

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2025; 18: e22

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

The Relationship between Moral Sensitivity and Spiritual Care Competence of Nurses Working in Educational and Medical Centers of Lorestan University of Medical Sciences in 2024-25

Milad Kazemi Najm¹, Nasrin Imanifar^{2*}, Zohre Jafari²

1. Student Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
2. Department of Nursing, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Spiritual care is a key component and the missing link in holistic care. Providing high-quality, holistic care requires technical training and mastery of technological advancements. However, another important concept involved in quality clinical practice is moral sensitivity to guide professional performance. This study aimed to determine the relationship between moral sensitivity and spiritual care competence of nurses working in the Lorestan University of Medical Sciences educational and medical centers in 2024-25.

Methods: This descriptive correlational study was conducted on 407 nurses working in educational hospitals affiliated with Lorestan University of Medical Sciences in 2024-25, selected using stratified random sampling. Data were collected using three questionnaires: a demographic information questionnaire, the Moral Sensitivity Questionnaire by Lutzen et al. (1995) and the Spiritual Care Competence Questionnaire by Van Leeuwen et al. (2009). Descriptive statistics, Chi-square test, Pearson correlation coefficient, and one-way analysis of variance were used to analyze the data. Data analysis was performed at a significance level of $P < 0.05$ using SPSS 19 software.

Ethical Considerations: This study adhered to all ethical considerations, including the protection of participants' privacy and the acquisition of informed consent. Additionally, the research was approved by the University's Research Ethics Committee.

Results: The levels of moral sensitivity and spiritual care competence among the participating nurses were moderate. The mean scores for spiritual care competence and moral sensitivity of the participating nurses were 95.15 ± 18.94 and 62.15 ± 15.65 , respectively. The results showed a significant correlation between overall moral sensitivity and overall spiritual care competence ($p\text{-value} < 0/001$, $r = 0/413$). Individuals with higher moral sensitivity had higher spiritual care competence. According to the One-Way ANOVA results, a significant relationship was observed between overall moral sensitivity and overall spiritual care competence.

Conclusion: As moral sensitivity increased among participants, their spiritual care competence also increased. The inclusion of continuous in-service training courses on professional ethics and spiritual care is recommended to guide nurses' performance and keep their knowledge updated in line with the growing needs and advancements of society.

Keywords: Moral Sensitivity; Competence; Spirituality; Nurses

Corresponding Author: Nasrin Imanifar; **Email:** nasrinimanifar@bums.ac.ir

Received: April 12, 2025; **Accepted:** May 18, 2025; **Published Online:** July 12, 2025

Please cite this article as:

Kazemi Najm M, Imanifar N, Jafari Z. The Relationship between Moral Sensitivity and Spiritual Care Competence of Nurses Working in Educational and Medical Centers of Lorestan University of Medical Sciences in 2024-25. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics*. 2025; 18: e22.



مجله اخلاق پزشکی

دوره هجدهم، ۱۴۰۴



رابطه حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی

درمانی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲-۰۳

میلاذ کاظمی نجم^۱، نسرين ایمانی فر^{۲*}، زهره جعفری^۲

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

۲. گروه پرستاری، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم‌آباد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مراقبت معنوی جزء کلیدی و حلقه گمشده مراقبت کل نگر می‌باشد. ارائه مراقبت کل نگر با کیفیت بالا مستلزم آموزش فنی و تسلط بر پیشرفت‌های تکنولوژیکی است، اما مفهوم مهم دیگر دخیل در عمل بالینی باکیفیت، حساسیت اخلاقی برای هدایت عملکرد حرفه‌ای می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران شاغل در مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲-۰۳ انجام شد.

روش: این مطالعه توصیفی همبستگی روی ۴۰۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲-۰۳ که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، پرسشنامه حساسیت اخلاقی Lutzen و همکاران (۱۹۹۵ م.) و پرسشنامه صلاحیت مراقبت معنوی Van Leeuwen و همکاران (۲۰۰۹ م.) استفاده شد. جهت تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، آزمون کای دو، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس تک‌عاملی استفاده شد. آنالیز داده‌ها در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 انجام شد.

ملاحظات اخلاقی: در این مطالعه، تمام جنبه‌های اخلاقی، از جمله رعایت حریم خصوصی اطلاعات شرکت‌کنندگان و کسب رضایت آگاهانه به دقت رعایت شد و همچنین این مطالعه از سوی کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه تأیید شد.

یافته‌ها: سطح حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه متوسط بود. میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی و حساسیت اخلاقی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به ترتیب $95/15 \pm 18/94$ و $62/15 \pm 15/65$ بود. نتایج این مطالعه نشان داد بین حساسیت اخلاقی کل و صلاحیت مراقبت معنوی کل همبستگی معنی‌داری وجود داشت ($p\text{-value} < 0/001$, $r = 0/413$) و افراد دارای حساسیت اخلاقی بیشتر، دارای صلاحیت مراقبت معنوی بیشتری بودند. با توجه به نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین حساسیت اخلاقی کل و صلاحیت مراقبت معنوی کل رابطه معنی‌داری مشاهده شد.

نتیجه‌گیری: با افزایش حساسیت اخلاقی در شرکت‌کنندگان، صلاحیت مراقبت معنوی آن‌ها نیز افزایش یافت. گنجاندن دوره‌های آموزشی ضمن خدمت مستمر اخلاق حرفه‌ای و مراقبت معنوی جهت هدایت عملکرد پرستاران و به‌روز نگه‌داشتن دانش آن‌ها متناسب با نیازها و پیشرفت‌های روزافزون جامعه پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: حساسیت اخلاقی؛ صلاحیت؛ معنویت؛ پرستاران

نویسنده مسئول: نسرين ایمانی فر؛ پست الکترونیک: nasrinimanifar@bums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۳؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۸؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۲۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Kazemi Najm M, Imanifar N, Jafari Z. The Relationship between Moral Sensitivity and Spiritual Care Competence of Nurses Working in Educational and Medical Centers of Lorestan University of Medical Sciences in 2024-25. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2025; 18: e22.

مقدمه

سیستم مراقبت‌های بهداشتی مدرن پیچیده است و مسائلی مانند حقوق بشر، مراقبت‌های شخصی و مراقبت‌های بین فرهنگی، کل‌نگر و معنوی در دنیای در حال جهانی شدن اهمیت فزاینده‌ای دارند (۱). مراقبت معنوی جزء ضروری مراقبت کل‌نگر ارائه شده برای بهبود کیفیت زندگی و رفاه بیماران محسوب می‌شود (۲). ارائه مراقبت معنوی به بیماران با چالش‌های زیادی، از جمله تفاوت‌های جنسیتی، زمان ناکافی، مسائل کارکنان و عدم آمادگی تحصیلی از جمله درک خود پرستاران از معنویت و مراقبت معنوی مواجهه است که بر شایستگی آن‌ها در ارائه خدمات با کیفیت تأثیر می‌گذارد، اگرچه معنویت یک پدیده شناخته شده است، ولی مراقبت معنوی در سایر محیط‌ها ممکن است به دلیل یک جنبه خاص فرهنگ، رویکردهای مذهبی و معنوی پرستاران در یک محیط بالینی متفاوت باشد (۳).

آمادگی ناکافی در آموزش پرستاری به عنوان یک مانع کلیدی برای احساس اعتماد به نفس و شایستگی برای ارائه مراقبت معنوی به شیوه‌ای مرتبط و غیر مداخله‌ای شناسایی شده است (۴). صلاحیت مراقبت معنوی توانایی پرستار برای ارزیابی و ارائه مداخلات برای مراقبت از نیازهای معنوی بیمار است، به عبارتی صلاحیت مراقبت معنوی به عنوان دانش، مهارت‌ها و نگرش‌های مورد نیاز برای ارائه مراقبت معنوی تعریف می‌شود (۵). صلاحیت مراقبت معنوی دربرگیرنده مفاهیمی مثل گوش‌دادن به صحبت‌های بیمار، در دسترس بودن، همدلی کردن با بیمار، امیدبخشیدن، فراهم کردن زمینه برای اجرای اعتقادات مذهبی، ایجاد محیطی امن و آرام برای اجرای برنامه‌های مورد نظر بیمار و ارجاع به متخصص در زمینه معنویات است (۶). فقدان صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران می‌تواند منجر به ارزیابی نادرست نیازهای واقعی بیماران شود و باعث می‌شود اغلب نیازهای معنوی بیماران برآورده نشوند و مورد غفلت قرار بگیرند، بنابراین این شایستگی پیش‌نیاز ارائه مراقبت معنوی است (۷). مطالعات نشان داده است که سطح صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران ضعیف می‌باشد و پرستاران برای این نقش آمادگی ضعیفی دارند. به عنوان مثال مردانی و

همکاران (۲۰۲۰ م.)، Cura و همکاران (۲۰۲۲ م.)، Özakar و همکاران (۲۰۲۲ م.) و Ebenau و همکاران (۲۰۲۰ م.) سطح صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران را ضعیف ذکر کردند (۸-۱۱). صلاحیت مراقبت معنوی پایین ممکن است به دلیل عواملی، از جمله بار کاری زیاد، کادر ناکافی، کمبود وقت کافی، تفاوت‌های فرهنگی و زبانی و مهارت‌ها و آموزش ناکافی پرستاران، عدم درک درست از مراقبت معنوی باشد (۱۲).

پرستاران جهت ارائه مراقبت معنوی بایستی مداخلات را بر پایه اصول اخلاقی انجام دهند. از این رو می‌توان مراقبت معنوی را امری اخلاقی دانست (۱۳). به طور منطقی، عمل بالینی و ارائه مراقبت کل‌نگر با کیفیت بالا مستلزم آموزش فنی و تسلط بر پیشرفت‌های تکنولوژیکی است، اما مفهوم مهم دیگر دخیل در عمل بالینی با کیفیت، اخلاق و استدلال اخلاقی منطبق بر اصول اخلاقی برای هدایت عملکرد حرفه‌ای است، لذا برای صلاحیت مراقبت معنوی بالا و به تبع آن عمل بالینی با کیفیت در ارتباط با اخلاق و به عنوان شروع‌کننده جرقه عمل اخلاقی مفهوم حساسیت اخلاقی باشد (۱۴).

حساسیت اخلاقی جزء کلیدی و اولین گام در تصمیم‌گیری اخلاقی است (۱۵). پرستاران در ارائه خدمات مراقبت پرستاری روزانه با چالش‌ها و موقعیت‌های اخلاقی مواجه می‌شوند، بنابراین باید نسبت به مسائل اخلاقی حساس باشند تا بتوانند تصمیمات اخلاقی مناسبی را اتخاذ کنند (۱۶). حساسیت اخلاقی اساس اخلاق پرستاری است تا پرستاران را قادر سازد مراقبت‌های مؤثر و اخلاقی را به بیماران خود ارائه دهند (۱۷). حساسیت اخلاقی نه تنها شامل یک تصمیم شخصی در مورد مسیر صحیح است، بلکه توانایی درک دیدگاه‌های سایر ذی‌نفعان مثل بیماران را نیز دربر می‌گیرد.

به عبارتی مسائل را از زاویه دید مددجو دیدن است (۱۴). حساسیت اخلاقی در پرستاری به عنوان توانایی شناسایی چالش‌های اخلاقی، داشتن تفسیر فکری و عاطفی دقیق از موقعیت‌های آسیب‌پذیر و تصمیم‌گیری درباره سایر افراد با توجه به پیامدهای اخلاقی تعریف می‌شود (۱۸). حساسیت اخلاقی مقدمه قضاوت، انگیزش و عملکرد اخلاقی می‌باشد و باعث افزایش دقت در عملکرد پرستار، افزایش مسئولیت‌پذیری،

مراقبت، ارتقای آموزش پرستاری، پاسخ به نیازهای معنوی بیماران و توسعه دانش بومی در حوزه اخلاق و معنویت پرستاری کاملاً ضروری است. بنابراین از آنجایی که حساسیت اخلاقی مؤلفه کلیدی اخلاق پرستاری می‌باشد و نقش اساسی در حل مسائل اخلاقی روزمره پرستاران را ایفا می‌کند، لذا با توجه به اهمیت نقش حساسیت اخلاقی پرستاران در حرفه پرستاری و مراقبت معنوی به عنوان جزء کلیدی مراقبت کل‌نگر و عنصری کلیدی در کیفیت مراقبت پرستاری، مطالعه حاضر با هدف تبیین رابطه حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲-۰۳ انجام شد.

روش

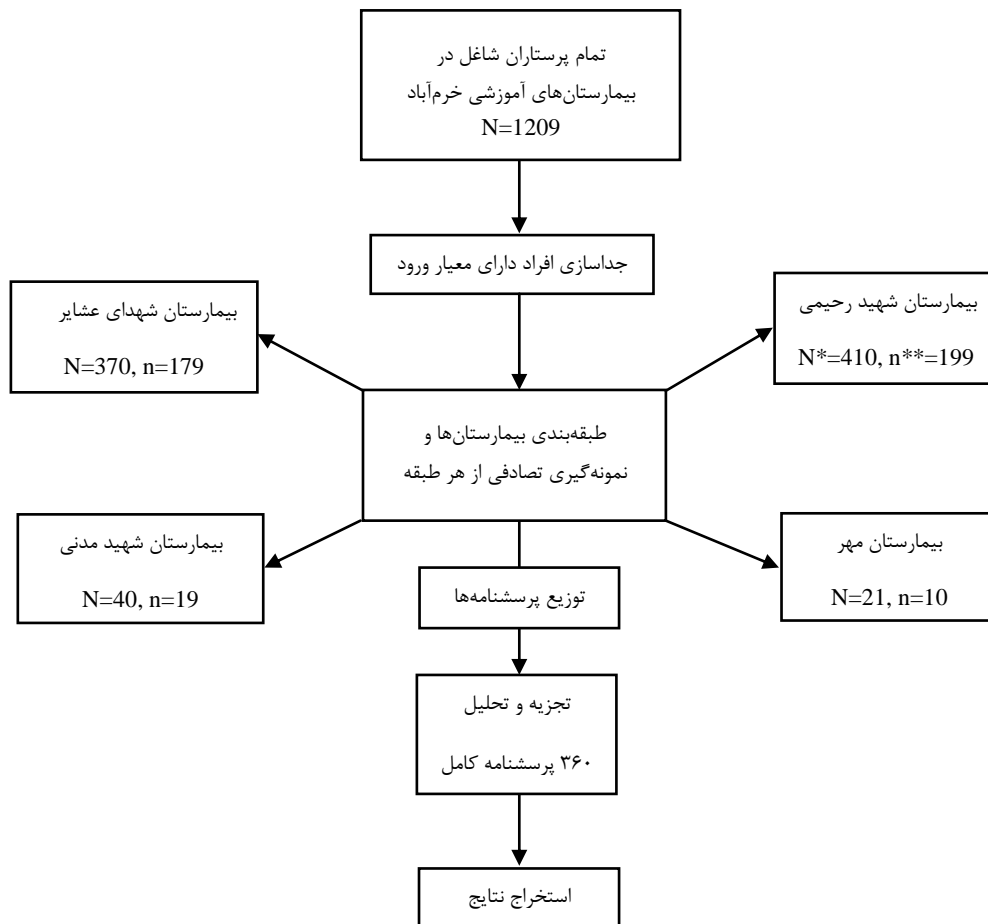
این مطالعه توصیفی همبستگی روی ۴۰۷ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان در سال ۱۴۰۲-۰۳ انجام شد. حجم نمونه مورد مطالعه طبق مطالعه مشابه، یعنی مطالعه نظری و همکارانش (۲۲) با مقدار خطای نوع اول برابر ۵ درصد ($\alpha=0.05$)، توان مطالعه برابر ۹۰ درصد ($\beta=0.1$) و فرمول زیر ۴۰۷ نفر برآورد گردید.

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{n_p^2} + 3$$

$$n_p^0 = \frac{1}{2} \ln \frac{1+p}{1-p}$$

افراد شرکت‌کننده در مطالعه به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند، بدین‌صورت که پس از اخذ مجوزهای لازم از ستاد دانشگاه علوم پزشکی لرستان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد، ابتدا تعداد کل پرستاران شاغل و دارای معیارهای ورود در بخش‌های مختلف چهار بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان تعیین گردیدند، سپس چهار بیمارستان استان در چهار طبقه قرار گرفتند و از هر بیمارستان متناسب با تعداد پرستاران شاغل در هر بخش بیمارستان و بر اساس تعداد کل حجم نمونه، نمونه‌گیری به صورت تصادفی غیر احتمالی انجام شد (نمودار ۱).

افزایش اعتماد و رضایتمندی بیماران از کیفیت مراقبت پرستاری و بهبود ارتباط بین پرستار و بیمار می‌شود (۱۹). حساسیت اخلاقی پرستاران به شدت بر کیفیت مراقبت دریافتی و رضایت بیماران تأثیر می‌گذارد (۲۰). البته علیرغم مطالب بیان‌شده در راستای نقش احتمالی مثبت و معنادار حساسیت اخلاقی در کیفیت مراقبت معنوی، ولی نتایج ضد و نقیض هم وجود دارد که به بعضی از آن‌ها اشاره می‌گردد. امیری و همکاران (۲۰۱۹ م.) رابطه معکوس معنی‌داری بین بعضی از حوزه‌های حساسیت اخلاقی و کیفیت مراقبت گزارش کردند، به نظر می‌رسد پرستارانی که تصمیم‌گیری اخلاقی را انجام می‌دهند، با تضاد بین ارزش‌های شخصی و اخلاقی خود مواجه می‌شوند و بنابراین از تنش اخلاقی رنج می‌برند که این امر می‌تواند منجر به فاصله‌گرفتن پرستاران از بیماران و احساس بی‌تفاوتی نسبت به مراقبت‌های کل‌نگر شود (۲۱)، در نتیجه می‌توان استنباط کرد در چنین شرایطی همه جنبه‌های مراقبت، از جمله مراقبت معنوی و همچنین صلاحیت مراقبت معنوی دچار اختلال شود. در مطالعه نظری و همکاران (۲۰۲۲ م.) نیز همبستگی معکوس معناداری بین نمرات کل حساسیت اخلاقی و کیفیت مراقبت‌های پرستاری در سالمندان در شرایط کووید-۱۹ پیدا شد (۲۲) که این امر نیز می‌تواند ناشی از تضاد بین ارزش‌های شخصی و ارزش‌ها و کدهای حرفه‌ای در طول شرایط بحرانی و در طول شرایطی مثل همه‌گیری کووید-۱۹ باشد. با توجه به مطالب بیان‌شده، سطح صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران در سطح مطلوبی قرار ندارد، از طرفی می‌توان گفت پرستارانی که از حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی بالاتری برخوردار باشند، قادر به پاسخگویی بهتر به نیازهای معنوی بیماران هستند که این امر می‌تواند رضایت بیماران و نتایج درمانی را بهبود بخشد، با وجود اهمیت معنویت و حساسیت اخلاقی در پرستاری، هنوز پژوهش‌های کافی درباره ارتباط این دو مؤلفه در محیط‌های بالینی ایران انجام نشده است. این مطالعه می‌تواند به پرکردن این خلأ کمک کند و راهکارهای عملی برای بهبود آموزش و عملکرد پرستاران ارائه دهد. در مجموع می‌توان گفت، انجام این مطالعه برای بهبود کیفیت



* N تعداد کل افراد دارای معیار ورود (سهیمه تعلق گرفته); ** n افراد شرکت کننده در مطالعه (از حجم نمونه ۴۰۷ نفر)

نمودار ۱: فرآیند نمونه‌گیری

۲- پرسشنامه صلاحیت مراقبت معنوی (Spiritual) SCCS و Care Competence Scale) توسط Van Leeuwen و همکاران (۲۰۰۹ م.) طراحی شد (۲۳). این پرسشنامه دارای ۲۷ سؤال و شامل شش بعد مرتبط با شایستگی پرستاری در ارائه مراقبت‌های معنوی به شرح زیر است: ارزیابی و اجرای مراقبت معنوی (۱-۶)، حرفه‌ای بودن و بهبود کیفیت مراقبت معنوی (۶-۱۲)، حمایت فردی و مشاوره با بیمار (۱۸-۱۳)، ارجاع به متخصصان (۲۱-۱۹)، نگرش نسبت به روحیات مذهبی بیمار (۲۵-۲۲)، ارتباطات (۲۷-۲۶) می‌باشد. هر گویه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) رتبه‌بندی می‌شود و نمره کل بالاتر نشان می‌دهد پرستار دارای سطح بالاتری از شایستگی در مراقبت معنوی

معیارهای ورود شامل: پرستاران تمایل و رضایت برای شرکت در مطالعه داشته باشند، حداقل تحصیلات کارشناسی پرستاری داشته باشند و حداقل یک سال سابقه کار در محیط بالینی داشته باشد و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل پرستاران به ادامه شرکت در مطالعه و وارد کردن ناقص اطلاعات پرسشنامه‌ها بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل سه پرسشنامه به شرح ذیل بود:
۱- پرسشنامه جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک (شامل اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سابقه کار، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی، سابقه آموزش رسمی اخلاق طی شش ماه گذشته، سابقه آموزش مراقبت معنوی طی شش ماه گذشته و بخش محل کار).

۰/۹۷ و پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تأیید شد (۲۸). در مطالعاتی که در ایران انجام شده، از جمله مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۲ م.) و همچنین مطالعه نظری و همکاران (۲۰۲۲ م.) پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شده است (۲۲، ۲۹). در این مطالعه نیز پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ تأیید شد.

پس از جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه‌ها، داده‌ها توسط کمک پژوهشگر وارد نرم‌افزار شده و با نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، فراوانی، درصد، انحراف معیار) استفاده شد. برای تعیین ارتباط میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران با میزان صلاحیت مراقبت معنوی آنان نیز با توجه به نرمال بودن توزیع نمرات از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. برای تعیین ارتباط میانگین نمره حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران با متغیرهای دموگرافیک مانند (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، سابقه کاری، سابقه شرکت در کارگاه آموزش اخلاق و کارگاه آموزشی مراقبت معنوی) از آزمون آماری کای دو استفاده شد. برای بررسی ارتباط میانگین نمره حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران با سابقه کاری آنان از آزمون آماری آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. $P < 0.05$ به عنوان سطح معناداری در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.IAU.AGZ.REC. 1403.004).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

است. نمره کل مقیاس از ۲۷ تا ۱۳۵ است (۲۷-۵۴ کم؛ ۸۱-۵۴ متوسط؛ بالاتر از ۸۱ زیاد) (۲۳). ارزیابی روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران در توسط خلج و همکاران (۱۳۹۲ ش.) انجام شد. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعه خلج و همکاران به ترتیب روایی محتوایی به روش تحلیل عاملی و پایایی نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ تأیید شد (۲۴). در مطالعه عسگری و همکاران (۲۰۲۲ م.) نیز روایی از طریق شاخص اعتبار محتوا (CVI) با نظارت ده نفر از متخصصان ۰/۸۹ محاسبه شد. همچنین در این مطالعه مقدار CVR برای کل گویه‌های پرسشنامه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۶۳ بود که در محدوده قابل قبولی قرار داشت. همچنین پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ تأیید شد (۲۵). همچنین در مطالعه شمسی و همکاران (۲۰۲۲ م.) روایی محتوایی SCCS بر اساس نظرات ارائه‌شده توسط گروهی از کارشناسان و پایایی آن نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تأیید شد (۲۶). پایایی این پرسشنامه در این مطالعه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تأیید شد.

۳- پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران (MSQ Moral Sensitivity Questionnaire) توسط Lutzen (۲۷) و همکاران (۱۹۹۵ م.) طراحی شد، این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال در شش حیطه است. شش خرده‌مقیاس پرسشنامه شامل احترام به استقلال بیماران (۱۰، ۱۲، ۱۳)، آشنایی با اصول ارتباط با بیماران (۱، ۲، ۳، ۴، ۱۷)، دانش حرفه‌ای (۱۶)، تجربه تعارضات اخلاقی (۹، ۱۱، ۱۵)، استفاده از مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری اخلاقی (۶، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۰)، صداقت و خیرخواهی (۵، ۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵) می‌باشد. هر گویه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، از «کاملاً موافقم» (۴ امتیاز) تا «کاملاً مخالفم» (۰ امتیاز) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره کل بین ۰ تا ۱۰۰ است. نمره بین ۰ تا ۵۰ نشان‌دهنده حساسیت اخلاقی پایین، نمره بین ۵۱ تا ۷۵ نشان‌دهنده حساسیت اخلاقی متوسط و نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده حساسیت اخلاقی بالا است (۲۷). این پرسشنامه در ایران اولین بار توسط عباس‌زاده و همکاران (۱۳۸۹ ش.) مطابق با فرهنگ ایرانی بومی‌سازی شد. روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه با نمره

یافته‌ها

درصد شرکت‌کنندگان زن و ۱۱۰ نفر (۳۰/۶ درصد) مرد بودند. اکثر شرکت‌کنندگان در این مطالعه، یعنی ۱۲۷ نفر (۳۵/۳ درصد) در بازه سنی ۲۶-۳۰ سال بودند (جدول ۱).

از ۴۰۷ پرسشنامه پخش‌شده، اطلاعات ۴۷ پرسشنامه به صورت ناقص تکمیل شده بود و در نهایت ۳۶۰ پرسشنامه کامل وارد فرایند تجزیه و تحلیل گردید. ۲۵۰ نفر (۶۹/۴)

جدول ۱: توزیع فراوانی پرستاران مورد مطالعه بر حسب متغیرهای دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۲۵۰
	مرد	۱۱۰
سن	کمتر از ۲۵ سال	۷۷
	۲۶-۳۰ سال	۱۲۷
	۳۱-۳۵ سال	۷۹
	بیشتر از ۳۵ سال	۷۷
وضعیت تأهل	مجرد	۱۵۰
	متأهل	۱۹۰
	سایر	۲۰
تحصیلات	کارشناسی	۲۹۵
	کارشناسی ارشد	۶۴
	دکتری	۱
سابقه کاری	۰-۴ سال	۱۳۷
	۴-۸ سال	۱۱۸
	۸-۱۲ سال	۶۷
	بیشتر از ۱۲ سال	۳۸
بخش	اورژانس	۹۲
	جنرال	۱۴۸
	ویژه	۱۲۰
وضعیت استخدام	رسمی	۱۵۳
	پیمانی	۳۹
	طرحی	۱۱۹
	شرکتی	۲۷
	قراردادی	۲۲
سابقه آموزش اخلاق	بله	۱۱۵
	خیر	۲۴۵
سابقه آموزش مراقبت معنوی	بله	۸۹
	خیر	۲۷۱

میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران شرکت کننده در مطالعه ۹۵/۱۵±۱۸/۹۴ بود. همچنین میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران ۶۲/۱۵±۱۵/۶۵ بود (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین نمره مربوط به صلاحیت مراقبت معنوی و حساسیت اخلاقی و مؤلفه‌های آن‌ها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره
ارزیابی و اجرا	۲۰/۵۵	۵/۷۳	۶/۰۰	۳۰/۰۰
حرفه‌ای بودن	۱۹/۹۶	۵/۵۵	۶/۰۰	۳۰/۰۰
حمایت	۲۱/۶۱	۴/۹۱	۶/۰۰	۳۰/۰۰
ارجاع	۱۰/۶۰	۲/۷۹	۳/۰۰	۱۵/۰۰
نگرش	۱۵/۰۰	۳/۳۱	۴/۰۰	۲۰/۰۰
ارتباط	۷/۴۱	۲/۰۵	۲/۰۰	۱۰/۰۰
صلاحیت مراقبت معنوی کل	۹۵/۱۵	۱۸/۹۴	۲۷/۰۰	۱۳۵/۰۰
استقلال بیمار	۷/۵۰	۲/۷۲	۰/۰۰	۱۲/۰۰
ارتباط	۱۴/۳۸	۳/۹۸	۰/۰۰	۲۰/۰۰
دانش حرفه‌ای	۴/۱۵	۲/۰۳	۰/۰۰	۸/۰۰
تعارضات اخلاقی	۷/۹۰	۲/۴۸	۰/۰۰	۱۲/۰۰
مفاهیم اخلاقی	۱۲/۳۵	۳/۷۱	۰/۰۰	۲۰/۰۰
صداقت	۱۵/۸۵	۵/۴۹	۰/۰۰	۲۸/۰۰
حساسیت اخلاقی کل	۶۲/۱۵	۱۵/۶۵	۰/۰۰	۱۰۰/۰۰

داشت $r=0/415$ و افراد دارای حساسیت اخلاقی بیشتر، دارای صلاحیت مراقبت معنوی بیشتری بودند (جدول ۳).

نتایج این مطالعه نشان داد بین حساسیت اخلاقی کل و صلاحیت مراقبت معنوی کل همبستگی معنی‌داری وجود

جدول ۳: رابطه حساسیت اخلاقی کل و صلاحیت مراقبت معنوی کل

متغیر	میانگین	انحراف معیار	سطح معنی‌داری (آماره آزمون)
حساسیت اخلاقی	۶۲/۱۵	۱۵/۵۶	<۰/۰۰۱
مراقبت معنوی	۹۵/۱۵	۱۸/۹۴	(۰/۴۱)

صلاحیت مراقبت معنوی کل رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($p<0/05$)، ولی بین سایر خرده‌مقیاس‌های حساسیت اخلاقی با صلاحیت مراقبت معنوی کل رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. بین میانگین نمره صلاحیت مراقبت معنوی کل و ابعاد آن با

با توجه به نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، بین حساسیت اخلاقی کل و صلاحیت مراقبت معنوی کل رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P<0/001$). همچنین بین خرده‌مقیاس‌های صداقت ($P<0/001$) و مفاهیم اخلاقی ($P=0/049$) با

سابقه آموزش اخلاق و صلاحیت مراقبت معنوی و ابعاد آن (به جزء حمایت (P=0/051) و ارزیابی (P=0/127)) مشاهده شد (P<0/001). رابطه معنی‌داری بین سابقه آموزش مراقبت معنوی و صلاحیت مراقبت معنوی و ابعاد آن (به جزء بعد ارزیابی و اجرا (P=0/025)) وجود نداشت (P=0/095) (جدول ۴).

جنسیت (P=0/926)، سطح تحصیلات (P=0/585)، سابقه کار (P=0/290)، نوع استخدام (P=0/566) رابطه معنی‌داری وجود نداشت. بین ابعاد نگرش (P=0/019) و ارتباط (P<0/001) با بخش محل کار رابطه معنی‌داری مشاهده شد و پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس نمرات کمتری نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها کسب کردند. رابطه معنی‌داری بین

جدول ۴: رابطه متغیرهای دموگرافیک با صلاحیت مراقبت معنوی و خرده‌مقیاس‌های آن

ویژگی دموگرافیک	خرده‌مقیاس						
	ارزیابی و اجرا	حرفه‌ای بودن	حمایت	ارجاع	نگرش	ارتباط	مراقبت معنوی کل
	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف
	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین
جنس							
زن	۲۰/۵۹±۵/۶۳	۱۹/۸۱±۵/۵۱	۲۱/۵۷±۴/۸۲	۱۰/۶۶±۲/۷۵	۱۵/۰۴±۳/۲۶	۷/۵۲±۲/۰۸	۹۵/۲۱±۱۸/۴۱
مرد	۲۰/۴۵±۵/۹۷	۲۰/۲۹±۵/۶۴	۲۱/۷۰±۵/۱۳	۱۰/۴۷±۲/۸۸	۱۴/۹۱±۳/۴۴	۷/۱۶±۱/۹۸	۹۵/۰۰±۲۰/۲۰
سطح معنی‌داری	۰/۸۳۴	۰/۴۵۵	۰/۸۰۸	۰/۵۴۲	۰/۷۴۹	۰/۱۲۶	۰/۹۲۶
سن							
سطح معنی‌داری	۰/۳۸۳	۰/۱۸۹	۰/۲۹۳	۰/۰۲۵*	۰/۱۳۱	۰/۴۹۳	۰/۱۰۷
تحصیلات							
کارشناسی	۲۰/۶۴±۵/۵۴	۲۰/۱۰۰±۵/۴۵	۲۱/۶۹±۴/۷۸	۱۰/۶۰±۲/۷۸	۱۵/۰۱±۳/۳۴	۷/۴۵±۲/۰۷	۹۵/۴۰±۱۸/۶۲
ارشد	۲۰/۱۰±۶/۵۴	۱۹/۷۸±۶/۰۲	۲۱/۲۲±۵/۴۸	۱۰/۶۴±۳/۰۰	۱۴/۹۶±۳/۲۱	۷/۲۴±۲/۰۱	۹۳/۹۸±۲۰/۴۸
سطح معنی‌داری	۰/۴۹۳	۰/۷۷۷	۰/۴۸۸	۰/۹۰۴	۰/۹۲۸	۰/۴۶۹	۰/۵۸۵
وضعیت تأهل							
سطح معنی‌داری	۰/۷۸۴	۰/۵۹۱	۰/۲۸۰	۰/۴۱۶	۰/۹۳۵	۰/۵۹۹	۰/۷۴۶
بخش							
سطح معنی‌داری	۰/۰۶۳	۰/۲۶۱	۰/۵۰۲	۰/۶۷۸	۰/۰۱۹*	۰/۰۰۱*	۰/۱۰۳
سابقه کار							
سطح معنی‌داری	۰/۰۹۵	۰/۵۲۸	۰/۸۵۰	۰/۲۰۰	۰/۵۹۴	۰/۷۳۷	۰/۲۹۰
نوع استخدام							
سطح معنی‌داری	۰/۴۸۱	۰/۲۳۱	۰/۶۰۲	۰/۳۸۰	۰/۸۴۴	۰/۷۷۲	۰/۵۶۶
سابقه آموزش							
بله	۲۱/۴۰±۵/۲۱	۲۱/۰۶±۵/۵۹	۲۲/۱۹±۵/۳۴	۱۱/۴۴±۲/۴۹	۱۵/۸۴±۳/۰۵	۷/۹۲±۱/۹۳	۹۹/۸۷±۱۷/۰۴
خیر	۲۰/۱۴±۵/۹۲	۱۹/۴۴±۵/۴۶	۲۱/۳۴±۵/۱۴	۱۰/۲۱±۲/۸۴	۱۴/۶۰±۳/۳۶	۷/۱۷±۲/۰۷	۹۲/۹۳±۱۹/۴۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۵۱	۰/۰۰۹*	۰/۱۲۷	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*
سابقه آموزش							
بله	۲۲/۴۸±۴/۸۴	۲۲/۲۵±۵/۰۲	۲۱/۱۷±۴/۵۲	۱۰/۲۵±۲/۳۹	۱۴/۶۷±۲/۸۳	۷/۶۹±۲/۰۸	۱۰۳/۰۸±۱۶/۰۹
مراقبت معنوی	۱۹/۹۱±۵/۸۵	۱۹/۲۰±۵/۵۱	۲۲/۹۴±۴/۹۶	۱۱/۶۹±۲/۸۲	۱۶/۰۱±۳/۴۰	۷/۳۲±۲/۰۴	۹۲/۵۴±۱۹/۱۱
سطح معنی‌داری	۰/۰۲۵*	۰/۰۵۲	۰/۷۲۵	۰/۰۷۲	۰/۰۵۴	۰/۶۷۸	۰/۰۹۵

* سطح معنی‌داری P-value<0/05

خرده‌مقیاس‌های ارتباط و تعارضات اخلاقی) با سابقه آموزش مراقبت معنوی رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/315$) (جدول ۵).

بین میانگین نمره حساسیت اخلاقی کل و ابعاد آن (به جزء خرده‌مقیاس‌های استقلال و دانش حرفه‌ای) با سابقه آموزش اخلاق رابطه معنی‌داری وجود نداشت ($P=0/195$). بین میانگین نمره حساسیت اخلاقی کل و ابعاد آن (به جزء

جدول ۵: رابطه متغیرهای دموگرافیک با حساسیت اخلاقی و خرده‌مقیاس‌های آن

ویژگی دموگرافیک	خرده‌مقیاس						حساسیت
	استقلال	ارتباط	دانش حرفه‌ای	تعارضات	مفاهیم	صداقت	
	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف	انحراف
	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین	معیار±میانگین
جنسیت							
زن	۷/۴۰±۲/۶۱	۱۴/۵۷±۳/۸۶	۳/۹۷±۱/۹۴	۷/۹۰±۲/۳۴	۱۲/۲۶±۳/۶۷	۱۵/۵۱±۵/۲۹	۶۱/۶۴±۱۴/۷۴
مرد	۷/۷۲±۲/۹۶	۱۳/۹۳±۴/۲۳	۴/۵۷±۲/۱۷	۷/۹۰±۲/۷۹	۱۲/۵۵±۳/۸۱	۱۶/۶۰±۵/۸۷	۶۳/۳۰±۱۷/۵۶
سطح معنی‌داری	۰/۳۰۷	۰/۱۶۱	۰/۱۰*	۰/۹۸۶	۰/۴۹۵	۰/۰۸۲	۰/۳۵۳
سن							
سن	۷/۵۰±۲/۷۲	۱۴/۳۸±۳/۹۸	۴/۱۵±۲/۰۳	۷/۹۰±۲/۴۸	۱۲/۳۵±۳/۷۱	۱۵/۸۵±۵/۴۹	۶۲/۱۵±۱۵/۶۵
سطح معنی‌داری	۰/۲۳۷	۰/۱۲۳	۰/۰۰۶*	۰/۱۱۵	۰/۰۴۹*	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۲*
تحصیلات							
کارشناسی	۷/۳۹±۲/۶۹	۱۴/۳۶±۳/۹۰	۴/۱۱±۲/۰۳	۷/۸۸±۲/۴۰	۱۲/۳۸±۳/۶۶	۱۵/۶۴±۵/۴۱	۶۱/۷۸±۱۵/۴۴
ارشد	۸/۰۱±۲/۸۴	۱۴/۴۳±۴/۳۹	۴/۳۶±۲/۰۱	۸/۰۱±۲/۸۴	۱۲/۲۱±۳/۹۷	۱۶/۷۶±۵/۷۷	۶۳/۸۱±۱۶/۶۰
سطح معنی‌داری	۰/۰۹۶	۰/۹۱۱	۰/۳۵۶	۰/۶۹۵	۰/۷۴۲	۰/۱۳۶	۰/۳۴۵
وضعیت تأهل							
وضعیت تأهل	۷/۵۰±۲/۷۲	۱۴/۳۸±۳/۹۸	۴/۱۵±۲/۰۳	۷/۹۰±۲/۴۸	۱۲/۳۵±۳/۷۱	۱۵/۸۵±۵/۴۹	۶۲/۱۵±۱۵/۶۵
سطح معنی‌داری	۰/۸۲۴	۰/۳۸۲	*۰/۰۳۳	۰/۴۹۰	۰/۰۹۰	۰/۰۱۲*	۰/۰۴۹*
بخش							
بخش	۷/۵۰±۲/۷۲	۱۴/۳۸±۳/۹۸	۴/۱۵±۲/۰۳	۷/۹۰±۲/۴۸	۱۲/۳۵±۳/۷۱	۱۵/۸۵±۵/۴۹	۶۲/۱۵±۱۵/۶۵
سطح معنی‌داری	۰/۱۸۱	۰/۱۰*	۰/۸۴۲	۰/۵۰۴	۰/۲۰۴	۰/۰۰۵*	۰/۰۷۵
سابقه کار							
سابقه کار	۷/۵۰±۲/۷۲	۱۴/۳۸±۳/۹۸	۴/۱۵±۲/۰۳	۷/۹۰±۲/۴۸	۱۲/۳۵±۳/۷۱	۱۵/۸۵±۵/۴۹	۶۲/۱۵±۱۵/۶۵
سطح معنی‌داری	۰/۱۰۹	۰/۵۰۷	۰/۰۰۳*	۰/۱۰۵	۰/۰۰۸*	۰/۰۰۱*	۰/۰۰۱*
نوع استخدام							
نوع استخدام	۷/۵۰±۲/۷۲	۱۴/۳۸±۳/۹۸	۴/۱۵±۲/۰۳	۷/۹۰±۲/۴۸	۱۲/۳۵±۳/۷۱	۱۵/۸۵±۵/۴۹	۶۲/۱۵±۱۵/۶۵
سطح معنی‌داری	۰/۶۶۴	۰/۷۵۷	۰/۰۰۵*	۰/۸۴۷	۰/۰۴۰*	۰/۰۱۰*	۰/۰۳۴*
سابقه آموزش							
بله	۶/۷۳±۲/۶۷	۱۴/۷۲±۳/۹۸	۳/۷۷±۲/۰۱	۷/۷۳±۲/۳۳	۱۲/۱۶±۳/۴۱	۱۵/۴۶±۵/۴۸	۶۰/۵۹±۱۴/۸۸
خیر	۷/۸۶±۲/۶۷	۱۴/۲۲±۳/۹۸	۴/۳۳±۲/۰۲	۷/۹۸±۲/۵۵	۱۲/۴۴±۳/۸۵	۱۶/۰۲±۵/۵۱	۶۲/۸۸±۱۵/۹۷
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱*	۰/۲۶۷	۰/۰۱۴*	۰/۳۶۱	۰/۵۱۲	۰/۳۶۹	۰/۱۹۵
مراقبت معنوی							
سابقه آموزش	۷/۰۳±۲/۶۱	۱۵/۰۱±۳/۵۷	۴/۰۸±۲/۱۰	۷/۹۴±۲/۱۳	۱۲/۸۰±۳/۲۵	۱۶/۶۷±۵/۲۵	۶۳/۵۶±۱۳/۹۴
مراقبت معنوی	۷/۶۶±۲/۷۴	۱۴/۱۷±۴/۱۰	۴/۱۸±۲/۰۱	۷/۸۹±۲/۵۹	۱۲/۲۰±۳/۸۴	۱۵/۵۷±۵/۵۵	۶۱/۶۹±۱۶/۱۷
سطح معنی‌داری	۰/۹۱۴	*۰/۰۱۵	۰/۳۵۲	۰/۰۲۰*	۰/۳۳۴	۰/۶۱۰	۰/۳۱۵

* سطح معنی‌داری $P\text{-value}<0/05$

بحث

هدف کلی از انجام این پژوهش بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت معنوی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان بود. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست‌آمده نشان‌دهنده ارتباط حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی در مشارکت‌کنندگان بود. این ارتباط به گونه‌ای بود که با افزایش حساسیت اخلاقی در مشارکت‌کنندگان صلاحیت مراقبت معنوی نیز در آن‌ها افزایش می‌یابد. همسو با یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعه Cura و همکاران (۲۰۲۲، م) بین درک مراقبت معنوی و حساسیت اخلاقی در دانشجویان پرستاری رابطه معنی‌داری مشاهده شد (۱۰). همچنین در این راستا Machul و همکاران در سال ۲۰۲۲ ارائه آموزش‌های حرفه‌ای را جهت یادگیری انجام مراقبت معنوی ضروری ذکر کردند (۳۰). Anderson و همکاران در سال ۲۰۲۲ نیز آموزش اخلاق را جهت رسیدن به شایستگی اخلاقی و عمل کردن بر اساس ترجیحات خاص بیمار را که مراقبت معنوی هم می‌تواند بخش مهمی از این ترجیحات باشد را ضروری دانستند (۳۱). همچنین افراسیابی‌فر و همکاران در سال ۱۴۰۰ تحقیقی با هدف تعیین ارتباط بین رفتار مراقبتی و حساسیت اخلاقی در پرستاران به انجام رساندند. یافته‌های این پژوهش نشان داد رابطه مستقیم و معناداری بین رفتار مراقبتی و حساسیت اخلاقی پرستاران وجود دارد (۳۲). طبق نتایج به دست‌آمده از مطالعه Adyl و همکاران (۲۰۲۳، م) رابطه معنی‌داری بین بهزیستی معنوی، حساسیت اخلاقی و پایبندی پرستاران به کدهای اخلاقی مشاهده شد (۳۳). همچنین نتایج مطالعه خداویسی و همکاران (۱۳۹۹ ش) نیز نشان داد حساسیت اخلاقی رابطه مستقیم و معناداری با مراقبت پرستاری ایمن دارد که این نتایج همسو با نتایج مطالعه حاضر است (۳۴).

در مطالعه حاضر سن رابطه آماری معنی‌داری با مراقبت معنوی (بجز خرده مقیاس ارجاع) نداشت. Cura و همکاران در سال ۲۰۲۲ در مطالعه خود بین نمره مراقبت معنوی کل و متغیرهای دموگرافیک مانند سن ارتباط آماری معنی‌داری

یافتند که غیر همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد (۱۰). تناقض در این زمینه را شاید بتوان این‌گونه تفسیر کرد، مطالعه مذکور روی دانشجویان سال پایین انجام گرفته است که هنوز وارد محیط بالین نشده‌اند و تحت تأثیر تجربیات همکاران خود در زمینه درک مراقبت معنوی قرار نگرفته‌اند و میانگین سنی ۲۲ سال داشتند، اما پرستاران مورد بررسی در پژوهش اخیر با میانگین سنی حدود ۳۰ سال و شکل‌گیری هویت معنوی و یادگیری مراقبت معنوی در تجربیات آموزشی و حرفه‌ای خود نمرات مشابهی در مراقبت معنوی کسب کرده‌اند و اختلاف معنی‌داری در نمرات مراقبت معنوی در سنین مختلف در تحقیق حاضر مشاهده نشد، لذا رابطه یافت‌شده در تحقیق مذکور مبنی بر ارتباط سن و مراقبت معنوی را شاید بتوان به عدم شکل‌گیری درک مراقبت معنوی و تأثیرات فرهنگی خانواده بر شاکله معنوی در سنین پایین‌تر و احتمالاً اختلاف نمرات مراقبت معنوی در نظر گرفت (۱۰).

در یافته‌های به دست‌آمده در تحقیق اخیر تنها متغیری که با نمره صلاحیت مراقبت معنوی ارتباط داشت، سابقه آموزش مراقبت معنوی بود، بدین‌صورت که پرستاران با سابقه آموزش مراقبت معنوی، میانگین نمرات بالاتری در صلاحیت مراقبت معنوی کسب کردند. این یافته بررسی اخیر با یافته تحقیق Alshehry و همکاران (۲۰۱۸، م) همسو و هم‌راستا به نظر می‌رسد (۳). همچنین این یافته با مطالعه Ozakar و همکاران در سال ۲۰۲۲ که دریافتند آموزش بر افزایش صلاحیت مراقبت معنوی پرستاران مؤثر بود، هم‌راستا و همسو بود (۳۵)، بدین‌نحو که در تحقیق حاضر سابقه آموزش مراقبت معنوی بر نمره صلاحیت مراقبت معنوی کل و نیز تمام ابعاد به جزء حمایت معنی‌دار و مثبت بود، لذا با توجه به نتایج دو مطالعه اخیر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش مراقبت معنوی تأثیر مثبت بر صلاحیت مراقبت معنوی دارد و می‌تواند با آموزش این نوع مراقبت به پرستاران و نیز افزودن آن به کوریکولوم درسی صلاحیت مراقبت معنوی را در پرستاران و دانشجویان پرستاری ارتقا داد (۳۵).

در مطالعه حاضر بین وضعیت تأهل و صلاحیت مراقبت معنوی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. از طرفی نتایج به دست‌آمده از

مطالعه Alshehry و همکاران (۲۰۱۸ م.) نشان‌دهنده افزایش نمره صلاحیت مراقبت معنوی با سطح تأهل، ملیت و نیز سطح تحصیلات بود و پرستاران مجرد نمرات صلاحیت مراقبت معنوی بالاتری را کسب کردند که غیر همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. شاید بتوان این اختلاف در نتیجه کسب‌شده را به زمینه فرهنگی و دینی نمونه‌های مورد بررسی نسبت داد، چراکه اغلب نمونه‌های مورد بررسی در مطالعه مذکور مسیحی و با ملیت فیلیپین بودند (۳).

در این مطالعه نمرات صلاحیت مراقبت معنوی رابطه مثبت با سابقه آموزش اخلاق نشان داد، بدین‌صورت که افرادی که سابقه آموزش اخلاق را ذکر کردند، نمرات صلاحیت مراقبت معنوی بالاتری کسب کردند. لازم به ذکر است که افزایش نمرات صلاحیت مراقبت معنوی کل با سابقه آموزش مراقبت افزایش یافته، اما از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. این در حالیست که در پژوهش انجام‌شده Cura و همکاران (۲۰۲۲ م.) نمره صلاحیت مراقبت معنوی و حساسیت اخلاقی با بهبود درک نمونه‌ها از حساسیت اخلاقی افزایش معنی‌داری نشان می‌داد که غیر همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد، شاید بتوان این اختلاف در نتیجه‌گیری را این‌گونه تفسیر کرد که احتمالاً آموزش اخلاق در کشور ما سطحی بوده، اما Cura و همکاران (۲۰۲۲ م.) به درک شرکت‌کنندگان از حساسیت اخلاقی پرداخته و تنها به سابقه آموزش اخلاق اکتفا نکرده است. به نظر می‌رسد این عدم همسویی یافته‌ها در این دو مطالعه بالا ناشی از عدم تأثیر و یا تأثیر کم آموزش اخلاق در تغییر نگرش و رفتار یادگیرندگان در محیط‌های آموزشی کشور ما باشد (۱۰).

در مطالعه حاضر نمره حساسیت اخلاقی کل با سابقه آموزش اخلاق و همچنین سابقه آموزش مراقبت معنوی رابطه معنی‌داری نشان نداد؛ در این راستا Jalili و همکاران در سال ۲۰۲۲ به این نتیجه دست یافتند که آموزش معنویت به طور مستقیم و معنی‌داری بر حساسیت اخلاقی دانشجویان پرستاری تأثیر مثبت دارد (۳۶) که با یافته مطالعه حاضر مبنی بر عدم تأثیر سابقه آموزش بر حساسیت اخلاقی نمونه‌ها مغایر و ناهمسو می‌باشد. همچنین Ozakar و همکاران

(۲۰۲۲ م.) (۳۵) نیز ارتباط بین درک دانشجویان و حساسیت اخلاقی را مثبت ارزیابی کردند که غیر همسو با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. به احتمال فراوان می‌توان علت این اختلاف در نتایج را به نحوه آموزش اخلاق تعمیم داد. با توجه به اینکه در این مطالعه تنها به سابقه آموزش اخلاق بسنده شده است و از کیفیت، زمان و چگونگی این آموزش اطلاعی در دسترس نیست. احتمالاً عدم وجود ارتباط بین حساسیت اخلاقی و سابقه آموزش آن در پژوهش حاضر به کیفیت یا کمیت پایین آموزش مربوط می‌باشد.

با توجه به تأثیرات مثبت مراقبت معنوی در نتایج درمانی و رضایتمندی بیماران و نیز تأثیرات حساسیت اخلاقی بر کفایت مراقبت معنوی در پرستاران و دانشجویان، لذا به نظر می‌رسد با افزایش حساسیت اخلاقی در پرسنل پرستاری و نیز دانشجویان این رشته می‌توان تأثیرات بسیار مثبتی بر درمان، رضایت از درمان، افزایش رضایت شغلی پرستاران، کاهش فرسودگی شغلی و نیز کفایت مراقبت معنوی پرستاران به جای گذارد. نتایج این تحقیق و نیز تحقیقات انجام‌شده قبلی حاکی از تأثیر آموزش اخلاق بر کفایت مراقبت معنوی در صورت اجرای درست، دقیق و بر اساس شیوه‌نامه‌های آموزشی صحیح بر کفایت مراقبت معنوی پرستاران بود، لذا به نظر می‌رسد گنجانیدن این واحد درسی در برنامه درسی آموزشی پرستاران و یا به صورت دوره‌های تکمیلی برای پرستاران شاغل در راستای دستیابی به کیفیت درمان و رضایتمندی شغلی بیشتر پرستاران بسیار مفید و کارآمد باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه این بود با این پیش‌فرض که تمام افراد شرکت‌کننده در این شهر همگی مذهب شیعه و دین اسلام دارند، این متغیر مورد بررسی قرار نگرفت که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این متغیر نیز در نظر گرفته شود. همچنین از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر، سنجیده‌نشدن میزان آگاهی افراد از اخلاق حرفه‌ای بود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این متغیر نیز در نظر گرفته شود. از جمله محدودیت‌های خارج از کنترل می‌توان به وجود برخی از متغیرها مثل سابقه فرهنگی، تربیتی و شخصیتی پرستاران که ممکن است در پاسخگویی به سؤالات

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

این تحقیق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد خرم‌آباد تأمین مالی شده است (شماره اعتبار: ۱۴۸۰۲۰۷۰۴۰۰۰۱).

بیانیه هوش مصنوعی

از نرم‌افزارهای هوش مصنوعی در هیچ کدام از مراحل پژوهش استفاده نگردید.

مؤثر باشند اشاره نمود. باتوجه به محدودیت‌های بیان شده تعمیم نتایج به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین در این مطالعه عملکرد اخلاقی پرستاران مورد بررسی قرار نگرفت؛ انجام پژوهش‌های آتی در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد حساسیت اخلاقی و صلاحیت مراقبت معنوی رابطه مستقیم و معناداری داشتند، به نحوی که افراد با حساسیت اخلاقی بیشتر دارای صلاحیت مراقبت معنوی بیشتری بودند، لذا می‌توان نتیجه‌گیری کرد پرستاران با حساسیت اخلاقی بالاتر قادر به پاسخگویی بهتر به نیازهای معنوی بیماران هستند که این امر می‌تواند یکی از ارکان اصلی مراقبت معنوی می‌باشد که در نهایت منجر به بهبود رضایت بیماران و نتایج درمانی می‌شود. با توجه به اینکه حساسیت اخلاقی نقش اساسی در حرفه پرستاری و مراقبت معنوی ایفا می‌کند و همچنین مراقبت معنوی نیز جزء کلیدی مراقبت کل‌نگر می‌باشد، لذا گنجاندن دوره‌های آموزشی ضمن خدمت مستمر اخلاق حرفه‌ای و مراقبت معنوی جهت هدایت عملکرد پرستاران و به‌روز نگه‌داشتن دانش آن‌ها متناسب با نیازها و پیشرفت‌های روزافزون جامعه پیشنهاد می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

میلاذ کاظمی نجم و نسرین ایمانی‌فر: نگارش علمی مقاله و پروپوزال.

زهره جعفری: جمع‌آوری اطلاعات در مرحله پروپوزال و بازبینی نهایی مقاله.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

References

1. Akkuş Y, Karabağ Aydın A. Determining the relationship between spirituality and perceptions of care in nursing students: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(4):2079-87.
2. Hoosen M, Roman NV, Mthembu TG. The development of guidelines for the inclusion of spirituality and spiritual care in Unani Tibb practice in South Africa: A study protocol. *Journal of religion and health*. 2022;61(2):1261-81.
3. Alshehry AS. Spirituality and spiritual care competence among expatriate nurses working in Saudi Arabia. *Religions*. 2018;9(12):384.
4. Scott Barss K. Spiritual care in holistic nursing education: A spirituality and health elective rooted in TRUST and contemplative education. *Journal of Holistic Nursing*. 2020;38(1):122-30.
5. Green A, Kim-Godwin YS, Jones CW. Perceptions of spiritual care education, competence, and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *Journal of Holistic Nursing*. 2020;38(1):41-51.
6. Ebrahimi F, Jafarjalal E, Najafi Ghezalche T, Haghani S. Assessing the Spiritual Care Competence of Nurses in the Special Care Units for COVID-19 in Teaching Hospitals in Arak, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2023;36(141):66-79.
7. Estebsari F, Nasab AF, Barati M, Stiri S, Fath MM, Mostafaie D, et al. The relationship between daily spiritual experiences and the dimensions of spiritual care competence in nursing students: The dimension of professionalization and improvement of the quality of spiritual care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 2023;28(3):339-44.
8. Ebenau A, Groot M, Visser A, van Laarhoven HW, Van Leeuwen R, Garssen B. Spiritual care by nurses in curative oncology: a mixed-method study on patients' perspectives and experiences. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2020;34(1):96-107.
9. Özakar Akça S, Gülнар E, Özveren H. Spiritual care competence of nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2022;53(5):225-31.
10. Cura ŞÜ, Özsaban A, Coşkun EY, Karadeniz EY, Uslu E, Aşkan F. Spirituality, spiritual care perceptions and moral sensitivity of senior nursing students: a multicenter and cross-sectional study. *Genel Tıp Dergisi*. 2022;32(4):390-6.
11. Hamooleh MM, Seyedfatemi N, Eslami A, Haghani S. The spiritual care competency of the nurses of the teaching hospitals affiliated to Alborz University of Medical Sciences, Iran. *Nursing*. 2020;33(124):58-69.
12. Manookian A, Nadali J, Ghiyasvandian S, Weaver K, Haghani S, Divani A. Spiritual care competence, moral distress and job satisfaction among Iranian oncology nurses. *International Journal of Palliative Nursing*. 2023;29(10):487-97.
13. Akbari O, Dehghan M, Tirgari B. Muslim nurse's spiritual sensitivity as a higher perception and reflection toward spiritual care: a qualitative study in southeast Iran. *BMC nursing*. 2022;21(1):270.
14. Aljanabi HM, Maarman R, Kehlini MA, Mousa O. Moral Sensitivity, Ethical Experiences and Promotion of the Civility of Staff Nurses. 2022.
15. Bahrieni F, Azodi P, Hajivandi A, Seddighi Z, Jahanpour F. The effect of durability of knowledge transfer through reminiscence on the moral sensitivity of nurses. *BMC nursing*. 2022;21(1):305.
16. Jiménez-Herrera MF, Font-Jimenez I, Bazo-Hernández L, Roldán-Merino J, Biurrun-Garrido A, Hurtado-Pardos B. Moral sensitivity of nursing students. Adaptation and validation of the moral sensitivity questionnaire in Spain. *Plos one*. 2022;17(6):e0270049.
17. Maddineshat M, Yousefzadeh MR, Mohseni M, Maghsoudi Z, Ghaffari ME. Teaching ethics using games: impact on Iranian nursing students' moral sensitivity. *Indian journal of medical ethics*. 2019;4(1):14-20.
18. Yazdanparast E, Davoudi M, Ghorbani SH, Akbarian A, Chenari HA. Investigating the relationship between moral sensitivity and attitude towards euthanasia in nursing students of Birjand University of Medical Sciences. *Clinical Ethics*. 2022;17(2):205-10.
19. Bagheri M, Mohammadi Pelarti A, Karimi S. Investigating the effect of reflective learning based on clinical scenarios on the moral sensitivity of nursing students. *Education and Ethics In Nursing* ISSN: 2322-5300. 2022 Mar 21;11(1-2):39-46.
20. Gouda Metwally F, Abdeldayem Ata Hussein A. Moral and Ethical Sensitivity as Predictors of Nurses' Attitudes Towards Medication Errors. *Egyptian Journal of Health Care*. 2022;13(3):1551-63.
21. Amiri E, Ebrahimi H, Vahidi M, Asghari Jafarabadi M, Namdar Areshtanab H. Relationship between nurses' moral sensitivity and the quality of care. *Nursing ethics*. 2019;26(4):1265-73.
22. Nazari S, Poortaghi S, Sharifi F, Gorzin S, Afshar PF. Relationship between moral sensitivity and the

quality of nursing care for the elderly with Covid-19 in Iranian hospitals. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):840.

23. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of clinical nursing*. 2009;18(20):2857-69.

24. Khalaj M, Pakpour A, Zeidi IM. Validity and reliability of a Persian version of nursing students' competence scale in spiritual care. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2013;17(2):63-70.

25. Asgari M, Pouralizadeh M, Pashaki NJ, Maroufizadeh S, Nourisaee A, Jannati A, et al. Perceived spiritual care competence and the related factors in nursing students during Covid-19 pandemic. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2022;17:100488.

26. Shamsi M, Khoshnood Z, Farokhzadian J. Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: outcomes of an online spiritual care training program. *BMC psychiatry*. 2022;22(1):645.

27. Lützn K, Nordström G, Evertzon M. Moral sensitivity in nursing practice. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1995;9(3):131-8.

28. Abbaszadeh A, Borhani F, Moazen NL. The comparison of the level of moral sensitivity in nursing students and nursing staffs in Kerman in 1389. 2010.

29. Mohammadi F, Tehranineshat B, Ghasemi A, Bijani M. A study of how moral courage and moral sensitivity correlate with safe care in special care nursing. *The Scientific World Journal*. 2022;2022(1):9097995.

30. Machul M, van Leeuwen R, Ozga D, Jurek K, Boczkowska S, Dobrowolska B. The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC nursing*. 2022;21(1):106.

31. Andersson H, Svensson A, Frank C, Rantala A, Holmberg M, Bremer A. Ethics education to support ethical competence learning in healthcare: an integrative systematic review. *BMC medical ethics*. 2022;23(1):29.

32. Afrasiabifar A, Mosavi A, Dehbanizadeh A, Khaki S. Nurses' caring behaviour and its correlation with moral sensitivity. *Journal of Research in Nursing*. 2021;26(3):252-61.

33. Asghar A, Fiaz F, Latif A, Haider I, Bibi S. Assessment Of Critical Care Nurses'adherence To

Ethical Codes And Its Relation To Spiritual Well-Being And Moral Sensitivity. *Pakistan Journal of Intensive Care Medicine*. 2024;4(01):26.

34. Khodaveisi M, Oshvandi K, Bashirian S, Khazaei S, Gillespie M, Masoumi SZ, et al. Moral courage, moral sensitivity and safe nursing care in nurses caring of patients with COVID-19. *Nurs Open*. 2021;8(6):3538-46.

35. Özakar Akça S, Gülnar E, Özveren H. Spiritual Care Competence of Nurses. *Journal of continuing education in nursing*. 2022;53(5):225-31.

36. Jalili F, Saeidnejad Z, Aghajani M. Effects of spirituality training on the moral sensitivity of nursing students: A clinical randomized controlled trial. *Clinical Ethics*. 2020;15(1):1-10.