نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره ششم، پاییز ۱۴۰۱، شماره سوم، صفحات ۳۹۴ تا ۴۰۲

پژوهشی

راهبرد رشد معنوی و اخلاق اسلامی در بیمارستان‌های دانشگاهی

امیراحمد شجاعی[۱]، جیران زبردست[۲]، محمد کیاسالار[۳]، نیکزاد عیسی‌زاده[۴*]

۱. استادیار گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی دکتری زبان‌شناسی ویژه علوم اعصاب‌شناختی، پژوهشکده علوم شناختی، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی و تاریخ پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. *نویسنده مسئول: دانشیار، مرکز تحقیقات قرآن، حدیث و طب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران n-iesazadeh@tums.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۷/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: رعایت نکردن اخلاق در جامعه مشکلات بسیاری را برای عامه مردم به وجود می‌آورد و در مقیاس کوچک‌تر در بیمارستان نیز عدم رعایت نکات اخلاقی مسائل زیان‌باری را رقم خواهدزد. برای پیشبرد اهداف اخلاقی در سازمان و یا به عبارت دیگر ترویج اخلاق در بیمارستان‌های دانشگاهی بنا به توصیه‌های علمی و مدیریتی حتما لازم است از تکنولوژی‌های نوین استفاده شود که در گام آخر تحقیق به بررسی آنها پرداخته می‌شود.

روش: در این پژوهش از روش‌های مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه عمیق با خبرگان، نظرسنجی از خبرگان و مشاهده برای گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود و از طریق«تحلیل محتوا و داده‌های به‌دست آمده» در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، با توجه به ماهیت تحقیق از نظرات خبرگان اخلاق سازمانی در صنعت بهداشت و درمان و سایر خبرگان دانشگاهی اخلاق، اخلاق و فرهنگ سازمانی و مدیریت استراتژیک نظرخواهی شد.

یافته‌ها: پژوهشگر در کدگذاری متن مصاحبه از کدهای طبیعی یا زنده استفاده کرد که عین جمله مصاحبه‌شونده‌ها بود و یا اینکه برداشت خود را از جملات بیان کرد که به آن کد تصدیقی می‌گویند که براساس مطالبی که از پژوهش‌های گذشته شکل گرفته است، کد مناسب به آن اختصاص داده شد. سؤال اصلی پژوهش حاضر به دست آوردن مفاهیم بنیادی در زمینه رخنه‌های اخلاق سازمانی در بیمارستان بوده است که این هدف هم در هنگام کدگذاری در ذهن محقق بوده است همچنین ابعاد مدل و روابط بین ابعاد مدل نیز در ذهن محقق بوده است که در کدگذاری به آن‌ها توجه شده است. اخلاق کادر درمان تنها به پزشکان بر نمی‌گردد؛ بلکه سایر بخش‌هایی که به‌نوعی به درمان بیمار اقدام می‌کنند نیز بر می‌گردد. در این میان بیشترین تعامل را پرستاران با بیمار و همراه او دارند و به دلیل ماهیت کارشان از نظر اخلاقی باید خوددار و خودکنترل باشند تا بتوانند رفتارهای اخلاقی که نه‌تنها باعث ناراحتی بیمار نشود؛ بلکه از نظر روحی او را تسکین دهد.

نتیجه‌گیری: این طرح همه‌جانبه است و کمک می‌کند افراد بدانند که رشد اخلاق در بیمارستان فراگیر و همه‌جانبه است، هم اولویت‌بندی می‌خواهد، هم ابعاد گوناگون دارد و هم اینکه باید به عنوان یکی از اهداف سازمانی تلقی شود.

کلیدواژه‌ها: اخلاق اسلامی، بیمارستان‌های دانشگاهی، رشد اخلاقی، معنویت

مقدمه

رعایت نکردن اخلاق در جامعه مشکلات بسیاری را برای عامه مردم به‌وجود می‌آورد و در مقیاس کوچک‌تر در بیمارستان نیز عدم رعایت نکات اخلاقی مسائل زیان باری را رقم خواهد زد. یکی از عواقب رفتارهای غیراخلاقی، از بین رفتن اعتماد عمومی است که بی‌گمان از اهمیت فراوانی برخوردار است . نقش اعتماد در دنیای کنونی بسیار حائز اهمیت است. بیمارستان‌ها نمادی کوچک از تعاملات دولت‌ها با مردم هستند، و مردمان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها همان عموم مردمی هستند که دست بر قضا گرفتار بیماری و درد و ناگواری شده‌اند و بدین جهت نیازمند توجه و رسیدگی بیشتر می‌باشند، پس چنانکه تعاملات بیمارستان‌های دولتی با مراجعان را بررسی کنیم، گویی تعاملات دولت با مردمان را دیده‌ایم و چنانکه مراجعان به بیمارستان‌ها را ارج نهیم، گویی همه مردمان جامعه را ارج نهاده‌ایم. اینک، وضعیت کنونی برخی از بیمارستان‌های دولتی نه چندان مطلوب است که مثال زدنی باشد و نه چندان بد که موجب ناامیدی شود. وضعیت کنونی وضعیتی است که به‌صورت ویژه نیاز به رسیدگی و رشد و تعالی دارد. در این وضعیت گرچه تلاش‌های بسیاری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]

می‌شود که به مراجعان رسیدگی شود و خدمات قابل قبولی ارائه شود؛ اما از سویی حق مطلب ادا نمی‌شود و بسیاری از حقوق مراجعان رعایت نمی‌شود. در این وضعیت کنونی مفاهیمی اخلاقی نظیر احترام و همدلی و شفقت و پاسخگویی و مهربانی کمرنگ است و نیاز به بازبینی جدی دارد. در این وضعیت مراجعان حقوق خود را نمی‌دانند و سیستم از این غفلت مراجعان گاه استفاده نابجا می‌کند. خلاصه اینکه وضعیت کنونی نیاز به بازبینی دارد و این بازبینی را در این تحقیق رشد اخلاقی می‌نامیم و بر آنیم تا با بهره جستن از معارف والای اسلامی به راهکارهایی عملیاتی دست یابیم که بتوان اخلاق را به رشد و تعالی رساند(۱-۶).

پیشینه

اخلاق سازمانی مطالعه و عمل رفتار اخلاقی در سازمان است. این شامل تبیین و ارزیابی ارزش‌های تعبیه‌شده در سیاست‌ها و شیوه‌های سازمانی است و همچنین جستجوی سازوکارهایی برای ایجاد شیوه‌ها و خط‌مشی‌های مبتنی بر ارزش‌های پذیرفته‌شده اخلاقی است. درحالی‌که اخلاق سازمانی می‌تواند به‌طور گسترده‌ای در زمینه‌های متنوع سازمان‌دهی شود، تحلیل ما متمرکز بر کاربرد آن در مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. اخلاق سازمانی به معنی مطالعه و عمل رفتار اخلاقی سازمان است که در اینجا شامل تبیین و ارزیابی ارزش‌های سازمان‌های بهداشت و درمان و ایجاد یک جو درون سازمان که این ارزش‌ها را منعکس و از آن حمایت کند. طبق اسپنسر، میلر، رتری و ورهان هدف اخلاق سازمانی ایجاد یک جو اخلاقی است که خط‌مشی‌ها، فعالیت‌ها و سازوکارهای خودارزیابی یکپارچه بیمار، کسب‌وکار و دیدگاه‌های حرفه‌ای را در سازگاری و فعالیت‌های خلق ارزش مثبتی که مأموریت سازمان را بیان، اعمال و تقویت می‌کنند(۷-۱۲). سوهانن، استولت، ویرتانن و لینو کیلپی (۲۰۱۱) با بررسی پژوهش‌های حوزه اخلاق سازمانی به این نتیجه رسیده‌اند که مطالعات انجام‌شده‌ی سامان‌مند و مرور ادبیات مطالعات تجربی در مورد اخلاق سازمان‌های بهداشتی- درمانی، بیشتر مربوط به موضوعات رهبری و مدیریت است. با بررسی پایگاه‌های داده دریافتند که برنامه‌های تحقیقی طولانی انجام نشده است. بیشتر مطالعات بر چالش‌های اخلاقی، مسائلی در عمل، پریشانی اخلاقی کارکنان و جو یا محیط اخلاقی تمرکز داشتند. نمونه مطالعات، بیشتر شامل اخلاق پزشکان بهداشت و درمان، مدیران اجرایی، عملیاتی و استراتژیک بود. داده‌های جمع‌آوری‌شده شامل پرسشنامه‌ها یا مصاحبه‌ها و بیشتر مطالعات توصیفی، همبستگی و تک‌مقطعی است؛ بنابراین افزایش وضوح مفهومی و چارچوب نظری پیرامون موضوع اخلاق سازمانی و وسعت زمینه‌ها و حوزه پژوهش الزامی است(۱۳).

گلنگر و گُداستین (۲۰۰۲) در مقاله «انجام مسئولیت‌های سازمانی در بهداشت و درمان: اخلاق سازمانی و نقش مأموریت تشخیص» تأکید بر ضرورت موضوعات اخلاق سازمانی در بهداشت و درمان به‌عنوان یک پیامد مهم تغییر ساختار بهداشت و درمان می‌کنند. آن‌ها بر سه عنصر اخلاق کسب‌وکار و اخلاق بهداشت و درمان یعنی: یکپارچگی، مسئولیت‌پذیری و انتخاب تأکید دارند(۱۴).

بخشی از مسائل و مشکلات اخلاقی به‌وجود آمده، ناشی از دیدگاه‌ها و رفتارهای غیراخلاقی پرستاران و پزشکان است. همچنین عوامل گسترده اجتماعی- اقتصادی، سیاسی و فرهنگی در حیطه بهداشتی و سلامت و کار پرستاری نیز می‌توانند در بروز مشکلات اخلاقی دخیل باشند. از طرف دیگر، نابرابری‌ها در دست‌یابی به مراقبت بهداشتی و تخصیص ناکافی نیروی انسانی نیز از عوامل مهم در بروز مسائل اخلاقی هستند(۱۵-۱۸).

شلیترُ، وینچ، هولژاوزر و هندرسون (۲۰۰۸) با بررسی سامان‌مند ادبیات نظری از سال ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۷ دریافتند که، استفاده از مداخلات فناوری‌های جدید و دارویی در مراقبت از بیماران، هنگامی‌که نتایج آن برای بیماران نامطمئن است، تردیدهای اخلاقی را برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی افزایش می‌دهد. خیلی از این معضلات پریشانی‌های اخلاقی را برای کارکنان بیمارستان‌ها به‌ویژه پرستاران به دنبال دارد. بر اساس نتایج این تحقیق حساسیت اخلاقی پرستاران بسیار به فضای اخلاقی بیمارستان بستگی دارد. بر اساس یافته‌ها محیط فقیر اخلاقی و نارضایتی از جوسازمانی بیمارستان‌ها به تمایل به خروج از خدمت کارکنان منجر می‌شود(۱۹).

الیور (۲۰۰۴) گزارش می‌دهد افتادن بیماران از روی تخت‌های بیمارستان یکی از موارد رایج در بیمارستان‌هاست. نتایج بررسی او نشان می‌دهد حدود ۳۰ درصد این افتادن‌ها به ضربه سر منجر می‌شود که گاهی به شکستگی و آسیب‌های سر منتج می‌شود و حتی ضربه مغزی خفیف هم گاهی می‌تواند به‌طور قابل توجهی عملکرد و توان‌بخشی را مختل کند(۲۰). این موضوع در بسیاری از موارد نارضایتی جدی برای بستگان بیمار ایجاد می‌کند و باعث اضطراب و خشم آن‌ها می‌شود. بیماران و همراهان بیمار انتظار دارند ملاحظات لازم برای پیشگیری از افتادن از طرف بیمارستان و کادر درمانی صورت گیرد و بخشی از آن را به بی‌اخلاقی مدیران و کادر درمانی نسبت می‌دهند.

روش

از آنجایی که تحقیق کنونی قرار است با نمونه‌ای منطقی از مصاحبه‌ها و بحث‌های گروهی پیش برود، محیط پژوهش بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انتخاب شده است.

در گام اول به بررسی وضعیت موجود می‌پردازیم تا بتوانیم در گام دوم پیشنهادهایی کاربردی برای ارتقاء اخلاق در بیمارستان ارائه دهیم و به عملیاتی شدن آنها بپردازیم .

برای پیشبرد اهداف اخلاقی در سازمان و یا به عبارت دیگر ترویج اخلاق در بیمارستان‌های دانشگاهی بنا به توصیه‌های علمی و مدیریتی لازم است از تکنولوژی‌های نوین استفاده شود که در گام آخر تحقیق به بررسی آنها خواهیم پرداخت.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]

جدول ۱- محاسبه روایی پروتکل مصاحبه

خبرگان	تعداد توافقات از ۱۸ سؤال	درصد توافق خبره
خبره ۱	۱۲	۶۶/۶۶ درصد
خبره ۲	۱۳	۷۲/۲۲ درصد
خبره ۳	۱۵	۸۳/۳۳ درصد
میانگین	۱۳/۳۳	۷۴/۰۷ درصد

در این پژوهش از «طرح پژوهش تحلیل محتوای کیفی» استفاده می‌شود. به دلیل اینکه پژوهش‌های مختلف از نظر هدف و نوع سؤالات تحقیق با هم متفاوت هستند بنابراین از ابزارهای گوناگونی برای کسب اطلاعات استفاده می‌کنند. در این پژوهش از روش‌های مطالعات کتابخانه‌ای، مصاحبه عمیق با خبرگان، نظرسنجی از خبرگان و مشاهده برای گردآوری داده‌ها استفاده می‌شود. همچنین روایی در مراحل گوناگون روش کیفی مد نظر می‌باشد. ابتدا موضوع پژوهش که مورد تأیید ۷ تن از استادان مجرب قرار گرفت. در مرحله تدوین پرسش‌ها مصاحبه نیز این سؤالات مورد تأیید ۳ تن از استادان حوزه اخلاق پزشکی و بیمارستانی واقع شد که به‌طور میانگین بعد از چند تکرار (رفت و برگشت) با توجه به ۱۸ پرسش تأیید شده نهایی به‌طور میانگین بیش از ۷۴ درصد پرسش‌های پروتکل نهایی مورد تأیید این خبرگان بوده است، و از آنجایی که بالای ۷۰ درصد است، بنابراین دستورالعمل مصاحبه از روایی بالایی برخوردار است. نتایج این بررسی در جدول (۱) آمده است.

سایر مراحل، مثل تحلیل و گزارش‌دهی، نیز مورد تأیید دو تن از استادان اخلاق پزشکی قرار گرفت. ضمن اینکه خبرگانی که از آن‌ها مصاحبه به عمل آمد نیز به تأیید مدل به‌دست‌آمده و روایی سؤالات با هدف پژوهش اذعان داشتند.

برای محاسبه پایایی کدگذاری‌ها با روش توافق درون موضوعی دو کدگذار (ارزیاب)، از یک نفر دکتری مدیریت دانشگاه تهران (استاد مدعو دانشکده مدیریت دانشگاه تهران) آشنا با مدیریت بیمارستان و روش تحقیق نظریه داده بنیاد خواسته شد تا به‌عنوان همکار پژوهش (کدگذار) مشارکت داشته باشد. ایشان ابتدا بدون توجه به کدهای قبلی کدگذاری کرده‌اند. سپس محقق با مقایسه سه مصاحبه که توسط شخص دوم صورت گرفت.

نتایج را در جدول زیر ارائه دادند و درصد توافق درون موضوعی که به‌عنوان شاخص پایایی تحلیل به کار می‌رود با استفاده از رابطه زیر محاسبه شد:

رابطه (۲۰-۳) ۱۰۰ درصد × تعداد کل کدها/تعداد توافقات × ۲ = درصد توافق درون موضوعی

نتایج حاصل از این کُدگذاری‌ها در جدول (۵-۳) آمد.

تعداد کل کُدها که توسط محقق و همکار تحقیق به ثبت رسیده است برابر ۲۷۹، تعداد کل توافقات بین این کُدها ۹۱ و تعداد کل عدم توافقات بین این کُدها برابر ۳۸ است. پایایی بین کُدگذاران در این تحقیق با استفاده از فرمول ذکرشده برابر ۶۷/۳ درصد برآورد شد. با توجه به اینکه این میزان پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است، قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها مورد تأیید است.در مجموع این بررسی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران که عبارت‌اند از بیمارستان‌های آرش، امام خمینی (ره)، انستیتو کانسر، امیر اعلم، بهارلو، بهرامی، رازی، روزبه، زنان، سینا، شریعتی، ضیاییان، فارابی، مرکز طبی کودکان، مرکز قلب تهران، بیمارستان ولیعصر (عج) و مرکز تصویربرداری پزشکی انجام شده است. با توجه به ماهیت تحقیق از نظرات خبرگان اخلاق سازمانی در صنعت بهداشت و درمان به‌ویژه بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و سایر خبرگان دانشگاهی اخلاق، اخلاق و فرهنگ‌سازمانی و مدیریت استراتژیک نظرخواهی شد.

- **خبرگان دسته اول:** خبرگان گروه اول شامل استادان و متخصصان اخلاق پزشکی
- **خبرگان دسته دوم:** این گروه شامل مدیران بیمارستان‌ها هستند که در عمل راهبردهای پیاده‌سازی اخلاق را در سازمان ایجاد می‌کنند و در شکل‌گیری و فرهنگ‌سازی اخلاق سازمانی بیمارستان‌ها اثرگذارند.
- **خبرگان دسته سوم:** این گروه شامل پزشکان و پرستاران باسابقه، مدیران واحدهای بهداشت حرفه‌ای، مددکاری اجتماعی و سایر مشاغل کلیدی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

جدول ۲- محاسبه پایایی بین دو کُدگذار

کد مصاحبه	شماره کدگذار	تعداد کل کُدها	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	پایایی بین دو کدگذار (درصد)
۱۱	کدگذار ۱	۸۴	۵۵	۲۹	۶۲/۸
	کدگذار ۲	۹۱			
۴	کدگذار ۱	۳۲	۲۰	۸	۶۶/۶
	کدگذار ۲	۲۸			
۲	کدگذار ۱	۲۷	۱۶	۱	۷۲/۷
	کدگذار ۲	۱۷			
جمع کل		۲۷۹	۹۱	۳۸	۶۷/۳

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]

برای نمونه‌گیری در بخش مصاحبه از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد تعداد نمونه‌های موردنیاز برای انجام مصاحبه بستگی به هدف مطالعه دارد. درصورتی‌که هدف از مصاحبه، اکتشاف و توصیف عقاید و نگرش‌های مصاحبه‌شوندگان باشد، با توجه به زمان و منابع قابل‌دسترس، تعداد (۱۰ ± ۱۵) نمونه برای انجام مصاحبه کافی خواهد بود .همچنین سعی بر آن بود که مصاحبه‌ها به شکل مثلثی سازی انجام گیرد.

در این پژوهش، از سه مرحله نمونه‌گیری استفاده شد و در نهایت ۱۸ مصاحبه انجام شد که از نظر جنسیتی ۱۲ آقا و ۶ خانم؛ از نظر توزیع سنی اکثریت در محدوده ۴۰ تا ۵۰ سال و میانگین سابقه کار آن‌ها ۲۰ سال بود:

- در مرحله اول بعد از بازدید از بیمارستان‌ها و انجام مشاهدات و تهیه دستورالعمل مصاحبه، پس از ۱۰ مصاحبه اولیه مقوله‌های کلیدی مشخص شد. پس‌ازآن پرسش‌هایی درباره‌ی اخلاق شکل گرفت.
- دور دوم مصاحبه‌ها شامل ۳ مصاحبه بوده است که هدف اشباع نظری بوده است که از نمونه‌گیری نظری استفاده شد.
- در نهایت پس از شناسایی مقوله‌ها و اطمینان از اشباع نظری آن‌ها، دور سوم مصاحبه‌ها صورت گرفت. ۵ مصاحبه بعدی با این هدف صورت گرفت که نمونه‌های نظری از مقوله‌ها و روابط شناسایی‌شده بین آن‌ها مبنایی را برای پالایش نظری خود فراهم کنند.

تعداد پنج FGD برگزار شد.

دو جلسه برای نهایی کردن گویه‌ها و تأیید تحلیل محتوا در دستیابی به مولفه‌ها و رخنه‌های اخلاقی در بیمارستان.

دوجلسه برای بحث و تبادل نظر درباره شناسایی راه کارهای ترویج اخلاق سازمانی در بیمارستان

یک جلسه برای تأیید مدل رشد و ترویج اخلاق سازمانی.

در بخش FGD به شکل هدفمند از افراد خبره استفاده شد. این افراد دو نفر متخصص اخلاق پزشکی و دو نفر پزشک با سابقه مدیریت بیمارستان و یک نفر متخصص مدیریت و یک نفر متخصص اخلاق سازمانی بود.

یافته‌ها

در مرحله اول بعد از بازدید از بیمارستان‌ها و انجام مشاهدات و تهیه دستورالعمل مصاحبه، پس از ۱۰ مصاحبه اولیه مقوله‌های کلیدی مشخص شد. پس‌ازآن پرسش‌هایی درباره‌ی اخلاق شکل گرفت. در دور دوم مصاحبه‌ها شامل ۳ مصاحبه بوده است که هدف اشباع نظری بوده است که از نمونه‌گیری نظری استفاده شد در نهایت پس از شناسایی مقوله‌ها و اطمینان از اشباع نظری آن‌ها، دور سوم مصاحبه‌ها صورت گرفت. ۵ مصاحبه بعدی با این هدف صورت گرفت که نمونه‌های نظری از مقوله‌ها و روابط شناسایی‌شده بین آن‌ها مبنایی را برای پالایش نظری خود فراهم کنند.

با توجه به داده‌های به دست آمده از بخش مصاحبه و مشاهده، تحلیل داده‌ها با استفاده از تکنیک نظریه داده بنیاد در سه مرحله انجام می‌گیرد، مرحله اول تئوری داده بنیاد یعنی کدگذاری باز ارائه می‌شود. سپس کدگذاری انتخابی و بعد کدگذاری نظری و جداول مربوط به هر قسمت ارائه می‌شود.

محقق با در نظر گرفتن اهداف و سؤالات پژوهش ابتدا متن مصاحبه‌های نوشته‌شده روی کاغذ را بررسی کرد. در روش نظریه داده‌بنیاد به شکل‌های گوناگون مثل مرور جمله به جمله یا مرور کلمه به کلمه یا گزاره به گزاره کدگذاری صورت می‌گیرد، به دلیل اینکه محقق در زمان انجام مصاحبه به کدهای به دست آمده هم در ذهن خود رسیده است. در هنگام کدگذاری از کدگذاری گزاره به گزاره استفاده کرده است. این کدها ویژگی بازیابی مفهوم در ذهن پژوهشگر را نشان دهد. این کدها معمولا به یک موضوع مشترک اشاره داشتند. پژوهشگر در کدگذاری متن مصاحبه از کدهای طبیعی یا زنده استفاده کرد که عین جمله مصاحبه‌شونده‌ها بود و یا اینکه برداشت خود را از جملات بیان کرد که به آن کد تصدیقی می‌گویند که بر اساس مطالبی که از پژوهش‌های گذشته شکل گرفته است، کد مناسب به آن اختصاص داده شد. سؤال اصلی پژوهش حاضر به دست آوردن مفاهیم بنیادی در زمینه رخنه‌های اخلاق سازمانی در بیمارستان بوده است که این هدف هم در هنگام کدگذاری در ذهن محقق بوده است. همچنین ابعاد مدل و روابط بین ابعاد مدل نیز در ذهن محقق بوده است که در کدگذاری به آن‌ها توجه شده است.اخلاق کادر درمان تنها به پزشکان بر نمی‌گردد؛ بلکه سایر بخش‌هایی که به‌نوعی به درمان بیمار اقدام می‌کنند نیز بر می‌گردد. در این میان بیشترین تعامل را پرستاران با بیمار و همراه او دارند و به دلیل ماهیت کارشان از نظر اخلاقی باید خوددار و خودکنترل باشند تا بتوانند رفتارهای اخلاقی که نه‌تنها باعث ناراحتی بیمار نشود؛ بلکه از نظر روحی او را تسکین دهد.

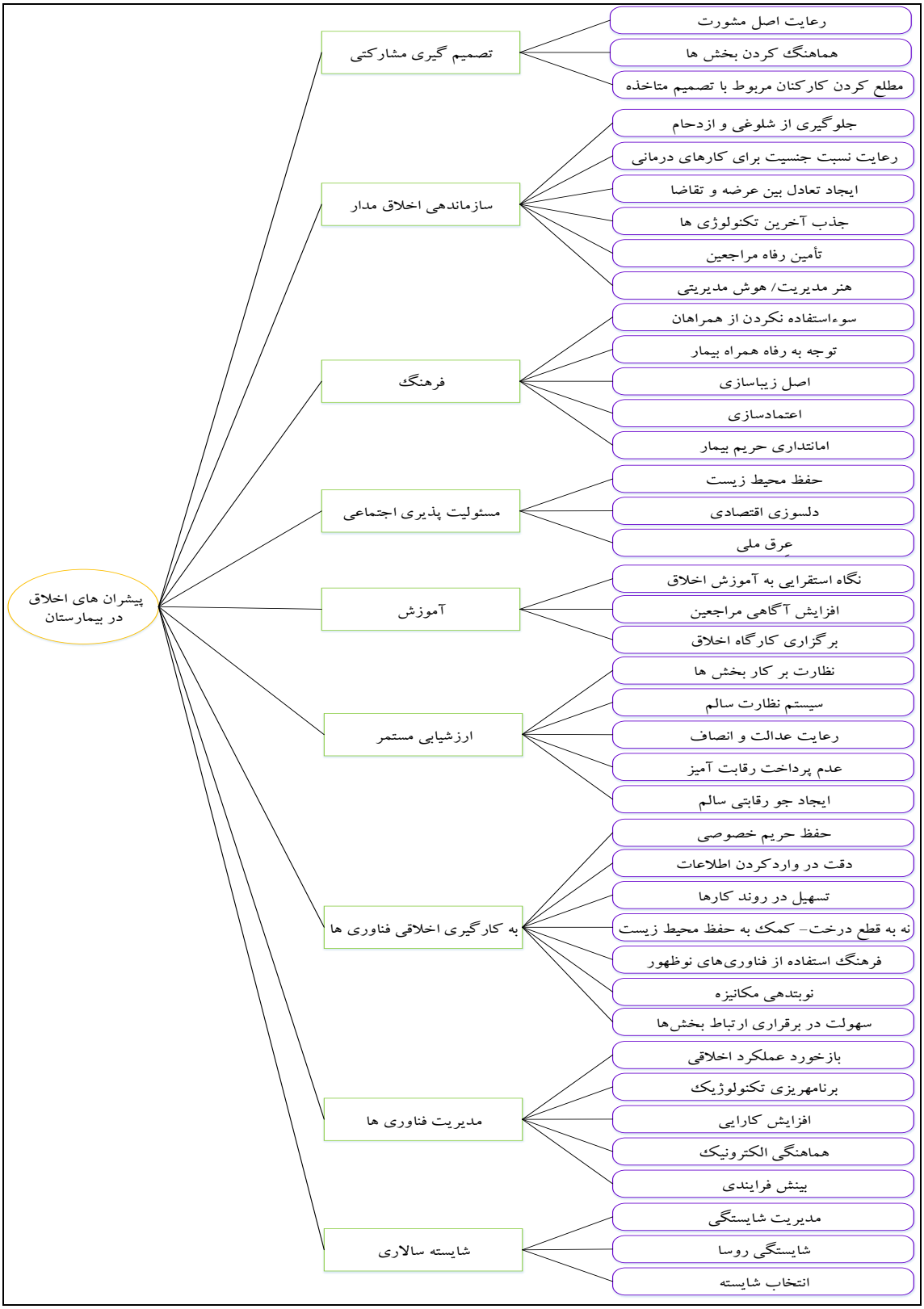
درنهایت باید گفت مسیر استقرایی شکل‌گیری مقوله‌ی «رخنه‌های اخلاق سازمانی در در بیمارستان» پس از بررسی نهایی به صورت پیگره شکل نمایش داده شده است. همچنین مسیر استقرایی شکل‌گیری مقوله‌ی «رخنه‌های اخلاق فردی در بیمارستان» در شکل ۲ آورده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از آنجایی که تا به‌حال پژوهشی در این سطح برای ارائه مدل اخلاق با زمینه سلامت و درمان، صورت نگرفته است.و مسئله اخلاق از جنبه‌های مختلف اجتماعی، خانوادگی، روان‌شناسی و علوم سیاسی به شکل‌های متفاوتی تعریف و تبیین می‌شود؛ لذا در این پژوهش سعی خواهیم کرد از ادبیاتی متناسب با مسئله اخلاق که بتواند در قالب مدل و کدهای رفتاری دقیقی حدود رفتار اخلاقی را ارائه دهد؛ تا شفافیت لازم برای بحث در مورد میزان این رفتار و انحرافات اخلاقی را نمایان سازد، استفاده کنیم(۲۱-۲۷). از سویی می‌دانیم که رشد و تعالی اخلاق در سازمان، به شکل تنها پند و اندرز حاصل نمی‌شود و نیازمند کاری همه‌جانبه و نیازمند رتبه‌بندی طبق چهار رکن زیر است: ۱- مقررات و اسناد بالادستی؛

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

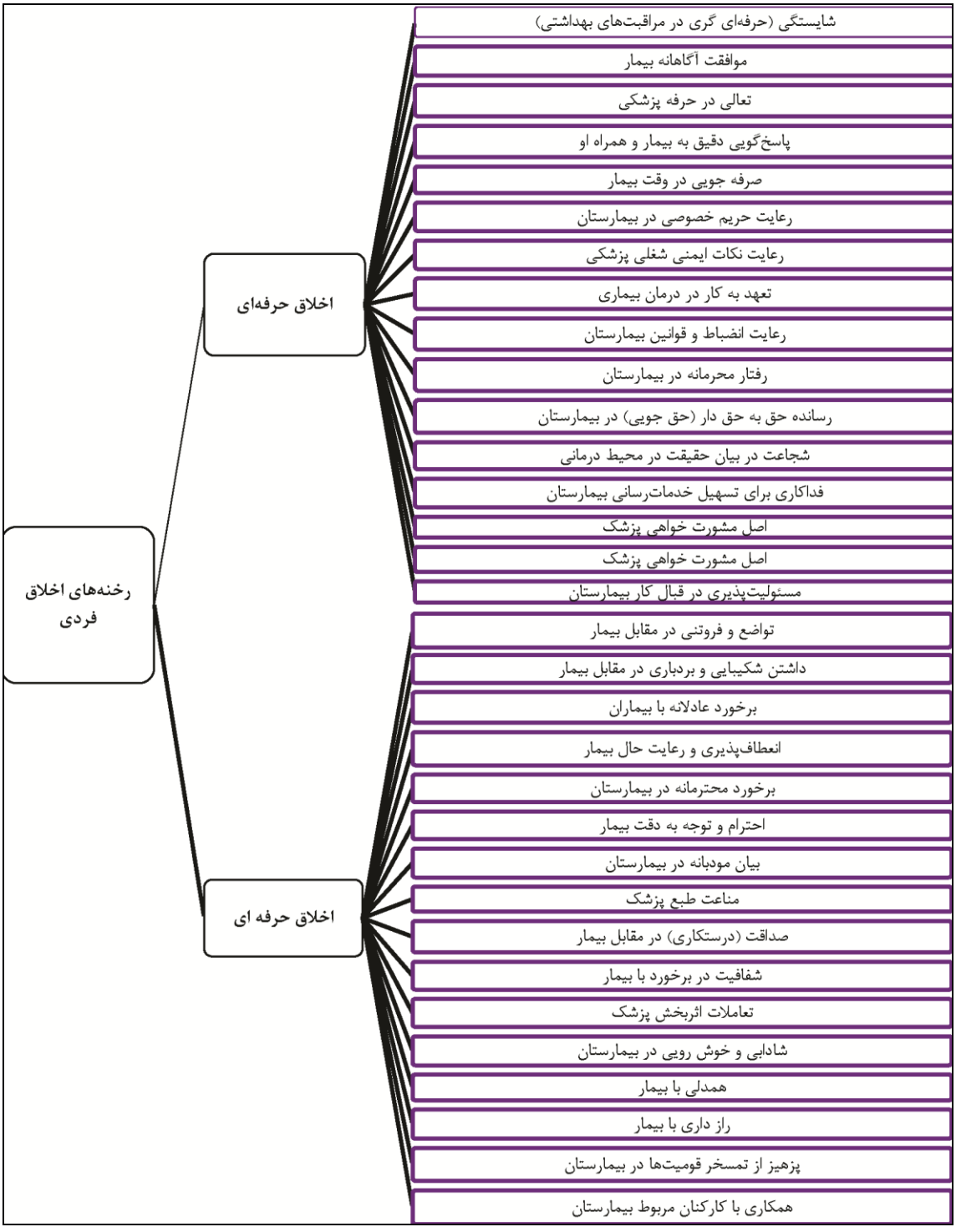
[DOI: 10.22034/6.3.3]



شکل ۱- مسیر استقرایی شکل‌گیری مقوله «رخنه‌های اخلاق سازمانی در بیمارستان»

۲- ساختار؛ ۳- منابع؛ ۴- تکنولوژی. اعم از برنامه‌ها و فرایندها با توجه به سؤال تحقیق و اهدافی که برای این پژوهش مدنظر قرار گرفت، روش تحقیق کیفی به کار رفت. ابتدا با روش تحقیق کیفی نظریه داده بنیاد کدهای اولیه از رویدادهای مصاحبه به‌دست آمد و مورد دسته‌بندی قرار گرفت، سپس مقوله‌های فرعی و اصلی به‌دست آمد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]
[DOI: 10.22034/6.3.3]

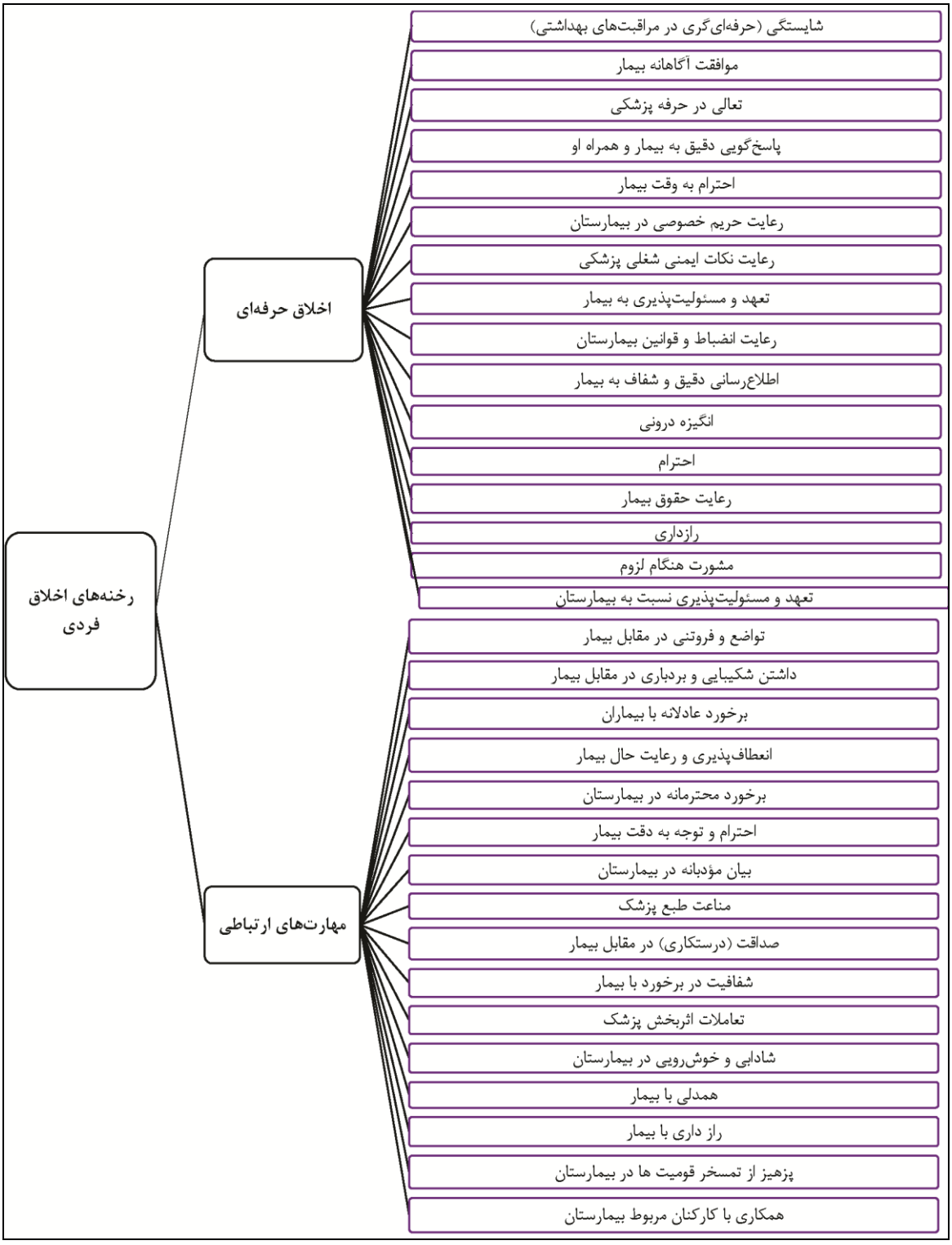


شکل ۲- شکل‌گیری مقوله «رخنه‌های اخلاق فردی در بیمارستان» (اخلاق حرفه‌ای)

در این پژوهش، کدها و مقوله‌های بسیار زیادی ایجاد شده است که حاصل چندین بار بازنگری رفت و برگشتی و مقایسه بین کدها بوده است. این چندین بار مرور کردن کدها و انجام مقایسات به دلیل ماهیت پژوهش و همچنین روش نظریه داده بنیاد با رویکرد کلاسیک بوده است. به‌علاوه نتایجی که در این بخش ارائه می‌شود، حاصل توجه به هدف اصلی و سایر اهداف فرعی پژوهش است؛ بدین علت که خواننده متوجه شود، پژوهشگر تا چه حد توانسته به این مهم دست یابد؛ بنابراین در ابتدا بار دیگر اهداف توصیف می‌شود و بعد نتایج پژوهش مربوط به هر هدف ارائه می‌شود. در ادامه به مقایسه این پژوهش با یافته‌های گذشته و محسنات آن اشاره می‌شود. همچنین محدودیت‌هایی که در این راه وجود داشته بیان می‌شود و به‌واسطه این محدودیت‌ها، پیشنهادهایی برای محققان بعدی که به پژوهش کردن در این موضوع علاقه‌مند هستند، تشریح می‌شود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]



شکل ۳- رخنه‌های فردی در بیمارستان (اخلاق حرفه‌ای - مهارت‌های ارتباطی)

برای پاسخگویی به سه پرسش زیر از روش نظریه داده بنیاد استفاده شد:

سؤال ۱: رخنه‌های اخلاقی موجود در بیمارستان‌های دانشگاهی کدام هستند؟

سؤال ۲: مؤلفه‌های ترویج اخلاق در بیمارستان‌های دانشگاهی شامل چه مواردی می‌شود؟

سؤال ۳: راهبرد رشد معنوی و اخلاق اسلامی در بیمارستان‌های دانشگاهی چیستند؟

برای پاسخگویی به سه پرسش بالا از روش تحلیل محتوا استفاده شد و سوالات بالا جزء مهم‌ترین پرسش‌های محقق برای رسیدن به مدل ترویج اخلاق بیمارستان بود. جامعه آماری در بخش کیفی پژوهش

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]

استادان، متخصصان و مدیران آشنا با اخلاق سازمانی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بودند. روش گردآوری داده‌ها در این بخش مصاحبه است و نمونه آماری شامل ۱۸ نفر از این خبرگان بودند. بر اساس یافته‌های اسپین تحقیق، ۱۷ مقوله فرعی در قالب ۲ مقوله‌ی اصلی «رخنه‌های اخلاق سازمانی در بیمارستان» و «رخنه‌های اخلاق فردی در بیمارستان» تبیین شدند.

پیشنهاد تحقیق که بر آمده از گروه متخصصان است عبارتست از اینکه با تکنولوژی فرآیندها و منابع انسانی کنترل شوند. این امر موجب می‌شود که اول نگاه و شناخت درستی نسبت به وضعیت کنونی داشته باشیم و دوم اینکه وقتی بوسیله تکنولوژی نظارت سیصد و شصت درجه شود هم آموزنده است و هم پیشگیرانه.

همانگونه که در قسمت نتایج پیداست گویه‌های حاصل شده در دو مضمون اصلی «رخنه‌های اخلاقی فردی» و «رخنه‌های اخلاقی سازمانی» دسته‌بندی شدند.

بیمارستان‌ها سازمان‌هایی پیچیده هستند و نمی‌توان آنها را با یک کار ساده اخلاقی کرد، این طرح مقدمه‌ای است برای آنکه بدانیم چگونه می‌توان اخلاق را در سازمان رشد داد و به تعالی رساند و منظور از تعالی رشد و کمال مطلق نیست؛ بلکه همین که یک پله رشد کند یعنی رشد کرده است.

از طرفی می‌دانیم اخلاق را در سازمان پیچیده‌ای مثل بیمارستان نمی‌توان چهره به چهره بررسی و کنترل کرد و طبعا به تکنولوژی نیاز دارد در مجموع نتایج این طرح کمک می‌کند:

محققان بدانند چگونه به رشد اخلاقی بیمارستان بیندیشند.

در این طرح با همه گروه‌های بیمارستان مصاحبه شد. این طرح همه‌جانبه است و کمک می‌کند افراد بدانند که رشد اخلاق در بیمارستان هم فراگیر و همه‌جانبه است، هم اولویت‌بندی می‌خواهد، هم ابعاد گوناگون دارد، و هم اینکه باید به عنوان یکی از اهداف سازمانی تلقی شود.

منابع

1. Hajibabaee F, Yazdani MM, Namazi HR, Yaseri M, Ashrafizadeh H, Shojaee AA. Comparison Of Moral Intelligence Of Student'S Basic Sciences And Medical Internship In Tehran University Of Medical Sciences In 2018. Quarterly Journal of Medical Ethics 2020; 14(45): 1-13. [In Persian]
2. Alinejad EA, Pishvaee MS, Naeini AB. Key success factors for logistics provider enterprises: an empirical investigation in Iran. Kybernetes 2018; 47(3): 426-440.
3. Azzopardi E, Nash R. A critical evaluation of importance–performance analysis. Tourism management 2013; 35: 222-33.
4. Motevassel Arani M, Parsa M, Sayyedin SH, Isazadeh N, Rostamian A, Parwiz M, et al . Identification of Organizational Culture Components Based on Islamic – Iranian Values: A Field Literature Review with Synthesizing Approach. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2020; 13(1): 343-377. [In Persian]
5. Anderson JG. Social, ethical and legal barriers to e-health. Int J Med Inform 2007; 76(5-6): 480-3.
6. Angell RJ, Heffernan TW, Megicks P. Service quality in postgraduate education. Quality Assurance in Education 2008; 16(3): 236-254.
7. Mardani AH, Hasanpour M, Khosravi S, Parsapour A, Shojaee AA. Challenges of teaching medical ethics from the perspective of mentors and students of Tehran university of medical sciences: a brief report. Tehran University Medical Journal 2021; 79(9): 734-40. [In Persian]
8. Baldacchino D. Spiritual care education of health care professionals. Religions 2015; 6(2): 594-613.
9. Tom G, Ewan K, Mitchell D. Spiritual care for healthcare professionals: Reflecting on clinical practice. Oxfordshire: CRC Press; 2017.
10. Kliewer SP, Saultz J. Healthcare and spirituality Oxfordshire: CRC Press; 2017.
11. Khorshidian A, Larijani B, Ahmad-Akhoundi MS, Parsapour A, Ebadi A, Shojaei AA. Design and Development of Dentistry Ethical Codes: Proposed for National Implementation in Iran. Front Dent 2019; 16(4): 303.
12. Shojaee AA, Yekaninejad M, Amini S. Investigating the Factors Affecting Public Trust in Doctors in Iran. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2019; 12(1): 297-313. [In Persian]
13. Suhonen R, Stolt M, Virtanen H, Leino-Kilpi H. Organizational ethics: a literature review. Nurs Ethics 2011;18(3): 285-303.
14. Gallagher JA, Goodstein J. Fulfilling institutional responsibilities in health care: Organizational ethics and the role of mission discernment. Bus Ethics Q 2002; 12(4): 433-50.
15. Kiasalar M, Namazi H. Action Research: The National Medical Ethics Film and Photo Festival; an Experience Report. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2020; 13(1): 631-48. [In Persian]
16. Iesazadeh N, Salimi R, Sadeghi Abi Sofla K. A review of the Islamic approach to education in medical training. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2015; 8(2): 13-27. [In Persian]
17. Shojaei AA. The virtues of Muslim physicians. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2017; 10(1): 302-318. [In Persian]
18. Asadabadi L, Nejad KS, Zolfagharnasab A, Mobasher M. Proposing an Emergency Medicine Ethical Guideline; a Qualitative Study. Arch Acad Emerg Med 2022; 10(1): e1.
19. Schulter J, Winch S, Holzhauser K, Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate. Nurs Ethics 2008; 15(3): 304-21.
20. Oliver D. Prevention of falls in hospital inpatients: agendas for research and practice. Age Ageing. 2004; 33(4): 328-30.
21. Wilson P. How to find the good and avoid the bad or ugly: a short guide to tools for rating quality of health information on the internet. BMJ 2002; 324(7337): 598-602.
22. Tzeng G-H, Chiang C-H, Li C-W. Evaluating intertwined effects in e-learning programs: A novel hybrid MCDM model based on factor analysis and DEMATEL. Expert Syst Appl 2007; 32(4): 1028-44.
23. Treviño LK, Weaver GR, Reynolds SJ. Behavioral ethics in organizations: A review. J Manage 2006; 32(6): 951-90.
24. Treviño LK, Den Nieuwenboer NA, Kreiner GE, Bishop DG. Legitimating the legitimate: A grounded theory study of legitimacy

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]

work among Ethics and Compliance Officers. Organ Behav Hum Decis Process 2014; 123(2): 186-205.
25. Townsend A, Leese J, Adam P, McDonald M, Li LC, Kerr S, et al. eHealth, participatory medicine, and ethical care: a focus group study of patients' and health care providers' use of health-related internet information. J Med Internet Res 2015; 17(6): e3792.
26. Vayena E, Mastroianni A, Kahn J. Caught in the web: informed consent for online health research. Sci Transl Med 2013; 5(173): 173fs6.
27. Yang W, Huang J. Adapting to the Rapid Evolution of Healthcare from a Shared Perspective. World Neurosurg 2017; 104: 981-2.

Original

The Strategy of Spiritual Growth and Islamic Ethics in University Hospitals

Amir Ahmad Shojaei[1], Jayran Zebardast[2], Mohammad Kiasalar[3], Nikzad Isisazadeh[4*]

1. Assistant Professor, Department of Medical Ethics, Ethics and History of Medicine Research Center, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Ph.D student of Linguistics for Cognitive sciences, Institute for Cognitive Sciences studeis, Tehran, Iran.
3. Ph.D student of Medical Ethics, Ethics and History of Medicine Research Center, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. ⁎**Corresponding Author:** Associate Professor, Quran, Hadith and Medicine Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran n-iesazadeh@tums.ac.ir

Abstract

Background: Non-observance of ethics in society causes many problems for the general public, and on a smaller scale in the hospital, non-observance of ethical points will result in harmful issues. In order to promote ethical goals in the organization or in other words to promote ethics in university hospitals based on scientific and management recommendations, it is absolutely necessary to use new technologies, which will be investigated in the last step of the research.

Methods: In this research, methods of library studies, in-depth interviews with experts, surveying experts, and observation are used to collect data. Considering the nature of the study, "content analysis ofobtained data" was performed in the hospitals of the University of Medical Sciences and health care services. The opinions of organizational ethics experts in the healthcare industry and other ethics academic experts, ethics and organizational culture, and strategic management were researched.

Results: In coding the text of the interview, the researcher used natural or live codes, which were the same as the interviewees' sentences, or expressed his understanding of the sentences. This is called confirmation code, which is based on the materials that have been formed from past researches. Appropriate codeswere assigned. The main question of the current research was to obtain fundamental concepts in the field of organizational ethics breaches in the hospital, and this goal was also kept in mind during coding. Moreover, the dimensions of the model and the relationships between the dimensions were also in acknowledged, andwere taken into account in the coding. The ethics of the treatment staff does not only pertainto the doctors, but also to other departments that treat the patient in some way. In the meantime, nurses have the most interaction with patients and their and companions, and due to the nature of their work, they must be morally restrained and self-controlled in order to be able to behave ethically, so as not tocause discomfort to the patient, but also relieve him mentally.

Conclusion: This plan is comprehensive and helps recognition of the fact thatdevelopment of ethics in hospitals is comprehensive, requires prioritization, has various dimensions, and that it should be considered as an organizational goal.

Keywords: Islamic Ethics, Moral Development, Spirituality, University Hospitals

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-15]

[DOI: 10.22034/6.3.3]