

## بررسی ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و نوع دوستی با نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای

لطفعلی خانی<sup>۱\*</sup>، مظفر غفاری<sup>۲</sup>، منصور حقیقتیان<sup>۳</sup>

### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

سرمایه‌ی اجتماعی و نوع دوستی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر فرهنگ جامعه‌اند و می‌توانند نقش اساسی در رشد اخلاق حرفه‌ای پزشکان داشته باشند. هدف این مطالعه بررسی ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و نوع دوستی با نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه‌ی آماری این تحقیق شامل ۳۲۲ نفر از پزشکان شاغل علوم پزشکی استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۳ بودند که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی Onyx و Bullen و پرسش‌نامه‌ی نوع دوستی Carlo و همکاران و مقیاس اخلاق حرفه‌ای کرمپوریان و همکاران استفاده شد. نتایج نشان داد بین متغیرهای نوع دوستی ( $r=0/238$ )، مؤلفه‌ی ساختاری ( $r=0/489$ )، مؤلفه‌ی ارتباطی ( $r=0/554$ ) و مؤلفه‌ی شناختی ( $r=0/581$ ) و نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد ( $P<0/05$ ). نتایج ضریب همبستگی چندمتغیری به روش Enter نشان داد مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در تبیین متغیر نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای ( $0/457$ ) سهم دارند. نتیجه‌ی حاصل از این تحقیق نشان داد که مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در پیش‌بینی نگرش پزشکان نسبت به اخلاق حرفه‌ای مؤثرند. بنابراین، به نظر می‌رسد با افزایش میزان سرمایه‌ی اجتماعی و نوع دوستی، نگرش به اخلاق حرفه‌ای در پزشکان بیش‌تر شود.

واژگان کلیدی: سرمایه‌ی اجتماعی، نوع دوستی، اخلاق حرفه‌ای پزشکان

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان

<sup>۲</sup> مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، دهقان

\* نشانی: اصفهان، شهر دهقان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان، گروه جامعه‌شناسی، تلفن: ۰۲۱۵-۲۳۳۳۰۰۳

## مقدمه

در دوره‌های مختلف تاریخ بشر، رعایت اخلاق و رفتار در جامعه از جمله مهم‌ترین بحران‌های زندگی اجتماعی انسان به‌شمار آمده است. با رشد زندگی اجتماعی، مسأله‌ی اخلاق هم شکل گسترده‌تر و پیچیده‌تری به‌خود گرفته است و تشخیص مصادیق اخلاقی از غیر اخلاقی روابط انسان‌ها در جامعه مشکل‌تر شده است. مقوله‌ی اخلاق همواره در میان فلاسفه، دانشمندان، حرفه‌مندان، علمای دینی و... مطرح بوده است. از قدیمی‌ترین نظام اخلاقی می‌توان به نظام اخلاقی ارسطویی اشاره کرد که اساس چهار قوه‌ی (شهووی، غضبی، عامله و عاقله) به چهار فضیلت عمده‌ی (عفت، حکمت، عدالت، شجاعت) و هشت رذیلت (طرف‌های افراطی و تفریطی چهار فضیلت) می‌رسد (۱). در حوزه‌ی اخلاق پزشکی ۳ نظریه وجود دارد که عبارت است از دیدگاه نتیجه‌گرا، وظیفه‌گرا و فضیلت‌گرا (۲). در دیدگاه نتیجه‌گرا معیار فعل اخلاقی، نتیجه‌ی عمل است که غالباً خیر نسبی ایجاد شده یا غلبه‌ی نسبی خیر بر شر مهم است. در دیدگاه وظیفه‌گرا صرف‌نظر از نتیجه‌ی عمل، خود عمل و قاعده‌ی عمل مهم است. در دیدگاه فضیلت‌گرا بر خلاف دو رویکرد نتیجه‌گرا و وظیفه‌گرا، به فاعل اخلاقی و نیت‌ها توجه می‌شود (۲). امروزه، مسؤولیت‌های اخلاقی در طیفی از مسؤولیت‌های فردی - شخصی تا مسؤولیت‌های فردی - شغلی گسترده شده است. اخلاق حرفه‌ای<sup>۱</sup> یکی از مسائل اساسی در جوامع بشری به‌شمار می‌آید. اگر تعریف جامعی از اصول اخلاقی ارائه شود، افراد حرفه‌ای در هر شغلی می‌توانند تصمیم بگیرند که چه رفتاری منطقی و غیر منطقی است، کدام عمل اخلاقی و کدام عمل غیر اخلاقی است. در جامعه‌ی پزشکی<sup>۲</sup> طرح بحث اخلاق به‌دلیل اهمیت حرفه‌ی پزشکی از جایگاه ویژه‌ای

برخوردار است؛ به‌طوری که اخلاق پزشکی، مباحث علمی بسیار جدی و گسترده‌ای را به‌خود اختصاص داده است (۳). در منشور اخلاق پزشکی امریکا تأکید شده است که پزشکان در درجه‌ی اول باید مسؤولیت تشخیص بیماری مراجعه‌کنندگان را داشته باشند و از هر گونه رفتاری که غیر اخلاقی است خودداری کنند (۴). با این حال، بسیاری از بیماران، به‌علت تشخیص نادرست پزشکان، جان خود را از دست داده‌اند (۵). هم‌چنین، بعضی از پزشکان از ارائه‌ی اطلاعات صحیح به بیمار خودداری کرده و با جراحی‌های بی‌مورد، موجب تحمیل درد، فریب، سقط جنین و نازایی در افراد شده‌اند (۶، ۷).

عامل اعتماد هم می‌تواند مهم‌ترین عنصر اخلاقی در رابطه‌ی پزشک با بیمار باشد و تأثیر بسزایی در اثربخشی درمان و هم‌چنین، رضایت پزشک و بیمار داشته باشد. موضوع اعتماد علیرغم اهمیتی که در ارتباط پزشک و بیمار دارد اغلب مورد غفلت قرار گرفته است. لذا، رشد و ترویج آن از مهم‌ترین مسائل اخلاقی به‌شمار می‌آید (۸). مفهوم اعتماد عبارت است از حفظ سرمایه‌ی اجتماعی به‌عنوان مجموعه‌ی معینی از هنجارها و ارزش‌های غیررسمی که اعضای گروهی که تعاون و همکاری‌هایشان مجاز است، در آن سهیم هستند. از نگاه این رویکرد، این هنجارها و ارزش‌ها شامل سجایایی مانند صداقت، ادای تعهدات و ارتباطات دوجانبه است. بر مبنای این رویکرد، مجموعه‌ای از قوانین و اصول اخلاقی نانوشته، اساس اعتماد را تشکیل می‌دهد (۹). متغیرهای مختلفی با متغیر نگرش به اخلاق حرفه‌ای رابطه دارد؛ یکی از این متغیرها، متغیر سرمایه‌ی اجتماعی<sup>۳</sup> است. مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی یک مفهوم فرارشته‌ای است که اخیراً مورد توجه بسیاری از شاخه‌های علوم انسانی قرار گرفته است (۱۰). منظور از سرمایه‌ی اجتماعی، شبکه‌ای از

<sup>1</sup> Ethics<sup>2</sup> Medical society<sup>3</sup> Social capital

اساساً یک ارزش والای اجتماعی و یک تکلیف اجتماعی اخلاقی است که تضعیف آن، می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در جوامع شود. یکی از مسائل مهم جوامع امروزی کاهش حسن نوع‌دوستی به‌ویژه در جوامع شهری است (۲۱، ۲۰). کسانی که دارای مهارت شناخت اجتماعی و عواطف اجتماعی هستند بیش‌تر پایبند به اصول اخلاق حرفه‌ای هستند (۲۲). برای افزایش اخلاق حرفه‌ای پزشکان باید نوع‌دوستی آنان را تقویت کرد (۲۳). بیش‌تر پزشکان حسن نوع‌دوستی را اولین دلیل برای رعایت اخلاقیات در حرفه‌ی خویش معرفی کردند (۲۴). در حالی که Carlo و همکاران در سال ۲۰۰۳ نشان دادند که شاخص‌های نوع‌دوستی با اصول اخلاق جهانی رابطه ندارد (۲۵). لذا با توجه به اهمیت موضوع اخلاق حرفه‌ای و تأثیراتی که می‌تواند بر عملکرد پزشکان و نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات درمانی آن‌ها به بیماران داشته باشد و نقش سرمایه‌ی اجتماعی و نوع‌دوستی در افزایش اخلاق حرفه‌ای، این مطالعه به انجام رسیده است.

### روش کار

روش پژوهش در این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه‌ی آماری مورد نظر در این پژوهش را پزشکان استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند. نمونه‌ی آماری پژوهش حاضر با توجه به طرح پژوهش و تعداد متغیرها شامل ۳۰۰ نفر (۵۰ نفر پزشک خانم و ۲۵۰ نفر پزشک آقا) از پزشکان استان آذربایجان غربی بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. از آن‌جا که تعداد پزشکان آقا بیش‌تر از پزشکان خانم بودند، نمونه‌ی آماری خانم‌ها ۵۰ نفر و نمونه‌ی آماری آقایان ۲۵۰ نفر انتخاب شدند. برای گزینش نمونه‌ها، ابتدا از بین شهرستان‌های استان آذربایجان غربی، ۷ شهرستان (میاندوآب، تکاب، بوکان، ماکو، خوی، ارومیه و نقده) به‌عنوان خوشه به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. بعد از بین پزشکان هر کدام از شهرستان‌های میاندوآب، نقده، خوی،

روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین گروهی است (۱۱). این مفهوم با نگرش جدید، به بررسی ارزش‌های اجتماعی، مخصوصاً ارزش ارتباطات مردمی برای دستیابی به اهداف مشترک کلان می‌پردازد (۱۲). از سال ۲۰۰۰ میلادی، Robert Putnam اصطلاحات سرمایه‌ی اجتماعی درون‌گروهی<sup>۱</sup> و سرمایه‌ی اجتماعی میان‌گروهی<sup>۲</sup> را باب کرد (۱۳). سرمایه‌ی اجتماعی تسهیل‌کننده‌ی فعالیت اخلاقی در جامعه است، به‌طوری که منشأ فعالیت اخلاقی از سرمایه‌ی اجتماعی است و نمی‌تواند جدا از ساختار اجتماعی انجام گیرد (۱۴). در شرکت‌های بزرگ آمریکا، کارمندانی که از سرمایه‌ی اجتماعی بالاتری برخوردار بودند در توزیع سرانه‌ها و سوبسید عمومی، بیش‌تر اصول اخلاقی را رعایت می‌کردند (۱۵). Roy و Jeam در سال ۲۰۰۳ نشان دادند با کاهش سرمایه‌ی اجتماعی، رفتارهای ضد اخلاقی مانند سرقت، اختلاس و خشونت در سازمان‌ها افزایش یافته و برعکس با افزایش آن، احترام به حقوق شهروندان افزایش می‌یافت (۱۶). با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی افراد، اخلاق حرفه‌ای آنان قابل پیش‌بینی و خودکارآمدی در بین آنان افزایش می‌یابد (۱۷). در شرکت‌های سهامی رقابت باعث کاهش مؤلفه‌ی ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی و به تبع آن موجب از بین رفتن اصول اخلاقی بود و برعکس در شرکت‌های تعاونی مشارکت اعضا باعث افزایش اخلاق حرفه‌ای در آن‌ها شد (۱۸). متغیر دیگری که با اخلاق حرفه‌ای می‌تواند رابطه داشته باشد، متغیر نوع‌دوستی است. آگوست کنت معتقد بود در هر انسانی دو نیروی مجزا وجود دارد؛ یکی از آن‌ها معطوف به خود و در تعقیب منافع خود است که خودخواهی است و دیگری معطوف به دیگران و در جهت منفعت دیگران است که نوع‌دوستی است. به‌نظر Kent نوع‌دوستی شالوده‌ی اصلی جامعه است (۱۹). نوع‌دوستی

<sup>۱</sup> Bonding social capital

<sup>۲</sup> Bridging social capital

در ایران به منظور تعیین پایایی پرسش‌نامه‌ی مذکور، ۴۰ نفر از دانشجویان به شیوه‌ی تصادفی انتخاب و پس از یک هفته، مجدداً پرسش‌نامه‌ها بر روی آن‌ها تکمیل شد. ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین پایایی به روش بازآزمایی ۰/۹۰۴ بود. هم‌چنین، میزان آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰/۸۱۸ (بعد شناختی ۰/۷۳۱؛ بعد ساختاری ۰/۸۰۵)؛ بعد ارتباطی ۰/۷۸۵) به‌دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب پرسش‌نامه است. برای روایی پرسش‌نامه، پس از ترجمه‌ی سؤالات توسط محققان و تأیید آن توسط اساتید متخصص، از روش «تحلیل عاملی»، جهت بررسی روایی سازه پرسش‌نامه استفاده شده است. براساس روش Kaiser - Meyer - Olkin (KMO) اندازه‌ی KMO برای پرسش‌نامه ۰/۸۰۹، مشخصه‌ی آماری آزمون Burtlett's test of sphericity ۳۶۱۰/۷۷۵ و در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است (۲۷).

ب) پرسش‌نامه‌ی رفتار نوع‌دوستی: این پرسش‌نامه (PTM-R)<sup>۲</sup> توسط Carlo و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است (۲۵). رفتار نوع‌دوستی (رفتاری که به‌نفع دیگران باشد و با انگیزه‌ی دیگر‌دوستی انجام گیرد) به‌عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های نمره‌گذاری شده به ۲۵ سؤال محاسبه می‌شود: ۱) من کمک می‌کنم به افرادی که صدمه‌ی جسمانی دیده‌اند. ۲) من پول می‌دهم به افراد نیازمندی که حتی آن‌ها را نمی‌شناسم. ۳) من به افرادی که درخواست کمک می‌کنند یا سؤال می‌کنند درخواست آن‌ها را رد نمی‌کنم. ۴) برای من لذت‌بخش است کمک کردن به افرادی که در موقعیت بدی قرار گرفته‌اند. ۵) من با افرادی که خیلی افسرده و افتاده هستند ابراز همدردی می‌کنم... پاسخ تمام سؤالات از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده و نمره‌ی ۵ به بالاترین درجه‌ی رفتار نوع-دوستانه دلالت دارد. بالاترین نمره در این آزمون ۱۴۰ بود.

ارومیه و ماکو ۴۶ پزشک به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و به‌علت کوچک بودن جامعه‌ی آماری شهر تکاب و بوکان، از هر کدام ۳۵ پزشک به‌صورت تصادفی ساده‌گزینه‌ش شدند. محقق در وقت کاری، در محل کار پزشکان حاضر شده، بعد از جلب نظر و توجیه آنان اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های مربوطه در همان زمان و مکان کرد. در مدت چهار هفته تمامی داده‌ها گردآوری شدند. ۱۵ پاسخ‌نامه به‌دلیل ناقص بودن یا پاسخ‌دهی توأم با بی‌دقتی کنار گذاشته شد و تحلیل نتایج بر روی ۲۸۵ مجموعه پاسخ‌نامه‌ی باقی‌مانده انجام گرفت.

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

الف) پرسش‌نامه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط Onyx و Bullen تدوین یافته که حاوی ۳۱ سؤال است (۲۶) که سه بعد ساختاری (شامل پیوندهای ساختاری، فعالیت‌ها و نحوه‌ی سازماندهی کار گروهی در جامعه)، ارتباطی (به تعاملات و ارتباط اعضا در درون یک گروه و بیرون گروه اشاره دارد. در این بعد شاخص‌هایی نظیر اعتماد و ارتباط متقابل مطرح است) و شناختی (در رابطه با مشارکت، اعتماد، نگرش‌ها و تعهدات موجود در مجموعه بوده و محور آن شناخت است) متغیر سرمایه‌ی اجتماعی را اندازه می‌گیرد. سؤالات به‌صورت لیکرتی با طیف چهار گزینه‌ای و به‌صورت بسیار کم (۱نمره)، کم (۲نمره)، زیاد (۳نمره) و بسیار زیاد (۴نمره) نمره‌دهی می‌شود که بعد ساختاری حاوی ۱۳ سؤال، ارتباطی ۹ سؤال و شناختی ۹ سؤال است. روایی و پایایی پرسش‌نامه با اجرا بر روی ۱۲۰۰ نفر در استرالیا انجام گرفته است. در مطالعه‌ی تحلیل عاملی سؤالات پرسش‌نامه که با روش چرخش‌یافته و واریماکس<sup>۱</sup> انجام گرفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۲ تا ۰/۸۷ بوده و ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۸۴ بوده است که نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب پرسش‌نامه است (۲۶).

<sup>2</sup> Measure of Prosocial Tendencies for Adolescents - Randall

<sup>1</sup> Varimax Rotation

صوری پرسش‌نامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی مورد تأیید قرار گرفت (۲۸). در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۵ به دست آمد که نشان از پایایی قابل قبول ابزار است. همچنین، در مطالعه‌ی حاضر برای بررسی اعتبار پرسش‌نامه، علاوه بر مطالعه‌ی مقدماتی (۱۵ نمونه)، توسط ۵ نفر از اساتید متخصص و کارشناس مورد بازبینی قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات پیشنهاد شد پرسش‌نامه به صورت نهایی تدوین شود و داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره به وسیله‌ی نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند و  $P < 0/05$  به عنوان ارتباط معنی‌داری در نظر گرفته شد. حداقل نمره‌ی مقیاس‌های سن، سابقه‌ی کار، نگرش به اخلاق حرفه‌ای، نوع‌دوستی، مؤلفه‌ی ساختاری، ارتباطی و ساختاری سرمایه‌ی اجتماعی به ترتیب ۲۴، ۱، ۳۶، ۲۵، ۱۳، ۹ و ۹ بوده و حداکثر نمره‌ی مقیاس‌های سن، سابقه‌ی کار، نگرش به اخلاق حرفه‌ای، نوع‌دوستی، مؤلفه‌ی ساختاری، ارتباطی و ساختاری سرمایه‌ی اجتماعی به ترتیب ۶۰، ۳۰، ۱۴۴، ۱۲۵، ۵۲، ۴۵، ۴۵ به دست آمد.

### نتایج

جامعه‌ی آماری ۲۸۵ نفر که فراوانی و درصد فراوانی جنسیت، نوع تخصص و مذهب پزشکان در جدول شماره‌ی ۱ آمده است.

جدول شماره‌ی ۱ - توزیع فراوانی افراد مورد پژوهش

براساس متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۸۲/۴
	زن	۱۷/۵
تخصص	چشم پزشکی	۰/۰۲۸
	متخصص کودکان	۰/۰۳۱
	روان پزشکی	۰/۰۵۲
	متخصص پوست	۰/۰۳۸

روایی و پایایی پرسش‌نامه با اجرا بر روی دو گروه از دانش‌آموزان (گروه اول ۸۰ دانش‌آموز سطح متوسطه که ۳۱ نفر پسر و ۴۹ نفر دختر بودند. گروه دوم ۵۸ نفر دانش‌آموز سطح دبیرستان که ۳۱ نفر دختر و ۲۷ نفر پسر بودند) در کشور آمریکا انجام گرفته است. در مطالعه‌ی تحلیل عاملی سؤالات پرسش‌نامه که با روش چرخش یافته و واریماکس انجام گرفته ضریب همبستگی پیرسون ۰/۵۲ تا ۰/۸۷ بوده و ضریب پایایی به روش بازآزمایی (در فاصله‌ی دو هفته) ۰/۸۲ بوده است که نشان‌دهنده‌ی روایی و پایایی مطلوب پرسش‌نامه است (۲۵). برای روایی پرسش‌نامه، پس از ترجمه‌ی سؤالات توسط محققان و تأیید آن توسط اساتید متخصص، از روش «تحلیل عاملی»، جهت بررسی روایی سازه‌ی پرسش‌نامه استفاده شده است. اندازه‌ی KMO برای پرسش‌نامه ۰/۸۱۱، مشخصه‌ی آماری آزمون کرویت بارتللت ۳۵۱۰/۸۹۴ و در سطح کوچک‌تر از ۰/۰۰۱ معنی‌دار بوده است.

ج) پرسش‌نامه‌ی نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای: این پرسش‌نامه توسط کرمپوریان و همکاران در سال ۱۳۹۱ طراحی شده است. پرسش‌نامه‌ی اخلاق حرفه‌ای (مجموعه‌ی قواعدی است که باید افراد داوطلبانه بر اساس وجدان و فطرت خویش در اجرای وظایف حرفه‌ای رعایت کنند؛ بدون آن‌که الزام خارجی داشته باشند یا در صورت تخلف، به مجازات‌های قانونی دچار شوند) ۳۶ سؤال ۵ گزینه‌ای (خیلی مخالفم تا خیلی موافقم) دارد که نگرش پزشکان را نسبت به اخلاق حرفه‌ای اندازه می‌گیرد. نمره‌گذاری تعدادی از سؤالات به روش مستقیم، یعنی به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ و تعدادی هم به روش غیر مستقیم، یعنی به صورت ۴، ۳، ۲، ۱، ۰ بود. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در گروه اعضای هیأت علمی دانشکده‌ی دندانپزشکی دانشگاه همدان ۰/۸۳ به دست آمد؛ همچنین، پایایی پرسش‌نامه به صورت بازآزمایی بررسی شد که میزان ۰/۷۹ به دست آمد که نشان از مطلوب بودن پایایی و ثبات درونی پرسش‌نامه است و اعتبار

جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار متغیرهای نگرش به اخلاق حرفه‌ای، نوع دوستی و خرده مقیاس هاس سرمایه‌ی اجتماعی

مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها	Mean±SD
سن	۴۲/۵۶ ± ۲/۴۴
سابقه‌ی کار	۱۸/۰۷ ± ۱/۳۱
اخلاق حرفه‌ای	۱۰۵/۱۹ ± ۷/۵۷
نوع دوستی	۸۵/۱۴ ± ۳/۸۲
مؤلفه‌ی ساختاری	۳۱/۰۴ ± ۵/۸۷
مؤلفه‌ی ارتباطی	۲۵/۰۹ ± ۴/۹۶
مؤلفه‌ی شناختی	۲۷/۱۲ ± ۵/۰۲

جراح استخوان	۳۲	۱۱/۲
پزشک عمومی	۸۷	۳۰/۵
دندانپزشک	۴۴	۱۵/۴
متخصص زنان و زایمان	۱۹	۰/۰۶۶
متخصص بیماری‌های عفونی	۱۲	۰/۰۴۲
داوساز	۳۴	۱۱/۹
متخصص پوست	۱۱	۰/۰۳۸
سایر تخصص‌ها	۳	۰/۰۱۰
شیعه	۲۶۰	۹۱/۲
اهل سنت	۲۲	۰/۰۷۷
سایر ادیان	۳	۰/۰۱۰

نتایج نشان داد بین متغیر نگرش به اخلاق حرفه‌ای با مؤلفه‌های ساختاری ( $r=0/489$ )، مؤلفه‌ی ارتباطی ( $r=0/554$ )، مؤلفه‌ی شناختی ( $r=0/581$ ) و متغیر نوع دوستی ( $r=0/238$ ) همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان سرمایه‌ی اجتماعی و نوع دوستی پزشکان افزایش یابد میزان گرایش به اخلاق حرفه‌ای آنان نیز افزایش می‌یابد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار سن و سابقه‌ی کار شرکت‌کنندگان را به همراه امتیاز به دست آمده برای هر یک از مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳ - ضرایب همبستگی پیرسون بین مؤلفه‌ی ساختاری، مؤلفه‌ی ارتباطی، مؤلفه‌ی شناختی،

متغیر نوع دوستی و نگرش به اخلاق حرفه‌ای پزشکان

متغیر	مؤلفه‌ی ساختاری	مؤلفه‌ی ارتباطی	مؤلفه‌ی شناختی	متغیر نوع دوستی	متغیر اخلاق حرفه‌ای
۱. مؤلفه‌ی ساختاری	۱				
۲. مؤلفه‌ی ارتباطی	۰/۳۸۲ <sup>**</sup>	۱			
۳. مؤلفه‌ی شناختی	۰/۳۳۶ <sup>**</sup>	۰/۲۵۱ <sup>**</sup>	۱		
۴. متغیر نوع دوستی	۰/۲۸۷ <sup>**</sup>	۰/۴۱۷ <sup>**</sup>	۰/۲۷۱ <sup>**</sup>	۱	
۵. متغیر اخلاق حرفه‌ای	۰/۴۸۹ <sup>**</sup>	۰/۵۵۴ <sup>**</sup>	۰/۵۸۱ <sup>**</sup>	۰/۲۳۸ <sup>**</sup>	۱

$P < 0/05$  و  $P < 0/01$  (آزمون دو دامنه)

هم‌زمان یا استاندارد استفاده شد. در این رگرسیون همه‌ی متغیرهای پیش‌بین به‌طور هم‌زمان وارد تحلیل شده و هر متغیر بر اساس توان پیش‌بینی خود ارزیابی می‌شود. برای اطمینان از

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین نوع دوستی، مؤلفه‌ی شناختی سرمایه‌ی اجتماعی، در پیش‌بینی میزان نگرش به اخلاق حرفه‌ای از تحلیل رگرسیون چندگانه

رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد نشان داد مؤلفه‌های ساختاری، شناختی و ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی گرایش به اخلاق حرفه‌ای هستند ( $R=0/676$ ؛  $R^2=0/457$ ؛  $F=23/120$ ؛  $P=0/001$ ). جدول شماره ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بتا را برای متغیرهای معنی‌دار در پیش‌بینی گرایش اخلاق حرفه‌ای نشان می‌دهد.

عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، هم‌خطی و یکسانی پراکندگی، از تحلیل مقدماتی استفاده شد. مقادیر گزارش شده برای Tolerance و Variance Inflation Factor (VIF) حاکی از آن است که از مفروضه‌ی هم‌خطی، تخطی نشده است. چون که ارزش Tolerance تمام متغیرها بیش‌تر از ۰/۱ و ارزش VIF متغیرها کم‌تر از ۱۰ است. نتایج تحلیل

جدول شماره ۴ - پیش‌بینی متغیر نگرش به اخلاق حرفه‌ای در پزشکان از طریق متغیر نوع‌دوستی و مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی

Tolerance	VIF	P-value	T	ضرایب استاندارد		خطای استاندارد	β	مؤلفه‌ی شناختی
				ضرایب غیر استاندارد	بتا			
۰/۵۳۶	۱/۹۲۳	۰/۰۰۰	۱۰/۷۲۲	۰/۴۹۵	۰/۰۰۷	۰/۰۷۷	۰/۰۷۷	۱. مؤلفه‌ی شناختی
۰/۷۰۲	۱/۰۹۹	۰/۰۱۷	۲/۴۰۵	۰/۱۱۶	۰/۰۰۹	۰/۰۲۲	۰/۰۲۲	۲. مؤلفه‌ی ارتباطی
۰/۵۷۲	۱/۱۲۵	۰/۰۰۰	۴/۵۱۷	۰/۵۶۵	۰/۰۳۹	۰/۱۷۶	۰/۱۷۶	۳. مؤلفه‌ی ساختاری
۰/۸۶۳	۱/۹۷۱	۰/۱۸۴	۱/۳۳۲	۰/۰۸۷	۰/۰۳۲	۰/۰۴۳	۰/۰۴۳	۴. متغیر نوع‌دوستی

#### بحث

دارد (۲۴). در حالی که یافته‌ی فوق متناقض با یافته‌های Carlo و همکاران در سال ۲۰۰۳ بود که نشان دادند شاخص‌های نوع‌دوستی با اصول اخلاق جهانی رابطه نداشت (۲۵). با توجه به یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر، می‌توان گفت که حسن نوع‌دوستی در افزایش اخلاق حرفه‌ای پزشکان تأثیر به‌سزایی دارد و باعث می‌شود که پزشکان رفتارهای اخلاقی و اجتماع‌پسند را به‌صورت زیر از خود نشان دهند: ارجحیت دادن منافع بیمار بر منافع خود، توجه نشان دادن به خواسته‌های بیمار، صرف وقت و حوصله برای توضیح اطلاعات به بیمار، صرف وقت و حوصله برای آرامش بخشیدن به بیمار ناخوش، تلاش برای کاستن از رنج و درد بیمار از تمام راه‌های ممکن، دلسوزانه گوش دادن به نگرانی‌های بیمار، مشارکت در سازمان‌های حرفه‌ای محلی و ملی، پیشنهاد کمک به سایر اعضای تیم، داوطلب‌شدن برای انجام کار فرد دیگری که نمی‌تواند کارش را انجام دهد و در

تحلیل داده‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که بین نوع‌دوستی و نگرش به اخلاق حرفه‌ای رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. یافته‌ی به‌دست آمده هم‌سو با یافته‌ی Eisenberg و همکاران است که نشان داد کسانی که دارای مهارت شناخت اجتماعی و عواطف اجتماعی هستند بیش‌تر پایبند به اصول اخلاق حرفه‌ای بودند (۲۲). به‌عبارت دیگر، افراد نوع‌دوست برای برطرف کردن انگیزه‌های انسان‌دوستانه علاوه بر نیازهای خود به نیازهای سایر هم‌نوعان خود توجه می‌کنند. هم‌چنین، یافته‌ی به‌دست آمده هم‌سو با یافته‌ی Pellegrino است که نشان داد برای افزایش اخلاق حرفه‌ای پزشکان باید نوع‌دوستی آنان را تقویت کرد (۲۳). علاوه براین، نتیجه‌ی مطالعه‌ی حاضر با نتایج پژوهش Arnold که نشان داد بیش‌تر پزشکان حسن نوع‌دوستی را اولین دلیل برای رعایت اخلاق در حرفه‌ی خویش معرفی کردند هم‌خوانی

موجب افزایش اعتماد و اطمینان آنان نسبت به پزشکان می‌شود و در نتیجه کادر درمانی امین مردم و جامعه شده و فردی را فدای دیگری نمی‌کند؛ بلکه در تعامل سازنده زمینه‌ی ارتقای خدمات درمانی را در ازای افزایش رضایت مردمی فراهم می‌سازند. همچنین، در این مطالعه رابطه‌ی شناختی مؤلفه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی با نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای بررسی شد که بعد از تحلیل آماری مشخص شد که رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری بین مؤلفه‌ی شناختی و نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای وجود دارد. نتیجه‌ی به‌دست آمده با یافته‌ی Eisenberg و همکاران که نشان داد کسانی که دارای مهارت شناخت اجتماعی و عواطف اجتماعی هستند بیش‌تر پایبند به اصول اخلاق حرفه‌ای بودند (۲۲) هم‌سو است. به‌طور کلی، می‌توان گفت که پذیرفتن هر نقشی مسئولیت‌هایی به‌دنبال دارد و ایفای این مسئولیت‌ها مستلزم رعایت جنبه‌های اخلاقی بسیاری است. طبابت و تشخیص نیز حرفه‌ای است که اصولاً ماهیت اخلاقی دارد و اخلاق در همه‌جای آن جاری است. از آن‌جا که سرمایه‌ی اجتماعی یک ظرفیت، جوهر اجتماعی یا هنجاری غیررسمی است که فداکاری، ایثار، همکاری میان افراد و نهادهای یک جامعه را ارتقا می‌بخشد، هر شبکه‌ی اجتماعی و مدنی، برای ترویج فرهنگ رعایت اخلاق، علاوه بر افراد متخصص و با تجربه و امکانات و ابزار مادی، به عواملی مانند اعتماد، تعهد، مسئولیت‌پذیری و ... هم نیاز دارد که این عوامل، همان سرمایه‌ی اجتماعی و مؤلفه‌های آن است. همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد نشان داد مؤلفه‌های سرمایه‌ی اجتماعی در پزشکان، قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نگرش به اهدای عضو است. این نتیجه نیز با یافته‌ی مطالعه‌ی Benson و Scales که نشان داد با افزایش سرمایه‌ی اجتماعی افراد، اصول اخلاق حرفه‌ای آنان پیش‌بینی پذیر شده و خودکارآمدی در بین آنان افزایش می‌یابد هم‌خوانی دارد (۱۷). با توجه به ضرورت پژوهش در حوزه‌ی اخلاق

نهایت، در اختیار دیگران قراردادن دانش و مهارت‌های خود. نتایج تحلیل آماری همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌ی ساختاری سرمایه‌ی اجتماعی و نگرش به اخلاق حرفه‌ای رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتیجه‌ی به‌دست آمده با یافته‌های مطالعه‌ی Glassman و Kang که نشان داد رابطه‌ی عمل اخلاقی و اعتماد مردم به یکدیگر برای رسیدن به اهداف جامعه، متقابل است و منشأ فعالیت اخلاقی از سرمایه‌ی اجتماعی است و نمی‌تواند جدا از ساختار اجتماعی انجام گیرد، مطابقت دارد (۱۴). گروه‌های حرفه‌ای پزشکان، محیطی را ایجاد می‌کنند که اصول اخلاق پزشکی در درون آن زاده می‌شود. هرچه ساختار این گروه‌ها مستحکم‌تر و هرچه روابط اعضای آن‌ها گسترده‌تر و مکررتر باشد مبادله‌ی افکار و احساسات بیش‌تر و افکار عمومی حاصل از این تماس‌ها و مبادلات فراگیرتر می‌شود و عده‌ی بیش‌تری را در برمی‌گیرد. این گروه‌ها از یک سو علایق و منفعت‌طلبی‌های خودخواهانه‌ی فردی را مهار می‌کنند و اخلاق اجتماعی را به اعضای خود می‌آموزند و از سوی دیگر در روابط با بیماران احساس همبستگی کرده و اصول اخلاقی را سرلوحه‌ی خود قرار می‌دهند. دومین مؤلفه‌ی سرمایه‌ی اجتماعی، مؤلفه‌ی ارتباط است که نتایج این تحقیق نشان داد، بین مؤلفه‌ی ارتباط و نگرش پزشکان به اخلاق حرفه‌ای رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. نتیجه‌ی به‌دست آمده با یافته‌ی تحقیق Bull و همکاران که نشان داد در شرکت‌های سهامی رقابت باعث کاهش مؤلفه‌ی ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی و به‌تبع آن موجب از بین رفتن اصول اخلاقی می‌شود و برعکس در شرکت‌های تعاونی مؤلفه‌ی مشارکت مدنی باعث افزایش اخلاق حرفه‌ای در بین کارمندان شرکت تعاونی می‌شود، هم‌خوانی دارد (۱۸). مؤلفه‌ی ارتباطی سرمایه‌ی اجتماعی اعتمادآفرین است. هنگامی که پزشکان در اثر روابط اجتماعی به مسئولیت اجتماعی خود واقف می‌شوند در تعامل با بیماران به‌گونه‌ای رفتار می‌کنند که

### نتیجه‌گیری

بخش سلامت با چالش‌های متعددی روبه‌رو است و پزشکان با توجه به تماس مداوم با بیماران، بر میزان رضایت‌مندی آن‌ها از خدمات درمانی ارائه‌شده نقش مهمی دارند. واضح است که رعایت اصول اخلاقی در حرفه‌ای مانند پزشکی تا چه حد می‌تواند پزشکان را در برخورد با بیماران در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار دهد. چون پزشکان در امر معالجه‌ی بیماران با مسائل متفاوتی برخورد می‌کنند که نیاز به توانایی‌های اخلاقی در تصمیم‌گیری و عملکرد مناسب دارد لازم است نسبت به مسائل اخلاقی مربوط به حرفه‌ی خود آشنایی داشته باشند تا نسبت به حقوق بیماران در اتخاذ تصمیمات احترام گذاشته و استقلال آن‌ها را حفظ کنند. با توجه به نتایج این تحقیق مبنی بر ارتباط سرمایه‌ی اجتماعی و نوع‌دوستی با اخلاق حرفه‌ای، هم‌چنین، به‌علت اهمیت پیامدهای سرمایه‌ی اجتماعی و نوع‌دوستی، آشناسازی این قشر مهم و تأثیرگذار بر سلامت جامعه با اخلاق و مفهوم سرمایه‌ی اجتماعی و نوع‌دوستی که با برنامه‌ریزی مناسب از طرف مسؤولان تحقق می‌یابد ضروری به‌نظر می‌رسد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه‌ی پزشکان و مسؤولان بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی می‌شود.

حرفه‌ای و نیاز روزافزون جامعه به رعایت آن، پژوهشگران امیدوار هستند یافته‌های این پژوهش بتواند راهکار مفید برای افزایش نگرش مثبت جامعه به رعایت اخلاق حرفه‌ای فراهم کند. بنابراین، برای تقویت نگرش مثبت به اخلاق حرفه‌ای در بین پزشکان، پیشنهاد می‌شود با آموزش‌های گروهی و سایر روش‌ها در افزایش سرمایه‌ی اجتماعی میان‌گروهی و حس نوع‌دوستی پزشکان تلاش کرد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. اول این‌که پژوهش حاضر از نوع پژوهش همبستگی بوده و نمی‌توان گفت که متغیرهای پیش بین علت اصلی متغیر، ملاک است. بنابراین، در تحقیقات بعدی لازم است اثرات سایر ویژگی‌های روان‌شناختی و جامعه‌شناسی بر نگرش به اخلاق حرفه‌ای بررسی و مطالعه شود. دوم این‌که در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شده است. از این رو، با توجه به این‌که پرسش‌نامه‌ها جنبه‌ی خودسنجی داشته‌اند ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. ضمناً در داخل کشور تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر صورت نگرفته است و نیز به‌علت انتزاعی بودن متغیرهای مطالعه‌ی حاضر، برای افزایش اعتماد نسبت به همبستگی متغیرهای مورد مطالعه پیشنهاد می‌شود که رابطه‌ی متغیرهای مذکور در سایر استان‌ها و جامعه‌ی آماری دیگر بررسی شود.

- 13- Pajak K. A Tool for Measuring Bridging Social Capital. Proceedings of the Conference of the ESA Research Network for the Sociology of Culture; 2006; Ghent, Belgium Het Panda; November 15-17, 2006; p. 437-42.
- 14- Kang M, Glassman M. Moral action as social capital, moral thought as cultural capital. *J Moral Educ* 2010; 39(1): 21-36.
- 15- Lee R. Social capital and business and management: setting a research agenda. *Int J Manag Rev* 2009; 11(3): 247-73.
- 16- Twenge JM, Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Bartels JM. Social exclusion decreases prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92(1): 56-66.
- 17- Scales PC, Benson PL. Indicators of positive youth development: prosocial orientation and community service. [http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Child\\_Trends-2003\\_03\\_12\\_PD\\_PDConfScaBen.pdf](http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/05/Child_Trends-2003_03_12_PD_PDConfScaBen.pdf) (accessed in 2014).
- 18- Bull M, Ridley-Duff RJ, Foster D, Seanor P. Conceptualizing ethical capital in social enterprise. *Soc Enterprise J* 2010; 6(3): 250-64.
- 19- Alessandrini M, Carr A, Coghlan P. Building social capital through blood donation: the social futures project ISBT Sci Series 2007; 2(2): 46-52.
- 20- Alessandrini M J, Carr A. The politics of organ donation: chasing a rainbow? *Intern J Hum* 2007; 5(3): 153-66.
- 21- Dolfsma W, Van der Eijk R, Jolink A. On a source of social capital: gift exchange. *J Bus Ethics* 2008; 89(3): 315-29.
- 22- Eisenberg N Guthrie IK, Murphy BC Shepard SA, Cumberland A, Carlo G. Consistency and development of prosocial dispositions: a longitudinal study. *Child Dev* 1999; 70(6): 1360-72.
- 23- Pellegrino ED. Altruism, vs. self-interest: ethical models for the medical profession. *NYU Physician* 1988; 45(1): 40-3.
- 24- Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med* 2002; 77(6): 502-15.
- 25- Carlo G, Hausmann A, Christiansen S, Randall BA. Sociocognitive and behavioral correlates of a measure of prosocial tendencies for adolescents. *J Early Adolesc* 2003 23(1): 107-34.
- 26- Onyx J, Bullen P. Measuring social capital

## منابع

- 1- Fazeli Z, Fazeli Bavand Pour F, Rezaee Tavirani M, Mozafari M, Haidari Moghadam R. Professional ethics and its role in the medicine. *J Ilam Univ Med Scie* 2013; 20(5): 10-17. [in Persian]
- 2- Madani M, Madani E. Theoretical foundations of treatment refusal: ethical, philosophical and jurisprudential aspects. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(5): 12-23. [in Persian]
- 3- Risman baf A. Introduction to professional ethics in library and information. *Res Inf Sci Public Libr* 2009; 57(15): 49-75. [in Persian]
- 4- Pellegrino ED, Relman AS. Professional medical associations: ethical and practical guidelines. *JAMA* 1999; 10: 984-6.
- 5- Jørgensen JM, Hedley PL, Gjerris M, Christiansen M. Including ethical considerations in models for first-trimester screening for pre-eclampsia. *Reprod Biomed Online* 2014; 28(5): 638-43.
- 6- Motamed MJ, Dehghani SL. Students' attitudes toward principles of medical ethics and matching them with Islamic ethics in Kerman University of Medical Sciences. *JBUMS* 2014; 16(7): 29-35. [in Persian]
- 7- Ombelet W. Is global access to infertility care realistic? The Walking Egg Project. *Reprod BioMed Online* 2014; 28(3): 267-72.
- 8- Shojaee A, Abolhasani-Anaraki F. Trust realization in physician-patient relationship. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(5): 76-91. [in Persian]
- 9- Asemani O, Ebrahimi S. Medical confidentiality. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2014; 6(6): 64-76. [in Persian]
- 10- Afshani SA, Parsamehr M, Noorian Najafabadi M. [Moghayeseh Mizan Sarmayeh Ejtemaei dar Beyne Daneshjooyane Daneshgah Yazd va Isfahan]. [Majaleh Tahlil Ejtemaei Nazm va Nabarabaye Ejtemaei] 2011; 4(60): 157-80. [in Persian]
- 11- Abdelahi M, Mousavi MT. Social capital in Iran: current status, prospect, and feasibility. *Soc Welfare* 2007; 6(25): 195-35. [in Persian]
- 12- Fild J. Social capital. Translated by Motaghy J. Tehran: Higher Institute for Social Research Publications; 2006, p. 237-40. [in Persian]

28- Karamporian A, Imani B, Torkzaban P. The attitude of faculty members towards professional ethics at Hamadan University School of Dentistry. *J Res Dent Sci* 2013; 10(1): 43-51.

in five communities. *J Appl Behav Sci* 2000; 36(1): 23-8.

27- Bagheri Yazdi H. The Relationship between social capital and risk taking behaviors in undergraduate students of Tehran's Allamah Tabatabaai University. *Soc Welfare* 2011; 11(41): 223-50. [In Persian]

## The relationship between social capital and altruism and the ethical attitudes of physicians

Lotfali Khani<sup>\*1</sup>, Mozafar Ghaffari<sup>2</sup>, Mansour Haghghian<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate, Department of Sociology, Islamic Azad University of Dahaghan, Dahaghan, Iran;

<sup>2</sup>Department of Psychology, Payam Noor University, Iran;

<sup>3</sup>Associate Professor, Department of Sociology, Islamic Azad University of Dahaghan, Dahaghan, Iran.

### Abstract

Social capital and altruism are the most effective factors on the cultural development of a society and can play an important role in promoting ethics within the health care system. The purpose of this study was to investigate the relationship between social capital and altruism and the ethical attitudes of physicians. This correlational and descriptive study was performed on 322 doctors working in medical centers in west Azerbaijan during 2013 who were selected by cluster-random sampling. Onyx and Bullen social capital scale, Carlo et al. altruism scale and Karamporian et al. ethics questionnaire were used to collect data. The results of this study indicated that there was a significant positive relationship between the ethical attitudes of physicians and altruism ( $R = 0.238$ ), the structure subscale ( $R = 0.489$ ), cognition subscale ( $R = 0.581$ ) and relationship subscale ( $R = 0.554$ ) of social capital. The significance level was set at  $p < 0.05$  in this study. The multi-variable correlation coefficient and enter method indicated that social capital subscales can influence the ethical attitudes of physicians (0.457). The results showed that there was a correlation between social capital and altruism and ethical attitudes in the medical profession. Thus, it seems that promoting social capital and altruism can positively influence individuals' ethical attitudes in the medical profession.

**Keywords:** social capital, altruism, attitude, medical ethics

---

\*Email: [khani.ali32@yahoo.com](mailto:khani.ali32@yahoo.com)