



"Investigating the Relationship Between Moral Sensitivity and Missed Nursing Care in Clinical Nurses"

Vali Kolagar Langori¹, Mitra Khoobi^{2*}, Aliakbar Rasekhi³

1- MS Student, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Biostatistics Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Correspond author: Assistant Professor, Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: m.khoobi@modares.ac.ir

Received: 2025/01/7

Accepted: 2025/01/26

Abstract

Introduction: Moral sensitivity is one of the essential elements for adhering to moral principles in nursing care. However, due to certain barriers, nurses sometimes lack sufficient moral sensitivity, leading to confusion and occasional neglect in addressing moral issues in patient care, which may result in missed nursing care. Missed nursing care refers to care that is omitted or delayed, affecting the quality and safety of care.

Methods: In this descriptive-analytical cross-sectional study, 217 nurses were selected using cluster sampling from private and public hospitals in Tehran in 2024. Data were collected using the Missed Nursing Care Questionnaire and the Nurses' Moral Sensitivity Questionnaire. Data analysis was performed using SPSS version 22, Spearman's correlation coefficient, and T-test at a significance level of 0.05.

Results: The mean score of moral sensitivity among clinical nurses was 59.93 ± 10.28 , indicating a moderate level of moral sensitivity. The highest moral sensitivity score was in the dimension of awareness of how to communicate with patients, and the lowest was in the dimension of professional knowledge. The mean missed nursing care score was 37.15 ± 10.66 . This mean score of 37.15 on a scale ranging from 24 to 96 indicates a relatively low level of missed nursing care. The highest mean score for missed nursing care was related to attending scientific conferences (mean = 2.03) and supervising the preparation of food for patients who can eat by themselves (mean = 1.86). The lowest mean score for missed nursing care was related to blood glucose monitoring with a glucometer (mean = 1.21) and complete documentation of essential patient information (mean = 1.3). The results showed a significant and inverse relationship between moral sensitivity and missed nursing care ($p\text{-value} < 0.001$, $r = -0.248$).

Conclusions: Although nurses have acceptable levels of moral sensitivity, this level of sensitivity is not sufficient for providing complete patient care, as there are still instances of missed nursing care. Therefore, further enhancement of moral sensitivity among nurses should be a priority in the nursing system.

Keywords: Missed nursing care, Nurses' moral sensitivity, Ethics, Nursing.



بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران بالینی

ولی کلاگر لنگوری^۱، میتراخوبی^{۲*}، علی اکبر راسخی^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: میتراخوبی، استادیار، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
ایمیل: m.khoobi@modares.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: داشتن حساسیت اخلاقی یکی از عناصر لازم برای رعایت اصول اخلاقی در امر مراقبت پرستاری است. اما به سبب برخی موانع، گاهی پرستاران حساسیت اخلاقی کافی را ندارند و نوعی سردرگمی و گاهی کم‌توجهی در مواجهه با موضوعات اخلاقی در مراقبت از بیمار در آن‌ها ظهور می‌یابد که ممکن است منجر به مراقبت پرستاری فراموش شده گردد. مراقبت‌های پرستاری فراموش شده اشاره به مراقبت‌هایی دارد که حذف شده و یا به تأخیر افتاده باشد که کیفیت و ایمنی مراقبت را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

روش کار: در این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی، تعداد ۲۱۷ پرستار به روش خوشه‌ای از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده و پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران جمع‌آوری شد. آنالیز داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و ضریب همبستگی اسپیرمن، آزمون T-test، در سطح معناداری ۰,۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: میانگین حساسیت اخلاقی در بین پرستاران بالینی ۵۹,۹۳ با انحراف معیار ۱۰,۲۸ می‌باشد که نشان می‌دهد پرستاران دارای سطح متوسطی از حساسیت اخلاقی هستند. بیشترین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار و کمترین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان دانش حرفه‌ای می‌باشد. میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۳۷,۱۵ با انحراف معیار ۱۰,۶۶ می‌باشد. این میانگین نمره ۳۷,۱۵ در مقیاسی که از ۲۴ تا ۹۶ متغیر است، نشان‌دهنده این است که وضعیت مراقبت پرستاری فراموش شده در سطح نسبتاً پایینی قرار دارد. بیشترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به شرکت در کنفرانس‌های علمی با میانگین ۲,۰۳ و نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می‌تواند غذا بخورد با میانگین ۱,۸۶ می‌باشد. کمترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به کنترل قند خون با گلوکومتر با میانگین ۱,۲۱ و ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار با میانگین ۱,۳ می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنی‌دار و معکوسی برقرار است ($p\text{-value} < 0.001, r = -0.348$).

نتیجه‌گیری: اگرچه پرستاران از سطوح قابل قبولی از حساسیت اخلاقی برخوردار هستند، اما این سطح از حساسیت اخلاقی برای ارائه مراقبت کامل از بیمار کافی نیست، زیرا همچنان شاهد سطوحی از مراقبت‌های پرستاری از دست رفته هستیم. بنابراین ارتقای هرچه بیشتر حساسیت اخلاقی در میان پرستاران می‌تواند جزئی از اولویت‌های سیستم پرستاری قرار گیرد. **کلیدواژه‌ها:** مراقبت پرستاری فراموش شده، حساسیت اخلاقی پرستاران، اخلاق، پرستاری.

مقدمه

مراقبت های پرستاری، مراقبت هایی هستند که مورد نیاز بیماران بوده و برای بهبود هر چه بهتر و سریع تر بیماران لازم و ضروری هستند و مراقبت های پرستاری فراموش شده اشاره به مراقبت هایی دارد که حذف و یا به تاخیر افتاده باشد و کیفیت و ایمنی مراقبت را تحت تاثیر قرار می دهد. مراقبت های پرستاری فراموش شده یکی از چالش های حرفه ای مهم در پرستاری است. kalish و همکاران (۲۰۰۹) مراقبت های پرستاری فراموش شده را به عنوان مراقبت های مورد نیاز بیماران تعریف کردند که در پاسخ به تقاضاهای مضاعف و منابع ناکافی، ممکن است حذف شوند و یا به تاخیر افتند (۱). رایج ترین مراقبت های پرستاری فراموش شده در بعد مداخلات مبتنی بر ارایه مراقبت های پایه و اولیه، ارزیابی و ارزشیابی بیمار، و بعد آموزش می باشد (۲، ۳).

علی رغم اهمیت بسیار زیاد مراقبت های پرستاری فراموش شده مطالعات اندکی در ایران در این زمینه انجام شده است. در واقع آگاهی از (۴). تعدادی از مطالعات نشان داده اند که وقوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در بیمارستان های آمریکا و اروپا نیز رواج دارند. در مطالعه ای که توسط هسلز و همکاران در ایالات متحده انجام شد، شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در ابعاد مختلف بین ۱۰ تا ۲۷ درصد گزارش شد (۵). Jones و همکاران (۲۰۱۵) در مطالعه ی مروری خود گزارش کردند شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده (۵۵ درصد) در میان کارکنان پرستاری شاغل در بخش های مراقبتی بیمارستان های عمومی و غیر عمومی بالا بوده است (۶). مطالعات در ایران نشان می دهد که مراقبت فراموش شده یک مشکل رایج در بیمارستان هاست و نیاز به مطالعات بیشتری و ارایه ی امار دقیق تری در این زمینه می باشد و مهم تر از شناخت و توصیف مراقبت های پرستاری فراموش شده، تحلیل عواملی است که در ایجاد مراقبت فراموش شده تاثیر می گذارند (۴). خواجهوی و همکاران (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده را ۳۲/۷ درصد گزارش نمودند (۷). امامی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که مراقبت پرستاری فراموش شده در بخش مراقبت ویژه نوزادان در سطح متوسط می باشد (۳).

مراقبت پرستاری فراموش شده پیامد های جدی برای بیماران داشته و به عنوان شاخص سنجش کیفیت مراقبت

تلقی می شود که با مرگ و میر بیماران، میزان بستری مجدد آنان، عوارض جانبی و کاهش رضایتمندی بیماران ارتباط دارد. پیامدهایی نظیر سقوط بیماران، ایجاد زخم های فشاری، افزایش خطاهای دارویی و عفونت دستگاه ادراری را به دنبال دارد. این پدیده علاوه بر بیماران، پیامد های نامناسبی برای پرستاران نیز به دنبال دارد که از جمله آنها می توان به پریشانی اخلاقی، فرسودگی شغلی، جابه جایی، غیبت و ترک کار، اختلال و فشار در نقش و احساس ناامیدی اشاره نمود (۸).

پر اهمیت ترین عوامل مرتبط با مراقبت پرستاری فراموش شده شامل منابع انسانی، منابع مالی می باشد (۹). در مطالعات متعدد گزارش شده که مهمترین دلیل بروز مراقبت پرستاری فراموش شده پرستاران، مربوط به تعداد کم پرستار، افزایش غیر منتظره تعداد بیماران و یا شلوغی بخش می باشد (۲، ۶، ۱۰). Cleary-Holdforth (۲۰۱۹) در مطالعه خود بیان نمود مراقبت های روانی اجتماعی از جمله: تعامل با بیماران، آموزش به بیمار و ارایه حمایت عاطفی، به طور مرتب در لیست مراقبت های پرستاری فراموش شده قرار دارند (۱۱).

یکی از عوامل بالقوه موثر بر مراقبت پرستاری فراموش شده، حساسیت اخلاقی است. لوتزن (۱۹۹۳م) حساسیت اخلاقی را بر مبنای توانایی شناختی افراد تعریف می کند. بدین معنی فردی دارای حساسیت اخلاقی است که بتواند به موقع مشکلات بیماران را تشخیص دهد و بهترین تصمیم را اتخاذ کند (۱۲). حساسیت اخلاقی موضوعی است که با ویژگی هایی مانند مهربانی، صداقت، خیرخواهی و کمک به دیگران، سبب می گردند که آرمان هایی در پرستار ایجاد گردد تا نسبت به بیمار، خانواده وی و همچنین همکاران بی اعتنا نبوده و درصد انجام رفتار اخلاقی و مراقبتی با آنها برآید. کسانی که از حساسیت اخلاقی بالایی برخوردارند، در مقابل خواسته ها و نیازهای دیگران مسوول و پاسخگو هستند و این وظیفه را به دلیل دانش و آگاهی، و نگرش حرفه ای انجام می دهند (۱۳)، مفهوم حساسیت اخلاقی را می توان واکنش صحیح و مناسبی دانست که مبتنی بر انگیزه های درونی و بیرونی و همراه با شناخت همه جانبه از خود و دیگران بوده و سبب می گردد تا پرستار در مقابل مددجویان و اعضای تیم سلامت، احساس مسوولیت کرده و خود را پاسخگو بداند. پرستارانی که از حساسیت اخلاقی قابل قبولی برخوردار هستند، نسبت به بیمار متعهد بوده

و تلاش می کنند تا از بیمار خود، شناخت بهتری پیدا کنند تا بهترین مراقبت پرستاری اخلاق مدار و همه جانبه ارایه دهند (۱۴). پرستاران با توجه به اصول اخلاقی باید به نفع بیمار و بدون ضرررسانی به بیمار و با احترام به ارزش ها و ترجیحات بیمار، و با حساسیت اخلاقی، مراقبت اخلاق مدار را ارایه دهند (۱۵). از آنجا که جوهره ی مراقبت پرستاری با ارزش ها و اصول اخلاقی عجین است مراقبت اخلاقی جزئی جدایی ناپذیر از مراقبت پرستاری است (۱۶). بی تفاوت بودن پرستار می تواند بر رضایت بیماران از ارایه ی مراقبت های پرستاری تاثیر بگذارد، بنابراین پرستاران به عنوان حامیان بیمار، نیاز به درک موقعیت ها و حساس بودن نسبت به مسایل اخلاقی دارند (۱۷). حساسیت اخلاقی پرستار نه تنها می تواند از زیر پا گذاشتن اصول اخلاقی جلوگیری کند بلکه در تصمیم گیری اخلاقی در امر ارایه ی مراقبت اخلاق مدار نیز تاثیر گذار است (۱۷، ۱۸). کولمان و همکاران (۲۰۱۹) در نتایج خود آورده اند که کاهش حساسیت اخلاقی در میان برخی از پرستاران و پزشکان در ارایه خدمات درمانی و مراقبتی مشاهده می شود (۱۹). حساسیت اخلاقی منجر به افزایش توجه پرستاران به ملاحظات اخلاقی در امر ارایه ی مراقبت می شود (۲۰). از آنجا که چارچوب پرستاری شامل ارایه ی مراقبت اخلاق مدار در رفع نیازهای جسمی و روانی اجتماعی بیماران است پس می توان گفت حساسیت اخلاقی جز ضروری برای ارایه مراقبت اخلاق مدار است (۲۰). داشتن سطوح قابل قبولی از حساسیت اخلاقی یکی از عناصر لازم در امر مراقبت پرستاری است (۲۱). اما به سبب برخی موانع گاهی پرستاران حساسیت اخلاقی کافی را ندارند و نوعی سردرگمی و گاهی کم توجهی در مواجهه با موضوعات اخلاقی در مراقبت از بیمار در آن ها ظهور می یابد و حتی ممکن است منجر به مراقبت پرستاری فراموش شده گردد (۲۲).

نتایج مطالعه منیر نوبهار و همکاران (۲۰۲۳) که بر روی ۲۰۰ پرستار در بیمارستان های وابسته به دانشگاه سمنان انجام شد، نشان داد؛ میانگین و انحراف معیار حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده به ترتیب $19 \pm 4/43$ و $0.4 \pm 55/10$ می باشد. سطح بالاتر حساسیت اخلاقی با کاهش مراقبت های پرستاری فراموش شده در بین پرستاران ارتباط دارد (۲۳).

در مطالعه ای که توسط ناییر آهن ساز و همکاران (۲۰۲۴) انجام شد، در گزارش خود اذعان داشتند که اکثر پرستاران

(۹۷ درصد) حساسیت اخلاقی متوسطی را نشان دادند. این حساسیت اخلاقی با ایمنی بیمار ارتباط مستقیمی دارد. نتایج مطالعه نشان داد که تقریباً ۵/۱۳ درصد از بیماران در طول بستری شدن در بیمارستان یک اتفاق ناگوار را تجربه می کنند. علاوه بر این، تقریباً سه چهارم پرستاران حداقل یک مراقبت را در آخرین شیفت کاری خود از دست داده اند. هزینه تخمینی مراقبت های نا ایمن حدود ۱۰ درصد از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی را تشکیل می دهد (۲۴). نتایج مطالعه ی کریمی و همکاران (۲۰۲۱) با عنوان بررسی عوامل موثر بر مراقبت پرستاری فراموش شده نشان داد که اکثر پرستاران (۸۶ درصد) گزارش دادند که در شیفت قبلی خود یک یا چند فعالیت مراقبتی فراموش شده داشته اند. این مطالعه نشان داد هر چند که مراقبت پرستاری فراموش شده تحت تاثیر عوامل مختلفی از جمله شرایط سازمانی و عوامل محیطی و اخلاقی و فردی قرار دارد، درک علل تاثیرگذار دیگری چون حساسیت اخلاقی و تصمیم گیری و قضاوت بالینی نیازمند مطالعات بیشتری می باشد (۹).

وطن خواه و همکاران (۲۰۲۰) بروز مراقبت های پرستاری فراموش شده را یکی از علل کاهش رضایت مندی و بستری مجدد بیماران در بیمارستان ها و بروز خطاهای دارویی و عوارض ناشی از مصرف داروها و سقوط بیماران از تخت می دانند. وی معتقد است مراقبت های پرستاری فراموش شده در نهایت سبب افزایش بار کاری پرستاران و بالا رفتن فشارهای روانی در محیط کار و کاهش رضایت مندی بیماران و پرستاران و بالا رفتن هزینه های تحمیل شده به بیمار و بیمارستان است (۲۵). با توجه به نتایج پیش گفت مطالعه ی پیش رو با هدف بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت های پرستاری فراموش شده در پرستاران بالینی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک مطالعه ی مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می باشد که در سال ۱۴۰۳ در تهران انجام شد.

جامعه مورد مطالعه این پژوهش، پرستاران بالینی شاغل در بخش های بیمارستان های دولتی و خصوصی تهران هستند. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: پرستاران شاغل در بخش های بالینی بیمارستان بانک ملی، ضیاییان و ابن سینا که مسئولیت مستقیم مراقبت از بیمار را دارد. پرستارانی

سوال که میزان حساسیت اخلاقی و ابعاد آن را سنجش می نماید. ابعاد حساسیت اخلاقی شامل شش حیطه است که عبارتند از: میزان اقدام به استقلال مددجو (۴ سوال)، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار (۵ سوال)، میزان دانش حرفه ای (۲ سوال)، تجربه مشکلات و کشمکش های اخلاقی (۳ سوال)، به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی (۵ سوال) و صداقت و خیرخواهی (۶ سوال) است. این پرسشنامه به روش لیکرت ۵ تایی از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره گذاری می گردد و دارای نمره بین صفر تا ۴ است. بیشترین امتیاز ۱۰۰ و کمترین امتیاز صفر است. امتیاز بالاتر نشان می دهد که پرستاران دارای سطح حساسیت اخلاقی بالاتری هستند. بر اساس این پرسشنامه پرستارانی که نمره بین ۰ تا ۲۵ را کسب کنند دارای حساسیت اخلاقی کم، پرستارانی که نمره بین ۲۶ تا ۷۵ را کسب کنند دارای مراقبت پرستاری متوسط و پرستارانی که نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰ را کسب کنند دارای حساسیت اخلاقی بالایی می باشند. روایی پرسشنامه استاندارد حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری در ایران توسط حسن پور و همکاران در کرمان بررسی شد و قابل قبول گزارش شد و پایایی آن ۰/۸۱ به دست آمد. پایایی پرسشنامه ها در مطالعه ی حاضر از طریق محاسبه آلفای کرونباخ با ۲۵ نفر از پرستاران سنجیده شد. ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسش نامه حساسیت اخلاقی پرستاران ۰/۷۵ محاسبه شد. پرسشنامه مراقبت های پرستاری فراموش شده توسط کالیش (۲۰۰۹) به منظور سنجش مراقبت های پرستاری فراموش شده طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۴ سوال (هر سوال یک بعد) می باشد مانند حرکت دادن بیمار، ارزیابی، آموزش، برنامه ریزی ترخیص، تجویز دارو، کنترل قند خون و..... برای هر یک از این گویه ها، چهار گزینه در قالب لیکرت طراحی شده است: به ندرت فراموش می کنم (نمره ۱) هر از گاهی فراموش می کنم (نمره ۲) مرتباً فراموش می کنم (نمره ۳) همیشه فراموش می کنم (نمره ۴) تعلق می گیرد. بیشترین نمره ۹۶ و کمترین نمره ۲۴ است. نمره بالاتر نشان دهنده بالاتر بودن امکان فراموش شدن مراقبت است. مینه و میانگین نمرات این پرسشنامه ۶۰ می باشد. روایی پرسشنامه در پژوهش خواجهی و همکاران (۱۳۹۸) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش خواجهی و همکاران

که تحصیلات لیسانس و بالاتر دارند و فاقد پرونده و سابقه روانپزشکی طبق خوداظهاری هستند و سابقه کار بالینی حداقل شش ماه در بیمارستان های مذکور را دارند. تنها معیار خروج از مطالعه پر نکردن پرسشنامه ها بود. ابتدا کد اخلاق برای کار پژوهشی در دانشگاه تربیت مدرس صادر شد. نمونه گیری به صورت خوشه ای از بیمارستان های خصوصی و دولتی سطح شهر تهران (از مناطق ۲۲ گانه شهر تهران) انجام شد. محیط پژوهش بیمارستان های بانک ملی، ضیاییان و ابن سینا به صورت خوشه ای انتخاب شدند (بیمارستان بانک ملی و ابن سینا خصوصی و بیمارستان ضیاییان دولتی هستند) و تمام بخش های بستری بیمارستان های مذکور، محیط پژوهش این مطالعه قرار گرفتند. سپس نامه کتبی از طرف دانشگاه تربیت مدرس مبنی بر موافقت کار پژوهشی در بیمارستان های منتخب ارسال شد. با توجه به اینکه تعداد پرستاران در هر سه بیمارستان یکسان است در هر بیمارستان به طور میانگین ۲۵۰ پرستار شاغل در هر سه شیفت وجود دارد و طبق فرمول محاسبه اماری در این مطالعه با توان ازمون ۸۰ درصد و الفای ۰/۰۵ و مقدار «متوسط» برای ضریب همبستگی (اندازه اثر) $r=0.20$ اختیار می شود. در این مطالعه با توجه به فرمول زیر (۲۰۰) پرستار به عنوان نمونه های پژوهش نیاز داشتیم که با احتساب ده درصد ریزش نمونه های پژوهش ۲۲۰ نفر در نظر گرفته شدند و از هر بیمارستان ۷۴ پرستار انتخاب شد.

$$n = \frac{(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{[C(r)]^2} + 3$$

اما بعد از تکمیل پرسشنامه ها ۲۱۷ نفر پرسشنامه ها را کامل کردند. در نهایت ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش شامل پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری - لوتزن و پرسشنامه مراقبت های پرستاری فراموش شده کالیش و ویلیامز (۲۰۰۶) و پرسشنامه جمعیت شناسی است. پرسشنامه ی جمعیت شناسی شامل سن، جنس، سابقه کار، نوع استخدامی، تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت شایستگی، وضعیت اقتصادی، رضایت از کار، اضافه کاری، شاغل در بخش ویژه و یا بخش غیر ویژه، دولتی و غیر دولتی و حقوق ماهیانه می باشد. پرسشنامه استاندارد حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری توسط لوتزن و همکاران در سوئد تدوین شد و سپس در کشورهای مختلف از جمله ایران به کار گرفته شده است. پرسشنامه دارای ۲۵

تبعیت نکردند. با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن ، میزان ارتباط بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده سنجیده شد. سطح معناداری آزمون ها هم زیر ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها

جدول ۱ (توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناسی) نشان می دهد که ۶۶/۴ درصد شرکت کنندگان زن بودند . میانگین سن واحدهای پژوهش ۳۵ سال بود. ۵۳ درصد از واحدهای پژوهش متاهل بودند. ۹۵/۴ درصد آن ها دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. پرستاران با سابقه کار ۱ تا ۱۰ سال دارای بالاترین میانگین بودند. ۶۵ درصد به صورت استخدام قراردادی و شرکتی بودند. ۳۰ درصد شیفت ها به صورت گردشی بود. ۶۲/۲ درصد واحد های پژوهش در بخش های غیر ویژه بودند. حقوق ۷۹/۷ درصد پرستاران کمتر از ۲۰ میلیون تومان در ماه بود. ۶۴/۱ درصد دارای رضایت شغلی کم هستند ۶۲/۲ درصد پرستاران بین ۴۰ تا ۵۹ ساعت در هفته کار می کنند.

(۱۳۹۸) برای این پرسشنامه بالایی ۰/۷ برآورد شد. پایایی پرسشنامه ها در مطالعه ی حاضر از طریق محاسبه آلفای کرونباخ با ۲۵ نفر از پرستاران سنجیده شد . ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده ۰/۹۱ که قابل قبول بود.

افراد نمونه به روش استفاده از اعداد تصادفی به تعداد ۲۲۰ نفر از هر سه بیمارستان انتخاب شدند. پرسشنامه ها از طریق پرس لاین طراحی شده از طریق سه لینک جدا جهت سوالات پرسشنامه های حساسیت اخلاقی ، مراقبت پرستاری فراموش شده و جمعیت شناسی و در ابتدای هر سه شیفت و با رعایت زمان بندی تا پرستاران بتوانند در محیط آرام و بدون استرس و با تمرکز کامل به پرسشنامه ها پاسخ دهند به افراد ارسال شد. برای پرسشنامه های حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ۲۰ دقیقه و برای پرسشنامه دموگرافیک ۱۰ دقیقه وقت در نظر گرفته شد. پس از کامل شدن پرسشنامه ها اطلاعات از طریق نرم افزار SPSS22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بررسی اولیه پژوهش ابتدا نرمال بودن توزیع نمونه ها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد، داده ها از توزیع نرمال

جدول ۱: جدول توزیع فراوانی جمعیت شناسی و مقایسه ارتباط آن با مراقبت پرستاری فراموش شده

متغیر	زیر گروه	فراوانی	درصد	مراقبت فراموش شده	p-value
جنسیت	زن	۱۴۴	۶۶/۴	۳۹/۴۸	۰/۰۲
	مرد	۷۳	۳۳/۶	۳۵/۹۷	
تاهل	مجرد	۱۰۲	۴۷	۳۶/۷۱	۰/۵۵
	متاهل	۱۱۵	۵۳	۳۷/۵۵	
تحصیلات	لیسانس	۲۰۷	۹۵/۴	۳۶/۹۱	۰/۱۳
	فوق لیسانس	۱۰	۴/۶	۴۲/۱۰	
رضایت شغلی	کم	۱۳۹	۶۴/۱	۳۶/۲۲	۰/۰۸
	زیاد	۷۸	۳۵/۹	۳۸/۸۲	
بخش	ویژه	۸۲	۳۷/۸	۳۳/۹۱	p-value<۰/۰۰۱
	غیر ویژه	۱۳۵	۶۲/۲	۳۹/۱۱	
	روز کار	۸۰	۳۶/۹	۳۶/۱۴	
شیفت	شب کار	۷۲	۳۳/۱	۳۸/۴۲	۰/۴۲
	درگرددش	۶۵	۳۰	۳۷	
	بانک ملی	۷۶	۳۵	۳۶/۰۳	
بیمارستان	ضیایان	۷۰	۳۲/۳	۳۸/۵۱	۰/۳۷
	ابن سینا	۷۱	۳۲/۷	۳۷/۰۱	

ولی کلاگر لنگوری و همکاران

حقوق	کمتر از ۲۰ میلیون تومان	۱۷۳	۷۸/۷	۳۷/۰۶	۰/۸
	بیشتر از ۲۰ میلیون	۴۴	۲۱/۳	۳۷/۵۰	
میزان کار در هفته	کمتر از ۴۰ ساعت	۷۶	۳۵/۱	۴۰/۶۵	۰/۰۱
	۴۰ تا ۵۹ ساعت	۱۳۵	۶۲/۲	۳۵/۵۸	
	بیشتر از ۶۰ ساعت	۶	۲/۷	۳۸/۵۸	
	۳۰ تا ۳۰ سال	۱۰۱	۴۶/۵	۳۶/۶۲	
سن	۳۱ تا ۴۰ سال	۸۲	۳۷/۷	۳۷/۸۸	۰/۴۳
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۹	۱۳/۳	۳۸/۰۷	
	۵۱ تا ۶۰ سال	۵	۲/۳	۳۰/۶۰	
	رسمی	۴۶	۲۱/۲	۴۰/۶۵	
نوع استخدامی	پیمانی	۲۰	۹/۲	۳۵/۱۵	۰/۱۲
	قراردادی	۷۱	۳۲/۷	۳۶/۷۹	
	طرحی	۹	۴/۱	۳۸/۱۱	
	شرکتی	۷۱	۳۲/۷	۳۵/۶۹	

همچنین نتایج نشان داد پرستارانی که بین ۴۰ تا ۶۰ ساعت در هفته کار می کنند دارای مراقبت پرستاری کمتری نسبت به پرستارانی که کمتر یا بیشتر از این مقدار کار می کنند هستند ($p \text{ value} = ۰/۰۱۳$). در سایر متغیرها تفاوت معنی دار نبود.

نتایج جدول ۱ نشان می دهد در متغیر جنسیت، پرستاران زن کمتر از پرستاران مرد مراقبت پرستاری فراموش شده دارند ($p \text{ value} = ۰/۰۲$). همچنین پرستاران در بخش های ویژه، دارای مراقبت پرستاری فراموش شده ی کمتری نسبت به بخش های غیرویزه دارند ($p \text{ value} < ۰/۰۰۱$).

جدول ۲: آمار توصیفی ابعاد پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده: هر کدام از سوالات یک بعد است.

نوع مراقبت	میانگین	انحراف معیار
۱. شرکت در کنفرانس های علمی مراقبت از بیمار	۲/۰۳	۰/۹۶۹
۲. نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می تواند غذا بخورد	۱/۸۶	۱/۰۵۱
۳. همکاری و نظارت در توالیت رفتن بیمار در ۱۵ دقیقه اول درخواست	۱/۵۱	۰/۷۸۲
۴. نظارت بر غذا دادن به بیمار قبل از آنکه سرد شود	۱/۸۵	۰/۹۷۵
۵. انجام مراقبت های دهان و دندان	۱/۸۲	۰/۹۲۱
۶. انجام یا نظارت بر حمام بیمار و مراقبت های پوست	۱/۷۵	۱/۰۵۶
۷. جابه جا کردن بیمار هر ۲ ساعت	۱/۵۸	۰/۷۴۸
۸. حمایت عاطفی از بیمار و خانواده	۱/۶۹	۰/۸۵۲
۹. ارزیابی تاثیر داروها	۱/۷۶	۰/۹۸۸
۱۰. آموزش به بیمار درباره بیماری آزمایش ها و تست های تشخیصی	۱/۶۱	۰/۸۵۴
۱۱. تمرکز بر ارزیابی مجدد بیمار بر اساس شرایط وی	۱/۶۱	۰/۸۱۶
۱۲. شستن دست ها قبل از انجام مراقبت	۱/۵۷	۰/۷۵۵
۱۳. حرکت دادن بیمار ۲ بار در روز یا بر اساس دستور پزشک	۱/۵۰	۰/۷۵۸
۱۴. مراقبت از زخم پوستی	۱/۳۵	۰/۶۱۴
۱۵. آموزش بیمار هنگام ترخیص	۱/۴۱	۰/۷۰۲
۱۶. پاسخ به زنگ اخبار بیمار حداکثر ظرف ۵ دقیقه	۱/۳۵	۰/۵۹۰
۱۷. تجویز داروهای PRN حداکثر ظرف ۱۵ دقیقه بعد از درخواست بیمار	۱/۳۷	۰/۵۶۴
۱۸. ارزیابی کلی بیمار در هر نوبت کاری	۱/۵۲	۰/۷۴۰

۰/۶۶۳	۱/۳۵	۱۹. ارزیابی و مراقبت از مسیرهای وریدی محیطی و مرکزی بیمار
۰/۵۸۶	۱/۴۰	۲۰. تجویز داروها در بازه زمانی حداکثر ۳۰ دقیقه قبل یا بعد از زمان برنامه ریزی شده
۰/۶۸۴	۱/۴۲	۲۱. کنترل جذب و دفع مایعات
۰/۵۸۷	۱/۳۴	۲۲. اندازه گیری علایم حیاتی بر اساس دستور پزشک
۰/۵۴۴	۱/۳۰	۲۳. ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار
۰/۵۳۴	۱/۲۱	۲۴. کنترل قند خون با گلوکومتر
۱۰/۶۶۲	۳۷/۱۵	نمره کل

کمترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به کنترل قند خون با گلوکومتر با میانگین ۱/۲۱ و ثبت کامل اطلاعات ضروری بیمار با میانگین ۱/۳ می باشد. و این بدین معنی است که کمتر از سایر موارد فراموش می شود. میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده ۳۱/۸۹ می باشد که از حد میانه کمتر بوده است.

جدول ۲ (آمار توصیفی ابعاد پرسشنامه مراقبت پرستاری فراموش شده) نشان می دهد بیشترین میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده مربوط به شرکت در کنفرانس های علمی با میانگین ۲/۰۳ و نظارت بر آماده کردن غذا برای بیماری که خودش می تواند غذا بخورد با میانگین ۱/۸۶ می باشد و این بدین معنی است که بیشتر از سایر موارد فراموش می شود.

جدول ۳: بررسی تاثیر حساسیت اخلاقی و ویژگی های دموگرافیک بر مراقبت های پرستاری فراموش شده با استفاده از رگرسیون خطی چندگانه

متغیر	سطح	ضریب	خطای معیار	مقدار احتمال
جنسیت	مرد (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	زن	-۳/۰۸	۱/۵۴	۰/۰۴۶
رضایت	کم (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	زیاد	۵/۶۷	۱/۴۹	<۰/۰۰۱
بخش	ویژه (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	غیر ویژه	۵/۴۲	۱/۴۶	<۰/۰۰۱
وضعیت استخدامی	رسمی (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	پیمانی	-۵/۱۸	۲/۶۷	۰/۰۵۴
	قراردادی	-۱۲/۲۰	۴/۳۷	۰/۰۰۵
	شرکتی	-۲/۹۶	۲/۳۸	۰/۲۱۶
بیمارستان	بانک ملی (سطح مرجع)	-----	-----	-----
	ضیاییان	۴/۵۲	۲/۳۲	۰/۰۵۲
	ابن سینا	۱۰/۴۶	۴/۶۸	۰/۰۲۶
حساسیت اخلاقی پرستاران	-----	-۰/۳۰	۰/۰۶۵	<۰/۰۰۱

متغیر وابسته = مراقبت های پرستاری فراموش شده
چون تعداد طرحی ها کم بود در شرکتی ها ادغام شد.

در وضعیت استخدامی قراردادی نسبت به رسمی (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۱۲/۲۰ کمتر است. میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در بیمارستان خصوصی نسبت به بیمارستان دولتی (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۱۰/۴۶ بیشتر است. به ازای یک واحد افزایش متغیر حساسیت

میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در زنان نسبت به مردان (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۳/۰۸ کمتر است. میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده در بخش غیر ویژه نسبت به ویژه (سطح مرجع) با ثابت بودن بقیه متغیرها به طور متوسط ۵/۴۲ بیشتر است. میزان مراقبت های پرستاری فراموش شده

اخلاقی پرستاران، متغیر مراقبت های پرستاری فراموش شده به طور متوسط ۰/۳ کاهش می یابد.

جدول ۴: آمار توصیفی حساسیت اخلاقی با توجه به ابعاد آن در پرستاران: (حیطه ها به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شدند تا مقایسه نمره های آن ها امکان پذیر شود).

ابعاد حساسیت اخلاقی	پیشینه و کمینه	میانگین و انحراف معیار
Modifying autonomy میزان احترام به استقلال مددجو	۶۸/۷۵ - ۱۲/۵۰	۴۷/۴۶ (۱۲/۰۱)
Relational orientation میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار	۱۰۰ - ۵	۷۲/۲۳ (۱۶/۵۸)
Following the rules دانش حرفه ای	۱۰۰ - ۰	۴۰/۱۴ (۲۳/۵۱)
Experiencing moral conflict تجربه مشکلات و کشمکش های اخلاقی	۱۰۰ - ۱۶/۶۷	۶۶/۲۴ (۱۵/۵۹)
Structuring moral meaning به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی	۱۰۰ - ۵	۵۷/۳۵ (۱۵/۷۴)
Expressing benevolence صداقت و خیرخواهی	۱۰۰ - ۷/۱۴	۵۳/۸۵ (۱۶/۵۱)
نمره دهی کل پرسشنامه	۱۰۰ - ۵	۵۹/۹۳ (۱۰/۲۸)

این بعد نسبت به سایر ابعاد هستند. همچنین نتایج نشان داد میزان نمره حساسیت اخلاقی در بین پرستاران ۵۹/۹۳ می باشد که در سطح متوسط (۲۶-۷۵) قرار دارد. نمره ابعاد بر اساس تعداد آیت ها تعدیل شد تا مقایسه بین آن ها منطقی باشد.

میزان ارتباط بین حساسیت اخلاقی پرستاران و مراقبت پرستاری فراموش شده با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن محاسبه شد. $p\text{-value} < ۰/۰۰۱$ و $r = -۰/۲۴۸$ تفاوت معنی دار است و رابطه معکوس دارند.

نتایج جدول ۴: (آمار توصیفی را در خصوص حساسیت اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران) نشان می دهد، بیشترین میانگین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار با میانگین ۷۲/۲۳ می باشد و این به این معناست که پرستاران دارای حساسیت اخلاقی بالاتری در این بعد نسبت به سایر ابعاد هستند و کمترین میانگین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان دانش حرفه ای با میانگین ۴۰/۱۴ می باشد. که این به این معناست که پرستاران دارای حساسیت اخلاقی کمتری در

جدول ۵: ارتباط بین نمرات حساسیت اخلاقی و ابعاد آن با مراقبت های پرستاری فراموش شده

متغیر	حساسیت اخلاقی پرستاران	بعد میزان احترام به استقلال مددجو	بعد میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار	بعد میزان دانش حرفه ای	تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی	به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی	صداقت و خیرخواهی
ضریب همبستگی اسپیرمن مراقبت پرستاری فراموش شده	-۰/۲۴۸	-۰/۲۳۵	-۰/۴۰۴	-۰/۰۱۳	-۰/۱۷۷	-۰/۲۹۲	-۰/۰۰۹
مقدار احتمال مراقبت پرستاری فراموش شده	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۸۴۷	۰/۰۰۹	$p < ۰/۰۰۱$	۰/۸۹۹

ارتباط معنادار معکوسی وجود دارد.

بحث

یافته مطالعه حاضر نشان داد که مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران بالینی نسبتا کم می باشد. هم راستا با مطالعه حاضر خواجهی و همکاران در کرمان (۲۰۱۹) نیز در مطالعه خود میانگین نمره مراقبت پرستاری فراموش شده را کم گزارش نمودند (۷). اما مطالعه امامی و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که مراقبت پرستاری فراموش شده در

نتایج جدول ۵ نشان می دهد بین نمرات حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنادار و معکوس وجود دارد.

همچنین نتایج نشان می دهد بین ابعاد احترام به استقلال مددجو، آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی و به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم گیری های اخلاقی با مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معناداری وجود دارد. بنابراین میان حساسیت اخلاقی در تمامی ابعاد با مراقبت پرستاری فراموش شده

بخش مراقبت ویژه نوزادان در سطح متوسط می باشد (۳). یکی از دلایل احتمالی تفاوت در نتایج می تواند مربوط به نوع بخش پرستاران مورد مطالعه باشد. در مطالعه حاضر پرستاران شاغل در بخش های بزرگسال وارد مطالعه شدند. ماهیت مراقبت، بیماران تحت مراقبت و فرایندهای مراقبتی در این بخش ها با بخش ویژه متفاوت می باشد. همچنین مطالعه Jones و همکاران (۲۰۱۵) هم گزارش کردند که به طور بین المللی شیوع مراقبت های پرستاری فراموش شده در میان کارکنان پرستاری شاغل در بخش های مراقبتی بالاست (۶). بیشترین میانگین نمره مراقبت های فراموش شده به شرکت در کنفرانس های علمی جهت مراقبت از بیمار تعلق گرفته است. kalisch و Tschannen (۲۰۱۱) و Kalisch و Lee (۲۰۱۲) نیز در نتایج اذعان داشتند که شرکت در کنفرانس های علمی مراقبت از بیمار بعدی بود که پرستاران کمترین توجه را بدان داشتند. (۲۷، ۲۸). در مورد شرکت در کنفرانس های علمی به عنوان بالاترین مراقبت فراموش شده می توان ذکر کرد که نامناسب بودن زمان تشکیل کلاس ها می تواند یکی از دلایل مهم باشد. البته امکان دارد که در نگاه اول این مورد اگر فراموش شود زیاد مهم نباشد ولی باید یادآور شد شرکت نکردن پرستاران در کلاس های افزایش دانش و توانمندی مراقبت باعث کاهش اطلاعات و به روز نبودن دانش مراقبت پرستاران در بالین می شود و در نهایت بر کیفیت ارایه ی مراقبت های پرستاری تاثیر منفی می گذارد. Reichert و همکاران (۲۰۱۷) زمان برگزاری و مکان برگزاری دوره های آموزشی پرستاران در بیمارستان را در امر شرکت در دوره های آموزش مراقبتی موثر می دانند (۲۹). بر خلاف بیشترین مراقبت پرستاری فراموش شده در بخش عدم شرکت در آموزش های مراقبتی، وطن خواه و همکاران بیان کردند بالاترین مراقبت های پرستاری فراموش شده مربوط است به آماده کردن وعده های غذایی برای بیمارانی که خودشان غذا می خورند. می توان گفت پرستاران این گونه اقدامات اولیه جهت برطرف کردن نیاز های فیزیولوژیک بیمار را جز شرح وظایف پرستاری تلقی نمی کنند (۲۵).

شایان ذکر است، کمترین مراقبت های فراموش شده در این مطالعه در بخش کنترل قند خون و ثبت اطلاعات در پرونده بوده است. این یافته ها با نتایج مطالعه John (۲۰۱۶) و همکاران و kalisch و همکاران (۲۰۱۲) مطابقت دارد (۲۷، ۳۰). از دلایل کم تر فراموش شدن کنترل قند خون

و ثبت اطلاعات از طرف پرستاران می تواند وجود سیستم دقیق ثبت این موارد در پرونده و در اوراق مخصوص باشد که به پرستاران در یادآوری انجام این مراقبت کمک می کند. یکی دیگر از دلایل کمتر فراموش شدن موارد پیش گفت می تواند اهمیت آن از جنبه های حیاتی برای بیمار باشد و از طرفی از نظر قانونی پرستار در هر نوبت کاری موظف است که این گونه اطلاعات را به نوبت کاری بعدی تحویل دهد (۳۱).

متغیر حساسیت اخلاقی پرستاران، در مطالعه ما در سطح متوسط گزارش شد بیشتر پرستاران مطالعه ی حاضر سطوح متوسطی از حساسیت اخلاقی را نشان دادند. متوسط بودن حساسیت اخلاقی پرستاران، نشان دهنده اهمیت دادن نسبی پرستاران به رعایت اصول اخلاقی در امر ارایه مراقبت اخلاق مدار به بیماران است. سطح متوسط حساسیت اخلاقی در میان پرستاران نشان دهنده آگاهی و توجه آنها به این جنبه از اخلاق حرفه ای است. با این حال، این سطح از حساسیت اخلاقی ممکن است برای ارایه مراقبت جامع از بیمار کافی نباشد و می تواند منجر به نادیده گرفته شدن مواردی در ارایه ی مراقبت شود (۳۲). بر اساس یافته های مطالعه مقامی و همکاران (۲۰۱۸) سطح حساسیت اخلاقی پرستاران، نیز متوسط بود (۳۳). در مطالعه کیم و همکاران که در سال ۲۰۰۵ انجام شد، میانگین نمره حساسیت اخلاقی پرستاران متوسط گزارش گردید (۳۴). صدر اللهی و خلیلی (۱۳۹۴) با بررسی حساسیت اخلاقی ۲۲۱ نفر از پرستاران، سطح حساسیت اخلاقی ۶۳/۸ درصد آنان را در حد متوسط گزارش نمودند (۳۵). بر خلاف موارد پیش گفت زولو و همکاران (۲۰۰۷) در مطالعه ای که در ایالات متحده انجام داد، میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را در حد بالا گزارش نمود (۳۶). فیلیپو و همکاران نیز (۲۰۰۹) نشان دادند که پرستاران برای تصمیم گیری مراقبتی، از حساسیت اخلاقی کافی برخوردار نیستند (۳۷). در جمع بندی می توان گفت برخورداری از حساسیت اخلاقی در پرستاران تحت تاثیر عوامل زیادی است که می توان به جو فرهنگی منطقه مورد پژوهش، انگیزه پرستاران جهت ادامه کار، نوع محل اشتغال، میزان توجهات سازمان به مطالبات پرستاران و وضعیت روحی و روانی آنان اشاره کرد (۳۵).

در مطالعه حاضر در میان ابعاد حساسیت اخلاقی بیشترین حساسیت پرستاران در حیطه میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بوده است. همراستا با نتایج ذکر شده در مطالعه

باعث می شود تا انگیزه پرستاران نسبت به یادگیری دانش و بکارگیری آن کمتر گردد (۳۸).

نتایج نشان می دهد که بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده ارتباط معنی دار و معکوسی برقرار است. همچنین حساسیت اخلاقی پرستاران و مراقبت پرستاری فراموش شده از طریق رگرسیون خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفت که به ازای یک واحد افزایش متغیر حساسیت اخلاقی، متغیر مراقبت پرستاری فراموش شده به طور متوسط ۰/۳ کاهش می یابد. در مطالعه فولادی و همکاران (۲۰۲۴) بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده رابطه معکوس و معنادار گزارش شده است (۳۲) به نظر می رسد عواملی چون منابع انسانی، مالی و ارتباطات، به عنوان پیش بینی کننده مراقبت از دست رفته پرستاری مطرح می باشد (۳۲). در مطالعه Xiaobing و همکاران (۲۰۲۴) که با هدف بررسی ارتباط بین حساسیت اخلاقی، مراقبت پرستاری فراموش شده و دیسترس اخلاقی در میان پرستاران جدید الورد انجام شده است. متغیر مراقبت پرستاری فراموش شده با حساسیت اخلاقی رابطه منفی و معنادار داشت (۴۳) همچنین در مطالعه نوبهار و همکاران (۲۰۲۳) بین کار گروهی، حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده رابطه معنادار و منفی وجود داشت. بر خلاف مطالعات ذکر شده در مطالعه آهن ساز و همکاران (۲۰۲۱) که با عنوان مراقبت پرستاری فراموش شده و رابطه آن با حساسیت اخلاقی پرستاران انجام شده است ارتباط معناداری بین حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده وجود نداشت (۲۴). یکی از دلایل نتایج ضد و نقیص در خصوص ارتباط بین مراقبت پرستاری فراموش شده و حساسیت اخلاقی می تواند عوامل محیطی و سازمانی چون شرایط کاری، فشارهای زمانی، کمبود منابع و نیروی انسانی باشد، از دلایل دیگر می توان به عدم تناسب کفایت آموزش پرستاری و بکارگیری آن در عمل اشاره کرد. عامل دیگری چون خصوصیات و ویژگی های فردی شخصیتی، انگیزه ها و نگرش های فردی پرستاران نیز می تواند در معنادار نبودن ارتباط حساسیت اخلاقی و مراقبت پرستاری فراموش شده تأثیرگذار باشد. برخی پرستاران ممکن است به دلایل شخصی نتوانند با اینکه از سطوح قابل قبولی از حساسیت اخلاقی برخوردار هستند، حساسیت اخلاقی خود را به درستی در مراقبت های پرستاری نشان دهند. فرهنگ سازمانی بیمارستان یا مرکز درمانی نیز می تواند

فراست کیش و همکاران (۲۰۱۵) نیز بیشترین امتیاز، در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بود (۳۸). برقراری ارتباط موثر، عاطفی و دلسوزانه همراه با همدلی و همدردی پرستاران زمینه اطمینان و اعتماد بیماران و سایرین را فراهم می کند و از نشانه های داشتن حساسیت اخلاقی در پرستاران است. در مطالعه ایزدی و همکاران (۱۳۹۲) که هدف آن بررسی همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران در تصمیم گیری با رفتار مراقبتی آنها بود، پرستاران در بعد آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار بیشترین نمره حساسیت اخلاقی را کسب کردند که همسو با مطالعه حاضر بود (۳۹). اما در مطالعه ابدو و همکاران (۲۰۱۰) بعد صداقت و خیر خواهی بالاترین نمره را در میان ابعاد حساسیت اخلاقی به خود اختصاص داده است (۴۰). اعمال اخلاقی پرستاران فرایند پیچیده ای است که با فرایند تصمیم گیری اخلاقی و رفتارهای فرد همراه است. عواملی مثل ارزش های شخصی و حرفه ای پرستار، تجربیات، دانش، مهارت، قوانین و دستورالعمل ها نقش مهمی در این فرایند دارند و می توان منجر به ایجاد حساسیت در ابعاد مختلف در افراد گردد (۳۰). حاجی بابایی و همکاران (۲۰۲۲) در مطالعه خود ابراز داشتند که در میان ابعاد حساسیت اخلاقی پرستاران، تجربه مشکلات و تعارض های اخلاقی بالاترین سطح را بخ خود اختصاص داده است (۴۱). در مطالعه حاجی بابایی و همکاران که در طول پاندمی کووید ۱۹ انجام شده است پرستاران بالاترین میزان تعارض های اخلاقی را تجربه نموده اند که مساله بر حساسیت اخلاقی پرستاران بسیار تأثیرگذار است. نتایج مطالعه ایزدی و همکاران نشان داد بیشترین نمره ی حساسیت اخلاقی پرستاران در بعد میزان احترام به استقلال مددجو بوده است (۴۲).

در مطالعه ی ما نیز در میان ابعاد حساسیت اخلاقی کمترین نمره مربوط به حیطه دانش حرفه ای است. مطالعه فراست کیش و همکاران (۲۰۱۵) با عنوان بررسی حساسیت اخلاقی پرستاران بخش مراقبت ویژه در مرکز قلب و عروق شهید رجایی انجام شد نیز بعد دانش حرفه ای دارای کمترین امتیاز بود. حساس نبودن پرستاران به کسب و بکارگیری دانش حرفه ای از یک سو اشاره به گپ بین دانش نظری و بکارگیری در عمل دارد. گویی پرستاران زمانی که دانش کافی ندارند روی به روتین کاری می آورند تا صرفاً مسوولیت هایی که به عهده ی آنان است را به اتمام برسانند. شرایط محیط کار، عدم تناسب پرستار به بیمار و دستمزد نا متعادل

نتیجه گیری

از آنجا که نتایج نشان داد که نیاز به ارتقای حساسیت اخلاقی پرستاران و فراهم کردن شرایط لازم برای کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده کماکان حایز اهمیت است، مراقبت پرستاری فراموش شده می تواند اثرات مضر بر ایمنی بیمار کیفیت مراقبت و رضایت کلی بیمار داشته باشد. بنابراین مدیران پرستاری باید رسیدگی به این موضوع را در الویت برنامه ریزی خود قرار دهند. برای کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده می توان از طریق آموزش ضمن خدمت، الگوسازی، ارایه دستورالعمل های اخلاقی و تشویق، حساسیت اخلاقی را تقویت نمود. علاوه بر این، کاهش بار کاری پرستاران و ساعات کار ماهانه و بهبود درآمد آن ها می تواند مفید باشد. مدیران پرستاری همچنین باید به طور دوره ای سطوح حساسیت اخلاقی پرستاران و عوامل موثر بر آن و همچنین مراقبت پرستاری فراموش شده را ارزیابی کنند. این اطلاعات می تواند به آنها در طراحی مداخلات کمک کند و با اجرای مداخلات مناسب مانند آموزش باعث افزایش حساسیت اخلاقی و به دنبال آن کاهش مراقبت پرستاری فراموش شده شوند.

محدودیت های مطالعه

از محدودیت های این مطالعه می توان به رغبت کم پرستاران در پر کردن پرسشنامه ها اشاره کرد که این امر به حجم کاری زیاد پرستاران و کمبود وقت برای پر کردن پرسشنامه بر می گردد. علاوه بر این شرایط روانی و میزان انگیزش پرستاران و تمایل و دقت آن ها در پاسخ به سوالات، ممکن است در نتایج تاثیر گذار باشد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه در دانشگاه تربیت مدرس دانشکده علوم پزشکی با کد اخلاق IR.MODARES.REC.1402.239 است. پژوهشگران از کلیه پرستاران شرکت کننده در پژوهش جهت همکاری صمیمانه شان تقدیر و تشکر می نمایند.

تأثیر زیادی بر رفتار پرستاران داشته باشد. اگر فرهنگ سازمانی به اهمیت حساسیت اخلاقی توجه نکند، پرستاران نیز ممکن است در عمل و در امر ارایه ی مراقبت نتوانند به درستی ایفای نقش نمایند.

در بررسی ارتباط متغیرهای دموگرافیک با مراقبت پرستاری فراموش شده و حساسیت اخلاقی پرستاران نوع بخش، جنس و نوع استخدام، نوع بیمارستان با متغیرهای پیش گفت ارتباط معناداری داشتند.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد، مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران شاغل در بخش های ویژه کمتر و حساسیت اخلاقی شان بیشتر است. به این علت که پرستاران شاغل در بخش های ویژه با بیماران در معرض خطر بیشتری کار می کنند و این بیماران نیاز به مراقبت بیشتر و دقیق تری دارند لذا پرستاران با حساسیت بیشتری به ارایه ی مراقبت از بیماران می پردازند (۳۲) در مطالعه قربان زاده و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که میانگین مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستاران شاغل در بخش های ویژه کمتر از جنرال بوده است (۳).

در مطالعه حاضر پرستاران زن مراقبت های پرستاری فراموش شده کمتری نسبت به پرستاران مرد داشتند و حساسیت اخلاقی بیشتری نسبت به پرستاران مرد نشان دادند. گویی ویژگی های شخصیتی و نقش مادری در زنان سبب شده تا از حساسیت بیشتری در حرفه برخوردار باشند.

میزان مراقبت پرستاری فراموش شده در پرستارانی که در بیمارستان خصوصی کار می کنند نسبت به پرستارانی که در بیمارستان دولتی مشغول به کار هستند بیشتر است. از دلایل این تفاوت می توان به وضعیت پرداختی بهتر و بیشتر بودن انگیزه پرستاران بیمارستان دولتی و یک جا کار بودن آن ها به واسطه ثبات استخدامی شان اشاره کرد. اما در مقایسه وضع استخدامی نتایج نشان داد که پرستاران قراردادی حساسیت اخلاقی بالاتر و مراقبت پرستاری فراموش شده کمتری نسبت به پرستاران رسمی داشتند. یکی از دلایل احتمالی این امر می تواند انگیزه این افراد برای تبدیل وضعیت و ارایه ی سابقه ی درخشان کاری باشد.

References

1. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw ASJJoan. Missed nursing care: a concept analysis. 2009;65(7):1509-17. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>
2. Hernández-Cruz R, Moreno-Monsiváis MG, Cheverría-Rivera S, Díaz-Oviedo AJRI-ade. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital. 2017;25:e2877. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1227.2877>
3. Ghorbanzadeh S, Mancheri H, Sabzi ZJSJoN, Midwifery, Faculty P. Investigating Missed nursing care and factors related to them in general and intensive care departments from the nurses' point of view. 2023;9(2):187-99.
4. Ebadi J, Najafi E, Aghamohammadi V, Saeedi S, NASIRI K. Missed nursing care and its related factors in Ardabil and Khalkhal educational and medical centers in 2020. 2021. <https://doi.org/10.52547/jhc.23.1.78>
5. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRJCNs. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. 2015;3(4):60. <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>
6. Jones TL, Hamilton P, Murry NJJons. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. 2015; 52(6):1121-37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>
7. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Forouzi MA. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. 2019.
8. Papaſtavrou E, Andreou P, Efſtathiou GJTJohp, management. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. 2014;29(1):3-25. <https://doi.org/10.1002/hpm.2160>
9. Karimi H, Rooddehghan Z, Mohammadnejad E, Sayadi L, Haghani S. Causes of missed nursing care in emergency departments in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences: a descriptive study in Iran. 2021.
10. Lima JCD, Silva AEBdC, Caliri MHLJRI-ade. Omission of nursing care in hospitalization units. 2020;28:e3233. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3138.3233>
11. Cleary - Holdforth JJWoEBN. Missed nursing care: A symptom of missing evidence. 2019;16(2):88-91. <https://doi.org/10.1111/wvn.12351>
12. Lutzen K. Moral sensitivity: A study of subjective aspects of the process of moral decision-making in psychiatric nursing. 1995.
13. Shadi AZ, Zohreh V, Eesa M, Anoshirvan KJBn. Moral sensitivity of nursing students: a systematic review. 2024;23(1):99. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01713-6>
14. Lützen K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch SJNe. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. 2010; 17 (2):213-24. <https://doi.org/10.1177/0969733009351951>
15. VarkeyBJMP,Practice.Principlesofclinicalethics andtheirapplicationtopractice.2021;30(1):17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
16. Sanjari M, Zahedi F. Ethical codes of nursing and the practical necessity in Iran. 2008.
17. Soltani Y, Moosazadeh Z, Alipour A, Esmaeili SJJonricp. Effective interventions for improvement of moral sensitivity among nurses: a systematic review. 2023;30-7. <https://doi.org/10.32598/JNRCp.23.20>
18. Hakimi H, Joolae S, Ashghali Farahani M, Rodney P, Ranjbar HJBME. Moral neutralization: Nurses' evolution in unethical climate workplaces. 2020;21:1-10. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00558-3>
19. Kuilman L, Jansen GJ, Middel B, Mulder LB, Roodbol PFJJoan. Moral reasoning explained by personality traits and moral disengagement: A study among Dutch nurse practitioners and physician assistants. 2019;75(6):1252-62. <https://doi.org/10.1111/jan.13939>
20. Nazari S, Poortaghi S, Sharifi F, Gorzin S, Afshar PFJBHSR. Relationshipbetweenmoralsensitivity and the quality of nursing care for the elderly with Covid-19 in Iranian hospitals. 2022;22(1):840. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08258-x>
21. Aljabouri A, Khoobi M, Ahmadi F, Rasekhi AJHE, Promotion H. The Relationship between Nurses' Moral Sensitivity and Patient Satisfaction in Iraqi Emergency Wards in 2021. 2023;11(3):373-9.
22. HosseinabadiFarahani M, Abbaszadeh A, Borhani FJME. Moral Sensitivity and its Dimensions in Iranian Critical Care Nurses. 2020;14(45):1-11.

23. Nobahar M, Ameri M, Goli SJBn. The relationship between teamwork, moral sensitivity, and missed nursing care in intensive care unit nurses. 2023;22(1):241. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01400-y>
24. Ahansaz N, Adib-Hajbaghery M, Baghaei RJBn. Missed nursing care and its relationship with nurses' moral sensitivity: a descriptive-analytical study. 2024;23(1):169. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01854-8>
25. Vatankhah I, Rezaei M, Baljani EIJN. The correlation of missed nursing care and perceived supervisory support in nurses. 2020; 33(126):103-16. <https://doi.org/10.52547/ijn.33.126.103>
26. Khajooee R, Bagherian B, Dehghan M, Azizzadeh Forouzi MJH. Missed nursing care and its related factors from the points of view of nurses affiliated to Kerman University of Medical Sciences in 2017. 2019;25(1):11-24.
27. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Frieze CRJJoMQ. Hospital variation in missed nursing care. 2011;26(4):291-9. <https://doi.org/10.1177/1062860610395929>
28. Kalisch BJ, Lee KHJNo. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. 2012;60(5):e32-e9. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2012.04.006>
29. Price S, Reichert CJAS. The importance of continuing professional development to career satisfaction and patient care: meeting the needs of novice to mid-to late-career nurses throughout their career span. 2017;7(2):17. <https://doi.org/10.3390/admsci7020017>
30. John ME, Mgbekem MA, Nsemo AD, Maxwell GIJJoN, Healthcare. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. 2016;1(2):1-5. <https://doi.org/10.33140/JNH/01/02/00011>
31. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ETJWjonr. Association of the nurse work environment, collective efficacy, and missed care. 2018;40(6):779-98. <https://doi.org/10.1177/0193945917734159>
32. Fouladi E, Mohammadi MA, Mozaffari NJJoN, Sciences M. Predicting Missed Nursing Care Based on Moral Sensitivity and Care-Related Factors. 2024(In Press). <https://doi.org/10.5812/jnms-143728>
33. Maghami M, Yektatalab S, Torabizadeh CJJGN. The attitude and the level of ethical sensitivity of nurses towards elderly patients in selected hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. 2018;4:35-46.
34. Kim Y-S, Park J-W, You M-A, Seo Y-S, Han S-SJNe. Sensitivity to ethical issues confronted by Korean hospital staff nurses. 2005;12(6):595-605. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne829oa>
35. A survey of professional moral sensitivity and associated factors among the nurses in west Golestan province of Iran. 2015;8(3):50-61.
36. Zuzelo PRJNe. Exploring the moral distress of registered nurses. 2007;14(3):344-59. <https://doi.org/10.1177/0969733007075870>
37. Filipova AAJNe. Licensed nurses' perceptions of ethical climates in skilled nursing facilities. 2009;16(5):574-88. <https://doi.org/10.1177/0969733009106650>
38. Farasatkish R, Shokrollahi N, Zahednezhad HJIJoCN. Critical care nurses' moral sensitivity in Shahid Rajaee heart center hospital. 2015;4(3):36-45.
39. Izadi A, Imani H, Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh FJIjome, medicine ho. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. 2013;6(2):43-56.
40. Abduo H, Baddar FJAu, Egypt. The relationship between work environment and moral sensitivity among faculty assistances at faculty of nursing. 2010;11(11):1375-87.
41. Hajibabae F, Salisu WJ, Akhlaghi E, Farahani MA, Dehi MMN, Haghani SJBn. The relationship between moral sensitivity and caring behavior among nurses in iran during COVID-19 pandemic. 2022;21(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00834-0>
42. Elzadi A, Khademi Z, Asadi Noughabi FJIJME. The correlation of moral sensitivity of critical care nurses with their caring behavior. 2013;6(2):43-56.
43. Xu X, Wang Y, Meng J, Xia X, Cao W, Liu YJJoCN. The Relationship Between Moral Sensitivity, Missed Nursing Care and Moral Distress Among New Nurses: A Cross-Sectional Study. 2024. <https://doi.org/10.1111/jocn.17420>