J Crit Care Nurs. 2020 Dec;13(4)

Published online 2020

**Research Article**

# Ethical Care to Patients with Decreased Levels of Consciousness and its Relationship with Demographic Characteristics of Nurses in Intensive Care Units

**Ali Shafaat[1], Nasrollah Alimohammadi[2*], Mohsen Shahriari[2]**

1. School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*2. Nursing and Midwifery Research Center, Department of Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

*Corresponding author: Nasrollah Alimohammadi, Nursing and Midwifery Research Center, Department of Intensive Care Nursing, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: alimohammadi@nm.mui.ac*

**Abstract**

**Introduction:** The basis of the nursing profession is the observance of ethics in providing care. Therefore, this study aims to investigate providing ethical care to patients with decreased Levels of Consciousness (LOC) and its relationship with the demographic characteristics of nurses in Intensive Care Units (ICUs).

**Materials and Methods:** This cross-sectional study was conducted in 2019. The samples included 70 nurses working in ICUs, who met the inclusion criteria for the study and were selected by simple random sampling. The data collection tool was a two-part researcher-made questionnaire including demographic characteristics ( 6 questions) and 38 questions related to ethical care of patients with decreased LOC in two areas of nurse and professional commitment (20 questions), nurse and clinical services (18 questions). Reliability was obtained by internal consistency and Cronbach's alpha coefficient was obtained to be 0.869. The questionnaire was completed by self-reporting.

**Results:** The results of the study showed that the total score of ethical care is from 108 to 151 with a mean and standard deviation (125/7± 09/ 67) from 152. This means that all nurses had a relatively high score of ethical care. Statistical tests also showed that there was no significant relationship between demographic variables of samples such as age, level of education, marital status and employment status with the total score of ethical care in ICUs ((P> 0.05).

**Conclusion:** According to the findings it can be stated that there is no statistically significant relationship between nurses 'demographic characteristics and patients' ethical care with decreased LOC. It can be concluded that nurses, especially nurses of ICUs who care for patients with reduced LOC, regardless of their different types of demographic variables, feel ethically responsible for providing care to their patients and try to provide care services with the highest ethical standards.

**Keywords:** Intensive care Units, Ethics, Nursing, Demographic Characteristics

Copyright © 2018, Critical Care Nursing. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

**مجله پرستاری مراقبت‌های ویژه**
**دوره ۱۳، شماره۴، ۱۳۹۹**
**صفحات: ۱۰-۱**

# مراقبت اخلاقی از بیماران کاهش سطح هوشیاری و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه

**علی شفاعت[۱]، نصراله علی‌محمدی[۲*]، محسن شهریاری[۲]**

۱ . دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*۲. مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

*نویسنده مسوول:* نصراله علی محمدی، مرکز تحقیقات پرستاری و مامایی، گروه پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

*E-mail: alimohammadi@nm.mui.ac*

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اساس حرفه پرستاری، رعایت اخلاق درارائه مراقبت است. لذا هدف مطالعه بررسی مراقبت اخلاقی از بیماران کاهش سطح هوشیاری و ارتباط آن با مشخصات دموگرافیک پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام شد. نمونه‌ها شامل۷۰ نفر از پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌الزهرا(س)، که دارای معیار ورود به برای پژوهش بودند، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ابزارگردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق ساخته دو قسمتی مشخصات دموگرافیک( ۶ سؤال) و پرسش‌نامه ۳۸ سؤالی مراقبت اخلاقی از بیماران با کاهش سطح هوشیاری در دو حیطه پرستار و تعهد حرفه‌ای(۲۰ سؤال)، پرستار و ارائه خدمات بالینی(۱۸سؤال) بود. روایی پرسش‌نامه مراقبت اخلاقی به روش صوری و محتوا مورد تأیید قرار گفت. پایایی آن نیز به روش هم‌سانی درونی یا ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶۹ به دست آمد. پرسش‌نامه از طریق خود گزارش‌دهی توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل شد.

**یافته‌ها:** دامنه نمره کل مراقبت اخلاقی از ۱۰۸ تا ۱۵۱ و با میانگین و انحراف معیار (۱۲۵/۰۹±۷/۶۷) از ۱۵۲ است. بدین معنی که کلیه پرستاران از نمره مراقبت اخلاقی نسبتاً بالایی برخوردار بودند. هم‌چنین آزمون‌های آماری نشان داد که بین متغییرهای دموگرافیک نمونه‌ها نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و وضعیت استخدامی با نمره کل مراقبت‌های اخلاقی در بخش‌های مراقبت ویژه رابطه معنادار وجود نداشت (P>۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه نشان داد بین مشخصات دموگرافیک پرستاران و مراقبت اخلاقی بیماران با کاهش سطح هوشیاری ارتباط معنادار آماری وجود نداشت، لذا پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که از بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری مراقبت می‌کنند، صرف‌نظر از هر گونه تفاوت در متغیرهای دموگرافیک در ارائه مراقبت به بیماران خود احساس مسئولیت اخلاق نموده و سعی در ارائه خدمات مراقبتی با بالاترین معیارهای اخلاقی می‌نمایند.

**کلیدواژه‌ها:** مراقبت‌های ویژه، اخلاق، پرستاری، مشخصات جمعیت شناختی

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

## مقدمه

سالانه حدود ۲۰ میلیون بیمار مبتلا به کاهش سطح هوشیاری در بیمارستان‌ها پذیرش می‌شوند[۱]؛ که بیش از ۸۵ درصد از ایشان، نیازمند به درمان و مراقبت ویژه دارند[۲] و از آنجایی که این بیماران به دلیل بستری طولانی مدت نیازمند به بستری شدن در بخش مراقبت ویژه و مراقبت‌های پرستاری در جهت حفظ سلامتی و جلوگیری از عوارض هستند، بسیار به پرستار وابسته هستند[۳]. هم‌چنین به دلایلی چون پیچیدگی شرایط بیماران، فرآیند درمان، وجود دستگاه‌ها و تجهیزات الکترونیکی فراوان در بخش‌های مراقبت ویژه، عدم هوشیاری بیماران و وابستگی آنها به مراقبین و دستگاه‌های حمایت حیات، نیازمند توجه جدی پرستاران است[۴]. این در حالی است که فعالیت در بخش‌های ویژه با توجه به شرایط پیچیده و خاص بخش مراقبت‌های ویژه[۵]، پرستاران به دلیل آسیب‌پذیر بودن بیماران مدت زمان زیادی را با بیماران سپری می‌کنند[۶] و با وضعیت‌های بالینی متفاوتی روبرو می‌شوند[۷] لذا توجه به مسائل اخلاق می‌تواند اثر بخشی پرستاران را به عنوان ارائه دهنده مراقبت به بیماران افزایش دهد[۸].

مراقبت امری است مربوط به انسان‌ها که توسط انسان، برای انسان و در مقام انسان صورت می‌پذیرد[۹]. از طرفی مراقبت اخلاقی شامل توجه به ارزش‌های انسانی، وجدان کاری، توجه به ارزش‌های دینی و فرهنگی، پوشش ظاهری، رازداری و مراقبت و خدمات پرستاری است که موجب ارائه مراقبت با کیفیت می‌شود[۱۰] از این رو اخلاق می‌تواند عمده‌ترین توجهات را در پرستاری از بیمار بی‌هوش به خود اختصاص دهد، مسائلی نظیر؛ ایمنی، آسایش، حفظ حریم خصوصی، آرامش و رضایت آگاهانه که هیچ‌گاه به طور مجزا از اقدامات و مسئولیت‌های پرستاری برای بیماران مذکور، در نظر گرفته نمی‌شوند[۱۱]. این امور حاکی از آن است که ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید به رعایت اخلاق در مراقبت بیش از ملاحظات درمانی، توجه ویژه داشت[۱۲] و به جنبه‌های اخلاقی در مراقبت توجه بیشتری شود[۱۳]. کاسترل (De Casterlé) گستره اخلاق پرستاری را به اندازه رعایت تمام شرح وظایف پرستاری می‌داند[۱۴] که به طور مستقیم بر شاخص‌های مربوط به سلامت و بیماری و پیامدهای مرتبط با آنها مؤثر است.

از سوی دیگر به لحاظ تاریخی نیز حرفه پرستاری به دلیل لزوم مراقبت از دیگران ذاتاً حرفه‌ای اخلاقی تلقی می‌شود[۱۵،۱۶]. که به صورت ویژگی‌های فردی در برقراری ارتباط با بیمار، بستگان و همراهان بیمار، همکاران، محیط کار، نمود پیدا کند زیرا که هدف علم اخلاق در حرفه پرستاری بهبود مراقبت‌های پرستاری و هدایت آن در جهت ارتقاء سلامتی بیماران است بنابراین می‌طلبد پرستاران هویت اخلاقی خود را حفظ و تقویت نمایند[۱۷].

در حقیقت، التزام به اخلاق در امر مراقبت، هسته مرکزی ارزش‌های پرستاری بوده و بایستی دانست که ماهیت این حرفه، فراتر از یک مراقبت معمول است[۱۸]. ارزش‌های موجود در حرفه پرستاری ارزش‌هایی هستند که با فعالیت‌های موجود در حرفه در ارتباط هستند. ارزش‌های حرفه‌ای اساس عملکرد پرستاری هستند که تعاملات پرستاران با بیماران، همکاران، سایر افراد حرفه‌ای و عموم مردم را هدایت می‌نمایند و چارچوبی برای تعهد به رفاه بیمار و راهنمایی برای رفتار اخلاقی در جهت تدارک امنیت و مراقبت بشردوستانه فراهم می‌آورند[۱۹]. رعایت آیین اخلاق حرفه‌ای در عملکرد پرستاری، نسبت به سایر مراقبت‌ها حساس‌تر و مهم‌تر است و هرگونه خدشه‌ای در رعایت تعهد و اخلاق حرفه‌ای می‌تواند بهترین خدمات پرستاری را تحت‌الشعاع قرار دهد و برعکس، توجه و حساسیت به آن می‌تواند نقش عمده‌ای در مسیر حرفه‌ای شدن پرستاری ایفا کند[۲۰]؛ این درحالیست که مطالعه خوئینی‌ها و همکاران (سال ۱۳۹۳) در بیمارستان‌های آموزشی و غیر آموزشی شهر قزوین نشان می‌دهد؛ پرستاران در زمینه دانش اخلاقی و عملکرد ضعیف هستند[۲۱].

مطالعه دهقانی و همکاران نیز نشان داد که از دیدگاه بیماران، پرستاران در بعد مسئولیت پذیری۴۰ درصد، در بعد ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار ۴۵ درصد و در بعد احترام به بیمار ۶۹ درصد، آیین اخلاق حرفه‌ای را رعایت می‌نمایند[۲۲]. هم‌چنین نتایج مطالعه محجل اقدم و همکاران نیز نشان داد، از دیدگاه بیماران ۴۱/۸ درصد پرستاران در رعایت موازین اخلاقی هنگام ارائه خدمات بالینی در سطح خوب، ۵۱/۸ درصد در سطح متوسط و ۶/۴ درصد در سطح ضعیف، عمل کرده‌اند[۲۳]. امروزه تمرکز بین‌المللی بر اخلاق و محیط‌های بهداشتی درمانی نیز نشان دهنده افزایش نگرانی‌ها در مورد عدم رعایت موازین اخلاقی است[۲۴]. از آنجائی که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه، مسئول ارائه مراقبت از بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری بر اساس مبانی اخلاقی هستند[۲۵] و با توجه به

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

ویژگی‌های شغلی در پرستاری به طور کل و در پرستاری از بیماران بی‌هوش به طور خاص، ضرورت داشتن یک ارتباط ویژه و مطلوب مبتنی بر اصول اخلاقی بین پرستاران و بیماران کاملاً احساس می‌شود[۹]. لذا این سؤال مطرح است که آیا بین ارائه مراقبت اخلاقی با مشخصات جمعیت شناختی پرستاران ارتباط وجود دارد یا خیر؟ در پاسخ دهی به این سؤال این مطالعه با هدف بررسی ارتباط ویژگی‌های دموگرافیگ پرستاران با مراقبت اخلاقی از بیماران با کاهش سطح هوشیاری در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شده است.

## روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی، با رویکرد تحلیلی بر روی پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه بیمارستان الزهرا(س)، اصفهان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. به این منظور پژوهشگر پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و شماره طرح تحقیقاتی ۳۹۷۵۱۵ به مرکز محیط پژوهش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مراجعه و پس از ارائه معرفی نامه و توضیح درباره اهداف پژوهش به مسئولین و جلب موافقت و همکاری آنها اقدام به نمونه گیری و اجرای مطالعه نمود.

نمونه‌ها شامل۷۰ نفر از بین ۲۲۸ پرستار بود که به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. معیار ورود شامل؛ شاغل بودن به مدت ۶ ماه در بخش‌های مراقبت ویژه (آی سی یو)، علاقه‌مند به شرکت در مطالعه و عدم شرکت هم زمان در مطالعه دیگر بود. هم‌چنین معیار خروج شامل؛ عدم کامل بودن پرسش‌نامه مشخصات فردی بود.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه محقق ساخته دو قسمتی مشخصات دموگرافیک و پرسش‌نامه مراقبت‌های اخلاقی است. قسمت اول شامل، مشخصات جمعیت شناختی مشتمل بر ۶ سؤال درباره (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه خدمت در بخش مراقبت ویژه، نوع استخدام) بود. قسمت دوم، پرسش‌نامه مراقبت‌های اخلاقی بود که از تلفیق دو پرسش‌نامه "استاندارد کیفیت مراقبت پرستاری"[۲۶] و پرسش‌نامه "استاندارد سنجش عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری"[۲۷] و با استفاده از کتاب اخلاق پرستاری و ارتباط حرفه‌ای[۲۸] و کدهای اخلاقی برای پرستاران[۹] جهت طراحی سؤالات استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۳۸ سؤال در رابطه با مراقبت اخلاقی از بیماران با کاهش سطح هوشیاری در دو حیطه پرستار و تعهد حرفه‌ای(۲۰ سؤال)، پرستار و ارائه خدمات بالینی(۱۸سؤال) است. سئوالات پرسش‌نامه بین ۴-۰ امتیاز دارد که بر اساس مقیاس اندازه‌گیری لیکرت ۵ گزینه‌ای به صورت همیشه(۴)، گاهی اوقات(۳)، به ندرت(۲)، هیچ وقت(۱) نمی‌دانم/نظری ندارم(۰) طراحی شد.

این پرسش‌نامه بین ۱۵۲-۰ امتیاز دارد. که نمره بین ۸۰-۰ مربوط به حیطه پرستار و تعهد حرفه‌ای و نمره بین ۷۲-۰ مربوط به حیطه پرستار و ارائه خدمات بالینی است. روایی پرسش‌نامه به روش روایی محتوا تأیید شد. به این ترتیب که ابتدا پرسش‌نامه در اختیار ۱۱ نفر از متخصصان اخلاق، اساتید و کادر پرستاری قرار گرفت و اصلاحات مورد نظر انجام و نهایتاً به تأیید آنها رسید. جهت پایایی نیز پرسش‌نامه در اختیار ۲۰ نفر از پرستاران با فاصله زمانی ۲۰ روز قرار گرفت و با روش آزمون مجدد پایایی محاسبه شد که هم‌سانی درونی یا ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶۹ به دست آمد.

جهت نمونه‌گیری، به نمونه‌های مورد مطالعه، اطلاعات کافی در مورد اهداف مطالعه، اهمیت آن و نیز محرمانه بودن اطلاعات شخصی و پاسخ‌های آنان، ارائه داده و رضایت کتبی اخذ شد. سپس پرسش‌نامه از طریق خود گزارش دهی توسط نمونه‌های مورد پژوهش تکمیل شد. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار $SPSS_{18}$ انجام شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و درصد توزیع فراوانی(تحلیلی) آنالیز واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی اسپیرمن، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون t مستقل، با سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

این مطالعه به منظور بررسی مراقبت اخلاقی از بیماران با کاهش سطح هوشیاری بستری در بخش‌های مراقبت ویژه (ICU) انجام شده است. نتایج نشان داد نمونه‌های مورد مطالعه در دامنه سنی ۲۳ تا ۵۰ (۶/۴۶±۳۵/۴۱) سال قرار داشتند.

هم‌چنین میانگین و انحراف معیار سابقه کار در بخش مراقبت ویژه (۶/۱±۹/۲۲) سال بودند. اکثر واحدهای پژوهش خانم (۹۷/۱درصد)، متأهل (۷۴/۳درصد)، دارای مدرک کارشناسی(۸۸/۶ درصد) و دارای وضعیت استخدامی از نوع قراردادی (۴۲/۹ درصد) بودند.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

همچنین نتایج نشان داد که دامنه نمره کل مراقبت اخلاقی از ۱۰۸ تا ۱۵۱ و با میانگین و انحراف معیار (۷/۶۷±۱۲۵/۰۹) از ۱۵۲ به دست آمد (جدول شماره ۱).

به علاوه کلیه پرستاران از نمره مراقبت اخلاقی نسبتاً بالایی برخوردار بودند(جدول شماره ۲).

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی نحوه ارائه مراقبت اخلاقی و همچنین ارتباط آن با ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه در مراقبت از بیماران با کاهش سطح هوشیاری انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه در مراقبت از بیماران با کاهش هوشیاری هم در کسب امتیاز کلی و به طور خاص در حیطه‌های تعهد حرفه‌ای و ارائه خدمات بالینی از نمره مراقبت اخلاقی نسبتاً بالایی برخوردارند. از آنجائی که رعایت مراقبت اخلاقی در

**جدول شماره ۱: میانگین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران**

| ابعاد مراقبت اخلاقی | میانگین | انحراف معیار |
|---|---|---|
| نمره کل | ۱۲۵/۰۹ | ۷/۶۷ |
| تعهد حرفه‌ای | ۶۶/۱۰ | ۴/۲۰ |
| ارائه خدمات بالینی | ۵۸/۹۹ | ۴/۳۲ |

ضریب همبستگی پیرسون نیز نشان داد که بین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن با سن(P=۰/۸۱) و سابقه کار (P=۰/۳۸) در بخش‌های مراقبت ویژه رابطه معنادار وجود نداشت. ضمناً ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین نمره

**جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی بین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن با سن، سابقه کار در ICU و سطح تحصیلات**

| ابعاد مراقبت اخلاقی | سن | | سابقه کار در ICU | | سطح تحصیلات | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | r | P | r | P | r | P |
| نمره کل | -۰/۰۲۹ | ۰/۸۱ | -۰/۱۰۷ | ۰/۳۸ | ۰/۱۶۶ | ۰/۱۷ |
| تعهد حرفه‌ای | -۰/۰۳۸ | ۰/۷۵ | -۰/۰۷۵ | ۰/۵۴ | ۰/۱۲۵ | ۰/۳۰ |
| ارائه خدمات بالینی | -۰/۰۱۳ | ۰/۹۱ | -۰/۱۱۷ | ۰/۳۴ | ۰/۱۸۷ | ۰/۱۲ |

کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن با سطح تحصیلات نیز رابطه معنادار وجود نداشت (P= ۰/۱۷) آزمون t مستقل نشان داد که میانگین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن بین پرستاران متأهل و مجرد اختلاف معنادار نداشت (P=۰/۸۹) (جدول شماره۳).

پرستاری، موجب فراهم کردن رضایت بیماران و برآوردن نیازهای روحی و جسمی آنان است؛ از این رو تقریباً تمام متون پرستاری به نوعی به رعایت مسائل اخلاقی در ارائه مراقبت‌ها اشاره کرده‌اند. این امر حاکی از آن است که ماهیت پرستاری به گونه‌ای است که باید به رعایت اخلاق در مراقبت بیش از

**جدول شماره ۳: میانگین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن به تفکیک وضعیت تأهل پرستاران**

| ابعاد مراقبت اخلاقی | وضعیت تأهل | | |
|---|---|---|---|
| | آزمون t مستقل | | |
| | t | df | P |
| نمره کل | ۰/۱۴ | ۶۷ | ۰/۸۹ |
| تعهد حرفه‌ای | ۰/۳۱ | ۶۷ | ۰/۷۶ |
| ارائه خدمات بالینی | ۰/۰۵ | ۶۷ | ۰/۹۶ |

آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نیز نشان داد (جدول شماره۴) که میانگین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و ابعاد آن بین پرستاران با وضعیت‌های مختلف استخدامی تفاوت معنادار نداشت (P=۰/۸۳).

ملاحظات درمانی، توجه ویژه داشته باشند[۲۹] با این وجود مطالعات نشان می‌دهد در بعضی از محیطهای ارائه مراقبت، معیارهای اخلاقی در بین پرستاران از امتیاز کمتری برخوردار است. به طوری که در مطالعه‌ای که در ترکیه انجام شده است نشان می‌دهد رعایت بعضی از معیارهای اخلاق حرفه‌ای در بین

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

پرستاران به خوبی صورت نمی‌گیرد و ۷۵/۳ درصد پرستاران خود را به بیماران معرفی نمی‌کنند و هم‌چنین حق حریم خصوصی بیماران، فقط در ۶۸/۱ موارد حفظ شده است[۳۰]. هم‌چنین در مطالعه دیگری، نتایج نشان داد که بیماران، بیان نمودند که استقلال آنها به خوبی توسط پرستاران رعایت نمی‌شود[۳۱]

مراقبت ویژه، و با نمره میانگین نسبتاً بالا، یک‌سان عمل می‌کنند.

در راستای نتایج مطالعه حاضر مطالعه‌ای که توسط زیرک و همکاران انجام شد نیز بین مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، محل تحصیل) با سطح تکامل اخلاقی و ملاحظات بالینی در تصمیم‌گیری اخلاقی

**جدول شماره ٤: میانگین نمره کل مراقبت‌های اخلاقی و اَبعاد آن به تفکیک وضعیت استخدامی پرستاران**

| ابعاد مراقبت‌های اخلاقی | وضعیت استخدامی | میانگین | انحراف معیار | آزمون آنالیز واریانس یکطرفه | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | F | df | P |
| نمره کل | رسمی | ۱۲۵/۱۹ | ۶/۲۶ | ۰/۳۷ | ۴ و ۶۵ | ۰/۸۳ |
| | پیمانی | ۱۲۶/۵۴ | ۵/۸۷ | | | |
| | قراردادی | ۱۲۴/۰۷ | ۸/۶۷ | | | |
| | شرکتی | ۱۲۷/۱۲ | ۱۰/۵۸ | | | |
| | طرحی | ۱۲۴/۴۰ | ۴/۲۲ | | | |
| تعهد حرفه‌ای | رسمی | ۶۵/۷۵ | ۲/۹۱ | ۱/۱۵ | ۴ و ۶۵ | ۰/۳۴ |
| | پیمانی | ۶۷/۶۴ | ۳/۳۲ | | | |
| | قراردادی | ۶۵/۱۳ | ۴/۷۱ | | | |
| | شرکتی | ۶۷/۶۲ | ۵/۷۱ | | | |
| | طرحی | ۶۷/۲۰ | ۲/۶۸ | | | |
| ارائه خدمات بالینی | رسمی | ۵۹/۴۴ | ۴/۰۲ | ۰/۲۸ | ۴ و ۶۵ | ۰/۸۹ |
| | پیمانی | ۵۸/۹۱ | ۳/۲۴ | | | |
| | قراردادی | ۵۸/۹۳ | ۴/۷۳ | | | |
| | شرکتی | ۵۹/۵۰ | ۵/۶۳ | | | |
| | طرحی | ۵۷/۲۰ | ۳/۴۲ | | | |

نتایج مطالعه هندرسون و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که معیارهای اخلاقی توسط پرستاران، از جمله شأن و کرامت بیماران به خوبی رعایت نمی‌شود و پرستاران در هنگام مراقبت، ضمن بی‌اعتنای به بیماران، ایشان را با صدای بلند و الفاظ نامناسب می‌خوانند[۳۲]. به نظر می‌رسد که علت این تناقض در مطالعات با نتایج مطالعه حاضر شاید مربوط به گوناگونی جوامعی باشد که نمونه‌های پژوهشی از بین آنان انتخاب شده‌اند. از جمله دلایل می‌توان به فرهنگ حاکم بر جامعه و شاید هم عوامل مدیریتی و سازمانی اشاره نمود که این امور نیازمند به انجام مطالعات بیشتری است.

اما بین مشخصات جمعیت شناختی پرستاران (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی، سابقه کار) با ارائه مراقبت اخلاقی، و مراقبت در حیطه تعهد حرفه‌ای و ارائه خدمات بالینی ارتباط معناداری وجود ندارد. به این معنی که پرستاران با سوابق کاری مختلف، وضعیت استخدامی متفاوت و حتی با جنس و در سنین متفاوت در ارائه خدمات مراقبت اخلاقی به بیماران با کاهش سطح هوشیار بستری در بخش‌های

ارتباط آماری معناداری یافت نشد[۳۳]. هم‌چنین در پژوهش انجام شده توسط مریر (Meurier) و همکاران نیز نشان داده شد، بین رعایت معیارهای حرفه‌ای بالینی و متغیرهایی مانند سن و سابقه کار و جنس ارتباط معناداری وجود ندارد[۳۴]. در مطالعه تفاق و همکاران نیز مشخص شد که؛ بین میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای و متغیرهایی هم‌چون سن، جنسیت، بخش و سابقه‌کاری پرستاران ارتباط معنادار آماری وجود ندارد که؛ هم‌سو با مطالعه حاضر است[۳۵]. هم‌چنین در مطالعه دهقانی و همکاران نیز تحت عنوان رعایت معیارهای اخلاق حرفه‌ای از دیدگاه بیماران و پرستاران در حیطه‌های مسئولیت پذیری، ارتقاء کیفیت مراقبت از بیمار، احترام به بیمار، بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران از جمله سن، سابقه کار، وضعیت تأهل، سمت شغلی و بخش محل کار از یک طرف و کیفیت عملکرد اخلاقی از طرف دیگر ارتباط معناداری یافت نشد که با نتایج مطالعه حاضر هم‌سو است[۳۶]. در مطالعه‌ای که توسط ایزدی و همکاران با هدف میزان حساسیت پرستاران در تصمیم‌گیری بالینی و همبستگی آن با رفتار مراقبتی در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد. در این مطالعه نیز بین نمره حساسیت اخلاقی و ابعاد آن (بعد صداقت و خیرخواهی، به

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری اخلاقی، میزان دانش حرفه‌ای، میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار) با سن، وضعیت تأهل، سابقه کار، سطح تحصیلات رابطه معناداری وجود نداشت. هم‌چنین نمره رفتار مراقبتی پرستاران با وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن، سابقه کار، رابطه معنادار نداشت و هم‌سو با مطالعه حاضر است[۳۷]. هم‌چنین در مطالعه حسنیان و همکاران نیز نشان داده شد که بین جنس و سطح تحصیلات با مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران در ابعاد (مسئولیت‌پذیری اخلاقی، قانونی، اقتصادی، نوع دوستانه) ارتباط معنادار آماری وجود ندارد و جنسیت و سطح تحصیلات ارتباطی با مسئولیت‌پذیری اجتماعی پرستاران ندارد[۳۸].

البته در یک سری از مطالعات انجام شده، نتایج نشان داده‌اند که بعضی از متغیرهای جمعیت شناختی با ارائه مراقبت اخلاقی بیماران ارتباط وجود دارد. برای مثال؛ در مطالعه شارعی‌نیا و همکاران مشخص شد که؛ بین نمره کل ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی مراقبت پرستاری با متغیرهای جمعیت‌شناختی هم‌چون جنس، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و بخش محل کار ارتباط معناداری وجود ندارد اما با وضعیت استخدام پرستاران ارتباط معناداری وجود دارد که با این مطالعه هم خوانی ندارد (P=0.001). به این معنی که نمره کل ارزش‌های حرفه‌ای و اخلاقی مراقبت پرستاری در پرستارانی که استخدام رسمی بودند، نسبت به دیگر وضعیت‌های استخدام بیشتر بود[۳۹].

هم‌چنین در مطالعه خاکی و همکاران نیز هر چند بین وضعیت کیفیت مراقبت پرستاری با متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت تأهل، نوبت کاری، مدرک پرستاری، وضعیت استخدامی و سابقه خدمتی پرستاران رابطه معناداری وجود نداشت، اما کیفیت مراقبت پرستاری پرستاران متأهل و پرستاران با نوبت کاری ثابت بهتر از کیفیت مراقبت پرستاری، پرستاران مجرد و پرستاران با نوبت کاری در گردش بود. البته این تفاوت به لحاظ آماری معنادار نبود هم‌چنین کیفیت مراقبت پرستاری، پرستاران زن بهتر از کیفیت مراقبت پرستاری، پرستاران مرد بود. که با این مطالعه هم‌سو است[۴۰].

در مطالعه برهانی و همکاران نیز به این نتیجه دست یافتند که؛ بین متغیرهای جمعیت‌شناختی پرستاران بر توانایی استدلال اخلاقی آنها در مراقبت تأثیر معناداری نداشته است[۴۱]. در پژوهش حسن‌پور و همکاران نیز بین جنس، سن، وضعیت تأهل، سابقه کار و میزان تحصیلات پرستاران با حساسیت اخلاقی در تصمیم‌گیری اخلاقی، در جهت مراقبت بیماران رابطه معناداری وجود ندارد[۴۲]. هم‌چنین در مطالعه الله‌یاری و همکاران نشان داد که؛ بین هیچ یک از متغیرهای جمعیت‌شناختی و ارزش‌های حرفه‌ای پرستاران (مراقبت، حرفه‌ای شدن، عمل‌گرایی، اعتماد، عدالت) ارتباط آماری معنی‌داری جود ندارد و هم‌سو با مطالعه حاضر است[۱۹]. در انجام مطالعه با توجه به اینکه نمونه‌های مورد نیاز از جامعه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بودند و با توجه به ماهیت رشته پرستاری و شیفت‌های در گردش آنان مشکل نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها وجود داشت که برای حل این مشکل هماهنگی با مترون و سرپرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان صورت گرفت. هم‌چنین عدم وجود پرسش‌نامه استاندارد مراقبت اخلاقی از بیماران با کاهش سطح هوشیاری از دیگر محدودیت‌ها بود که تیم تحقیق به واسطه تجربه‌کاری در بخش‌های مراقبت ویژه و انجام تحقیقات و مطالعات دیگر در زمینه مراقبت‌های اخلاقی و با بکارگیری ظرفیت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان آن را تدوین نمود.

## نتیجه‌گیری

موضوع مراقبت و اخلاق آن چنان با هم آمیخته شده است که مراقبت کردن خود موضوعی اخلاقی و یکی از ارزش‌های اخلاقی محسوب می‌شود. مراقبت، نمودی از امری است که در اخلاق پرستاری نقشی محوری دارد. با توجه به نتایج مطالعات و یافته‌های مطالعه حاضر و اینکه مشخص شد بین مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران و مراقبت اخلاقی بیماران با کاهش سطح هوشیاری ارتباط معنادار آماری وجود ندارد می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه که از بیماران مبتلا به کاهش سطح هوشیاری مراقبت می‌کنند، صرف‌نظر از هر گونه تفاوت در متغیرهای جمعیت‌شناختی در ارائه مراقبت به بیماران خود احساس مسئولیت اخلاق می‌کنند و سعی در ارائه خدمات مراقبتی با بالاترین معیارهای اخلاقی می‌نمایند.

## ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه جهت رعایت ملاحظات اخلاقی پس از تأیید موضوع پژوهش و کسب اجازه، محقق با حضور در بخش مراقبت‌های ویژه مراکز بیمارستان الزهرا(س) و آیت ا..کاشانی اصفهان به مشارکت کنندگان در مطالعه اطلاعات کافی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات و مختار بودن ایشان در انجام مطالعه توضیحات داده شد و پس از اخذ رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اقدام به مطالعه شد.

## تشکر و قدرانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با شماره مصوب ۳۹۷۵۱۵ و کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.306 است که؛ با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است. تیم تحقیق مراتب قدردانی و تشکر خود را از حمایت معاونت محترم پژوهشی دانشگاه و هم‌چنین مسئولین محترم بیمارستان‌های وابسته به

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و هم‌چنین پرستاران شرکت کننده در مطالعه که موجب انجام این مطالعه شدند اعلام می‌دارد.

**تعارض منافع:** به این وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

## منابع


1. Amany A.Abdelrahman, Zeinab A.Mohammed, Mervat A. Abdelaziz & Mona A. Ahmad. Assessment of Nurses' Knowledge and Practices Regarding Care Of Patients with Diabetic Coma. Assiut Scientific Nursing Journal.2020; 8(20):167-174.
2. Alghamdi M, Ghaleb M, Elmetwaly S. Assessment of Intensive Care Nurse Knowledge and Perception of Eye Care Practice for Unconscious and Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care Units in Saudi Arabi. Journal of Nursing and Health Sciences. 2018; 4(1):15-23.
3. Braun M, Schmidt WU, Möckel M, Römer M, Ploner CJ, Lindner T. Coma of unknown origin in the emergency department: implementation of an in-house management routine. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2016; 24(1):1-8.
4. Bayatmanesh H, Zagheri Tafreshi M, Mnoochehri H, Akbarzadeh Baghban A. Evaluation of Patient-Related Nursing Care with Standards in Intensive Care Unit (ICU). Armaghane danesh. 2017; 22(3):375-89.
5. Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. International journal of nursing studies. 2013; 50(12):1720-6.
6. Mahmoodi Shan G, Alhani F, Kazemnejad A. Ethics in nurses' lifestyle: a qualitative study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2009; 2(4):63-78.
7. Coombs M, Grech C. Ethical issues in critical care. ACCCN's Critical Care Nursing. 2016: 106.
8. Jamshidian F, Shahriari M, Aderyani MR. Effects of an ethical empowerment program on critical care nurses' ethical decision-making. Nursing ethics. 2019; 26(4):1256-64.
9. Jolaee S, bakhshandeh B, mohammadebrahim M, asgarzadeh M, vasheghanifarahani A, shariat E. Nursing code of ethics in Iran: the report of an action research. ijme. 2010; 3 (2):45-53
10. Khoeiniha Fatemeh. "Evaluation of the performance of nurses in special wards (CCU, ICU and emergency) of teaching and non-teaching hospitals in Qazvin".2015: Based on the synergy model.
11. Ashktorab, T. Sadeghi, R. Roles of Ethical codes in nurse anesthetist development. J Qual Res Health Sci. 2011; 11:65-73.
12. Baillie L, Ford P, Gallagher A,Wainwright P. Nurses' views on dignity in care. Nursing older people. 2009; 21(8):22-9
13. Mohajjel Aghdam A, Hassankhani H, Zamanzadeh V, Khameneh S, Moghaddam S. Nurses' performance on iranian nursing code of ethics from patients' perspective. Iran Journal of Nursing. 2013; 26(84):1-1.
14. De Casterlé BD, Izumi S, Godfrey NS, Denhaerynck K. Nurses' responses to ethical dilemmas in nursing practice: meta-analysis. Journal of advanced nursing. 2008; 63(6):540-9.
15. Afshar L, Joolaee S, Vaskouei K, Bagheri A. Nursing ethics priorities from nurse's aspects: a national study. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 6(3):54-63.
16. Gallagher A, Tschudin V. Educating for ethical leadership. Nurse education today. 2010; 30(3):224-7.
17. Mohammadpour Y, Shams E, Abbasi M, Kazemi N. The Survey of Ethical among Nursing Students in Urmia University of Medical Science. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 11(5):398-403.
18. Eskandari Sh, Heidari M, Nezarat S, Mousavi M, Harizavi Ma, Zahedi A. Attitude Of Nursing Students To Ethics Codes, Commitment To Ethics Of Care And Academic Dishonesty In Abadan School Of Medical Sciences During 2016. Medical Ethics and History of Medicine. 2016;9(3):55-64.
19. Allahyari Bayatiani F, Fayazi S, Jahani S, Saki Malehi A. The relationship between the personality characteristics and the professional values among nurses affiliated to Ahwaz University of Medical Sciences in 2014. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 14(5):367-78.


[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

20. Ravani Pour M, Vanaki Z, Afsar L, Azemian A. The standards of professionalism in nursing: the nursing instructors' experiences. Evidence Based Care. 2014; 4(1):27-40.
21. Zahedi F, Sanjari M, Aala M, Peymani M, Aramesh K, Parsapour A. ... Dastgerdi M.V. The code of ethics for nurses. Iranian journal of public health.2013; 42(Supple1), 1-8.
22. Dehghani A, Ordoubadi N, Shamsizadeh M, AM Nasab P. Talebi M. Perspective of patients about compliance with standards of professional ethics in nursing practice. Journal of nursing education. 2014; 3(2), 76-84.
23. Mohajjel Aghdam A. Hassankhani H. Zamanzadeh, V. Khameneh S. Moghaddam S. Nurses' performance on iranian nursing code of ethics from patients' perspective. Iran Journal of Nursing. 2013; 26(84), 1-11.
24. Parandeh A. Khaghanizade M. Mohammadi E. Mokhtari-Nouri J. Nurses' human dignity in education and practice: an integrated literature review. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2016: 21(1), 1-8.
25. Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. Iranian journal of nursing and midwifery research. 2013; 18(1):1-8.
26. Rezaei M. "Study of the effect of spiritual intelligence on the quality of nursing care in educational and medical hospitals in Bandar Abbas". Master Thesis, Islamic Azad University, Hormozgan. Science and Research Campus.2014:116-125
27. Esmaeilpourzanjani, S, Mashouf S, Khaki S. "Evaluation of Professional Ethics Observance in Nursing Practice from Nurses and Patients' Point of View in Shahid Beheshti University of Medical Sciences' Teaching Hospitals. Iranian Journal of Medical Education. 2015:15(0): 447-459.
28. Bagheri I, Gol Aghaei F, Motavaripour P. Nursing ethics and professional communication". Tehran Publications (Heidari), First Edition .2015; ISBN 5-46-7815-600-978.
29. Baillie, L. Ford, P. Gallagher, A. Wainwright, P. Nurse's views on dignity in care. Nurse Older People.2009; 21 (8): 22-9.
30. Kuzu N, Ergin A, Zencir M. Patient's awareness of their rights in a developing country. Public Health.2006; 120 (4):290–296.
31. Lemonidou C, Merkouris A, Leino-Kilpi H, Valimaki M, Dassen T, Gasull M, et al. A comparison of surgical patient's and nurse's perceptions of patients' autonomy, privacy and informed consent in nursing interventions. Clinical Effectiveness in Nursing 2003; 7(2):73-83.
32. Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. Maintenance of Patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff– patient observations and patient feedback through interviews. Int J Nurs Pract. 2009; 15(4):227-30.
33. Zirak M, Moghaddsiyan S, Abdollahzadeh F, Rahmani A. Moral development of nursing students of Tabriz University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(4):45-55.
34. Meurier CE, Vincent CA, Parmar DG. Learning from errors in nursing practice. Journal of advanced nursing. 1997; 26(1):111-9.
35. Tefag M, Nikbakht Nasrabadi A, Mehran A, Dinmohammadi N. Investigation of the ethical practice in medication process among nurses. Hayat. 2005; 10 (4): 77-85[persian].
36. Dehghani A, Radbeh F, Parviniannasab AM, Khaki S, Shamsizadeh M, Beyramijam M. Enactment of professional ethics standards compliance in patients and nurses prospective. Journal of Holistic Nursing And Midwifery. 2015; 25(4):64-72.
37. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. Iranian journal of medical ethics and history of medicine. 2013; 6(2):43-56.
38. Hassanian ZM, Sadeghi A, Bagheri A, Moghimbeighi A. Nurses' social responsibility and its relationship with their demographic profiles. Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care. 2017; 25(2):45-53.
39. Shareinia H, Khodadadi E, Nedaei H, Hosseini M. Professional and ethical values in providing nursing care from nurses' perspective. Iran Journal of Nursing. 2018; 31(112):44-55.
40. Khaki S, Esmaeilpourzanjani S, Mashouf S. Nursing cares quality in nurses. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2018; 3(4):1-4.
41. 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.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]

42. Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2011; 4(5):58-64.

[ Downloaded from mail.jccnursing.com on 2026-11-13 ]