Religion and Health

ORIGINAL ARTICLE

2021, Vol: 9, No: 1, Pages: 24-36.

Nurses' Experiences of Moral Conflicts in the Educational and Medical Centers of Mazandaran University of Medical Sciences in 2019

Fereshteh Araghian Mojarad[1], Seyed Hossein Hosseini Karnami[2], Roya Malekzadeh[3*], Touraj Assadi[4], Maryam Khazaee-Pool[5], Ghasem Abedi [6], Seyedeh Mohadeseh Nabavi[7]

1- Assistant Professor, Traditional and Complementary Medicine Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences. Sari, Iran
2- Assistant Professor, Department of Islamic Studies, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3- Ph.D. in Health Services Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
4- Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
5- Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
6- Associated Professor, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
7- Master of Health Services Management, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

***Corresponding Author:**
Roya Malekzadeh
Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email:
roya.malekzadeh30@yahoo.com

Received: 13 Oct 2020
Revised: 02 Mar 2021
Accepted: 24 May 2021

Abstract

Background and Purpose: The health care environment is changing rapidly, and nurses are exposed to a variety of ethical issues and moral conflicts. Therefore, the present study aimed to explain the experiences of nurses regarding moral conflicts in the educational and medical centers of Mazandaran University of Medical Sciences in 2019.

Materials and Methods: The present qualitative study was conducted in educational and medical centers of Mazandaran province. Semi-structured interviews were used to collect data. Inclusion criteria include nurses with at least one year of work experience in the hospital who were willing to share their experiences of moral conflicts. Graneheim, U.H., and Lundman, B. Qualitative Content Analysis were used for analyzing the content.

Results: In the present study, in-depth and semi-structured interviews were conducted with 22 participants (16 women and 6 men). In total, 3 main themes and 11 sub-themes were extracted from the data analysis. The subjects include "organization-related factors", "factors related to effective communication", "dilemma of morality versus law".

Conclusion: According to the findings of this study, managers and other members of the healthcare team should support nurses in the face of ethical challenges. Furthermore, continuous in-service training courses should be provided for nursing staff.

Keywords: Conflicts, Morality, Nurses, Qualitative research

▶ **Citation:** Araghian Mojarad F, Hosseini Karnami SH, Malekzadeh R, Assadi T, Khazaee-Pool M, Ghasem Abedi GH, Nabavi SM. Nurses' Experiences of Moral Conflicts in the Educational and Medical Centers of Mazandaran University of Medical Sciences in 2019. Religion and Health, Spring & Summer 2021; 9(1): 24-36 (Persian).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

دین و سلامت
مقاله پژوهشی اصیل
دوره ۹، شماره ۱، سال ۱۴۰۰ صفحه: ۳۶-۲۴.

تبیین تجربیات پرستاران از تعارضات اخلاقی در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۹۸

فرشته عراقیان مجرد[۱]، سید حسین حسینی کارنامی[۲]، رویا ملک‌زاده[۳*]، تورج اسدی[۴]، مریم خزائی پول[۵]، قاسم عابدی[۶]، سیده محدثه نبوی[۷]

۱- استادیار، مرکز تحقیقات طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲- استادیار، گروه معارف اسلامی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳- دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴- استادیار، گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵- استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۶- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۷- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بیمارستانی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

* مؤلف مسئول:
رویا ملک زاده
معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

Email:
roya.malekzadeh30@yahoo.com

دریافت: ۲۲ مهر ۱۳۹۹
اصلاحات: ۱۲ اسفند ۱۳۹۹
پذیرش: ۰۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

سابقه و هدف: امـروزه محیط مراقبت بهداشتی به‌سرعت در حال تغییر است و پرستاران روزانه در عملکردشان با مسائل و موضوعات اخلاقی متعددی مواجه هستند و در معرض خطر تعارضات اخلاقی قرار دارند. این مطالعه با هدف تبیین تجربیات پرستاران از تعارضات اخلاقی در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کیفی است که در مراکز آموزشی درمانی استان مازندران انجام شد. محقق برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده کرد. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستارانی بود که حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان داشتند و ضمن تمایل به انجام مصاحبه، قادر به بیان تجربیات خود در خصوص تعارضات اخلاقی بودند. به‌منظور تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانهیم و لوندمن استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه با ۲۲ شرکت‌کننده (۱۶ زن و ۶ مرد) مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته انجام شد. از تحلیل داده‌ها ۳ درون‌مایه اصلی و ۱۱ درون‌مایه فرعی استخراج شد. درون‌مایه‌های اصلی این پژوهش شامل «عوامل مرتبط با سازمان»، «عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر» و «دوراهی بین اخلاق و قانون» بود.

استنتاج: با توجه به یافته‌های این مطالعه، مدیران و سایر اعضای تیم بهداشـت و درمان باید از پرستاران هنگام مواجهه با چالش‌های اخلاقی حمایت کنند و دوره‌های آموزشی حین تحصیل و دوره‌های آموزشی مداوم برای شاغلان پرستاری برگزار کنند.

واژه‌های کلیدی: اخلاق، تعارضات، پرستاران، تحقیق کیفی

◀ **استناد:** عراقیان مجرد، فرشته؛ حسینی کارنامی، سید حسین؛ ملک‌زاده، رویا؛ اسدی، تورج؛ خزائی پول، مریم؛ عابدی، قاسم؛ نبوی، سیده محدثه. تبیین تجربیات پرستاران از تعارضات اخلاقی در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران سال ۱۳۹۸. دین و سلامت، بهار و تابستان ۱۴۰۰؛۹(۱): ۳۶-۲۴ (فارسی).

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

مقدمه

اخلاق شاخه‌ای از علـوم انسـانی است که در آن از ارزش‌ها و رفتارهای انسانی بحث می‌شود. دیدگاه اصلی در اخلاق مربوط به چرایی عملکرد افراد بـر پایـه اعتقـادات فردی یا اجتماعی است که از سوی بسیاری از سازمان‌های حرفه‌ای و کمیته‌های اخلاقی تدوین می‌شود (۱). از بحث‌برانگیزترین مسائل دهه‌های اخیر فلسفه اخلاق، تعارضات اخلاقی است که از گذشته تاکنون مورد توجه اندیشمندان بوده است (۲). منظور از تعارض اخلاقی هرگونه ناسازگاری بین انگیزه و تمایلات، روش‌های تربیتی، ارزش‌ها و عمل به تکلیف و مسئولیت اخلاقی است. تعارض اخلاقی تداخل ارزش‌های اخلاقی در موقعیت عمل اخلاقی و تعارض بین انگیزه‌های درونی و اخلاقی فرد است (۳).

حرفه پرستاری فراتر از دانش یا انجام مجموعه‌ای از مهارت‌ها و فن‌های حرفه‌ای است (۲). در انجام مراقبت جامع‌نگر لازم است علاوه بر نیازهای جسمی، ارزش‌ها، باورها و اعتقادات بیمار کانون توجه پرسـتاران باشد (۴). امـروزه محیط مراقبت بهداشتی به‌سرعت در حال تغییر است و پرستاران روزانه در عملکرد خودشان با مسائل و موضوعات اخلاقی متعددی مواجه هستند (۵) و در معرض خطر تضاد اخلاقی مراقبت از بیمار قرار دارند که احساسی ناراحت‌کننده است (۶).

نتایج مطالعه مقایسه‌ای درباره ادراکات پرستاران از مشکلات اخلاقی در چین و سوئیس نشان می‌دهد در بعضی حوزه‌های اخلاقی مبتنی بر فرهنگ و اعتقادات تفاوت‌هایی وجود دارد، ضمن اینکه پرستاران چینی حین و بعد از کار بیشتر عصبی، ناراضی و غمگین بودند؛ اما هر دو گروه مشکلات اخلاقی عدم ارتباط مناسب با بیماران ناشی از بار کاری زیاد را تجربه کرده بودند (۷،۸). از پرستاران انتظار می‌رود در حل چالش‌های اخلاق حین مراقبت نقش فعالی داشته باشند و مهارت‌ها و روش‌های حرفه‌ای را همراه با دانش اخلاقی در بالین به کار گیرند و این نقش را جزء وظایف شغلی خود بدانند (۹،۱۰). عواملی نظیر شخصیت، ارزش‌ها، نبود دانش اخلاق، عدم حساسیت درباره حقوق بیماران (۱۱) و ساختار بیمارستان، قدرت پرستاران را در فرایند تصمیم‌گیری‌های اخلاقی هنگام رویارویی با مشکلات محدود می‌کند. پرستاران باید برای دستیابی به مصلحت بیمار، خارج از حدود وظایف شغلی‌شان تلاش کنند (۱۲).

در مقابل، عوامل متعددی به مشارکت فعال پرستاران در حل چالش‌های اخلاقی حین مراقبت از بیمار منجر می‌شود. محققان یکی از مهم‌ترین این عوامل را آگاهی از اصول اخلاق حرفه‌ای بیمار و اخلاق پرستاری را متجلی در کدهای اخلاقی حرفه‌ای می‌بینند (۱۴، ۱۳) و کدهای اخلاقی را به‌عنوان راهنمای اخلاق عملکردی و ارزش‌های مشترک پرستاران معرفی می‌کنند (۱۰). همچنین تصور اینکه شغل پرسـتاری موجب شود فرد به‌خودی‌خود، برای ارائه رفتار اخلاقی در این حرفه توانایی ذاتی داشته باشد، نادرست است (۱۵). ازآنجاکه پرستاران نسبت به سایر حرفه‌های مراقبت بهداشتی، ارتباط بیشتری با بیماران و همراهان دارند و در عملکرد مراقبتی روزانه خود با موقعیت‌های اخلاقی پیچیده‌ای روبه‌رو می‌شوند، واکاوی و تبیین دقیق آن مراقبت‌ها همواره مدنظر است (۱۶).

تاکنون مطالعه‌ای کیفی در خصوص تعارضات اخلاقی در پرستاران انجام نشده است. با توجه به ماهیت پژوهش کیفی در کشف و شناخت پدیده‌های کمتر شناخته‌شده و مسائلی که اطلاعات اندکی درباره آن‌ها وجود دارد و با توجه به نقش و جایگاه پرستاران، خصوصاً در مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ضرورت بررسی این موضوع با مطالعه کیفی مهم به نظر رسید. لذا مطالعه اخیر با هدف تبیین تجربیات پرستاران از تعارضات اخلاقی در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۸ انجام شد. یافته‌های این پژوهش به مسئولان حرفه پرستاری کمک می‌کند با برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر در زمینه کنترل این موضوع، تعارضات اخلاقی را کاهش دهند و به این صورت از پیامدهای مضر آن بکاهند. لذا این مطالعه با هدف تبیین تجربیات پرستاران از تعارضات اخلاقی در مراکز آموزشی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر کیفی و از نوع تحلیل محتوایی است. جامعه پژوهش شامل مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته استفاده شد و مصاحبه حدود ۳۰ تا ۴۰ دقیقه و بسته به وضعیت شرکت‌کننده انجام شد. روند مصاحبه در محیط بیمارستان در فضایی آرام و مناسب انجام شد تا در درمان بیماران تداخل ایجاد نکند. سؤال‌های مصاحبه شامل این موارد بود: لطفاً درباره محیط کاری خود کمی توضیح دهید؛ تجربه‌ای از تعارضات اخلاقی در یک روز کاری را بیان کنید؛ تعارضات اخلاقی در چه شرایطی ایجاد می‌شود؟ در زمان تعارضات اخلاقی چه می‌کنید؟ بقیه سؤالات پیگیری‌کننده و اکتشافی بر اساس داده‌هایی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، به‌منظور روشن‌ترشدن مفهوم و عمیق‌ترشدن روند مصاحبه مطرح شد.

محققان برای کسب تجارب غنی شرکت‌کنندگان از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و با حداکثر تنوع استفاده کردند. تنوع از نظر مقطع تحصیلی، سابقه کار، سمت، نوع استخدام، جنسیت، بخش، تأهل و بیمارستان رعایت شد. نمونه‌های پژوهش شامل پرستارانی بودند که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و قادر بودند تجربه خود را از تعارضات اخلاقی در بالین بیان کنند. نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت یا تا جایی که دیگر با ادامه مصاحبه، داده جدیدی استخراج نمی‌شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرستارانی بود که حداقل یک سال سابقه کار در بیمارستان داشتند و ضمن تمایل به انجام مصاحبه، قادر به بیان تجربیات خود در خصوص تعارضات اخلاقی بودند. معیار خروج از مطالعه عدم علاقه افراد به ادامه مطالعه بود. به‌منظور تحلیل محتوا از رویکرد کیفی گرانهیم و لوندمن (Graneheim & Lundman) استفاده شد (۱۷) که به‌صورت زیر بود:

۱- محقق مصاحبه‌ها را مکتوب کرد و آن‌ها را چندین بار مطالعه کرد تا شناخت کاملی از آن به دست آورد.

۲-کل مصاحبه‌ها به‌عنوان واحد تحلیل در نظر گرفته شدند. منظور از واحد تحلیل، یادداشت‌هایی است که قرار است تحت تحلیل و کدگذاری قرار بگیرد.

۳- پاراگراف‌ها، جملات یا کلمات واحد معنایی محسوب می‌شوند. واحد معنایی مجموعه‌ای از کلمات و جملات است که از نظر محتوایی با یکدیگر در ارتباط هستند و با توجه به محتوا و مفادشان جمع‌بندی شده و در کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند.

۴- در مرحله بعد، واحدهای معنایی با توجه به مفهوم نهفته در آن‌ها به سطح انتزاع و مفهوم‌پردازی رسیدند و با کدها نام‌گذاری شدند.

۵-کدها از نظر تشابه و تفاوت‌هایشان با یکدیگر مقایسه شدند و تحت طبقات انتزاعی‌تر با برچسب مشخص دسته‌بندی شدند.

۶- درنهایت با مقایسه طبقات با یکدیگر و تأمل دقیق و عمیق روی آن‌ها، محتوای نهفته درون داده‌ها با عنوان درون‌مایه مطالعه معرفی شد.

برای افزایش دقت مطالعه از معیارهای اعتبار، اعتماد، تأییدپذیری و قابلیت انتقال استفاده شد (۱۸). پژوهشگر با شرکت طولانی‌مدت و تعامل کافی با شرکت‌کنندگان، جمع‌آوری اطلاعات معتبر و تأیید اطلاعات توسط شرکت‌کنندگان، تلاش کرد بر اعتبار تحقیق بیفزاید. به‌منظور افزایش اعتماد داده‌ها، از تکرار گام‌به‌گام و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و بازبینی توسط افراد صاحب‌نظر استفاده شد. برای افزایش معیار تأییدپذیری داده‌ها از تأیید اساتید هیئت‌علمی دانشگاه و نظرات تکمیلی آنان استفاده شد. قابلیت انتقال داده‌ها با تلاش برای ارائه توصیف غنی از گزارش تحقیق به‌منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه‌ها انجام شد تا محققان دیگر نیز بتوانند تجربه پرستاران را از تعارضات اخلاقی درک کنند و امکان دستیابی به مشابه آن را داشته باشند؛ همچنین نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان به صورت گفته‌شده، ارائه شد.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۲ پرستار (۱۶ زن و ۶ مرد) با محدوده سنی ۲۶ تا ۵۶ سال در مصاحبه عمیق و نیمه ساختاریافته شرکت کردند (جدول ۱). در ابتدا ۱۰۵۶ واحد معنایی و ۱۰۱ زیرطبقه استخراج شد. پس از کاهش، حذف و ادغام‌های صورت‌گرفته در مراحل مختلف، ۳ درون‌مایه اصلی و ۱۱ طبقه استخراج شد. درون‌مایه‌های اصلی این پژوهش شامل «عوامل مرتبط با سازمان»، «عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر» و «دوراهی بین اخلاق و قانون» بود (جدول ۲).

عوامل مرتبط با سازمان

یکی از یافته‌های به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های فردی و جمعی، عوامل مرتبط با سازمان بود. این درون‌مایه شامل ۴ طبقه «بی‌عدالتی مسئولان، عدم نظارت مسئولان، کمبود و چینش

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

شرکت‌کننده	سن	جنس	سابقه کار	نوع بخش	سمت
۱	۲۶	زن	۲	داخلی	پرستار
۲	۳۳	زن	۶	اورژانس	پرستار
۳	۲۹	مرد	۶	اورژانس	پرستار
۴	۴۰	زن	۱۲	ICU	پرستار
۵	۳۸	زن	۱۰	ICU	پرستار
۶	۴۵	زن	۱۸	جراحی	سرپرستار
۷	۵۶	مرد	۲۹	جراحی	سرپرستار
۸	۳۶	زن	۱۰	چشم	پرستار
۹	۳۲	زن	۸	نورولوژی	پرستار
۱۰	۳۹	مرد	۱۰	ICU	پرستار
۱۱	۳۱	زن	۹	اورژانس	پرستار
۱۲	۳۷	زن	۱۳	اتاق عمل	پرستار
۱۳	۴۲	زن	۱۶	داخلی	پرستار
۱۴	۴۶	مرد	۲۰	جراحی	پرستار
۱۵	۲۸	زن	۵	ارتوپدی	پرستار
۱۶	۳۵	مرد	۱۲	ارتوپدی	پرستار
۱۷	۳۹	زن	۱۶	داخلی	پرستار
۱۸	۳۰	زن	۶	اطفال	پرستار
۱۹	۴۰	زن	۱۴	اورژانس	پرستار
۲۰	۴۲	مرد	۱۵	نورولوژی	پرستار
۲۱	۲۷	زن	۲	ENT	پرستار
۲۲	۳۶	زن	۱۲	اورژانس	پرستار

جدول ۲: درون‌مایه اصلی و درون‌مایه فرعی آن‌ها

درون‌مایه اصلی	درون‌مایه فرعی
عوامل مرتبط با سازمان	بی‌عدالتی مسئولان کمبود و چینش نامناسب نیرو آموزشی‌بودن مرکز
عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر	عدم برقراری ارتباط برای ارائه آموزش عدم مهارت در ارائه خبر بد توقع زیاد بیمار و همراه خشونت همراهان
تنگناهای بین اخلاق و قانون	نادیده‌گرفتن خطای کارکنان بالینی احیای اجباری بیماران ترجیح کارکنان به کارهای نوشتاری عدم پذیرش ریسک قانونی

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

نامناسب نیرو، کمبود امکانات مرکز و آموزشی‌بودن مرکز» بود.

بی‌عدالتی مسئولان

تقریباً تمامی کارکنان به عوامل مرتبط با سازمان به‌عنوان چالش‌های تجربه‌شده اشاره داشتند. در این میان شرکت‌کنندگان به بی‌عدالتی مسئولان اشاره کردند که به شکل‌های مختلف (تبعیض رفتاری بین بیماران، تبعیض در دادن هتلینگ و خدمات، انتخاب نامناسب مسئولان و ...) نمود یافت. نقل‌قول برخی از شرکت‌کنندگان به قرار زیر بود:

«موضوعی که اذیتم می‌کنه اینه که مثلاً شخص عادی که به اورژانس مراجعه می‌کنه، قبض می‌گیره، معطل می‌شه و طبق نوبت ویزیت می‌شه، ولی اگر مریض خاصی بیاد، بلافاصله بالاترین مقام علمی کشیک اون لحظه می‌بینتش. خود من به‌شخصه اذیت می‌شم» (م۲).

«در زمان برگزاری کارگاه تحلیل ریشه‌ای خطا، برخورد با پزشک خیلی آروم و بااحتیاط هست، درصورتی‌که با سایر کادر درمان با تحکم صحبت می‌شه. این عدالته؟» (م۱۲).

کمبود و چینش نامناسب نیرو

از مواردی که منجر به چالش‌های اخلاقی در کارکنان می‌شد، کمبود نیرو و چینش نامناسب نیروها بود. آن‌ها بیان می‌کردند که در برخی مواقع، کمبود نیرو مانع صرف وقت برای بیماران می‌شود که به‌صورت تنش برای پرستار نمود می‌یابد. یکی از شرکت‌کنندگان این‌گونه بیان می‌کند:

«خب قاعدتاً نمی‌رسم که خواسته‌های بیمار رو برآورده کنم، درصورتی‌که خیلی وقت‌ها مریضا با یه لبخند آروم می‌شن، ولی واقعاً وقت نمی‌شه اون طوری که می‌خوای برای مریض وقت بذاری» (م۱۷).

آموزشی‌بودن مرکز

از دیگر یافته‌های این مطالعه، تأکید کارکنان به آموزشی‌بودن مرکز بود. آن‌ها معتقد بودند به دلیل آموزشی‌بودن مرکز و یادگیری رده‌های مختلف فراگیران، شاهد دیر ویزیت‌شدن بیماران و درمان و مراقبت نادرست و برخی چالش‌های اخلاقی هستند و سعی در برطرف‌کردن یا کنترل آن دارند. شرکت‌کنندگان معتقد بودند:

«مریضی که زخم پای دیابتی داره، یه کارشناس زخم می‌خواد می‌دن دست اینترن، اینترنی که هیچ آموزشی ندیده، یعنی فقط سرم شست‌وشو می‌ریزه، گاز می‌ذاره روش و پانسمان می‌کنه. ... یعنی اگر مراقبت درستی باشه، شاید جلوی آمپوته پا گرفته بشه» (م۱۴).

«تو مرکز آموزشی دانشجو داریم. اساتید باید سر کلاس برن و برخی مهارت‌ها را هم مجبورند بر بالین بیمار آموزش بدن. تو پراتیک میسر نیست اینا همه وقت‌گیره. حتی ممکنه ویزیت‌ها به‌موقع انجام نشه» (م۱۲).

عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر

از دیگر یافته‌های حاصل از این مطالعه، عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر بود. این درون‌مایه شامل ۴ طبقه «عدم برقراری ارتباط برای ارائه آموزش، عدم مهارت در ارائه خبر بد، توقع زیاد بیمار و همراه و خشونت همراهان» است.

عدم برقراری ارتباط برای ارائه آموزش

بیشتر شرکت‌کنندگان به عدم مهارت در برقراری ارتباط با بیمار و عدم آموزش‌های مؤثر در خصوص بیماری و عوارض و راه‌های مدیریت درد اشاره کردند:

«اکثر پزشکان می‌گویند ما در زمان اینترنی و حتی رزیدنتی، در خصوص مهارت‌های ارتباطی، آموزش خاصی ندیده‌ایم. بهتره که این مورد به‌صورت کارگاهی آموزش داده بشه تا بتونن با بیماران ارتباط برقرار کنن» (م۱۳).

«صحبت‌کردن و توضیح‌دادن و آموزش‌دادن برای بیماران خوبه؛ اما اکثراً مهارت برقراری ارتباط با بیمار و

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

آموزش به بیمار را ندارن» (م۱).

«یه چیزی که همیشه به همکارا می‌گم، اینه که حتی اگر دو سه بار مسکّن زدی و جواب نداد، ... وقتی چند دُز زده شد و بیشتر از این نمی‌تونی مسکن بزنی ...، از عوارضش بگو و لااقل همراه بیمار رو از نظر روانی ... آروم کن» (م۶).

«عدم پاسخگویی پزشکان به سؤالات بیمار و همراه و عدم تکمیل فرم‌های رضایت آگاهانه دربرخی از پزشکان دیده می‌شه» (م۷).

عدم مهارت در ارائه خبر بد

از مواردی که اشاره شد، ارائه خبر بد مانند فوت یا بیماری صعب‌العلاج یا ناعلاج به بیمار و خانواده بیماران است که واکنش‌های نامناسب بیمار و خانواده را دربر دارد و این خودش چالشی برای کادر درمان است. شرکت‌کنندگان گفتند:

«یه بخشی اینه که ما و حتی پزشکان خبردادن فوت بیمار را بلد نیستیم و چالش‌ها تو این شرایط بیشتر می‌شه» (م۵).

«یک روز به همراه بیمار که پشت در بخش ویژه بود، گفتم متأسفانه بیمارتون فوت کردن که یک‌وقت متوجه شدم همراه پشت در بخش غش کرد» (م۱۱).

توقع زیاد بیمار و همراه

از موارد دیگر توقع بیش‌ازحد بیمار و خانواده بیماران است که بدون درنظرگرفتن نوع بیماری و شرایط بیمار فکر می‌کنند باید بیمارانشان در بیمارستان حتماً نجات یابند یا انتظار خارج از شرح وظایف از پرستار دارند. برخی از نقل‌قول‌های شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود:

«مریض تو خیابون ارست کرد و فوت کرد، ولی همراه مریض فکر می‌کنه ما مریض رو باید زنده تحویل بدیم» (م۲).

«برخی از بیماران و همراهان انتظار نابجا از پرستاران مثل تعویض لباس و بدپن از همکاران دارند» (م۲۰).

گذشت در قبال رفتار خشونت‌آمیز همراهان

پرستاران بیان کردند که برخی اوقات در معرض رفتار خشونت‌آمیز همراهان قرار می‌گیرند که به دلیل درک شرایط بیمار و خانواده سعی می‌کنند سکوت و گذشت کنند؛ درصورتی‌که رفتار توهین‌آمیز و خشونت‌آمیز علیه کادر درمان جرم محسوب می‌شود و حق شکایت برایشان محفوظ است. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان:

«یه وقتی سر یه دقیقه دیرکردن پزشک، هر چی دم دستشون باشه، پرتاب می‌کنن. مجبوریم سکوت کنیم یا به نگهبان زنگ بزنیم» (م۹).

«هفته پیش بیمار هیستریک که فکر می‌کرد فشارش بالاست، ساعت ۴ صبح مراجعه کرد؛ اما سه چهارتا از همکارا فشارش رو کنترل کردن و نرمال گزارش شد، ولی اون بلند شد و دمپاییش رو پرتاب کرد و پرستار خانم مجبور شد پشت پرده قایم شه. واقعاً نمی‌دونیم چه کار کنیم، گذشت کنیم؟ از بیمار و همراهش شکایت کنیم؟ (م۱۹).

«یک روز همراه بیمار به دلیل دیرشدن ویزیت بیمار، پرونده بیمار را محکم روی میز زد که خیلی ترسیدم. واقعاً نمی‌دونستم چه کار باید کنم» (م۱۸).

تنگناهای بین اخلاق و قانون

از دیگر یافته‌های منتج از این مطالعه، تنگناهای بین اخلاق و قانون بود. این درون‌مایه شامل ۴ طبقه «نادیده‌گرفتن خطای کارکنان بالینی، دستور عدم احیای بیماران، ترجیح کارکنان به کارهای نوشتاری و عدم پذیرش ریسک قانونی» بود.

نادیده‌گرفتن خطای کارکنان بالینی

برخی از همکاران نیز شاهد برخی از خطاها از سایر همکاران هستند، ولی به‌خاطر ترس از مشکلات قانونی و سازمانی برای همکار، سعی در پنهان‌کردن آن دارند. بر اساس تجربیات برخی از شرکت‌کنندگان:

«یک ماه پیش یکی از همکاران، سرم بیمار را اشتباه به بیمار انفوزیون کرد که سریع قطع کردم و بهش هم

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

یادآور شدم، ولی چیزی به مسئولمون نگفتم؛ چون ممکن بود در ارزشیابی و دریافتی همکارم تأثیر بذاره. از طرفی هم برای بیمار خیلی ناراحت شدم تا آخر شیفت سعی می‌کردم مراقب کارهای همکارم باشم» (م۲۱).

«ترس از پیش‌آمدن مشکلات قانونی، عامل مهمی برای چشم‌پوشی از خطای همکارم است» (م۱۸)

.

دستور عدم احیای بیماران

شرکت‌کنندگان گفتند که برخی موارد به دلیل کاهش فشار روانی و ترس از کوتاهی در نجات جان بیمار، با وجود محرزشدن فوت بیماران، بیمار فوت‌شده را احیا می‌کنند که علاوه بر کاهش فشار روانی به خانواده بیمار، احتمال درگیری بین همراهان و کادر درمان و شکایت قانونی را کاهش دهند. شرکت‌کننده در این خصوص عنوان کرد:

«هفته قبل یه مریض فوتی داشتیم که ۱۱۵ از خیابون آوردش و ما طبق قانون ۲۵ دقیقه CPR کردیم و ختم CPR اعلام شد» (م۳).

برخی از شرکت‌کنندگان در خصوص عدم نیاز بیمار در مرحله انتهایی حیات بیان کردند که زمانی که پزشک شفاهی بیان می‌کند که نیاز به اقدامات احیا نیست، برای جلوگیری از عذاب وجدان و مشکلات قانونی بیمار را احیا می‌کنند. همچنین شرکت‌کننده‌ای ابراز داشت:

«گاهی اوقات دکتر می‌گه اگر مریض نیاز به CPR نداشت، دیگه اذیتش نکنین، ولی خب ما CPR رو انجام می‌دیم؛ چون مکتوب ننوشته و هم اینکه از عذاب وجدان می‌ترسیم» (م۴).

ترجیح کارکنان به کارهای نوشتاری

برخی از شرکت‌کنندگان گفتند:

«ما به‌خاطر اعتباربخشی مجبوریم توجه بیشتری به نوشتن فرم‌ها و گزارش‌ها داشته باشیم. درصورتی‌که دلمون پیش مریضمونه» (م۱۵).

«سوپر میگه طبق سنجه باید اینو بنویسی، اونو بنویسی. من چه کار کنم؟ دارویی که تو یه ساعت باید بره، شوت می‌کنم تو نیم ساعت بره، نیم ساعت دیگه رو می‌ذارم برای ثبت پرونده» (م۱۶).

عدم پذیرش ریسک قانونی

برخی از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که برخی مواقع مجبورند برای بیمار کاری خارج از شرح وظایف انجام دهند که ممکن است مشکلات قانونی و سازمانی برای آن‌ها ایجاد کند. شرکت‌کنندگان بیان کردند:

«زمانی که بخوایم کمکی به مریض بکنیم و کاری رو خارج از وظایفمون برای بیمار انجام بدیم، اگر خارج از شرح وظایفمون باشه، ترس وجود داره که اگر به دنبالش اتفاق ناخوشایندی بیفته، مدیریت از ما حمایت می‌کنه؟» (م۱۰).

«من می‌ترسم کاری خارج از شرح وظیفم انجام بدم؛ چون اگر اتفاقی برای مریض بیفته، علاوه بر مشکل قانونی که برام پیش می‌آید، عذاب وجدان می‌گیرم» (م۱۷).

برخی نیز شاهد عدم پذیرش ریسک بیهوشی و جراحی هنگام شیفت شب در بیماران بدحال هستند که در حقیقت نشان‌دهنده گریز احتمالی پزشکان از مسائل قانونی و شکایت همراهان در بیماران بدحال است. بر مبنای گفته‌های شرکت‌کنندگان:

«ساعت ۲ صبح بیمار ناشتا اومده و می‌خواد جنرال بشه، ولی پزشک بیهوشی می‌خواد اسپاینال کنه؛ چون خطرات بیهوشی رو اون موقع شب نمی‌خواد تحمل کنه» (م۱۲).

«یه مطلب دیگه که باعث آزارم می‌شه اینه که مریض نصفه‌شب می‌آید و جراح نمی‌خواد ... ریسک جراحی را بپذیره و ساعت ۳ صبح بیمار اعزام می‌شه. خیلی دلم می‌خواد بدونم اگر خانواده خودشون هم بودن، همین کار رو می‌کردن» (م۲۲).

بحث

نتایج مطالعه حاضر در تبیین تجربیات پرستاران در خصوص تعارضات اخلاقی به یافته‌ها، شامل ۳ درون‌مایه اصلی و ۱۲ طبقه می‌شود. درون‌مایه‌های اصلی این

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پژوهش شامل «عوامل مرتبط با سازمان»، «عوامل مرتبط با ارتباط مؤثر» و «دوراهی بین اخلاق و قانون» بود. یافته‌ها نشان می‌دهد عوامل متعدد سازمانی از عوامل ایجادکننده تعارضات اخلاقی است. بی‌عدالتی مسئولان، کمبود و چینش نامناسب نیرو و آموزشی‌بودن مرکز از تجربیات درک‌شده کارکنان بود.

تبعیض رفتاری بین بیماران و عدم رعایت اعتدال بین کارکنان از موارد ایجادکننده تعارض اخلاقی در کارکنان بود. طبق اصل عدالت، بیمارانی که تشخیص مشابه یا نیاز مراقبتی مشابه دارند، باید یک نوع مراقبت دریافت کنند. یکی از موانع عدالت در نظام مراقبتی، وجود پدیده غیراخلاقی بیمار سفارشی است. لذا اولین گام برای مبارزه با پدیده غیراخلاقی بیمار سفارشی، معرفی آن به‌عنوان کاری نادرست و غیرقابل‌پذیرش است (۱۹). پایه و اساس یک رابطه تعاملی موفق بین کارکنان و سرپرستاران، عدالت است. هنگامی‌که کارکنان رفتار عادلانه دریافت کنند، تصمیم‌های سازمانی را بهتر می‌پذیرند. بسیاری از نابسامانی‌ها و بهره‌وری کم کارکنان به شکل‌های متفاوت در بی عدالتی سازمانی نهفته است (۲۰).

از دیگر مضامین به‌دست‌آمده، کمبود و چینش نامناسب نیرو در ایجاد تعارض اخلاقی بود. نیروی انسانی ناکافی، پرستاران را برای پاسخگویی به نیازهای بیماران و مراقبت مناسب آن‌ها دچار مشکل می‌کند. در چنین وضعیتی پرستاران نمی‌توانند مراقبت‌هایی را ارائه دهند که به اعتقادشان حق بیماران است. کمبود نیروی پرستاری و افزایش حجم کار پرستاران سبب می‌شود پرستاران وقت خود را بیشتر برای انجام کارهای اولیه و اساسی بیمـاران صرف کنند و امکان ارتباط با بیمار و توجه به تمام نیازهای او کاهش یابد که درنهایت به عدم رضایت شغلی، محیط کاری پراسترس، افزایش خطای دارویی و کاهش مراقبت بهینـه از بیماران منجر می‌شود. عباس‌زاده در مطالعه مروری در سال ۱۳۹۴ تأکید کرده است کمبود پرستاران چالشی جدی برای نظام سلامت است (۲۱)؛ بنابراین، در برنامه‌ریزی نیروی انسانی پرستاری باید به جذب و استخدام پرستاران جدید توجه ویژه شود تا نیروی انسانی باتجربه و جوان هم‌پوشانی شوند (۲۲).

از دیگر عوامل ایجادکننده بروز تعارض اخلاقی، آموزشی‌بودن مرکز (وجود دانشجویان گروه پزشکی در محیط بالینی) است. آموزش بالینی بخشی از فرایند آموزش پزشکی است و طی آن دانشجو در کنار استاد بر بالین بیمار حضور می‌یابد و با انجام معاینه و مصاحبه و گرفتن شرح‌حال به یادگیری می‌پردازد. مطالعات نشان می‌دهد برقراری عدالت در محیط آموزشی بالینی نیازمند تعامل بین استاد، بیمار و دانشجو است. در این شیوه بیمار قبلاً از هدف آموزش دانشجو مطلع می‌شود و آگاهانه رضایت می‌دهد. همچنین به راحتی و آرامش بیمار توجه می‌شود و استاد تا انتهای جلسه بر بالین بیمار حاضر است (۲۳).

در این مطالعه بیان شد که پرستاران ارتباط مؤثر با بیماران بخصوص برای آموزش به بیمار را نمی‌دانند. نتایج پژوهش آتش‌زاده و همکاران در زمینه کیفیت مراقبت‌های پرستاری نشان داد ارتباط پرستاران با بیماران کم شده است (۲۴). Danielson و Hallin (۲۰۰۷) نیز بیان کردند که کیفیت مراقبت پرستاری به ارتباط بین پرستار و بیمار بستگی دارد و دربرگیرنده اطمینان از ارائه مراقبت‌های همه‌جانبه به بیمار است (۲۵). یکی دیگر از یافته‌های پژوهش، عدم برقراری ارتباط برای ارائه آموزش است که در مطالعات مختلف به نداشتن مهارت کافی و توانایی در برقراری ارتباط با بیمار توسط کادر درمانی اشاره شده است (۲۹-۲۶).

یکی دیگر از یافته‌های تحقیق، عدم مهارت برای ارائه خبر بد است. یکی از شرایطی که حساسیت پرستاران را نسبت به شرایط و موقعیت‌های اخلاقی می‌طلبد، ارائه خبر ناگوار به بیمار و خانواده او است (۳۰). خبر ناگوار شامل اطلاعاتی در زمینه سلامتی یا بیماری فرد است که نگرش او را به آینده بیماری‌اش تغییر می‌دهد و چه‌بسا او را به سمت بدترشدن شرایط بیماری سوق دهد (۳۱). در مطالعه محمدی (۲۰۱۲) میانگین مهارت پرستاران بخش

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

ویژه برای ارائه خبر بد در سطح متوسط بود. ازآنجایی‌که پرستاران مدت‌زمان طولانی را همراه بیمار می‌گذرانند و به‌عنوان منبع مهم برای ارائه خبر بد به بیماران محسوب می‌شوند (۳۲)، لذا داشتن این مهارت تأثیر بسزایی در کاهش تعارضات اخلاقی خواهد داشت.

از دیگر یافته‌های تحقیق، خشونت همراهان بود. عمده‌ترین واکنش پرستاران به اعمال خشونت، اطلاع به نگهبانی، انجام‌ندادن هیچ کاری و دعوت مهاجم به آرامش گزارش شد. به نظر می‌رسد این یافته‌ها نیز تأییدکننده یافته‌های قبلی است که پرستاران معمولاً در برخورد با موارد خشونت اقدام خاصی انجام نمی‌دهند یا مهاجمان را به آرامش دعوت می‌کنند (۳۶-۳۳).

از دیگر یافته‌های این مطالعه، تنگناهای بین اخلاق و قانون بود. این درون‌مایه شامل ۴ طبقه «نادیده‌گرفتن خطای کارکنان بالینی، دستور عدم احیای بیماران، ترجیح کارکنان به کارهای نوشتاری و عدم پذیرش ریسک قانونی» است. گزارش خطا توسط پرستاران برای کاهش وقوع خطاهای مشابه و پیامدهای سوء آن‌ها بسیار مهم است (۳۷). شناسایی نوع خطاها توسط تصمیم‌گیرندگان مراکز درمانی در کاهش آن مؤثر است و توجه و حساسیت بیشتری را به این موضوع برمی‌انگیزد (۳۸). گزارش خطای کاری علاوه بر بهبود کیفیت مراقبت از بیماران و حفظ ایمنی آن‌ها، گنجینه اطلاعاتی ارزشمندی در راستای پیشگیری از بروز خطاهای آتی است (۳۹،۴۰). زابلی و همکاران (۲۰۱۵) بیشترین دلایل عدم گزارش خطا توسط پرستاران را نامتناسب‌بودن واکنش مدیران پرستاری با شدت اشتباه و وجود مسائل قانونی مرتبط دانسته‌اند (۴۱).

یکی از تعارضات تجربه‌شده توسط پرستاران، دستور عدم احیای بیمار است. مطالعات نشان می‌دهد طرز برخورد با بیمارانی که روزها و ساعات پایانی عمر خود را می‌گذرانند، همواره برای کادر درمان یک معضل به‌حساب می‌آید (۴۲). مطالعه پیمانی و همکاران (۲۰۱۴) به این موضوع اشاره دارد که در کشور ما به‌خاطر ارزش‌ها و اعتقادات دینی، عدم احیای بیماران به تبیین دقیق‌تری نیاز دارد تا از سردرگمی تیم درمان بکاهد و ضرورت دستورالعملی مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی را نشان دهد (۴۳).

از دیگر تجربیات بیان‌شده، ترجیح کارکنان به کارهای نوشتاری است. ثبت گزارش‌های کامل، دقیق و به‌موقع برای قضاوت درباره اینکه بیمار مراقبت‌های موردنیاز و ضروری را دریافت کرده، امری روشن است (۴۴). از نظر حقوقی عملکرد تیم پزشکی با ثبت موارد قابل اثبات است و موردی پذیرفته می‌شود که خوب گزارش و ثبت شده باشد. با توجه به اهمیت گزارش‌نویسی در پرستاری، وقت زیادی از پرستاران صرف نوشتن وقایع و اقدامات می‌شود، به‌طوری‌که آن‌ها کمتر فرصت رسیدگی مستقیم به بیماران دارند (۴۵). با توجه به کمبود وقت و بار کاری زیاد، گاهی پرستار ممکن است وظایفی را انجام دهد که در قبال انجام‌ندادن آن‌ها مؤاخذه می‌شود (۴۶).

با توجه به ماهیت کیفی مطالعه، احتمال فراموشی برخی خاطرات یا عدم تمایل پرستاران برای بیان واقعی برخی تجربیات و احساسات وجود دارد که محدودیتی برای تحقیق در نظر گرفته می‌شود.

نتیجه‌گیری

از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت پرستاران در معرض تعارضات اخلاقی مختلف قرار دارند. به‌طورکلی لازم است پرستاران در برخورد با تعارض‌های اخلاقی بـه قوانین و مقررات موجود، منابع انسانی و مادی نیز توجه کنند تا بتوانند با توجه به این عوامل تصمیمی به دور از تعارض اخلاقی بگیرند. ازآنجاکه تعارضات اخلاقی در عملکرد بالینی پرستاران اجتناب‌ناپذیر است و پیامدهای تعارضات اخلاقی پرستاران ممکن است در عملکرد و کیفیت ارائه خدمات به بیماران تأثیر منفی فراوانی داشته باشد، لذا باید به آموزش‌های مسائل اخلاقی و چگونگی تصمیم‌گیری برای حل آن‌ها در آموزش‌های دوران تحصیل پرداخته شود.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

پیشنهادات

لازم است مدیران و سایر اعضای تیم بهداشت و درمان، پرستاران را در مواجهه با چالش‌های اخلاقی بالین همواره موردحمایت قرار دهند و برای اینکه پرستاران نقش‌های حرفه‌ای و اخلاقی خود را به‌منظور تأمین مراقبت ایمن و اخلاقی ایفا کنند، نیاز به گذراندن دوره‌های آموزشی حین تحصیل و دوره‌های آموزشی مداوم است.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اعلام می‌کنند در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن هویت شرکت‌کنندگان، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام مسئولان و کارکنان پرستاری مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران به‌خاطر حمایت از طرح تشکر می‌شود. این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.6081 است.

References

1. Callister LC, Luthy KE, Thompson P, Memmott RJ. Ethical reasoning in baccalaureate nursing students. Nursing Ethics. 2009; 16 (4):499-510.
2. Bahrami M, Gharamaleki F. Conceptual analysis of moral dilemmas. Iranian Journal of Medical Ethics and History. 2012; 5 (2):32-44.
3. Jahandar F, Mohtashami J, Atashzadeh-Shorideh F, Pishgooie SA. Effectiveness of the negotiating style on ICU nurses' moral conflict in selected hospitals of Guilan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2016; 9 (1):37-49.
4. Chaloner C. An introduction to ethics in nursing. Nursing Standard (through 2013). 2007; 21 (32):42.
5. Dehghani A, Ordoubadi N, Shamsizadeh M, Parviniyan Nasab A, Talebi M. Perspective of patients about compliance with standards of professional ethics in nursing practice. Journal of Nursing Education. 2014; 3 (2):76-84.
6. Guido GW. Legal and ethical issues in nursing. New Jersey: Pearson; 2006.
7. Silén M, Tang PF, Ahlström G. Swedish and Chinese nurses' conceptions of ethical problems: a comparative study. Journal of Clinical Nursing. 2009; 18 (10):1470-9.
8. Taylor C, Lynn P, Bartlett J. Fundamentals of nursing: The art and science of person-centered care. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2018.
9. Lewenson SB, Truglio-Londrigan M, Singleton J. Practice what you teach: a case study of ethical conduct in the academic setting. Journal of Professional Nursing. 2005; 21 (2):89-96.
10. Numminen OH, Leino-Kilpi H, van der Arend A, Katajisto J. Nurse educators' teaching of codes of ethics. Nurse Education Today. 2010; 30 (2):124-31.
11. Sadeghi R, Ashk Torab T. Ethical problems observed by nurses, nursing students: a qualitative approach. Journal of Medical Ethics. 2011; 5 (15):43-62.
12. McCrink A. Nursing student attitudes towards academic misconduct, the code of ethics for nurses and their commitment to the ethic of caring. [Doctoral Dissertation]. New York: Dowling College; 2008.
13. Borhani F, Alhani F, Mohammadi E, Abbaszadeh A. Professional ethical competence in nursing: the role of nursing instructors. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2010; 3:1-8.
14. Joolaee S, Hajibabaee F. Patient rights in Iran: a review article. Nursing Ethics. 2012;

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

19 (1):45-57.
15. Jahanpour F, Khalili A, Ravanipour M, Nourouzi L, Khalili M, Dehghan F. Investigating awareness amount of nursing students of medical sciences university of Bushehr about ethic in nursing profession-2013. Armaghane Danesh. 2014; 19 (3):223-32.
16. Jie L. The patient suicide attempt–An ethical dilemma case study. International Journal of Nursing Sciences. 2015; 2 (4):408-13.
17. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004; 24 (2):105-12.
18. Speziale HS, Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
19. Rouddehghan Z, Nasrabadi N, Yekta P. From the slogan of justice to the inconsistent structure of the health system with justice. 4th Iranian Medical Ethics Congress and 4th Annual Nursing Ethics Congress, Mazandaran, Iran; 2015. P. 257.
20. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 2002.
21. Abbaszadeh A, Abdi A. Nursing shortage challenge: a serious threat for the health system: a review study. Community Health Journal. 2015; 9 (1):37-47.
22. Chamani CR, Mahmoodi A, Babamahmoodi A. Assessing the effective factors on retention nurses as knowledge workers in hospital. Quarterly Journal of Nursing Management. 2012; 1 (3):19-27.
23. Marco CA, Lu DW, Stettner E, Sokolove PE, Ufberg JW, Noeller TP. Ethics curriculum for emergency medicine graduate medical education. The Journal of Emergency Medicine. 2011; 40 (5):550-6.
24. Atashzadeh Shoorideh F, Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders: a phenomenological study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2012; 1 (3):214-28.
25. Hallin K, Danielson E. Registered nurses' experiences of daily work, a balance between strain and stimulation: a qualitative study. International Journal of Nursing Studies. 2007; 44 (7):1221-30.
26. Ghorbani R, Soleimani M, Zeinali MR, Davaji M. Iranian nurses and nursing students' attitudes on barriers and facilitators to patient education: a survey study. Nurse Education in Practice. 2014; 14 (5):551-6.
27. Mansourghanaei R, Majidi S, Tabari R. Nurses viewpoints about facilitator and inhibitor factors of patients' education. Research in Medical Education. 2011; 3 (1):27-33.
28. Zareiyan A. Exploratory analysis of factors influencing client education in NAJA Vali-e-Asr hospital: a cross-sectional study. Journal of Police Medicine. 2013; 2 (3):151-8.
29. SaeidPour J, Ghazi Asgar M, Rahmani H, Khoshkho M. Surveying doctors and nurses' viewpoints on enhancing and inhibiting factors of educating patients. Journal of Hospital. 2014; 13 (1):61-7.
30. Deschepper R, Bernheim JL, Vander Stichele R, Van den Block L, Michiels E, Van Der Kelen G, et al. Truth-telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. Patient Education and Counseling. 2008; 71 (1):52-6.
31. Managheb SE, Hosseinpour M, Mehrabi F. Patient's viewpoints about how to break bad news. Iranian Journal of Microbiology. 2013; 5 (4):1-12.
32. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral sensitivity and delivering bad news skills: A study on critical care unit nurses. Medical Ethics Journal. 2016; 10 (37):7-16.
33. Ahmed AS. Verbal and physical abuse against Jordanian nurses in the work environment. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal. 2012; 18 (14):318-24.
34. Samir N, Mohamed R, Moustafa E, Abou Saif H. Nurses' attitudes and reactions to workplace violence in obstetrics and gynaecology departments in Cairo hospitals. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal. 2012; 18 (3):198-204.
35. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross- sectional survey. Journal of Advanced Nursing. 2012; 68 (12):2685-99.
36. Babayi N, Rahmani A, Mohajjel-aghdam A, Zamanzadeh V, Dadashzadeh A, Avazeh M. Perception of patients' companions about nature of workplace violence against nurses in Tabriz medical educational centers. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2014; 20 (3):111-8.
37. Alsafi E, Bahroon SA, Tamim H, Al-Jahdali HH, Alzahrani S, Al Sayyari A. Physicians' attitudes toward reporting medical errors-an observational study at a general hospital in Saudi Arabia. Journal of Patient Safety. 2011; 7 (3):144-7.
38. Manjoghi N, Nori A, Arizi H, Narjes F. Reporting of hospital errors by nurses. Iranian Journal of Ethic and History Medical.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

2012; 5 (4):58-70.
39. Hashemi F, NasrAbadi AN, Asghari F. Factors associated with nursing errors reporting in Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History. 2011; 5 (2):53-64.
40. Kaldjian LC, Jones EW, Wu BJ, Forman-Hoffman VL, Levi BH, Rosenthal GE. Reporting medical errors to improve patient safety: a survey of physicians in teaching hospitals. Archives of Internal Medicine. 2008; 168 (1):40-6.
41. Zaboli R, Abbaszade A, Shahabinejad M. Assessing the barriers of error reporting from perspective of nurses in Kerman hospitals. Medical Ethics. 2015; 9 (34):31-53.
42. Singer PA, Barker G, Bowman KW, Harrison C, Kernerman P, Kopelow J, et al. Hospital policy on appropriate use of life-sustaining treatment. Critical Care Medicine. 2001; 29 (1):187-91.
43. Peimani M, Zahedi F, Larijani B. Do-not-resuscitate order across societies and the necessity of a national ethical guideline. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2012; 5 (5):19-35.
44. Babaei N, Rahmani A, Mohajjel-Aghdam AR, Zamanzadeh V, Dadashzadeh A, Avazeh M. Workplace violence against nurses from the viewpoint of patients on workplace violence against nurses &related factors. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014; 2 (1):43-54.
45. Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. Research in Medicine. 2007; 31 (2):155-8.
46. Hajinezhad ME, Azodi P, Rafii F, Ramezanian N, Tarighat M. Perspectives of patients and nurses on caring behaviors of nurses. Hayat. 2011; 17 (4):36-45.

[Downloaded from jrh.mazums.ac.ir on 2026-11-13]