the effectiveness of the support. *Scand J Caring Sci* 2014; 28(2): 305-14.
43. Davies K. Predictors of secondary traumatic stress (STS) and burnout in paediatric nurses [PhD Thesis]. Southampton, UK: University of Southampton; 2013.

An Analysis of Nurses Ethical Behavior Toward Persons Accompanying a Patient Based on the Theory of Virtue Ethics

Zahra Nikkhah Farkhani¹, Fariborz Rahimniya², Mostafa Kazemi², Ali Shirazi²

Original Article

Abstract

Introduction: Since the concepts of ethics and morality are deeply rooted in professional nursing, upholding such concepts in this sensitive profession would not simply be achieved by developing new codes of ethics. Thus, descriptive researches in different fields capable of exploring latent ethical aspects of the relevant field are deemed essential. Therefore, the main objective of the current research is to explore and identify the ethical components of nurses' behavior towards the persons accompanying the patients at public hospitals of Mashhad, Iran.

Method: The current paper is a descriptive research drawing upon the strategy of content analysis. Semi-structured deep interviews were used to collect data, and in order to analyze the collected data, descriptive content analysis was employed. Since the theory of virtue ethics had a formative influence on the conducting of this research, the research population included all the exemplar nurses at public hospitals in Mashhad. The study samples consisted of 14 nurses.

Results: The 4 main themes of respect for persons accompanying a patient, informational support, magnanimity, and empathy, and 13 sub-categories emerged from data analysis.

Conclusion: As revealed by the findings, virtuous nurses not only felt responsible for the patients, but also for persons accompanying them and their relatives. These nurses had done all in their power to understand the gravity of their situation and console them, and offer them counsel in order to pull through this stressful phase. Moreover, magnanimity towards the persons accompanying the patient was a component, abstracted in this research, which illustrated the virtuous spirit of the nurses.

Keywords: Ethics, Ethical behavior, Nurses behavior with the persons accompanying a patient, Theory of virtue ethics

Citation: Nikkhah Farkhani Z, Rahimniya F, Kazemi M, Shirazi A. **An Analysis of Nurses Ethical Behavior Toward Persons Accompanying a Patient Based on the Theory of Virtue Ethics.** *J Qual Res Health Sci* 2015; 3(4): 363-76.

Received date: 5.8.2014

Accept date: 13.11.2014

1- PhD Candidate, Department of Management, School of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2- Associate Professor, Department of Management, School of Economic and Administrative Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Corresponding Author: Zahra Nikkhah Farkhani, Email: nikkhah.hrm@gmail.com