اخلاق و تاریخ پزشکی ، سال ۱۴۰۱ ، دوره ۱۵

مقاله پژوهشی

ارائه مدل ساختاری تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران براساس هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران

مظفرغفاری[1*]، لطفعلی خانی[2]، اعظم محمودی[3]

۱. گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. گروه آموزشی جامعه¬شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، دهاقان، ایران.

۳. گروه آموزشی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، دهاقان، ایران.

چکیده

مراقبت دلسوزانه، از عناصر مهم مراقبت بیمار محور تلقی می‌شود که سلامتی را به بیماران اهداء می کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران برپایه هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران انجام گرفت. روش پژوهش حاضر از نوع تحلیل مسیر بود. نمونه آماری شامل ۲۵۰ بیمار مبتلا به کووید ۱۹ و ۲۵۰ پرستار شاغل در بخش کرونای بیمارستان های استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۹ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه مراقبت دلسوزانه رودریگز؛ پرسشنامه هویت اخلاقی بلک و رینولدز و مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران چانگ استفاده شد. داده¬ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون، بوت استراپ و سوبل و از طریق برنامه نرم افزار اس پی اس اس و آموس نسخه ۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج حاکی از این بود که متغیر هویت اخلاقی در تعامل با نقش واسطه ای دلسوزی نسبت به زندگی در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش دارد. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مراقبت دلسوزانه پرستاران، از طریق متغیرهای مدل تبیین شدند. اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه معنی‌دار مشاهده شد. اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی‌دار به‌دست آمد. با توجه به اثر واسطه ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در ارتباط بین هویت اخلاقی و مراقبت دلسوزانه پرستاران، به نظر می رسد با تقویت دلسوزی به نسبت به زندگی دیگران و هویت اخلاقی می توان مراقبت دلسوزانه پرستاران را ارتقا داد.

واژگان کلیدی: مراقبت، دلسوزی، هویت اخلاقی، پرستار.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

*** نویسنده‌ی طرف مکاتبه:**
مظفر غفاری
آدرس: تهران، بزرگراه لشگرک، خیابان نخل، سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور
کد پستی: ۴۶۹۷ - ۱۹۳۹۵
تلفن: ۲۳۳۲۰۰۰۰ - ۰۲۱
Email: Mozaffar. ghaffari@pnu. ac. ir

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

مقدمه

یکی از مهمترین حوزه‌های توسعه سلامتی در جوامع، بخش بهداشت و درمان می‌باشد که ارتباط مستقیمی با سلامت انسانها دارد (۱). استفاده از توانمندی های پرستاران جهت پیشبرد سلامت افراد، خانواده ها، گروه ها، جمعیت هادر عرصه های اجتماعی امری ضروری به نظر می رسد (۲). در عصر جدید نیاز به داشتن پرستارانی با نقش تخصصی به دلایلی هم چون پیشرفت تکنولوژی، افزایش سن و بروز بیماری های مزمن برای دریافت مراقبت باکیفیت و کاهش هزینه های درمانی بیش از بیش احساس می شود (۳)، در واقع این پرستار است، اغلب اوقات با بیماران در تماس است و نسبت به سایر کادر درمانی و مراقبتی، تماس بیشتری با بیماران دارد (۴). لذا اقدامات مراقبتی آنها در درمان و پیشگیری از بیماری ها نقش اساسی دارد (۵). اما اگر خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران، دلسوزانه نباشد بیماران به راحتی نمی‌توانند نیازها و خواسته‌های خودشان را بیان کنند، بنابراین رضایت آنها نسبت به خدمات مراقبتی پایین خواهد آمد (۶). مراقبت دلسوزانه، یعنی مشاهده، ارزیابی و درک نیازهای بدنی، هیجانی و روانی بیماران؛ و ارائه پاسخ مطلوب به نیازهای آنها می باشد (۷). مراقبت دلسوزانه از چهار بخش تشکیل یافته که عبارت است از: شناختی (آگاهی از خواسته و نیاز بیمار)، ارادی (اقدام هوشیارانه در جهت کاهش علایم و نشانه های بیماری)، عاطفی (هم حسی و همدردی کردن با درد و عذاب بیمار) و اخلاقی (اعتقاد به اینکه ارائه مراقبت مطلوب به بیمار، از اصول

پیام‌های کلیدی

۱. فقدان مطالعات منسجم در زمینه مراقبت دلسوزانه در داخل و خارج کشور ، نتایج این مطالعه می تواند باعث تقویت دانش و علم اخلاق پرستاری گردد.
۲. با توجه به نقشی که مراقبت دلسوزانه در کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران دارد، براساس نتایج این مطالعه، مراقبت دلسوزانه می تواند یکی از شاخص های جذب و گزینش پرستاران باشد تا پرستاران توانمند به اخلاق حرفه‌ای در اولیت جذب و استخدام مراکز بهداشتی و درمانی قرار گیرند.
۳. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، برای بهبود کیفیت و کمیت خدمات پرستاری، لازم هست هویت اخلاقی و دلسوزی در پرستاران ارتقاء یابد.

اخلاق حرفه‌ای پرستاری می باشد) (۸).

از عوامل روانشناختی و اخلاقی دخیل در میزان مراقبت دلسوزانه پرستاران، می توان از هویت اخلاقی نام برد. هویت اخلاقی، یک اصطلاح روانشناسی و اخلاقی هست که برای اولین بار توسط بلاسی مورد استفاده قرار گرفت که این واژه بیشتر به انگیزه و علت رفتارهای اخلاقی تاکید دارد تا نتیجه عمل اخلاقی (۹). هویت اخلاقی از دو بعد خود اخلاقی (فاصله هویت فرد با ارزش های اخلاقی که اعتقاد دارد، چقدر هست) و تمامیت اخلاقی (انگیزه و تمایل فرد برای انجام رفتارهای اخلاقی چقدر می باشد) تشکیل شده هست (۱۰). درونی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

سازی و نمادسازی از ابعاد هویت اخلاقی هستند که اولی به میزان اهمیت و نقش خصوصیات اخلاقی در خودپنداره پرستاران اشاره دارد، در حالی که دومی به وجود رفتارهای اخلاقی در وظایف و نقش های اجتماعی پرستار اشاره دارد(۱۱). پرستارانی که هویت اخلاقی قوی دارند، کارای که بنظرشان درست هست انجام می دهند و در انجام کارها، تعهد اخلاقی بالایی دارند (۱۲). بین هویت اخلاقی و ارزش های پرستاری (مراقبت دلسوزلنه، آموزش دلسوزلنه بیماران، درستکاری و...) رابطه مستقیم وجود دارد (۱۳ و ۱۴). تحقیقاتی که ارتباط هویت اخلاقی پرستاران را با نحوه ارائه مراقبت و آرامش به بیماران در حال مرگ را بررسی نمودند، نتایج تحقیقات نشان از همبستگی مثبت و معنی دار بین این دو متغییر(هویت اخلاقی پرستار و کیفیت ارائه مراقبت و آرامش به بیمار) می‌باشند (۱۵). پرستارانی که در دوره دانشجویی یا بدو استخدامی هویت اخلاقی بالایی داشتند در ارائه خدمات پرستاری، هدفشان تقویت تندرستی و سلامتی بیماران بوده، همچنین سعی داشتند مسئولیت های حرفه ای خودشان را به نحو احسن انجام دهند(۱۶ و ۱۷). هویت اخلاقی برای تقویت مراقبت اخلاقی، دلسوزانه پرستاران و استفاده آنها از عاملیت اخلاقی لازم و ضروری می باشد (۱۸).

غیر از هویت اخلاقی، متغیر روانشناختی دیگری که می تواند در مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش داشته باشد، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران می باشد. دلسوزی نست به زندگی دیگران یعنی آگاهی و احساس درد و رنج مددجویان می باشد(۱۹). دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، یک جهت گیری انسان دوستانه هست که با هدف رهایی مددجویان و نیازمندان از درد، رنج، گرفتاری و مشکلات صورت می گیرد(۲۰). ابعاد چهارگانه دلسوزی نسبت به زندگی دیگران عبارت است از: آگاهی و شناسایی نیاز و گرفتاری مددجویان؛ همدردی با شخص نیازمندو مشکل‌دار؛ آرزوی برطرف شدن تمامی نیاز و مشکلات حاجت‌مندان؛ اقدام عملی برای رفع نیاز و مشکلات مددجویان (۲۱). دلسوزی شاه کلید حرفه پرستاری هست که رضایت بیمار از مراقبتهای پرستاری را در پی دارد (۲۲). دلسوزی نسبت به زندگی دیگران باعث کاهش استرس شغلی و تقویت کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران می شود (۲۳). سطح پایین دلسوزی، اثر منفی بر کیفیت خدمات پرستاری دارد (۲۴). هر دو متغیر دلسردی و رضایت از دلسوزی نسبت به زندگی دیگران بر کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران بخش کودکان و نوزادان اثر داشته اند، به طوری که متغیر دلسردی از دلسوزی اثر منفی بر کیفیت خدمات داشته اما رضایت از دلسوزی باعث بهبودی کیفیت خدمات پرستاری شد (۲۵).

شیوع بیماری های ویروسی، خطرات مالی و جانی فراوانی برای بشریت ایجاد کرده و برای سلامت جامعه، تهدید عمده محسوب می شود (۲۶ و ۲۷). در این بین نقش کادر درمانی و مراقبتی، خصوصا پرستاران در پیشگیری، کنترل و درمان بیماری های ویروسی پر رنگ بوده و هست (۲۸)، که با ارائه خدمات درمانی و مراقبتی دلسوزانه، از گسترش بیماری جلوگیری نموده یا نسبت به درمان آن اقدام نمودند (۲۹). از آنجای که بعضی از پرستاران در اجرای مراقبت دلسوزانه مشکلاتی دارند و یا در ارائه خدمات مراقبتی دلسوزانه ضعیف عمل می کنند، که لازم هست سیاست گزاران نظام سلامت در صدد تعدیل یا اصلاح آن باشند (۳۰ و ۳۱)، همچنین مراقبت دلسوزانه یکی از ضروریات مهم حرفه ی پرستاری و مراقبتی

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

محسوب می شود، که فقدان این ویژگی ارائه مراقبت باکیفیت را تحت تأثیر قرار می دهد. از این رو یافتن عوامل مرتبط با میزان مراقبت دلسوزانه و ارتقای آن ضرورت دارد. بنابراین، با توجه به مطالعات اندک در این زمینه، خصوصا در حوزه پرستاران بخش های بیماری های واگیردار، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی به زندگی دیگران در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع تحلیل مسیر بود. پرستاران شاغل در بخش کرونای بیمارستان های استان آذربایجان غربی و بیماران بستری در بخش کرونای بیمارستان ها در سال ۱۳۹۹، جامعه آماری مطالعه را تشکیل داده بودند. با استفاده از فرمول حجم نمونه برآورد میانگین ۲۵۰ نفر پرستار به روش نمونه گیری دردسترس(یعنی انتخاب پرستارانی که در لحظه انتخاب نمونه حضور داشته و با توجه به محدودیت های کرونایی از شرایط همکاری با پژوهشگر برخوردار بودند) انتخاب شدند، سپس از بین بیماران تحت مراقبت پرستاران منتخب که شرایط و توانایی همکاری با پژوهشگر داشتند، ۲۵۰ بیمار جهت ارزیابی مراقبت دلسوزانه پرستاران انتخاب شدند (برای اینکه پرستار ارزیاب شونده به بیمار ارزیاب کننده مشخص شود و بیمار در ارزیابی پرستار مورد نظر مرتکب اشتباه نشود، اولا مشخصات پرستار تحت مطالعه به بیمار تحت مراقبت پرستار مشخص شد و تاکید شد که کدام پرستار را ارزیابی کند، همچنین سوالات پرسشنامه مراقبت دلسوزانه، طوری طراحی شده هست که پرستار ارزیاب شونده قابل مشخص هست و بیمار به راحتی می‌تواند پرستار مورد نظر را تشخیص دهد). بعد از تعیین نمونه آماری، پژوهشگران با هماهنگی مسئولین بیمارستان ها و با رعایت پروتکل های بهداشتی در بخش مراقبت ویژه بیماران کرونا حاضر شده ، پرستاران و بیماران را نسبت به اهمیت و ضرورت پژوهش آگاه ساخته و تاکید داشتند که شرکت در مطالعه کاملا اختیاری هست و عدم شرکت در مطالعه اثری بر ارزیابی خدمت آنها ندارد. بعد از دریافت رضایت آگاهانه، اقدام به پخش ابزارهای جمع آوری اطلاعات نمود. ملاک های ورود به پژوهش، فعالیت در بخش کرونا، داشتن تمایل همکاری با محققان و حداقل ۵ ماه سابقه خدمت در بخش کرونا شامل می شد و تنها ملاک خروج مطالعه عدم ادامه همکاری آزمودنی با پژوهشگر بود. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه مراقبت دلسوزانه رودریگز[1] ؛ پرسشنامه هویت اخلاقی بلکو رینولدز[2] و مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران چانگ[3] استفاده شد.

مقیاس دلسوزی نسبت به زندگی دیگران : پرسشنامه دلسوزی نسبت به زندگی دیگران توسط چانگ و همکاران (۲۰۱۴) طراحی شده است و ۲۶ گویه دارد که به صورت ۷ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۲۶ و ۱۸۲ می‌باشد که نمره بالا، منعکس کننده دلسوزی بیشتر می‌باشد. از بین ۲۶ گویه، ۱۳ گویه مربوط به خرده مقیاس همدلی و ۱۳ گویه به خرده مقیاس تسکین درد و رنج اختصاص دارد (۲۱). حاجلو و رنجبر (۱۳۹۴) جهت بررسی روایی همگرا و افتراقی مقیاس،

1. Rodriguez
2. Black & Reynolds
3. Chang

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

همبستگی این مقیاس را با پرسشنامه همدلی عاطفی و زیر مقیاس شخصیت آزارگر بررسی نمودند که نتایج معنادار به دست آمد. هنچنین، ضریب آلفای کرونباخ[1] ۰/۸۷ و همبستگی گویه ها با نمره کل در دامنه ۰/۴۱ و ۰/۶۰ به دست آمد، که نشان از پایایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (۳۲).

پرسشنامه هویت اخلاقی: پرسشنامه هویت اخلاقی یک مقیاس ۲۰ گویه ای است که توسط بلک و رینولدز در سال ۲۰۱۶برای ارزیابی هویت اخلاقی تدوین شده است. این مقیاس از دو خرده مقیاس خوداخلاقی با ۸ سؤال و تمامیت اخلاقی با ۱۲سؤال تشکیل یافته است. و شرکت کنندگان در قالب طیف شش درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تاکاملاً موافقم (نمره ۶) به سؤالات پاسخ میدهند. نتایج پژوهش‌ها حاکی از ثبات بسیار بالای همسانی درونی مقیاس می باشد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ خود اخلاقی، تمامیت اخلاقی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد (۱۰). در ایران هم عباسی اصل و همکاران (۱۳۹۸) پس از ترجمه پرسشنامه، ویژگی روانسنجی پرسشنامه رو بررسی نمودند، نتایج به دست آمده حاکی از تایید ساختار دو عاملی مقیاس می باشد (۳۳).

پرسشنامه مراقبت دلسوزانه: پرسشنامه مراقبت دلسوزانه توسط رودریگز (۲۰۱۹) با ۱۲گویه با هدف ارزیابی میزان مراقبت دلسوزانه پرستاران توسط بیماران طراحی شده است. نمره گذاری پرسشنامه به‌صورت ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد که شخص بیمار عملکرد پرستار را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌دهد. یافته‌ها حاکی از آن بود که همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در گروه روان پرستاران (۰/۷۸۲)، پرستاران مراقبت ویژه (۰/۸۱۸)، پرستاران بخش کودک (۰/۸۸۹) و پرستاران بخش زنان (۰/۹۰۹) بیشتر از ۰/۷۵ بوده است. همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه، ارتباط خرده مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل پرسشنامه بررسی شد که به ترتیب این نتایج به دست آمد: ۰/۷۶۵، ۰/۷۵۱، ۰/۸۷۱ و ۰/۸۴۴؛ که نتایج به دست آمده نشان از روایی مطلوب پرسشنامه می باشد (۳۴).

داده‌های حاصل از ابزارها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون[2] (برای بررسی میزان همبستگی ساده متغیرها)، سوبل[3] (برای بررسی نقش واسطه ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران) و بوت استراپ[4] (برای بررسی اثر مستقیم متغیرها) از طریق برنامه نرم افزار آماری برای علوم اجتماعی[5] (SPSS) و نرم افزار آماری تجزیه و تحلیل لحظه ای ساختارها[6] (Amos) با نسخه۲۴ مورد تحلیل قرار گرفتند و P > ۰/۰۵ به عنوان ارتباط معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه ۲۵۰ پرسشنامه در بین پرستاران توزیع شد که ۶ پرسشنامه به علت تکمیل ناقص کنار گذاشته شدند و تجزیه و تحلیل نهایی روی ۲۴۴ پرسشنامه باقی‌مانده انجام گرفت. میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره متغیر مراقبت دلسوزانه به ترتیب ۳۱/۱۶، ۷/۷، ۱۲، ۳۹؛ هویت اخلاقی ۷۰/۵۹، ۱۰/۴۶، ۲۰، ۱۲۰؛ دلسوزی نسبت به زندگی

1. Cronbach's alpha
2. Pearson correlation
3. Sobel
4. Bootstrap
5. statistical package for social science
6. analysis of a moment structures

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

دیگران ۹۶/۲۶، ۳،۱۳، ۲۶، ۱۴۹ به دست آمد، که مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول شماره یک آمده است.

ضرایب همبستگی[1] ارائه شده در جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی (r) بین هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه (۰/۴۴)؛ و همبستگی دلسوزی نسبت به زندگی دیگران با مراقبت دلسوزانه (۰/۳۹) مثبت ودر سطح پنج درصد معنی دار می باشد.

جدول شماره‌ی ۱- مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان

گروهها		تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	(۴۰/۵۷)۹۹
	زن	(۵۹/۱۸)۱۴۵
نوع مذهب	شیعه	(۷۰/۰۸)۱۷۱
	سنی	(۲۸/۲۷)۶۹
	سایر مذاهب	(۱/۶۳)۴
سطح تحصیلات	لیسانس	(۷۹/۰۹)۱۹۳
	فوق لیسانس	(۲۰/۹۰)۵۱
وضعیت تاهل	مجرد	(۳۰)۷۳
	متاهل	(۷۰)۱۷۱
سابقه کار	یک الی ۱۰ سال	(۵۳/۶۸)۱۳۱
	۱۱ الی ۲۰ سال	(۳۳/۶۰)۸۲
	۲۱ الی ۳۰ سال	(۱۲/۷۰)۳۱

به این معنی که با افزایش شاخص هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، مراقبت دلسوزنه در پرستاران افزایش می‌یابد(نک: جدول شماره دو).

جدول شماره‌ی ۲- ضرایب همبستگی ساده متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران با مراقبت دلسوزانه پرستاران

متغیر	مراقبت دلسوزانه
هویت اخلاقی	r =۰/٤٤ p =۰/۰۰۱
دلسوزی نسبت به زندگی دیگران	r =۰/۳۹ p =۰/۰۰۲

نتایج حاصل از آزمون سوبل و بوت استراپ حاکی از این بود که متغیر هویت اخلاقی در تعامل با نقش واسطه‌ای دلسوزی نسبت به زندگی در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران نقش دارد. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مراقبت دلسوزانه از طریق متغیرهای مدل تبیین شدند. اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه معنی‌دار به دست آمد. اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی‌دار مشاهده شد (نک: نمودار شماره یک و جدول شماره ۳).

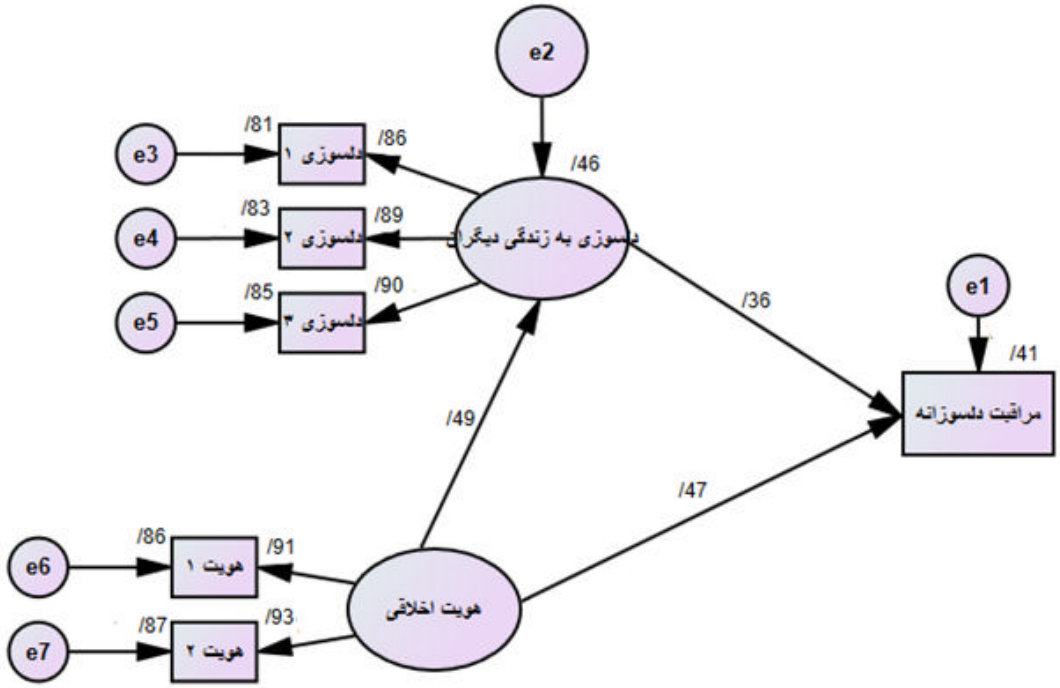
1. Relationship

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

جدول شماره‌ی ۳ - اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل دلسوزی نسبت به زندگی دیگران و هویت اخلاقی در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران

مسیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	p
۱. هویت اخلاقی ←مراقبت دلسوزانه پرستاران	۰/۴۷	–	۰/۴۷	۰/۰۱
۲-دلسوزی نسبت به زندگی دیگران ← مراقبت دلسوزانه پرستاران	۰/۳۶	–	۰/۳۶	۰/۰۱
۳- هویت اخلاقی ←دلسوزی نسبت به زندگی دیگران	۰/۴۹	–	۰/۴۹	۰/۰۱
۴. هویت اخلاقی ←دلسوزی نسبت به زندگی دیگران ← مراقبت دلسوزانه پرستاران	–	۰/۱۷۶	۰/۶۴	۰/۰۱



نمودار شماره‌ی ۱: ضرایب استاندارد مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران

آماره های برازش مدل نشـان داد که دلسـوزی نسـبت به زندگی دیگران در مدل مراقبت دلسـوزلنه، قادر اسـت نقش میانجی بین هویت اخلاقی و مراقبت دلسـوزانه پرسـتاران ایفا کند زیرا مقادیر شـاخص‌ها در مدل نشـان از اعتبار مطلوب مدل است (نک: جدول شماره چهار).

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

جدول شماره‌ی ۴- برازش الگوی نهایی مدل مطالعه

شاخص برازندگی الگو	خی دو[1] X^2	درجه آزادی[2] DF	نسبت خی دو به درجه آزادی	نیکوئی برازش[3] GFI	نیکوئی برازش تعدیل یافته[4] AGFI	نرم شده برازندگی[5] IFI	برازش مقایسه ای[6] CFI	میانگین مربعات خطا[7] RMSEA
الگوی پیشنهادی	۴۵/۱۱	۱۶	۲/۸۱	۰/۹۷	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۰۴

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای هویت اخلاقی و دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی انجام شد. نتیجه حاصل از آزمون بوت استراپ نشان داد که اثر مستقیم دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۰/۳۶) در تبیین مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی‌دار می‌باشد. این یافته همسو با مطالعه دوارته و همکاران هست که دلسوزی را شاه کلید حرفه پرستاری می‌دانستند و اعتقاد داشتند که دلسوزی پرستار، باعث رضایت بیمار از مراقبتهای پرستاری می‌شود(۲۲). همچنین در راستای مطالعه دورکین و همکاران می‌باشد که نشان دادند دلسوزی به بیماران، باعث کاهش استرس شغلی و تقویت کیفیت مراقبت پرستاری می‌شود(۲۳). همچنین هنسون که دلسوزی پایین را عامل مضرر خدمات پرستاری می دانست(۲۴)، با نتایج مطالعه حاضر در یک راستا می‌باشد. می‌توان گفت که، دلسوزی نسبت به زندگی به معنی "داشتن احساس برای دیگران" می‌باشد و پیشرو در همدلی می‌باشد. پرستارانی که احساس دلسوزی می‌کنند، می‌توانند احساسات بیماران را به خوبی درک کنند و حتی احساسات آنها را حس کنند، بعبارت دیگر، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، پرستاران را برای کمک جسمی، ذهنی یا احساسی نسبت به بیماران تشویق می‌کند. همچنین براساس نظریه خدمت به خود، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، یک ویژگی متقابل هست و باعث می شود پرستاران خودشان را از نظر بیماران مسئولیت پذیر و مهربان نشان دهند تا اینکه بیماران و اطرافیان بیماران با آنها مهربانانه و مسئولیت پذیرانه عمل کنند، نتیجه چنین فرایندی منجر به ارائه مراقبت دلسوزانه از طرف پرستاران می‌شود.

همچنین نتایج حاصل از آزمون بوت استراپ نشان داد که اثر مستقیم هویت اخلاقی (۰/۴۷) در تبیین مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی دار می باشد. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعه هاردی[8] و همکاران در یک راستا می باشد که نشان

1. Chi-square
2. Degree of freedom
3. Goodness of fit index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Incremental fit index
6. Comparative fit index
7. Root mean square error of approximation
8. Hardy

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

دادند. پرستارانی که هویت اخلاقی قوی دارد، در انجام کارها، تعهدات اخلاقی بالایی دارند (۱۲). یا همسو با مطالعه پیتر[1] و همکاران است که ارتباط هویت اخلاقی و کیفیت مراقبتی پرستاران را معنی‌دار نشان دادند(۱۳ و ۱۴). یا اینکه رایت[2] و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که هویت اخلاقی در ارائه مطلوب خدمات مراقبتی پرستاران به بیماران در حال مرگ اثر می‌گذارد(۱۵)، به نوعی با یافته حاضر در یک راستا می‌باشد. باید گفت، پرستارانی که هویت شان براساس اخلاق پایه‌ریزی شده هست، انجام فعالیت های اخلاقی را وظیفه خود می‌داند، گرایش آنها نسبت به اخلاق مداری و رفتارهای اخلاقی درونی می‌باشد، بعبارت دیگر، از کودکی اخلاقیات را یاد گرفتند و با اخلاقیات زندگی کردند و اخلاقیات به زندگی شان جهت می‌دهد. چون رفتارهای اخلاقی را بخاطر نیازهای درونی شان انجام می‌دهند و همیشه سعی می کنند خوب را از بد، رفتارهای درست را از نادرست تشخیص دهند و در انجام وظایف درستکار و مسئولیت پذیر باشند و در ارائه خدمات پرستاری و مراقبتی به بیماران دلسوزانه عمل کنند. در مقابل، پرستارانی که هویت شان براساس اخلاق شکل نگرفته ، به اخلاقیات و اصول اخلاقی اعتقاد ندارند و رفتارهای اخلاقی را بخاطر منافع شخصی یا استفاده ابزاری انجام می‌دهند. در ظاهر و پیش دیگران، خودشان را اخلاق مدار نشان می‌دهند اما در باطن یا موقع عمل، به اصول اخلاقی پایبند نیستند، در نتیجه در انجام وظایف و ارائه خدمات پرستاری، دلسوزانه عمل نمی‌کنند.

نتیجه حاصل از آزمون سوبل نشان داد که اثر غیر مستقیم هویت اخلاقی با واسطه گری دلسوزی نسبت به زندگی دیگران (۲/۹۶) معنی‌دار می باشد. با اینکه در تحقیقات قبلی، یافته همسان یا متضاد با یافته حاضر پیدا نشد یا حداقل پژوهشگران پیدا نکردند، اما پژوهش‌های هستند که با یافته حاضر نزدیک هستند و نقش واسطه‌ای متغیر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران را در ارتباط با سایر متغیرهای روانشناختی بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال می توان به نتیجه مطالعه دل کارمن[3] و همکاران (۲۰۲۰) اشاره کرد که نقش واسطه‌ای دلسوزی یا همدلی در ارتباط بین ذهن آگاهی و عملکرد شغلی پرستاران معنی دار گزارش کردند (۳۴). یا از مطالعه چوی[4] نام برد که نقش میانجی دلسوزی و همدلی در همبستگی بین شایستگی شغلی و شایستگی بین فردی پرستاران را مثبت گزارش کردند (۳۵).

براساس دیدگاه رفتار اجتماعی بلاسی[5] (۳۶) در خصوص نقش واسطه‌ای دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در افزایش یا تعدیل ارتباط هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه پرستاران، می‌توان گفت که، دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، احساسی است که با پیوند خوردن احساس فرد با اخلاقیات شکل می‌گیرد، هر چقدر پرستار به اصول اخلاق حرفه ای پایبند باشد و تجربه اخلاقیات داشته باشد بیشتر تحت تأثیر این احساس قرار می‌گیرد، بعبارت دیگر دلسوزی نسبت به زندگی دیگران، در پرستارانی شکل می گیرد که هویت اخلاقی بالایی دارند. همزمانی این ویژگی‌ها در پرستاران، باعث می شود که

1 . Peter
2. Wright
3. Del Carmen
4 . Choi
5 . Blasi

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

این ویژگی ها اثرات همدیگر را تقویت یا تعدیل کنند. تقویت شدن اثر هویت اخلاقی توسط دلسوزی نسبت به زندگی، باعث ارتقا مراقبت دلسوزانه در پرستاران می شود، زیرا ثمره اصلی دلسوزی و هویت اخلاقی، مراقبت دلسوزانه می باشد.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان داد که نقش واسطه ای ابعاد دلسوزی نسبت به زندگی دیگران در تعدیل ارتباط هویت اخلاقی با مراقبت دلسوزانه پرستاران معنی دار هست. در مجموع ۴۱ درصد از واریانس مدل مراقبت دلسوزانه پرستاران از طریق متغیرهای میانجی و برون داد تبیین شدند. بنابراین، برای تقویت اثربخشی هویت اخلاقی در ارتقا مراقبت دلسوزانه و عملکرد شغلی پرستاران، نیاز هست پرستاران و مسئولین اجرایی به نقش و اهمیت هر دو ویژگی اخلاقی و انسانی (مراقبت دلسوزانه و هویت اخلاقی) به صورت همزمان توجه کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به علت عدم دسترسی به و پرستاران شاغل در آن بخش بود، covid-19 تمامی بیماران بنابراین پژوهشگران از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده کردند که می‌تواند اعتبار بیرونی نتایج تحقیق را کاهش دهد.

ملاحظه‌های اخلاقی

در این پژوهش ملاحظات اخلاقی نظیر کسب رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان، دریافت کد اخلاقی، رازداری، صداقت، امانت داری و محرمانه نگه داشتن مشخصات فردی مشارکت کنندگان رعایت شده هست.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان، پرستاران و بیماران بستری در بیمارستان‌های استان آذربایجانغربی، که پژوهشگران را صمیمانه در اجرای مطالعه یاری نمودند، نهایت سپاس و قدردانی را بعمل آورند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

منابع

1. Cheraghpour R, Hejazi S N, Mohammadi A. Structural Model of Social Health of Nurses in Health Centers based on Cultural Intelligence Variables and Religious Values, A Case Study: Health Centers in the South of Kerman Province). IJPN 2021; 9 (2) :41-51 [in Persian]
2. Jamshidi Z, Sadeghi H. Nursing Challenges and Barriers to Promotion Health community: Narrative Review. 3 2021; 1 (2) :20-29 [in Persian]
3. Hashemi S, Vahedian Azimi A, Mahmoudi H. Clarifying the Concept of the Role of the Specialist Nurse in the Intensive Care Unit: Analyzing the Concept with the Rogers Approach. 3 2021; 1 (2) :75-88 [in Persian]
4. Nielsen DS, Dieperink KB. Cultural perspectives and nurses' reactions on the corona pandemic: A critical view from Denmark. Journal of Transcultural Nursing. 2020;31(4):333-6.
5. Silwal M, Koirala D, Koirala S, Lamichhane A. Depression, Anxiety and Stress among Nurses during Corona Lockdown in a Selected Teaching Hospital, Kaski, Nepal. Journal of Health and Allied Sciences. 2020 19;10(2):82-7.
6. Hofmeyer A, Toffoli L, Vernon R, Taylor R, Klopper HC, Coetzee SK, Fontaine D. Teaching compassionate care to nursing students in a digital learning and teaching environment. Collegian. 2018; 25(3):307-12.
7. Su JJ, Masika GM, Paguio JT, Redding SR. Defining compassionate nursing care. Nursing ethics. 2020; 27(2):480-93.
8. Tehranineshat B, Rakhshan M, Torabizadeh C, Fararouei M. Nurses', patients', and family caregivers' perceptions of compassionate nursing care. Nursing ethics. 2019; 26(6):1707-20.
9. Wang Z, Xing L, Xu H, Hannah ST. Not all followers socially learn from ethical leaders: The roles of followers' moral identity and leader identification in the ethical leadership process. Journal of Business Ethics. 2021;170(3):449-69.
10. Black JE, Reynolds WM. Development, reliability, and validity of the Moral Identity Questionnaire. Personality and Individual Differences. 2016; 97:120-9.
11. Bock T, Giebel H, Hazelbaker T, Tufte L. Integrating Thomistic virtue ethics with an Eriksonian identity perspective: A new moral identity assessment. Journal of Moral Education. 2021;50(2):185-201.
12. Hardy SA, Carlo G. Moral identity. In handbook of identity theory and research (pp. 495-513). Springer, New York, NY, 2011.
13. Peter E Et al. Nurses' narratives of moral identity: making a difference and reciprocal holding. Nurs Ethics 2018; 25: 324-334.
14. McHan K, Johnston-Taylor E, Piscopo B, Abate E, Dehom S. Nursing values and moral identity in baccalaureate nursing students. Journal of Professional Nursing. 2022;39:171-6.
15. Wright DK, Gastmans C, Vandyk A, de Casterlé BD. Moral identity and palliative sedation: A systematic review of normative nursing literature. Nursing ethics. 2020;27(3):868-86.
16. Peter E, Simmonds A, Liaschenko J. Nurses' narratives of moral identity: making a difference and reciprocal holding. Nursing Ethics. 2018;25(3):324-34.
17. Randle J. The shaping of moral identity and practice. Nurse education in practice. 2002 ;2(4):251-6.
18. Liaschenko J, Peter E. Fostering nurses' moral agency and moral identity: the importance of moral community. Hastings Center Report. 2016;46:S18-21.
19. Weng H Y, Fox AS, Shackman A. J, Stodola DE, Caldwell JZ. , OlsonM C, Rogers G M, Davidson R. J. Compassion training alters altruism and neural responses to suffering. Psychological Science, 2013; 24(7): 1171-80.
20. Pommier EA. The compassion scale: dissertation abstracts international (Section A). Hum. Soc. Sci. 2011;72: 1174-80.
21. Chang JH, Fresco J, Green B. The development and validation of the compassion of others' lives scale. Inter J Hum Soc Sci. 2014;4(5):33-42.
22. Duarte J, Pinto-Gouveia J, Cruz B.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

Relationships between nurses' empathy, self-compassion and dimensions of professional quality of life: A cross-sectional study. International journal of nursing studies. 2016; 60:1-1.
23. Durkin M, Beaumont E, Martin CJ, Carson J. A pilot study exploring the relationship between self-compassion, self-judgement, self-kindness, compassion, professional quality of life and wellbeing among UK community nurses. Nurse education today. 2016; 46:109-14.
24. Henson JS. When compassion is lost. Medsurg Nursing. 2017 Mar 1;26(2):139.
25. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. Palliative & supportive care. 2019 Jun;17(3):269-75.
26. Zorriehzahra MJ, Dadar M, Ziarati M, Seidgar M, Hassantabar F, Ghasemi M, Faeed M, Fallahi R. A Perspective on the Origin of COVID-19 and Its Epidemic Situation in Iran and the World. Journal of Marine Medicine. 2020 Apr 10;2(1):41-52.
27. Di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbuto V, Veronese N, Smith L. Coronavirus diseases (COVID-19) current status and future perspectives: a narrative review. International journal of environmental research and public health. 2020 Jan;17(8):2690-98.
28. Belingheri M, Paladino ME, Riva MA. Beyond the assistance: additional exposure situations to COVID-19 for healthcare workers. Journal of Hospital Infection. 2020;105(2):353-361.
29. Dempsey C. The Impact of Compassionate Connected Care on Safety, Quality, and Experience in the Age of COVID-19. Nurse Leader. 2021; 19(1):622-631.
30. Amiri E. Nurses' moral sensitivity and its relationship with the quality of care patients receive and patients' satisfaction in the medical wards of Tabriz. Dissertation; Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz; Iran, 2017. [in Persian]
31. Simpson AV, Farr-Wharton B, Reddy P. Cultivating organizational compassion in healthcare. Journal of Management & Organization. 2020 May;26(3):340-54.
32. Hajloo A, Ranjbar Noushari F. The validity and reliability of farsi version of the compassion of others' lives (COOL) scale. Soci Cognit J. 2016; 2(8): 35-47. [in Persian]
33. Abbasi AR, Hashemi S, Khabbazi KM, BAEZZAT F. Psychometric properties of Persian version of Black & Reynolds's Moral Identity Questionnaire (MIQ). Quarterly of Applied Psychology. 2020;13(4): 651-667. [in Persian]
34. del Carmen Pérez-Fuentes M, Linares JJ, Jurado MD, Márquez MD, Martínez ÁM. The mediating role of cognitive and affective empathy in the relationship of mindfulness with engagement in nursing. BMC public health. 2020 Dec;20(1):1-10.
35. Choi HG, Kim HJ, Lee S. Mediating Effects of Empathy on Competence of Korean Nursing Students. Iranian Journal of Public Health. 2021;50(4):737-46.
36. Blasi A. Emotions and moral motivation. Journal for the Theory of Social Behaviour. 1999; 29(1):1-9.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]

Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine, 2022, Volume 15

Original Article

Presenting a Structural Model to Explain Compassionate Care of Nurses Based on Moral Identity and Compassion to Others' Lives

Mozaffar Ghaffari[*1], Lotfali Khani[2], Azam Mahmmodi[3]

1. Department of Psychology, Faculty of Psychology & Educational Sciences, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran.
2. Department of Sociology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Dehaghan, Iran.
3. Instructor, Department of nursery, Islamic Azad University of Dehaghan, Dehaghan, Iran.

Received: *15 September 2021*
Accepted: *28 December 2022*
Published: *7 January 2023*

Corresponding Author
Mozaffar Ghaffari
Address: *: Payame Noor University, Nakhl St, Lashkarak Highway, Tehran, Iran.*
Postal Code : *19395-4697*
Tel*: 98 23320000*
Email: *Mozaffar.ghaffari@pnu.ac.ir*

Citation to this article:
Ghaffari M, Kkhani L, Mahmmodi A. Presenting a structural model to explain compassionate care of nurses based on moral identity and compassion to others' lives. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2022; 15: 253-265.

Abstract

Compassionate care is considered one of the important elements of patient-centered and oriented care that gives health to the patient. Therefore, this study was conducted with the aim of designing and explaining the model of compassionate care of nurses based on moral identity and compassion for the lives of others. The present research method was done according to path analysis. The statistical sample included 250 patients with covid-19 and 250 nurses working in the corona department of hospitals in West Azerbaijan province in 2021, which were selected by available sampling method. Rodriguez's compassionate care questionnaire, Black and Reynolds' moral identity questionnaire, and Chang's scale of compassion for others' lives were used to collect data. The data were analyzed using Pearson, Bootstrap and Sobel tests and also through SPSS and Amos software program, version 24. The results showed that the variable of moral identify in interaction with the mediating role of compassion for the lives of others in explaining the compassionate care of nurses. A total of 0. 41 of the variance of compassionate care was explained through model variables. The direct effect of moral identity (0. 47), compassion for the lives of others (0. 36) was observed and it was significant in explaining the compassionate care model. Also, the result showed that the indirect effect of moral identity was found to be significant through the mediation of compassion and also towards the lives of others (2. 96). Considering the variable mediating effect of compassion towards the lives of others in the relationship between moral identity and compassionate care of nurses, it seems that the growth or strengthening of compassion towards the lives of others and moral identity can promote the compassionate care of nurses.

Keywords: Care, Compassion, Moral identity, Nurse.

Copyright © 2023 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4. 0 International license https://creativecommons. org/licenses/by-nc/4. 0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from journals.tums.ac.ir on 2026-04-06]

[DOI: 10.18502/ijme.v15i18.11823]