

بررسی وضعیت مسؤلیت پذیری اجتماعی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصات جمعیت شناختی

زهرا مرضیه حسینیان^۱، علی باقری^۲، امیر صادقی^{۳*}، عباس مقیم بیگی^۴

^۱ استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، مرکز پژوهش‌های دانشجویان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

^۴ دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* نویسنده مسئول: امیر صادقی، استادیار، مرکز تحقیقات مادر و کودک، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. ایمیل: ambehrad@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-25026

چکیده

مقدمه: مسؤلیت پذیری اجتماعی، تعهد تصمیم‌گیران برای اقداماتی است که علاوه بر تأمین منافع خود، موجبات بهبود رفاه جامعه را نیز فراهم می‌آورد. مشخصات جمعیت شناختی بر مسؤلیت پذیری اجتماعی تأثیر گذار می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین وضعیت مسؤلیت پذیری اجتماعی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصات جمعیت شناختی است.

روش کار: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی- مقطعی است که در سال ۱۳۹۴ اجرا گردید. نمونه‌گیری به روش تصادفی طبقه بندی نسبتی انجام گرفت و ۱۴۸ پرستار مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و مسؤلیت پذیری اجتماعی بود. در این مطالعه روایی و پایایی پرسشنامه تأیید شد و پایایی ۰/۸۶ محاسبه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد. ملاحظات اخلاق در پژوهش لحاظ گردید.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌ها ۷۲/۶٪ از پرستاران دارای مسؤلیت پذیری کلی در سطح بالا بودند. میانگین مسؤلیت پذیری کلی (۳/۷ ± ۰/۴) بود. بین مسؤلیت پذیری اجتماعی پرستاران با سن و وضعیت تأهل ارتباط معنی دار وجود داشت (P < ۰/۰۵). بین جنس و سطح تحصیلات با مسؤلیت پذیری اجتماعی پرستاران ارتباط آماری معنی داری یافت نشد.

نتیجه‌گیری: از آنجا در این مطالعه ارتباط بین مسؤلیت پذیری اجتماعی و برخی مشخصات نشان داده شد، لذا لازم است که سازمان‌های پرستاری مشخصات جمعیت شناختی را جهت گزینش پرستاران برای انجام مسؤلیت‌های خطیر مراکز آموزشی درمانی لحاظ نمایند.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹

واژگان کلیدی:

مسؤلیت

مسؤلیت جتماعی

پرستاران

مشخصه‌های جمعیت شناختی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

مقدمه

امروزه در پرستاری کیفیت خدمات پرستاری دارای اهمیت فراوانی است هر چند با چالش‌های فراوانی روبروست، با افزایش سطح آگاهی افراد، بیماران و خانواده آنها خواستار خدمات پرستاری با کیفیت مطلوب هستند [۱]. خدمات پرستاری از دیدگاه قانونی و اخلاقی باید پاسخگوی کیفیت مراقبت‌های ارائه شده باشد [۲]. پرستاران در قبال ارائه بهترین خدمات به بیماران مسؤلیت زیادی دارند [۳]. در این رابطه سازمان‌ها لازم است که نسبت به مسائل محیط زیست، امور اجتماعی و بشردوستانه اهمیت داده و نسبت به تدوین سیاست‌های مسؤلیت پذیری اجتماعی مبادرت نمایند [۴]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بین سطح دانش و اعتقاد مدیران به مسؤلیت پذیری اجتماعی و اصول اخلاقی

و پاسخگویی اجتماعی آنان همبستگی مثبت وجود دارد [۵]. کمر و میستر (۲۰۰۸)، مسؤلیت اجتماعی را التزام یک سازمان به رفتار اجتماعی مسئولانه تعریف می‌کنند که در پاسخ به تقاضاهای اجتماعی و خواسته‌های گروه با نفوذ جامعه است. مسؤلیت اجتماعی به مجموعه فعالیت‌هایی گفته می‌شود که صاحبان سرمایه و بنگاه‌های اقتصادی به صورت داوطلبانه، به عنوان یک عضو مؤثر و مفید در جامعه انجام می‌دهند [۶]. مسؤلیت اجتماعی موجب ارتقاء توانایی در تصمیم‌گیری، خلاقیت و تفکر مستقل می‌گردد که نقطه مقابل اطاعت و رفتار سلطه پذیر است [۷]. بخش سلامت هم تلاش می‌کند تا خدمات بهداشتی و درمانی مدرن و پیشرفته را به جامعه ارائه دهد و پذیرای مسؤلیت اجتماعی خود است [۳]. تأمین

سینا، شهید بهشتی و فاطمیه شهر همدان در سال ۱۳۹۴ اجرا گردید. نمونه گیری به روش تصادفی طبقه بندی نسبتی انجام گرفت و تعداد ۱۴۸ پرستار از میان جامعه پژوهش که شرایط لازم جهت ورود به مطالعه را داشتند، از جمله دارا بودن حداقل دو سال سابقه کار در مراکز آموزش و درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان، مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری و بالاتر و تمایل به شرکت در پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی شامل پرسشنامه جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات و...) و مسئولیت پذیری اجتماعی با ۳۵ سؤال مرتبط برای سنجش مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران بر پایه مدل کارول بود [۱۳] که توسط پرستاران تکمیل گردید. مسئولیت پذیری اجتماعی از طریق ۷ سؤال مؤلفه قانونی، ۷ سؤال مؤلفه اقتصادی، ۹ سؤال مؤلفه اخلاقی و ۱۲ سؤال مؤلفه نوع دوستانه مورد بررسی قرار گرفت. سئوالات بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از طیف "کاملاً مخالفم" ۱ تا "کاملاً موافقم" ۵ امتیاز بندی گردید. پایایی پرسشنامه مسئولیت اجتماعی توسط نویل یی منسو و همکاران (۲۰۱۴) [۱۴] و کوینقا زو و همکاران (۲۰۱۳) [۱۵] به ترتیب در حدود ۰/۹۵ و ۰/۸۴ گزارش شده است. حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۱) به منظور بررسی قابلیت اعتماد داده‌ها جهت انجام تحلیل عامل تأییدی از آزمون کفایت نمونه برداری استفاده کردند که مقدار آن ۰/۸۶ بود، بنابراین نیازی به حذف هیچ گویه ای وجود نداشت. بعد از انجام تحلیل عاملی مقدار ویژه چهار عامل بیش از یک بود، لذا این چهار عامل بهترین عامل‌ها برای تحلیل عاملی بودند و ۳۵ گویه مورد نظر پرسشنامه جهت تلخیص از این چهار عامل استفاده شد. حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۱) نیز پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آوردند [۱۶]. پایایی پرسشنامه مسئولیت پذیری اجتماعی کارول توسط تحقیق قلاوندی و همکاران (۱۳۹۳) ۸۱٪ گزارش شده است [۱۷]. روایی پرسشنامه‌ها از روش قضاوت خبرگان و با نظر اساتید پرستاری تأیید شد و پایایی از طریق مطالعه پایلوت و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS با ویرایش ۱۶ و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. ملاحظیات اخلاق در پژوهش نیز لحاظ گردید.

یافته‌ها

بیشترین فراوانی پرستاران مورد پژوهش (۴۳/۱٪) به گروه سنی ۴۶-۴۲ سال تعلق داشت و میانگین سن آنها ۳۷ سال بود. (۳۸/۷٪) از پرستاران مذکر و (۶۱/۳٪) مؤنث بودند.

سلامت افراد جامعه یکی از اهداف اصلی موسسه‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی - درمانی است که دستیابی به این هدف فقط با ارائه خدمات مطلوب و مورد نیاز امکان پذیر می‌باشد [۸]. پرستاران به واسطه نقشی که در نظام سلامت دارند، بایستی در قبال بیماران مسئولیت داشته باشند. از این رو می‌توان گفت مسئولیت پذیری یک اصل مهم در ارائه مراقبت‌های پرستاری محسوب می‌شود [۹]. مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران سبب ارائه خدمات پرستاری جامع‌تر به بیماران می‌شود، علاوه بر این می‌تواند تأثیر مثبتی بر نگرش بیماران نسبت به ارائه مراقبت‌های پرستاری در بیمارستان بگذارد. مدیران خدمات پرستاری برای دستیابی به موفقیت باید مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران را افزایش دهند و به انتظارات بیماران واکنش مثبت نشان داده و به بهترین شکل این گونه انتظارات را برآورده نمایند تا روند دستیابی به اهداف سلامت بهبود یابد. در مطالعات متعددی ارتباط بین مسئولیت پذیری اجتماعی و مشخصات جمعیت شناختی مورد مطالعه قرار گرفته است. از جمله ونگ (۲۰۱۱) در مطالعه خود در مورد ادراک و شروط برجسته در زمینه مسئولیت پذیری اجتماعی از طریق توصیف و مقایسه عوامل جمعیت شناختی دریافت که ارزش‌های فردی بر دیدگاه‌ها نسبت به مسئولیت اجتماعی تأثیر دارد [۱۰]. ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی و تصمیم گیری اخلاقی توسط تریسترا، روزل و رایبسون (۱۹۹۳) مورد مطالعه قرار گرفت و دریافتند که سن و جنسیت بر سطح اخلاقی افراد تأثیر دارد [۱۱]. جان، کاس و بری نیمرخ جمعیت شناختی سرمایه گذارها با گرایش به مسئولیت اجتماعی و عدم گرایش به مسئولیت پذیری اجتماعی را مورد مطالعه قرار داد و دریافتند بین برخی مشخصات جمعیت شناختی و مسئولیت پذیری ارتباط وجود دارد [۱۲]. با توجه نتایج مطالعات و با نظر بر اهمیت موضوع مسئولیت پذیری اجتماعی در پرستاری بر طبق موارد پیشگفت و همچنین به دلیل انجام مطالعه کمتر در زمینه پرستاری و ارتباط آن با مشخصات جمعیت شناختی، در این مطالعه مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران و ارتباط آن با برخی مشخصه‌های فردی پرستاران در مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۴ را مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان شامل مراکز آموزشی درمانی بعثت، فرشچیان اکباتان، فرشچیان

(۳۰٪) از پرستاران متأهل و (۷۰٪) از پرستاران مجرد بودند (۸۰٪) از پرستاران تحصیلات کارشناسی و (۲۰٪) از پرستاران تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. (۴۵/۳۳٪) پرستاران دارای سنوات خدمت کمتر از ده سال و (۲۰٪) بیشتر از بیست سال خدمت کرده بودند. (۲۰٪) از پرستاران شیفت صبح، و (۸۰٪) از پرستاران شیفت در گردش بودند. بر اساس یافته‌ها ۷۰ درصد پرستاران دارای مسئولیت پذیری قانونی در سطح بالا، ۷۶/۷٪ دارای مسئولیت پذیری اقتصادی در سطح متوسط، ۷۶/۳٪ دارای مسئولیت پذیری اخلاقی در سطح بالا، ۸۶/۷٪ دارای مسئولیت پذیری نوع دوستانه در سطح بالا و ۷۲/۶٪ دارای مسئولیت پذیری کلی در سطح بالا بودند و هیچکدام از پرستاران در هیچیک از مؤلفه‌ها دارای مسئولیت پذیری پایین نبودند. میانگین مسئولیت پذیری قانونی ($3/6 \pm 0/4$)، مسئولیت پذیری اقتصادی ($3/3 \pm 0/4$)، مسئولیت پذیری اخلاقی ($0/5 \pm 3/9$)، مسئولیت پذیری نوع دوستانه ($4 \pm 0/4$) و مسئولیت پذیری کلی ($3/7 \pm 0/4$) بود. در مورد ارتباط مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران با مشخصات جمعیت شناختی یافته‌ها نشان داد که بین مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران با سن ($r = 0/56$) و وضعیت تأهل ($r = 0/27$) ارتباط معنی دار و مثبت وجود دارد ($P < 0/05$). بین جنس و سطح تحصیلات با مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران ارتباط آماری معنی داری یافت نشد.

جدول ۱: مشخصات متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای مورد پژوهش

متغیرهای جمعیت شناختی	تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیار
سن			$37 \pm 8/4$
۲۲-۲۶	۳۰	۲۰٪	
۲۷-۳۱	۱۰	۶/۹٪	
۳۲-۳۶	۲۰	۱۳/۴٪	
۳۷-۴۱	۲۵	۱۶/۶٪	
۴۲-۴۶	۶۵	۴۳/۱٪	
جمع	۱۵۰	۱۰۰٪	
جنس			
مرد	۵۸	۳۸/۷٪	
زن	۹۲	۶۱/۳٪	
جمع	۱۵۰	۱۰۰٪	
تأهل			
متأهل	۴۵	۳۰٪	
مجرد	۱۰۵	۷۰٪	
جمع	۱۵۰	۱۰۰٪	
تحصیلات			
کارشناس	۱۲۰	۸۰٪	
کارشناس ارشد	۳۰	۲۰٪	
جمع	۱۵۰	۱۰۰٪	
نوبت کاری			
صبح	۳۰	۳۰٪	
در گردش	۱۲۰	در گردش	
جمع	۱۵۰		
سنوات خدمت			$11/2 \pm 3/4$
≤ 10	۶۸	۴۵/۳۳٪	
۱۱-۲۰	۵۲	۳۴/۶۶٪	
≥ 20	۳۰	۲۰٪	

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی ابعاد مسئولیت پذیری و مسئولیت پذیری کلی پرستاران

مؤلفه‌های مسئولیت پذیری	پایین		متوسط		بالا		جمع	میانگین (± انحراف معیار)
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
مسئولیت پذیری قانونی	۰	۰	۴۵	۳۰	۱۰۵	۷۰	۱۵۰	۳/۶ (± ۰/۴)
مسئولیت پذیری اقتصادی	۰	۰	۱۱۵	۷۶/۷	۳۵	۲۳/۳	۱۵۰	۳/۳ (± ۰/۴)
مسئولیت پذیری اخلاقی	۰	۰	۳۵	۲۳/۳	۱۱۵	۷۶/۳	۱۵۰	۳/۹ (± ۰/۵)
مسئولیت پذیری نوع دوستانه	۰	۰	۲۰	۱۳/۳	۱۳۰	۸۶/۷	۱۵۰	۴ (± ۰/۴)
مسئولیت پذیری کلی	۰	۰	۴۱	۲۷/۳	۱۰۹	۷۲/۶	۱۵۰	۳/۷ (± ۰/۴)

جدول ۳: توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ پرستاران نسبت به سؤالات مسئولیت پذیری

سؤالات مسئولیت پذیری	کاملاً موافقم		موافقم		نظری ندارم		مخالفم		کاملاً مخالفم	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۱- در این بیمارستان روابط پرستاران تابع سلسله مراتب اداری و مبتنی بر مقررات است.	۵ (۳/۳)	۰	۸۵ (۵۶/۷)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۲- به نظر من نظام ارتقاء و انتساب پرستاران در این بیمارستان تابع ضوابط قانونی است	۰	۰	۳۵ (۲۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۳- از نظر من پرستاران این بیمارستان طبق مقررات اداری حقوق و مزایا دریافت می‌کنند.	۰	۰	۵۰ (۳۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۴- به نظر من بهتر است هر پرستاری در بیمارستان منطبق با وظیفه‌اش عمل کند.	۱۰۰ (۶۶/۷)	۰	۴۰ (۲۶/۷)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۵- جلب رضایت بیماران برای من اهمیت زیادی دارد.	۱۰۵ (۷۰)	۰	۳۵ (۲۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۶- جمله "حق بیماران است که باید خدمات پرستاری مناسبی بگیرند" را خیلی قبول دارم.	۱۰۰ (۶۶/۷)	۰	۳۵ (۲۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۷- اساساً خود را زیاد درگیر مشکلات مردم نمی‌کنم چون به من ربطی ندارد.	۱۰ (۶/۷)	۰	۶۰ (۴۰)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۸- من به سودآوری این بیمارستان بیش از هر چیزی توجه دارم.	۱۰ (۶/۷)	۰	۳۵ (۲۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۹- پاداش مادی یا غیر مادی برای من در این بیمارستان مهم است.	۴۵ (۳۰)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۰- من وظیفه خود را انجام می‌دهم و کاری به مسائل سایر همکارانم ندارم.	۲۰ (۱۳/۳)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۱- به نظر من منافع کادر درمان، هدف اصلی وزارت بهداشت و درمان است.	۴۰ (۲۶/۷)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۲- حقوقم برایم مهم است و رضایت بیماران زیاد برایم مهم نیست.	۶۵ (۴۳/۳)	۰	۸۰ (۵۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۳- اگر قرار باشد بین بیمارستان و مردم یکی را انتخاب کنم، بقیه بیمارستان برایم مهمتر است.	۵۰ (۳۳/۳)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۴- پرداخت به موقع مالیات را یک وظیفه اجتماعی می‌دانم.	۶۵ (۴۳/۳)	۰	۸۰ (۵۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۵- در شرایط فعلی اصلاً نمی‌توانم به فکر دیگران بودم.	۵۰ (۳۳/۳)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۶- جمله "تو نیکی میکنی و در دجله انداز" را زیاد قبول ندارم.	۳۰ (۲۰)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۷- به نظر من جلوگیری از تخریب محیط زیست وظیفه همگانی است.	۸۵ (۵۶/۷)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۸- اگر کمکی (مادی یا غیر مادی) به کسی می‌کنم بدون چشم داشت نسبت به پاداش است.	۸۰ (۵۳/۳)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۱۹- حاضرم مقداری از وقت غیر اداری خود را صرف مسائل و مشکلات بیمارستان کنم.	۵ (۳/۳)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	
۲۰- به نظر من هر خانواده باید به طور مرتب پیاده رو مقابل خانه خود را تمیز کند.	۸۵ (۵۶/۷)	۰	۶۵ (۴۳/۳)	۲۵ (۱۶/۷)	۷۰ (۴۶/۷)	۳۰ (۲۰)	۲۰ (۱۳/۳)	۱۰ (۶/۷)	۰	

۰	۱۰(۶/۷)	۳۰(۲۰)	۲۵(۱۶/۷)	۸۵(۵۶/۷)	۲۱- اگر مغازه داری مقداری پول اضافی به من پس دهد، آن را پس می‌دهم.
۰	۱۰(۶/۷)	۲۰(۱۳/۳)	۶۰(۴۰)	۶۰(۴۰)	۲۲- دوست دارم همیشه در جشن عاطفه‌ها به دیگران کمک کنم.
۱۰(۶/۷)	۰	۱۰(۶/۷)	۶۵(۴۳/۳)	۶۵(۴۳/۳)	۲۳- گذشت و فداکاری یکی از اصول اساسی زندگی و کار من است.
۲۰(۱۳/۳)	۴۵(۳۰)	۳۵(۲۳/۳)	۴۰(۲۶/۷)	۱۰(۶/۷)	۲۴- دوست دارم در مسائل مربوط به بیمارستان به دیگران امر و نهی کنم.
۰	۰	۰	۵۵(۳۶/۷)	۹۵(۶۳/۳)	۲۵- از اینکه بتوانم مشکلی را از مشکلات مردم حل کنم، خوشحال می‌شوم.
۱۰(۶/۷)	۰	۵(۳/۳)	۸۵(۵۶/۷)	۵۰(۳۳/۳)	۲۶- به راننده‌ای که در مسیر جاده احتیاج به کمک دارد، کمک می‌کنم.
۰	۰	۱۰(۶/۷)	۴۰(۲۶/۷)	۱۰۰(۶۶/۷)	۲۷- خود را در قبال محیط زیست والوده نکردن آن مسئول میدانم.
۰	۳۰(۲۰)	۱۵(۱۰)	۶۰(۴۰)	۴۵(۳۰)	۲۸- به نظر من اگر پرستاران عیناً طبق مقررات عمل نکنند، مشکلی به وجود نخواهد آمد.
۱۰(۶/۷)	۴۰(۲۶/۷)	۴۵(۳۰)	۳۵(۲۳/۳)	۲۰(۱۳/۳)	۲۹- بعضی مواقع برای پیش برد اهداف، ناچارم تظاهر و وانمود کنم.
۲۵(۱۶/۷)	۱۵(۱۰)	۱۰(۶/۷)	۵۵(۳۶/۷)	۴۵(۳۰)	۳۰- صداقت و راست گویی را به عنوان ارزش در محیط کارم زیاد قبول ندارم.
۰	۰	۱۰(۶/۷)	۹۰(۶۰)	۵۰(۳۳)	۳۱- خود را موظف می‌دانم که به مردم فقیر کمک کنم.
۰	۰	۱۰(۶/۷)	۴۰(۲۶/۷)	۱۰۰(۶۶/۷)	۳۲- کمک به هم نوع مانند عبادت کردن است رضای خدا را جلب می‌کند.
۰	۰	۱۵(۱۰)	۴۵(۳۰)	۹۰(۶۰)	۳۳- حمایت از افراد معلول و از کار افتاده را وظیفه همگانی می‌دانم.
۰	۰	۳۰(۲۰)	۴۰(۲۶/۷)	۸۰(۵۳/۳)	۳۴- خیلی دوست دارم به نیت خیر، وارد گروه‌ها اجتماعات شوم.
۵(۳/۳)	۴۰(۲۶/۷)	۱۵(۱۰)	۳۰(۲۰)	۶۰(۴۰)	۳۵- من زمانی از خدمت کردن به بیماران لذت می‌برم که خودم نیز پاداش بگیرم.

تحصیلات واحدهای مورد پژوهش بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی و کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات کارشناسی ارشد بوده است. علت این امر بیشتر بودن تعداد پرستاران کارشناس در بالین است. بیشترین فراوانی نوع شیفت واحدهای مورد پژوهش، شیفت در گردش و کمترین فراوانی، شیفت صبح بوده است. در بعد مسئولیت پذیری قانونی، ۵۶/۷٪ پرستاران موافق مقررات و سلسله مراتب اداری در روابط کاری بودند، ۴۶/۷٪ در رابطه با اینکه نظام ارتقاء و انتساب پرستاران تابع ضوابط قانونی است، نظری نداشتند، ۳۳/۳٪ موافق دریافت حقوق و مزایا طبق مقررات اداری، ۶۶/۷٪ کاملاً موافق عملکرد پرستار بر اساس وظیفه، ۷۰٪ کاملاً موافق اهمیت جلب رضایت بیمار و ۶۶/۷٪ کاملاً موافق حق بیماران از دریافت خدمات پرستاری مناسب بودند. در بعد مسئولیت پذیری قانونی کلی، ۷۰٪ از پرستاران دارای مسئولیت پذیری در سطح بالا بودند. در مطالعه نصیری (۱۳۹۳) میزان مسئولیت پذیری قانونی کارکنان مورد مطالعه بالاتر از حد متوسط گزارش شده بود [۱۸]. بیک زاده و همکاران (۱۳۹۳) میزان مسئولیت پذیری قانونی پرستاران را در حد بالا گزارش نموده بودند [۱۹]. یافته‌های این مطالعه با یافته‌های مطالعه

جدول ۴: ارتباط بین مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران با مشخصه‌های فردی آنان

مشخصه‌های فردی	مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران
سن	$r = ۰/۵۶$ $P > ۰/۰۵$
جنس	$r = ۰/۰۸$ $P > ۰/۰۵$
سطح تحصیلات	$r = ۰/۰۷$ $P > ۰/۰۵$
وضعیت تأهل	$r = ۰/۲۷$ $P < ۰/۰۵$
سابقه کار	$r = ۰/۳۶$ $P < ۰/۰۵$

بحث

یافته‌های در مورد سن واحدهای مورد پژوهش بیانگر آن است که در مورد جنس واحدهای مورد پژوهش، بیشترین فراوانی مربوط به جنس مؤنث و کمترین فراوانی مربوط به جنس مذکر بوده است، علت این امر حضور بیشتر جنسیت مؤنث در حرفه پرستاری است. در مورد وضعیت تأهل واحدهای مورد پژوهش بیشترین فراوانی مربوط به افراد مجرد و کمترین فراوانی افراد متأهل بوده‌اند. در مورد میزان

افراد فقیر، ۶۶/۷٪ کاملاً موافق کمک نمودن به هم‌نوع، ۶۰ درصد کاملاً موافق حمایت از افراد معلول و از کار افتاده و ۵۳/۳٪ کاملاً موافق وارد شدن در اجتماعات به منظور کار خیر بودند. در بعد مسئولیت پذیری نوع دوستانه حدود ۸۶٪ از پرستاران دارای مسئولیت پذیری در سطح بالا بودند. از نظر مسئولیت پذیری اجتماعی کلی پرستاران حدود ۷۲٪ از پرستاران دارای مسئولیت پذیری در سطح بالایی بودند. بر اساس نتایج حاصله از مطالعه ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۳) در بین ابعاد مسئولیت پذیری اجتماعی بعد فعالیت‌های خیرخواهانه دارای بالاترین میانگین (۴/۰۲) و بعد اخلاقی دارای پایینترین میانگین (۳/۵۷) بود [۲۱]. یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعه ابراهیمی و همکاران همخوانی دارد. نتایج مطالعه کیفی کبه (۲۰۰۴) روی ۱۱ بیمار مشخص کرد که بیماران از فقدان ارتباط مناسب، احساس عدم توجه و همدلی و ارتباط دوستانه از طرف پرستاران گله مند و ناراضی بودند [۲۲]. فرولوا و لاپینا (۲۰۱۴) بیان می‌دارند که به کارگیری کارکنان مسئولیت پذیر سبب می‌شود که در دراز مدت هزینه‌های سازمانی کاهش یابد، وفاداری و تعهد افزایش یابد و بطور کلی کیفیت فرایندهای نیز افزایش یابد. [۲۳]. در این مطالعه بین مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران با سن ارتباط معنا داری وجود داشت ($P < 0/05$)، به این معنا که با افزایش سن پرستاران مسئولیت پذیری آنها افزایش می‌یافت. به نظر می‌رسد که این مطلب بطور منطقی قابل پذیرش است، زیرا که پرستاران با افزایش سن و کسب تجارب حرفه‌ای مسئولیت پذیری آنها افزایش می‌یابد. همچنین وضعیت تأهل با مسئولیت پذیری نیز ارتباط معناداری را نشان داد ($P < 0/05$)، یعنی افراد متأهل مسئولیت پذیری بیشتری نسبت به افراد مجرد داشتند. پرستاران متأهل احتمالاً به علت سن بالاتر و احساس مسئولیتی که در زندگی شخصی خود در قبال خانواده دارند، آن را به محیط کاری خود تسری می‌دهند و از طرفی این دسته از پرستاران در رده سنی بالاتری قرار دارند و احساس مسئولیت بیشتری را نسبت به پرستاران مجرد داشتند. علاوه بر این بین سابقه کار با مسئولیت پذیری ارتباط معنی دار و مثبت وجود داشت ($P < 0/05$). به عبارتی با افزایش سن و سابقه کار، مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران افزایش می‌یافت و مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران متأهل بیشتر از پرستاران مجرد بود. در مطالعه جان کاس و بری (۲۰۱۰) افراد مجرد مسئولیت پذیری بیشتری را دارا بودند [۱۳]. این تفاوت احتمالاً به دلیل تفاوت در جامعه مورد پژوهش و مسئولیت پذیری می‌باشد. در مطالعه جان کاس واحدهای مورد پژوهش در زمینه سرمایه

نصیری و بیک زاده همخوانی دارد. بطوریکه مسئولیت پذیری قانونی واحدهای مورد پژوهش در سطح بالا می‌باشد. واحدهای مورد پژوهش در بعد مسئولیت پذیری اقتصادی، ۴۰٪ موافق با درگیر نبودن با مشکلات جامعه به علت عدم ارتباط به آنها، ۴۰٪ مخالف توجه به سودآوری بیمارستان بیش از هر چیز دیگر، ۴۳/۳٪ موافق اهمیت داشتن پاداش‌های مادی و غیر مادی، ۴۶/۷٪ مخالف انجام وظیفه بدون توجه به مسائل سایر همکاران، ۲۶/۷٪ کاملاً موافق این مطلب بودند که منافع کادر درمان، هدف اصلی وزارت بهداشت و درمان است، ۵۳/۳٪ موافق مهم بودن حقوق و مزایا و ۳۳/۳٪ موافق برتری بیمارستان نسبت به جامعه بودند. در بعد مسئولیت پذیری اقتصادی کلی حدود ۷۶/۷٪ از پرستاران دارای مسئولیت پذیری در سطح متوسط بودند. در مطالعه نصیری (۱۳۹۳) [۱۸] و بیک زاده و همکاران (۱۳۹۳) [۱۹] میزان مسئولیت پذیری اقتصادی جامعه مورد مطالعه بیشتر از سایر ابعاد و بالاتر از حد متوسط گزارش شده بود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه نصیری و بیک زاده همخوانی دارد. واحدهای مورد پژوهش در بعد مسئولیت پذیری اخلاقی ۴۳/۳٪ کاملاً موافق پرداخت مالیات به عنوان یک وظیفه اجتماعی، ۵۶/۷٪ موافق جلوگیری از تخریب محیط زیست، ۵۳/۳٪ موافق کمک به دیگران بدون چشم داشت، ۵۰٪ موافق صرف نمودن وقت غیر اداری خود به مسائل ومشکلات بیمارستان و ۴۰٪ موافق و کاملاً موافق شرکت در جشن عاطفه‌ها بودند. در بعد مسئولیت پذیری اخلاقی کلی حدود ۷۶/۳٪ از پرستاران دارای مسئولیت پذیری در سطح بالا بودند. مطالعات قبلی مسئولیت پذیری اخلاقی را در حد بالا و متوسط به بالا گزارش نمودند [۱۹، ۲۰]. یافته‌های مطالعه حاضر با یافته‌های مطالعات قبلی همخوانی دارد. نتایج مطالعه مهاجران و شهودی (۲۰۱۰) حاکی از ارتباط بین اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت پذیری اجتماعی و معنویت در کار پرستاران بود [۳]. در مطالعه جولایی و همکاران در پژوهشی با هدف تعیین کدهای اخلاق پرستاری در ایران نشان دادند که در تصمیم گیر یهای اخلاقی پرستاران و ارتباط صحیح بین پرستار و بیماران ضعف وجود دارد [۲۰]. این تفاوت احتمالاً به این دلیل است که هدف و ابزار مطالعه جولایی و این مطالعه با یکدیگر یکسان نمی‌باشد. در بعد مسئولیت پذیری نوع دوستانه ۴۳/۳٪ کاملاً موافق و موافق گذشت و فداکاری به عنوان یکی از اصول کار، ۳۰٪ مخالف امر و نهی کردن در مورد مسائل بیمارستان به دیگران، ۶۳/۳٪ کاملاً موافق کمک به دیگران، ۵۶/۷٪ موافق کمک کردن به راننده در مسیر حرکت، ۶۶/۷٪ کاملاً موافق مسول بودن در قبال محیط زیست، ۶۰٪ موافق موظف بودن در قبال کمک به

گذاری احساس مسئولیت پذیری اجتماعی می‌کردند ولی این مطالعه در زمینه پرستاری صورت گرفت. آگوری و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه خود دریافتند که بین دانش واحدهای مورد پژوهش و مسئولیت پذیری اجتماعی آنها ارتباط وجود دارد [۲۴]. عادل آذر و همکاران (۱۳۹۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بین ابعاد فردی و اجتماعی با مسئولیت پذیری کارکنان رابطه معناداری به چشم می‌خورد [۲۵]. در این مطالعه بین جنس و سطح تحصیلات با مسئولیت پذیری اجتماعی پرستاران ارتباط آماری معنی داری یافت نشد. سالازار و همکاران (۲۰۱۶) در پایان مطالعه خود نتیجه گرفتند که ادراک کارکنان در مورد مسئولیت اجتماعی در جنس مذکر و مؤنث متفاوت است [۲۶]. پرز و بوسکو (۲۰۱۶) دریافتند که سن، جنس و سطح تحصیلات برای طراحی بهتر مسئولیت اجتماعی و استراتژی‌های ارتباطی مفید نیستند [۲۷]. جان کاس و بری (۲۰۱۰) نیز دریافتند که زنان مسئولیت پذیری بیشتری در سرمایه گذاری دارند و پیشنهاد می‌دهد که تلاش بیشتری برای جلب مردان صورت پذیرد [۱۳].

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح مصوب پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری با شماره (۹۴۰۹۲۴۵۱۶۲) دانشگاه علوم پزشکی همدان است که در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با (شماره انحصاری ۱۳۹۴.۳۶۵ IR.UMSHA.REC) تصویب گردیده است. پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه، کلیه مسئولین و گرامیانی که در تصویب و اجرای این طرح مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

REFERENCES

- Mohammadnia M, Delgoshai B, Tofighi S, Riahi L, Omrani A. [Survey on Nursing Service Quality by SERVQUAL at Tehran Social Security Organization Hospitals]. *Hosp Q*. 2010;67-73.
- Akbarboglo M, Bairami R. [Preventive factors that improve the quality of nursing services in nurses view]. *J Hamadan Fac Nurs Midwifery*. 2010;18(2):43-9.
- Mohajeran B, Shohoodi M. [Structural modeling of relationship between professional ethics and spirituality at work with social responsibility among nurses in the public hospitals in Kermanshah city]. *QJ Nurs Manag*. 2014;3(2):20-9.
- Übius Ü, Alas R. [Organizational culture types as predictors of corporate social responsibility]. *Eng Econom*. 2015;61(1).
- Najaf Bigi R. [Organization & Management]. 4th ed. Tehran: Islamic Azad university Publishers; 2010.
- O'Connor A, Meister M. Corporate social responsibility attribute rankings. *Public Relat Rev*. 2008;34(1):49-50. DOI: 10.1016/j.pubrev.2007.11.004
- Mohamad Taghi E, Jalalian Bakhshande V. [Review and explain the relationship between social responsibility and social capital among youth in Shiraz]. *J Appl Sociol*. 37(1):19-42.
- Mortazavi Y, Khalilpour A, Rabiee O, Rohi Z, Ghomi S. [Patient Satisfaction from Pre and Postoperative Nursing Care in Hospitals Affiliated to Babol University of Medical Sciences]. *Prev Care Nurs Midwifery J*. 2013;3(1):38-45.
- Neishabory M, Raesdana N, Ghorbani R. [Nurses' and patients' viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of medical sciences]. *Koomesh*. 2011;12(2):134-43.
- Wang L. [Factors Affecting Perceptions of Corporate Social Responsibility Implementation: An Emphasis on Values]. Helsinki: University of Helsinki; 2011.
- Terpstra DE, Rozell EJ, Robinson RK. The Influence of Personality and Demographic Variables on Ethical Decisions Related to Insider Trading. *J Psychol*. 1993;127(4):375-89. DOI: 10.1080/00223980.1993.9915573
- Junkus JC, Hoque M, Berry TC. The demographic profile of socially responsible investors. *Manag Finance*. 2010;36(6):474-81. DOI: 10.1108/03074351011042955
- Carroll AB. A Three-Dimensional Conceptual Model of Corporate Performance. *Acad Manag Rev*. 1979;4(4):497-505. DOI: 10.5465/amr.1979.4498296
- Siu NY-M, Zhang TJ-F, Kwan H-Y. Effect of corporate social responsibility, customer attribution and prior expectation on post-recovery satisfaction. *Int J Hosp Manag*. 2014;43:87-97. DOI: 10.1016/j.ijhm.2014.08.007
- Zhu Q, Liu J, Lai K-h. Corporate social responsibility practices and performance improvement among Chinese national state-owned enterprises. *Int J Prod Econom*. 2016;171:417-26. DOI: 10.1016/j.ijpe.2015.08.005
- Haghighatian M, Hashemianfar F, Moradi G. [The effect of religious attitudes on social responsibility Staff studied oil company Krman-shahkh]. *J Sociol Econom Dev*. 2011;2:97-110.
- Glavandi H, Kabiri A, Soltanzadeh V. [The relationship between social responsibility and teamwork of Urmia University Staff]. *Appl Sociol*. 2014;53(1):111-20.
- Nasiri Valikbani F. [The association between organizational support

- with social responsibility and job performance]. *QJ Econom Urban Manag.* 2014;8:97-110.
19. Beikzad J, Hoseinpour Sonbole A, Hejazi Babil Oleia M. [A Survey on the Relationship between Responsibility and Job Satisfaction of Nurses working in Teaching Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences]. *Hosp Q.* 2012;13(1):53-60.
 20. Jollaei S, Bakhshande B, Mohammad Ebrahim M, Asgarzade M, Vasheghani Farahani A, Shareiat E. [Nursing ethics codes in Iran: Report of a qualitative study]. *J Med Ethics Hist Med.* 2010;3(2):45-53.
 21. Ebrahimi L, Mansouri A, Rahmani Amadabadi L. [Examine the relationship between corporate social responsibility and consumer rights]. *J Ind Manag Fac Hum Sci Islamic Azad Univ Sanandaj.* 2014;30(9):85-96.
 22. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *J Clin Nurs.* 2004;13(1):41-9. DOI: [10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x)
 23. Frolova I, Lapina I. Corporate social responsibility in the framework of quality management. *Procedia-Soc Behav Sci.* 2014;156:178-82.
 24. Buchelli Aguirre E, Yara Rodríguez Y, Africano Martínez E. [Characterization of social responsibility practices associated with human resource management in San José Hospital, Bogota D.C., Colombia]. *Revista Public.* 2016;3(7):389-97.
 25. Adel A, Siahkali Moradi J, Khosrovani F. Relationship between organizational spirituality and build trust and accountability among employees. Eleventh International Conference on Management; Tehran: Aryana Industrial Research Group; 2012.
 26. Salazar AL, Hidalgo JFO, Manríquez MR. La responsabilidad social empresarial desde la percepción del capital humano. Estudio de un caso. *Rev Contabilidad.* 2017;20(1):36-46.
 27. Pérez A, Del Bosque I. How customers construct corporate social responsibility images: Testing the moderating role of demographic characteristics. *BRQ Bus Res Q.* 2015;18(2):127-41.

Nurses' Social Responsibility and its Relationship with Their Demographic Profiles

Zahra Marzieh Hassanian ¹, Ali Bagheri ², Amir Sadeghi ^{3,*}, Abas Moghim Beighi ⁴

¹ Assistant Professor, Chronic Disease (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² MSc, Department of Nursing, Student Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Assistant Professor, Research Center for Maternal and Child Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Amir Sadeghi, Assistant Professor, Research Center for Maternal and Child Care, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. E-mail: ambehrad@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-25026

Received: 19.07.2016

Accepted: 23.08.2016

Keywords:

Responsibility
Social Responsibility
Nurses
Demographic Profile

How to Cite this Article:

Hassanian ZM, Bagheri A, Sadeghi A, Moghim Beighi A. Nurses' Social Responsibility and its Relationship with Their Demographic Profiles. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;25(2):45-53. DOI: 10.21859/nmj-25026

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

Abstract

Introduction: Social responsibility is decision makers' commitment to actions that in addition to meeting their interests, provides and enhances well-being in the community. Demographic profiles effect social responsibility. The aim of this study was to determine the status of nurses' social responsibility and its relationship with their demographic profile.

Methods: This study was a cross-sectional study, conducted in 2015. Using stratified proportional random sampling, 148 nurses were selected from educational and treatment centers of Hamadan University of Medical Sciences. The research instrument was a questionnaire with two parts including demographic and social responsibility. In this study, validity and reliability was confirmed and reliability was 0.86. Data analysis was performed using the SPSS software version 16. Ethical considerations were applied.

Results: Based on the findings, 72.6% of nurses were at high level of total responsibility. The average of total responsibility was 7.3 ± 4.0 . There was a significant relationship between nurses' social responsibility and their age and marital status ($P < 0.05$). There was no significant relationship between nurses' gender and education level, and their social responsibility.

Conclusions: Since there was a relationship between social responsibility and the investigated features, it is necessary to consider demographic profiles in selection of nurses for crucial responsibilities at educational and treatment centers.