

Original Article

Predicting Ethical Decision-Making Based on Moral Sensitivity and Moral Intelligence Mediated by Family Life Satisfaction in Nurses

Zahra Soltanzadeh¹, Azra Mohammadpanah^{2*}, Yaser Rezapour Mirsaleh³
Zahraalsadat Loghmani⁴

Received: 2026.02.23

Revised: 2026.05.06

Accepted: 2026.06.09

1. M.A. in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran
3. Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran
4. M.A. in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran

DOI: [10.22034/ethic.2026.2085860.1227](https://doi.org/10.22034/ethic.2026.2085860.1227)

Abstract:

Introduction: This study aimed to examine a predictive model of nurses' ethical decision-making based on moral intelligence and moral sensitivity, with the mediating role of family life satisfaction. The importance of ethical decision-making in the nursing profession-particularly when facing complex situations and occupational pressures-highlights the necessity of exploring individual and family-related factors influencing this process.

Material and Methods: The statistical population consisted of all married nurses working in hospitals in Khuzestan Province in 2024, among whom 300 participants were selected through convenience sampling. Data were collected using questionnaires on moral intelligence, moral sensitivity, family life satisfaction, and impression management. Data analysis was conducted through structural equation modeling using SPSS-26 and AMOS-24.

Results: The results indicated that moral intelligence ($\beta = 0.37$), moral sensitivity ($\beta = 0.69$), and family life satisfaction ($\beta = 0.35$) had significant direct effects on ethical decision-making. Furthermore, the mediating role of family life satisfaction in the relationship between moral intelligence and moral sensitivity with ethical decision-making was also supported.

Conclusion: The acceptable model fit suggests that strengthening moral components and improving family life quality can play a crucial role in enhancing nurses' ethical decision-making.

Keywords: Ethical Decision-Making, Moral Intelligence, Moral Sensitivity, Nurses, Marital Satisfaction.

* Corresponding author Email: Azramohammadpanah@ardakan.ac.ir





پیش‌بینی تصمیم‌گیری اخلاقی بر مبنای حساسیت اخلاقی، هوش اخلاقی به واسطه رضایت از زندگی خانوادگی در پرستاران

زهرا سلطان‌زاده^۱، عذرا محمدپناه^{۲*}، یاسر رضاپور میر صالح^۳، زهرا السادات لقمانی^۴

۱- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران
۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران
۴- کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران

DOI: [10.22034/ethic.2026.2085860.1227](https://doi.org/10.22034/ethic.2026.2085860.1227)

چکیده:

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش‌بینی تصمیم‌گیری اخلاقی بر مبنای حساسیت اخلاقی، هوش اخلاقی به واسطه رضایت از زندگی خانوادگی در پرستاران انجام شد.

روش کار: جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل متاهل در بیمارستان‌های استان خوزستان در سال ۱۴۰۳ هستند. که از میان آن‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه‌ای به حجم ۳۰۰ نفر به صورت تصادفی در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های مدیریت تاثیر، هوش اخلاقی (MCI)، حساسیت اخلاقی (MSQ) و رضایت از زندگی خانوادگی (SWFL) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری و به کمک نرم افزارهای SPSS-26 و AMOS-24 انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هوش اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اثر مستقیم دارد و رابطه هوش اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران به صورت مستقیم برابر با $\beta = 0/37$ است. حساسیت اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اثر مستقیم دارد و رابطه حساسیت اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران به صورت مستقیم برابر با $\beta = 0/69$ است و رضایت از زندگی خانوادگی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اثر مستقیم دارد و رابطه رضایت از زندگی خانوادگی بر تصمیم‌گیری اخلاقی به صورت مستقیم برابر با $\beta = 0/35$ است. همچنین هوش اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی با میانجی‌گری رضایت از زندگی خانوادگی پرستاران با در سطح معنی‌داری $0/008$ اثر غیرمستقیم و معنی‌دار دارد. علاوه بر این حساسیت اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی با میانجی‌گری رضایت از زندگی خانوادگی پرستاران در سطح معنی‌داری $0/13$ اثر غیرمستقیم و معنی‌دار دارد. همچنین مدل پژوهش برای تبیین تصمیم‌گیری اخلاقی بر اساس هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با نقش میانجی‌گری رضایت از زندگی خانوادگی در داده‌ها برازش مطلوبی دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که با بهبود و توانمندسازی مهارت‌های تصمیم‌گیری اخلاقی، هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی می‌توان میزان رضایت از زندگی خانوادگی پرستاران را ارتقا بخشید.

واژگان کلیدی: تصمیم‌گیری اخلاقی، هوش اخلاقی، حساسیت اخلاقی، پرستاران، رضایت زناشویی

مقدمه

کارکنان درمانی، به ویژه پرستاران که بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات مراقبتی و درمانی هستند، در تماس مستقیم و مستمر با بیماران قرار دارند و مسئولیت‌های سنگینی در حفظ سلامت آنان بر عهده دارند. مواجهه مداوم با بیماران مبتلا به بیماری‌های لاعلاج و شرایط بحرانی، سطح بالایی از استرس را برای این گروه ایجاد می‌کند (۱) و فشارهای ناشی از شیفت‌های کاری، تصمیم‌گیری‌های دشوار و اختلالات خواب، سلامت جسمی و روانی آن‌ها و کیفیت مراقبت ارائه‌شده به بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). علاوه بر این، فشارهای روانی مزمن ناشی از مواجهه با مرگ بیماران و مسئولیت‌های سنگین اخلاقی می‌تواند منجر به فرسودگی شغلی و کاهش انگیزه کاری پرستاران شود (۳). این موقعیت‌ها پرستاران را به طور مداوم با چالش‌های پیچیده و تعارض‌آمیز روبه‌رو می‌کند و ضرورت اتخاذ تصمیمات درست و اخلاقی را در محیط کار بیش از پیش نمایان می‌سازد. بنابراین، حرفه پرستاری به دلیل تعامل مداوم با بیماران و مسئولیت‌های بالینی، نیازمند حساسیت و رعایت دقیق اصول اخلاقی است (۴). تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاری به معنای انتخاب بهترین گزینه میان گزینه‌های مختلف در موقعیت‌های تعارض‌آمیز براساس اصول اخلاقی است (۵). این توانایی، علاوه بر تضمین کیفیت مراقبت، بر رضایت و انگیزه پرستاران و رابطه آن‌ها با بیماران اثرگذار است (۶). تصمیم‌گیری اخلاقی مؤثر نیازمند توانایی تجزیه و تحلیل موقعیت‌ها، درک پیامدهای احتمالی اقدامات و پیش‌بینی تأثیر آن‌ها بر سلامت بیمار و محیط کاری است (۷). حساسیت اخلاقی، اولین گام در تصمیم‌گیری اخلاقی است و به توانایی تشخیص مسائل اخلاقی و تحلیل موقعیت‌ها اشاره دارد. این توانایی شامل شناسایی تضادهای اخلاقی، درک پیامدهای عملی و تشخیص ارزش‌ها و هنجارهای اخلاقی است (۸). مطالعات نشان می‌دهد پرستارانی که از حساسیت اخلاقی بالاتری برخوردارند، تصمیمات اخلاقی بهتری اتخاذ می‌کنند و روابط حرفه‌ای موثرتری با بیماران و همکاران خود دارند (۹). حساسیت اخلاقی در پرستاران، به‌عنوان توانایی شناسایی و پاسخ‌دهی مناسب به مسائل اخلاقی در محیط بالینی، با کاهش خطاهای پزشکی، افزایش کیفیت مراقبت و بهبود رضایت بیماران ارتباط مستقیم دارد. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که پرستارانی با حساسیت اخلاقی بالا، قادر به شناسایی سریع‌تر مشکلات اخلاقی، اتخاذ تصمیمات بالینی مناسب‌تر و ارائه مراقبت با کیفیت بالاتر هستند. این ویژگی‌ها منجر به کاهش خطاهای پزشکی و افزایش رضایت بیماران می‌شود. به‌عنوان مثال، مطالعه‌ای در ایران نشان داد که حساسیت اخلاقی پرستاران با کیفیت مراقبت پرستاری و رضایت بیماران ارتباط مثبت و معناداری دارد (۱۰).

علاوه بر حساسیت اخلاقی، هوش اخلاقی نیز به‌عنوان مهارتی کلیدی مطرح است که توانایی پرستاران را در تشخیص درست از نادرست و اتخاذ تصمیمات مبتنی بر اصول اخلاقی تقویت می‌کند و می‌تواند کیفیت مراقبت و تعاملات حرفه‌ای آن‌ها را بهبود بخشد (۱۱). هوش اخلاقی نیز نقش کلیدی در رفتار حرفه‌ای پرستاران دارد و به توانایی فرد برای تشخیص درست از نادرست و عمل بر اساس اصول اخلاقی اشاره می‌کند (۱۲). هوش اخلاقی، تحت تأثیر فرهنگ و ارزش‌های جامعه شکل می‌گیرد و می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مسئولیت‌پذیری، کیفیت مراقبت و تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران باشد (۱۳).

یکی دیگر از عواملی که می‌تواند بر تصمیم‌گیری اخلاقی تأثیرگذار باشد، رضایت از زندگی خانوادگی است. رضایت از زندگی خانوادگی به معنای قضاوت شناختی فرد نسبت به روابط و تعاملات خانوادگی خود است و شامل ابعاد عاطفی، شناختی و رفتاری می‌شود (۱۴). پژوهش‌ها نشان داده‌اند افرادی که از زندگی خانوادگی رضایت بالاتری دارند، رفتارهای اخلاقی بیشتری از خود نشان می‌دهند و قادرند با چالش‌های محیط کاری بهتر مواجه شوند (۱۵). رضایت از زندگی خانوادگی می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی برای کاهش استرس، افزایش تعهد شغلی و تقویت مهارت‌های اخلاقی عمل کند (۱۶). با توجه به اهمیت بالای تصمیم‌گیری اخلاقی در حرفه پرستاری و نقش تعیین‌کننده حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی در کیفیت مراقبت و تعامل با بیماران، شناخت عوامل پیش‌بینی‌کننده این توانمندی، از جمله رضایت از زندگی خانوادگی، از ضرورت ویژه‌ای برخوردار است (۱۷). همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، پرستاران روزانه با موقعیت‌های بحرانی و تعارض‌آمیز روبه‌رو می‌شوند که تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در این شرایط، نه تنها بر سلامت بیماران بلکه بر سلامت روانی و جسمی خود آنان نیز اثرگذار است. مطالعات نشان می‌دهد پرستارانی که از حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی بالاتری برخوردارند، قادرند چالش‌های کاری را با دقت و اثرگذاری بیشتری مدیریت کنند و سطح استرس شغلی و احتمال خطاهای حرفه‌ای در آنان کاهش می‌یابد (۱۸).

همچنین، توجه به نقش خانواده و کیفیت روابط خانوادگی در توسعه ظرفیت‌های اخلاقی پرستاران اهمیت ویژه‌ای دارد. رضایت از زندگی خانوادگی نه تنها منبع حمایت عاطفی و روانی برای پرستاران محسوب می‌شود، بلکه می‌تواند انگیزه و تعهد آنان را در محیط کاری افزایش دهد و توانایی آنان در اتخاذ تصمیمات اخلاقی بهینه را تقویت کند (۱۹). تحقیقات نشان داده‌اند افرادی که از زندگی خانوادگی مثبت و رضایت‌بخش برخوردارند، در محیط کاری انعطاف‌پذیری بیشتری دارند و با فشارهای روانی و

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش بنیادی، توصیفی و از نوع همبستگی (معادلات ساختاری) است که بر روی ۳۰۰ نفر از کلیه پرستاران شاغل و متاهل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی استان خوزستان در سال ۱۴۰۳ انجام شد. افراد به صورت در دسترس و بر مبنای معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل عدم دریافت همزمان درمان‌های روانشناختی طی سه ماه گذشته، شاغل در بیمارستان و مراکز درمانی، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۵ سال، رضایت شخصی از شرکت در تحقیق و عدم ابتلا به بیماری‌های خاص یا بیماری‌های شایع جسمی (که در مصاحبه اولیه از شرکت‌کنندگان پرسیده می‌شد) بود. همچنین، مخدوش بودن پرسشنامه‌ها و مصرف داروهای روانپزشکی، معیارهای خروج از پژوهش بودند. عدم همکاری با پژوهشگر نیز یکی دیگر از معیارهای خروج از مطالعه بود.

حجم نمونه براساس اظهارات هومن (۲۳) تعیین شد. مدل‌های معادلات ساختاری تا حدی با برخی جنبه‌های رگرسیون چندمتغیری شباهت دارند؛ بنابراین برای مشخص کردن حجم نمونه در مدلیابی معادلات ساختاری می‌توان از قواعد مربوط به رگرسیون چندمتغیری استفاده کرد. در پژوهش‌های دارای چند متغیر مستقل، تعداد نمونه نباید کمتر از ۵ برابر تعداد متغیرهای مستقل باشد، زیرا در غیر این صورت نتایج رگرسیون قابل تعمیم نخواهند بود. نسبت احتیاطی توصیه شده، ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل است. برای روش‌شناسی مدلیابی معادلات ساختاری، معمولاً حجم نمونه بین ۵ تا ۲۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل اندازه‌گیری شده تعیین می‌شود. با توجه به این نکات، در پژوهش حاضر حجم نمونه ۳۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار تحقیق

ابزار گردآوری اطلاعات شامل ۴ پرسشنامه مدیریت تأثیر، هوش اخلاقی، حساسیت اخلاقی و رضایت از زندگی خانوادگی بود.

پرسشنامه مدیریت تأثیر (Impression Management (IM))

پرسشنامه مدیریت تأثیر توسط پائول‌هوس (Paulhus) (۲۴) طراحی شد و شامل ۴۰ گویه است. این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران توسط حسن‌پور و همکاران (۲۵) ترجمه و هنجاریابی گردید. در پژوهش حاضر، ۲۰ گویه دوم این پرسشنامه برای سنجش «تصمیم‌گیری اخلاقی» مورد استفاده قرار گرفت. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «هرگز» (۱) تا «همیشه» (۵) انجام می‌شود. گویه‌های فرد (۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۷ و ۱۹) قضاوت نسبی اخلاقی را می‌سنجند که به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در مقابل، گویه‌های زوج

چالش‌های اخلاقی بهتر کنار می‌آیند (۲۰). از این رو، بررسی نقش میانجی رضایت از زندگی خانوادگی در ارتباط میان هوش اخلاقی، حساسیت اخلاقی و تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران، می‌تواند به شناخت بهتر عوامل روان‌شناختی مؤثر در عملکرد حرفه‌ای آنان کمک کند. از سوی دیگر، توجه به تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران تنها به دلایل عملی و ارائه مراقبت با کیفیت محدود نمی‌شود، بلکه پیامدهای روان‌شناختی و رفتاری گسترده‌ای نیز دارد. پرستارانی که توانایی اتخاذ تصمیمات اخلاقی بهینه را دارند، احساس رضایت شغلی و انگیزه بالاتری خواهند داشت و تعاملات مثبت‌تری با بیماران و همکاران خود برقرار می‌کنند (۲۱). همچنین، ایجاد محیط کاری حمایتگر که در آن اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد، می‌تواند سلامت روانی پرستاران را بهبود بخشد و از فرسودگی شغلی آنان جلوگیری کند (۲۲).

با توجه به مطالعات گذشته و اهمیت نقش اخلاق حرفه‌ای در پرستاری، مشخص است که حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی، به عنوان مهارت‌ها و ظرفیت‌های کلیدی، مستقیماً بر تصمیم‌گیری اخلاقی اثر می‌گذارند و رضایت از زندگی خانوادگی می‌تواند این رابطه را تقویت یا تضعیف کند. با این حال، بررسی همزمان این سه متغیر و بررسی نقش میانجی رضایت از زندگی خانوادگی در پرستاران، هنوز در ادبیات پژوهشی به صورت جامع مورد مطالعه قرار نگرفته است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران بر اساس هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی به واسطه رضایت از زندگی خانوادگی انجام می‌شود و می‌تواند خلأ موجود در این حوزه را پر کند.

نتایج این پژوهش می‌تواند پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاران و مدیران مراکز درمانی و بیمارستان‌ها داشته باشد. شناخت عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران، زمینه را برای طراحی برنامه‌های آموزشی و مداخلات توسعه مهارت‌های اخلاقی و هوشی فراهم می‌کند و بهبود کیفیت مراقبت، ارتقای رضایت شغلی پرستاران و کاهش استرس و فرسودگی شغلی آنان را ممکن می‌سازد. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش می‌تواند راهنمایی برای پژوهشگران آینده باشد تا به بررسی ابعاد روان‌شناختی، خانوادگی و سازمانی تصمیم‌گیری اخلاقی در پرستاران و سایر حرفه‌های مراقبتی بپردازند.

بنابراین، پژوهش حاضر نه تنها از منظر علمی و پژوهشی اهمیت دارد، بلکه از نظر عملی نیز می‌تواند به بهبود عملکرد پرستاران و کیفیت خدمات درمانی و مراقبتی ارائه شده به بیماران کمک کند و نقشی اساسی در ارتقای سلامت جامعه ایفا نماید.

(۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸ و ۲۰) قضاوت مطلق اخلاقی را مورد سنجش قرار می‌دهند. دامنه نمره‌گذاری بین ۲۰ تا ۱۰۰ است و نقطه برش پرسشنامه ۶۰ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۰) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۷۷ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار است. همچنین تحلیل عاملی تأییدی، روایی سازه دو عاملی پرسشنامه (قضاوت نسبی و قضاوت مطلق اخلاقی) را تأیید کرد.

پرسشنامه هوش اخلاقی (Moral Competency Inventory (MCI))

پرسشنامه هوش اخلاقی توسط لنیک و کیل (Lennick & Kiel) (۲۶) ساخته شده است و شامل ۴۰ سؤال می‌باشد. این ابزار برای سنجش میزان هوش اخلاقی طراحی شده و ده بعد اصلی شامل انسجام، صداقت، شجاعت، رازداری، پاسخ‌گویی، خودکنترلی و خودمحدودسازی، خدمت به دیگران، مهربانی، رفتار شهروندی و درک نیازهای روحی فرد را ارزیابی می‌کند. هر بعد شامل چهار سؤال است. همچنین این ابعاد در چهار حیطه کلی درستکاری (گویه‌های ۱ تا ۱۰)، مسئولیت‌پذیری (گویه‌های ۱۱ تا ۲۰)، بخشش (گویه‌های ۲۱ تا ۳۰) و دلسوزی (گویه‌های ۳۱ تا ۴۰) گروه‌بندی می‌شوند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) انجام می‌شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۴۰ و حداکثر نمره ۲۰۰ است. برای تفسیر نهایی، نمره کل به نصف کاهش داده می‌شود و در دامنه‌ای بین ۲۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. بر این اساس، نمره ۹۰ تا ۱۰۰ نشان‌دهنده هوش اخلاقی عالی، نمره ۸۰ تا ۸۹ هوش اخلاقی خوب، نمره ۷۰ تا ۷۹ هوش اخلاقی متوسط و نمره کمتر از ۶۹ بیانگر هوش اخلاقی ضعیف است. لنیک و کیل (۲۰۱۱) در پژوهش خود ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۸۴/۰ و روایی محتوایی آن را مطلوب گزارش کردند. در بازبینی مجدد سال ۲۰۰۸، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۹۶/۰ و روایی صوری، محتوایی و همسانی درونی مطلوب به دست آمد. در ایران، بهرامی و همکاران (۲۷) این پرسشنامه را ترجمه و روایی صوری و محتوایی آن را بررسی کردند. پایایی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۶ نفره با روش بازآزمون محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که بیانگر پایایی مناسب ابزار است.

پرسشنامه حساسیت اخلاقی (Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ))

پرسشنامه حساسیت اخلاقی پرستاران توسط لوتزن و همکاران (Lützen et al) (۲۸) در سوئد طراحی شد. نسخه اولیه این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه بود که پس از طی پنج سال مورد

بازبینی قرار گرفت و تعدادی از گویه‌ها حذف شد. نمره‌دهی هر سؤال به شیوه لیکرت و به شکل کاملاً موافق (۴)، نسبتاً موافق (۳)، نسبتاً مخالف (۲)، کاملاً مخالف (۱) و بی‌نظر (۰) انجام می‌شود. حداکثر امتیاز این پرسشنامه ۱۰۰ و حداقل آن صفر است؛ به طوری که نمره ۰ تا ۵۰ نشان‌دهنده حساسیت کم، ۵۰ تا ۷۵ حساسیت متوسط و ۷۵ تا ۱۰۰ حساسیت بالا محسوب می‌شود. این پرسشنامه شامل شش خرده‌ملاک است که عبارتند از: میزان احترام به استقلال مددجو (سوالات ۱۰، ۱۲، ۱۳)، میزان بینش از نحوه ارتباط با بیمار (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۷)، میزان شناخت حرفه‌ای (سوالات ۱۶، ۲۴)، تجربه مشکلات و اختلافات اخلاقی (سوالات ۹، ۱۱، ۱۵)، به‌کارگیری مصادیق اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی (سوالات ۶، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۰) و راست‌گویی و خیرخواهی (سوالات ۵، ۷، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۵). اعتبار این پرسشنامه در کشورهایی مانند کره ۷۸٪ گزارش شده است (۲۹) و ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش مقامی و همکاران (۳۰) مورد تأیید قرار گرفته است.

پرسشنامه رضایت از زندگی خانوادگی (Satisfaction With Family Life (SWFL))

پرسشنامه رضایت از زندگی خانوادگی نسخه اصلاح‌شده مقیاس رضایت از زندگی ۱۴ ماده‌ای اولسون (Olson) (۳۱) است که ریشه آن به مقیاس رضایت از زندگی داینر و همکاران (Diener et al) (۳۲) بازمی‌گردد. این ابزار برای سنجش درجه رضایت افراد از زندگی خانوادگی خود طراحی شده و تمرکز آن بر ادراک فرد از کیفیت روابط خانوادگی، همبستگی و حمایت متقابل اعضای خانواده است. پرسشنامه شامل ۵ گویه است که هر یک بعد خاصی از رضایت خانوادگی را اندازه‌گیری می‌کند. از نظر روایی و پایایی، زابریسکی و وارد (Zabriskie & Ward) (۳۳) پژوهشی بین‌المللی بر روی ۱۵ خانواده از گروه‌های مختلف انجام دادند که نشان داد ساختار عاملی یک بعدی پرسشنامه در تمامی نمونه‌ها ثابت مانده و ضریب آلفای کرونباخ بین ۷۹٪ تا ۹۴٪ متغیر بود که نشان‌دهنده ثبات و روایی خوب مقیاس است.

در مدل اندازه‌گیری مطالعه حاضر ۱۵ نشانگر برای انعکاس چهار ساختار مکنون در نظر گرفته شدند. بر این اساس، متغیر مکنون تصمیم‌گیری اخلاقی به وسیله دو نشانگر قضاوت نسبی اخلاقی و قضاوت مطلق اخلاقی اندازه‌گیری می‌شود. متغیر مکنون هوش اخلاقی به وسیله چهار نشانگر درستکاری، مسئولیت‌پذیری، بخشش و دلسوزی سنجیده می‌شود و متغیر مکنون حساسیت اخلاقی با شش نشانگر میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی حضور داشتند که اکثر آن‌ها جنس زن (۱۸۷ نفر، ۶۲/۳٪)، گروه سنی ۳۰ تا ۲۶ سال (۹۷ نفر، ۳۲/۳٪)، متأهل (۱۸۰ نفر، ۶۰٪) و دارای سابقه کار کمتر از ۳ سال (۱۰۸ نفر، ۴۶٪) بودند. طبق نتایج، میانگین و انحراف معیار نمرات پرستاران در تصمیم‌گیری اخلاقی شامل زیرمؤلفه‌های قضاوت نسبی اخلاقی برابر با ۳۷/۸۴ ($SD=7/7$) و قضاوت مطلق اخلاقی برابر با ۲۳/۵۲ ($SD=6/3$) بوده است. میانگین و انحراف معیار متغیر هوش اخلاقی برابر با ۱۸/۱۵۲ ($SD=42/31$) و میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های آن شامل درستکاری ۱۷/۳۴ ($SD=16/7$)، مسئولیت‌پذیری ۲۲/۳۹ ($SD=8/09$)، بخشش ۳۸/۴۱ ($SD=7/74$) و دلسوزی ۹۱/۳ ($SD=7/68$) بوده است. لازم به توضیح است که در بین مؤلفه‌های متغیر هوش اخلاقی، دلسوزی بیشترین و درستکاری کمترین میانگین را دارا می‌باشد. میانگین و انحراف معیار متغیر حساسیت اخلاقی برابر با ۱۳/۷۹ ($SD=49/24$) بوده و مؤلفه‌های آن شامل میزان احترام به استقلال مددجو ۳۴/۸ ($SD=85/3$)، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار ۲۸/۱۶ ($SD=97/5$)، میزان دانش حرفه‌ای ۳۱/۶ ($SD=18/3$)، تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی ۹۱/۳ ($SD=7/68$)، به‌کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی ۸۱/۹ ($SD=34/4$) و صداقت و خیرخواهی ۴۶/۲۲ ($SD=6/04$) بوده است. میانگین و انحراف معیار نمرات رضایت از زندگی خانوادگی برابر با ۶۸/۲۳ ($SD=29/6$) به دست آمده است.

در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی اندازه‌گیری می‌شود. در نهایت متغیر مکنون رضایت از زندگی خانوادگی به صورت تک‌بعدی و از طریق نمره کل پرسشنامه مربوطه اندازه‌گیری گردید. چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی (Confirmatory factor analysis) در نرم‌افزار AMOS و برآورد بیشینه احتمال (Maximum Likelihood (ML)) ارزیابی شد. تحلیل عاملی تأییدی (CFA) روشی آماری برای بررسی ساختار عاملی مجموعه‌ای از متغیرهای مشاهده‌شده است و به پژوهشگر اجازه می‌دهد تا این فرضیه را بیازماید که آیا رابطه‌ای بین متغیرهای مشاهده‌شده و سازه‌های مکنون زیربنایی آنها وجود دارد. در این روش، محقق بر اساس مبانی نظری و پیشینه تجربی، الگوی روابط را به صورت پیشین مشخص کرده و سپس آن را به شکل آماری مورد آزمون قرار می‌دهد. یکی از شاخص‌های برازش مدل در تحلیل عاملی، برآورد بیشینه احتمال است (۳۴).

در مطالعه حاضر، اطلاعات جمع‌آوری‌شده به دو شکل توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند. در تحلیل توصیفی، شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار داده‌ها می‌شود و برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش در سطح استنباطی، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و آماره ماردیا بر اساس فاصله ماهالانویس استفاده شد. در نهایت، با استفاده از روش مدلسازی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-24، فرضیه‌های تحقیق مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیر/مؤلفه	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
قضاوت نسبی اخلاقی	۳۰۰	۱۰	۵۰	۳۷/۸۴	۷/۷۱
قضاوت مطلق اخلاقی	۳۰۰	۱۰	۵۰	۲۳/۵۲	۶/۳۱
درستکاری	۳۰۰	۱۰	۵۰	۱۷/۳۴	۷/۱۶
مسئولیت‌پذیری	۳۰۰	۱۰	۵۰	۲۲/۳۹	۸/۰۹
بخشش	۳۰۰	۱۰	۵۰	۳۸/۴۱	۸/۷۴
دلسوزی	۳۰۰	۱۰	۵۰	۹۱/۳	۷/۶۸
هوش اخلاقی	۳۰۰	۴۰	۲۰۰	۱۵۲/۱۸	۳۱/۴۲
میزان احترام به استقلال مددجو	۳۰۰	۰	۱۲	۸/۳۴	۳/۸۵
میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار	۳۰۰	۰	۲۰	۱۶/۲۸	۵/۹۷
میزان دانش حرفه‌ای	۳۰۰	۰	۸	۶/۳۱	۳/۱۸
تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی	۳۰۰	۰	۱۲	۹/۸۱	۴/۳۴
به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی	۳۰۰	۰	۲۰	۱۵/۹۳	۵/۴۶
صداقت و خیرخواهی	۳۰۰	۰	۲۸	۲۲/۴۶	۵/۰۴
حساسیت اخلاقی	۳۰۰	۰	۱۰۰	۷۹/۱۳	۲۴/۴۹
رضایت از زندگی خانوادگی	۳۰۰	۵	۳۵	۲۳/۶۸	۶/۲۹

برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل اصلی، پیش‌فرض‌های این روش مورد بررسی قرار گرفت. یکی از مهم‌ترین این پیش‌فرض‌ها نرمال بودن داده‌هاست که با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی ارزیابی شد. نتایج نشان داد تمامی مقادیر کجی کمتر از

۳ و تمامی مقادیر کشیدگی کمتر از ۱۰ بوده است؛ بنابراین، توزیع داده‌ها از نرمال بودن لازم برخوردار بوده و امکان استفاده از آزمون‌های پارامتری و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری وجود داشته است (۳۴). جدول زیر نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد:

جدول ۲: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر/مولفه	تعداد	شاخص کجی	شاخص چولگی
قضاوت نسبی اخلاقی	۳۰۰	۰/۲۲۵	-۰/۵۱۷
قضاوت مطلق اخلاقی	۳۰۰	۰/۲۴۳	-۰/۴۷۶
تصمیم‌گیری اخلاقی	۳۰۰	۰/۲۹۸	-۰/۵۳۱
درستکاری	۳۰۰	-۰/۱۹۷	-۰/۴۳۸
مسئولیت‌پذیری	۳۰۰	-۰/۲۴۹	-۰/۶۵۳
بخشش	۳۰۰	-۰/۳۲۰	-۰/۷۸۶
دلسوزی	۳۰۰	-۰/۴۶۷	-۰/۶۹۱
هوش اخلاقی	۳۰۰	-۰/۲۸۳	-۰/۷۵۹
میزان احترام به استقلال مددجو	۳۰۰	۰/۲۶۵	-۰/۴۷۲
میزان آگاهی از نحوه‌ی ارتباط با بیمار	۳۰۰	۰/۳۳۸	-۰/۷۵۶
میزان دانش حرفه‌ای	۳۰۰	۰/۲۳۶	-۰/۵۸۲
تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی	۳۰۰	۰/۳۷۴	-۰/۶۹۸
به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی	۳۰۰	۰/۴۵۲	-۰/۸۳۶
صداقت و خیرخواهی	۳۰۰	۰/۲۱۶	-۰/۳۴۹
حساسیت اخلاقی	۳۰۰	۰/۱۶۹	-۰/۵۰۷
رضایت از زندگی خانوادگی	۳۰۰	۰/۲۹۳	-۰/۴۷۵

نتایج جدول ۲ نشان داد که تمامی متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن چندمتغیری پیروی کرده‌اند؛ به‌طوری‌که مقادیر کجی و کشیدگی در محدوده قابل قبول قرار داشت و نسبت بحرانی ضریب ماردیا نیز کمتر از مقدار مرزی ۲/۵۸ گزارش شد (۳۴).

بنابراین می‌توان نرمال بودن داده‌ها را با اطمینان تأیید کرد. برای بررسی عدم همخطی چندگانه نیز از شاخص‌های تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد. نتایج تمامی مقادیر تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و تمامی مقادیر VIF کمتر از ۱۰ بوده است؛ بنابراین مشکل همخطی چندگانه در داده‌های پژوهش وجود نداشت و روابط میان متغیرها قابل تحلیل در مدل ساختاری بودند. همچنین نتایج نشان داد تمامی متغیرهای پژوهش مفروضه نرمال بودن چندمتغیری را رعایت کرده‌اند. مقادیر کجی و کشیدگی در محدوده قابل قبول قرار داشت و نسبت بحرانی ضریب ماردیا نیز کمتر از مقدار مرزی ۲/۵۸ گزارش شد (۳۴). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرض نرمال بودن چندمتغیره با تقریب مناسبی برقرار است.

برای بررسی همخطی چندگانه، از شاخص‌های تحمل (Tolerance) و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد.

آماره تحمل نشان‌دهنده نسبتی از واریانس است که توسط سایر متغیرها تبیین نمی‌شود و مقادیر کمتر از ۰/۱۰ وجود همخطی را نشان می‌دهد. همچنین مقادیر VIF بزرگ‌تر از ۱۰ به عنوان شاخصی از بروز همخطی چندگانه شناخته می‌شود. نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که تمامی مقادیر تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و تمامی مقادیر VIF کمتر از ۱۰ بوده‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت که مشکل همخطی چندگانه در داده‌های پژوهش وجود نداشته و شرایط لازم برای تحلیل مدل ساختاری فراهم بوده است.

بررسی داده‌های پرت:

داده‌های پرت یا کران‌های آماری به مواردی اطلاق می‌شود که به‌طور معمول سه یا بیش از سه انحراف معیار از میانگین متغیر در گروه مربوطه فاصله دارند. وجود چنین داده‌هایی می‌تواند نتایج پژوهش را به‌طور نامطلوب تحت تأثیر قرار دهد. در واقع، در صورت عدم شناسایی و اصلاح این داده‌ها، بسیاری از روش‌های آماری نتایج غیرواقعی ارائه می‌دهند؛ زیرا این روش‌ها نسبت به داده‌های پرت حساس هستند (۳۵). در پژوهش حاضر، بررسی داده‌های پرت تک‌متغیره و چندمتغیره انجام شد. نتایج نشان داد

مرحله نبوده است. از سوی دیگر، بر اساس دیدگاه تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) (۳۶)، در نمونه‌هایی با حجم کمتر از ۵۰۰ ($n < 500$)، اگر فاصله مهالانویس بیش از ۱۵ باشد (در این مطالعه برابر با ۴۴/۴۸)، باز هم می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های پرت چندمتغیری وجود نداشته و تحلیل‌ها با دقت کافی قابل انجام هستند.

پیش‌فرض خطی بودن:

در روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، یکی از مفروضه‌های اساسی وجود رابطه خطی بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک است. از آنجا که شاخص مستقیمی برای سنجش این مفروضه وجود ندارد، از نمودار پراکندگی برای بررسی استفاده شد. نتایج حاصل از ترسیم نمودارهای پراکندگی در این مطالعه نشان داد که مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای پیش‌بین و ملاک مورد تأیید قرار دارد.

ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش:

نظر به اینکه اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر ماتریس واریانس-کوواریانس یا همبستگی بین متغیرها است، لذا قبل از پرداختن به تحلیل مدل ساختاری، در جدول ۳ ماتریس همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱- هوش اخلاقی	۱			
۲- حساسیت اخلاقی	۰/۳۶۱	۱		
۳- رضایت از زندگی خانوادگی	۰/۴۵۹	۰/۳۷۴	۱	
۴- تصمیم‌گیری اخلاقی	۰/۴۲۱	۰/۳۹۸	۰/۵۱۳	۱

می‌شود. در ابتدا، نتایج مربوط به اجرای مدل پژوهش در حالت استاندارد به همراه برخی از مهم‌ترین شاخص‌های برازش ارائه شده است.

فرضیه اصلی پژوهش:

بین هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی به واسطه رضایت از زندگی خانوادگی در پرستاران رابطه وجود دارد. ضرایب مسیر در مدل پیشنهادی پژوهش (شکل ۱) نشان می‌دهد که مدل پژوهش برای تبیین تصمیم‌گیری اخلاقی بر اساس هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با نقش میانجی‌گری رضایت

که مقادیر خارج از دامنه‌ی سه انحراف معیار از میانگین بسیار محدود بوده و پس از بررسی، اصلاح و تعدیل گردیدند. همچنین، داده‌های پرت چندمتغیره با استفاده از شاخص فاصله مهالانویس ارزیابی شدند و هیچ موردی با مقدار بحرانی χ^2 در سطح معناداری ۰/۰۰۱ مشاهده نگردید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های پرت تأثیر معناداری بر تحلیل‌های اصلی پژوهش نداشته‌اند.

همچنین در متغیرهای تصمیم‌گیری اخلاقی، هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی داده‌های پرت مشاهده نشد. اما در متغیر رضایت از زندگی خانوادگی داده‌های پرت یا کران‌های غیرمعمول وجود داشت که برای جلوگیری از تأثیرگذاری بر سایر تحلیل‌ها حذف شدند. همچنین، برای بررسی داده‌های پرت چندمتغیری از فاصله مهالانویس در متغیرهای پیش‌بین استفاده گردید. بر اساس قاعده، اگر بیشترین فاصله مهالانویس از مقدار بحرانی χ^2 با درجات آزادی مشخص (تعداد متغیرهای پیش‌بین منهای یک) در سطح معناداری ۰/۰۱ بیشتر باشد، یا اگر در بیشترین مقدار مهالانویس، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۰۱ گردد، داده‌های پرت چندمتغیری وجود خواهد داشت (۳۶). در این پژوهش، با فرض ۲۳ درجه آزادی (برابر با ۲۴ متغیر پیش‌بین منهای یک)، بیشترین مقدار فاصله مهالانویس برابر با ۴۸/۴۴ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۲ به دست آمد. بنابراین، از آنجا که مقدار به‌دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۰۱ نیست، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌های پرت چندمتغیری در نمونه وجود نداشته و نیازی به حذف داده‌ها در این

نتایج ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۷-۴ نشان می‌دهد که بین هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی رابطه مثبت و معناداری در سطح ($P < 0/01$) وجود دارد. همچنین، نتایج نشان داد که رضایت از زندگی خانوادگی نیز با تصمیم‌گیری اخلاقی رابطه مثبت و معناداری در سطح ($P < 0/01$) دارد.

یافته‌های مربوط به آزمون فرضیات پژوهش:

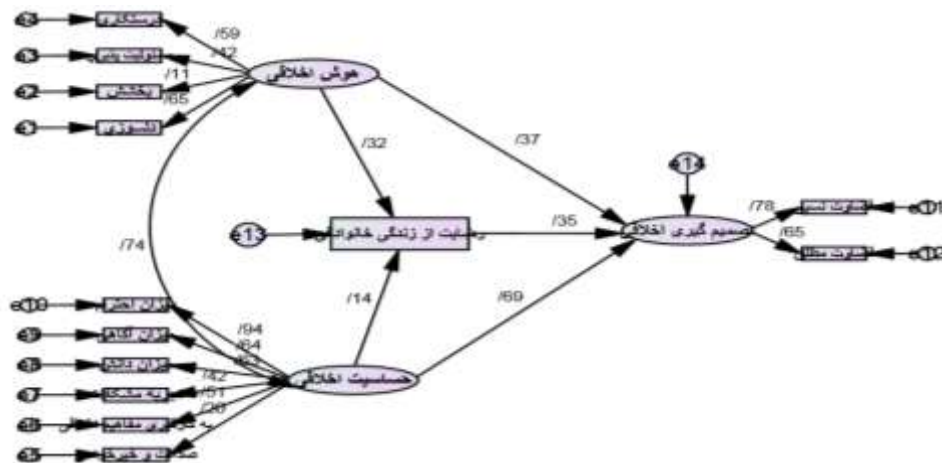
پس از بررسی پیش‌فرض‌های مدل‌یابی معادلات ساختاری، در این بخش یافته‌های مربوط به مدل اندازه‌گیری پژوهش گزارش

از زندگی خانوادگی در پرستاران، از **برازش مطلوبی** برخوردار است.

برازندگی مدل پیشنهادی که شامل شاخص‌های برازش می‌باشد، پس از اجرای مدل پژوهش همان‌طور که در شکل زیر آمده، قابل

مشاهده است. به طور کلی، برآورد مدل پیشنهادی در دو گام انجام شد.

در گام نخست، **پارامترها و ضرایب استاندارد** مدل پیشنهادی پژوهش برآورد شدند
در گام دوم، **شاخص‌های برازش مدل** بررسی شدند



شکل ۱: ضرایب استاندارد مسیرها در مدل پیشنهادی پژوهش

برازش تطبیقی (CFI) اشاره کرد. در صورتی که مقادیر این شاخص‌ها در محدوده مطلوب قرار داشته باشند، می‌توان سازگاری مدل و همسویی سوال‌ها با عامل‌ها را تأیید کرد. جدول ۴ شاخص‌های برازش مدل را نمایش می‌دهد.
برای بررسی اینکه مدل پیشنهادی پژوهش با داده‌های جمع‌آوری شده برازش دارد یا خیر، شاخص‌های مختلف برازندگی محاسبه شد. جدول ۴ شاخص‌های اصلی برازش شامل معیارهای مطلق و افزایشی را نشان می‌دهد.

برای سنجش برازش مدل، از چندین شاخص برازندگی استفاده شد که شامل شاخص‌های برازندگی مطلق و شاخص‌های برازندگی افزایشی می‌باشند. شاخص‌های مطلق پایه‌ای‌ترین معیارها برای ارزیابی سازگاری مدل پیشنهادی با داده‌های جمع‌آوری شده هستند و مهم‌ترین آن‌ها شامل مقدار مربع کای (χ^2) و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) می‌باشد. شاخص‌های افزایشی، با مقایسه مدل پیشنهادی با مدل صفر، میزان بهبود برازش مدل را نشان می‌دهند که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به شاخص تاکر و لویس (TLI) و شاخص

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی پژوهش

شاخص برازش	مقادیر	مقدار مطلوب	ارزیابی شاخص‌ها
χ^2 (مجذور کای)	۱۲۷/۱۶۳	کمتر از ۰/۰۵	-
سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱	-	-
χ^2/df	۲/۱۱۹	کمتر از ۳	مطلوب
AGFI	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	مطلوب
GFI	۰/۹۲	بالاتر از ۰/۹	مطلوب
IFI	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	مطلوب
CFI	۰/۹۳	بالاتر از ۰/۹	مطلوب
TLI	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹	مطلوب
PNFI	۰/۶۴	بیشتر از ۰/۵	مطلوب
RMSEA	۰/۰۷۱	کمتر از ۰/۰۸	مطلوب

جدول ۵ شامل ضرایب مسیرهای مستقیم بین متغیرهای پژوهش است که نشان می‌دهد هر یک از متغیرهای پیشین چه تأثیری

مستقیم بر متغیر ملاک (تصمیم‌گیری اخلاقی) دارند.

جدول ۵: پارامترهای اندازه‌گیری روابط مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیرهای مطرح شده	بتای استاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون
هوش اخلاقی ← تصمیم‌گیری اخلاقی	۰/۳۷	۰/۰۶۲	۵/۹۶۷	۰/۰۱۱	تأیید
حساسیت اخلاقی ← تصمیم‌گیری اخلاقی	۰/۶۹	۰/۰۵۸	۱۱/۸۹۶	۰/۰۰۱	تأیید
رضایت از زندگی خانوادگی ← تصمیم‌گیری اخلاقی	۰/۳۵	۰/۰۶۱	۵/۷۳۷	۰/۰۰۱	تأیید
هوش اخلاقی ← رضایت از زندگی خانوادگی	۰/۳۲	۰/۰۶۲	۵/۱۶۱	۰/۰۰۱	تأیید
حساسیت اخلاقی ← رضایت از زندگی خانوادگی	۰/۱۴	۰/۰۴۴	۳/۱۸۱	۰/۰۰۱	تأیید

نتایج حاصل از تحلیل مدل نشان داد که هوش اخلاقی تأثیر مستقیمی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران دارد؛ به‌گونه‌ای که مقدار ضریب مسیر برابر با $(\beta=0/37)$ و آماره t برابر با $(5/967)$ بوده و این رابطه در سطح خطای کمتر از $0/05$ معنادار است (جدول ۵). همچنین، یافته‌ها بیانگر آن است که حساسیت اخلاقی نیز به‌طور مستقیم بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران اثرگذار است؛ به‌طوری‌که ضریب مسیر به میزان $(\beta=0/69)$ و مقدار t برابر با $(11/896)$ بوده و این اثر در سطح معناداری کمتر از $0/01$ تأیید

شد. علاوه بر این، نتایج مربوط به رضایت از زندگی خانوادگی نشان داد که این متغیر نیز اثر مستقیم و معناداری بر تصمیم‌گیری اخلاقی دارد $(\beta=0/35, t=5/737, P<0/01)$. از آنجا که مدل نهایی شامل مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم میان متغیرها بود، اثرات غیرمستقیم نیز با استفاده از روش بوت‌استرپ مورد آزمون قرار گرفت تا برازش کلی مدل و نقش میانجی متغیرها به‌صورت دقیق بررسی شود.

جدول ۶: پارامترهای اندازه‌گیری روابط غیرمستقیم متغیرهای پژوهش

مسیرهای مطرح شده	بتای استاندارد	خطای استاندارد	نسبت بحرانی	سطح معنی‌داری	نتیجه آزمون
هوش اخلاقی ← رضایت از زندگی خانوادگی	۰/۱۱۳	۰/۰۴۸	۰/۳۵۴	۰/۰۰۸	تأیید
حساسیت اخلاقی ← رضایت از زندگی خانوادگی	۰/۰۵۳	۰/۰۲۵	۲/۰۱۶	۰/۰۱۳	تأیید

بر اساس نتایج جدول ۶، هوش اخلاقی از طریق رضایت از زندگی خانوادگی اثر غیرمستقیم و معناداری بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران دارد $(P=0/008, \beta=0/113)$ به بیان دیگر، رضایت از زندگی خانوادگی در این رابطه نقش میانجی ایفا می‌کند و موجب تقویت اثر هوش اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی می‌شود. همچنین یافته‌ها نشان داد که حساسیت اخلاقی نیز از طریق رضایت از زندگی خانوادگی تأثیر غیرمستقیم و معناداری بر تصمیم‌گیری اخلاقی دارد $(P=0/013, \beta=0/053)$ این نتایج بیانگر

آن است که رضایت از زندگی خانوادگی به‌عنوان متغیر میانجی، مسیر اثرگذاری حساسیت اخلاقی بر تصمیم‌گیری اخلاقی را تقویت می‌کند.

در نهایت نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیرهای پژوهش شامل هوش اخلاقی، حساسیت اخلاقی و رضایت از زندگی خانوادگی بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران شهرستان‌های استان خوزستان اثر مستقیم و معناداری دارند. همچنین مرور شاخص‌های برازندگی و بررسی الگوی پیشنهادی پژوهش در

نمونه پرستاران نشان داد که الگوی مفروض میانجی‌گری کامل رضایت از زندگی خانوادگی در رابطه بین هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی از برآزش مطلوبی برخوردار است. به بیان دیگر، یافته‌های مطالعه حاضر به صورت تجربی از نقش واسطه‌ای رضایت از زندگی خانوادگی در پیوند بین هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی با تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران حمایت کرده است.

بحث

هدف اصلی این پژوهش بررسی مدل پیش‌بینی تصمیم‌گیری اخلاقی بر مبنای حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی به واسطه رضایت از زندگی خانوادگی در پرستاران بود. نتایج حاصل نشان داد که هر دو متغیر حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی تأثیر مثبت و معناداری بر تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران دارند و رضایت از زندگی خانوادگی نقش میانجی قابل‌توجهی در این ارتباط ایفا می‌کند. به عبارت دیگر، پرستارانی که از سطح بالاتری از هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی برخوردارند و در عین حال از رضایت بیشتری از زندگی خانوادگی خود بهره‌مند هستند، در موقعیت‌های شغلی توانایی بیشتری در اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی درست از خود نشان می‌دهند.

این یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین هم‌راستا هستند. برای نمونه، جاسمی و همکاران و مطالعه و ایبراهیمی (۴، ۶) نشان دادند که تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران تحت تأثیر عوامل فردی و محیطی مانند ارزش‌های خانوادگی، مهارت‌های شناختی-اخلاقی و تجربه حرفه‌ای قرار دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز تأیید می‌کند که حساسیت اخلاقی و هوش اخلاقی به عنوان مهارت‌های شناختی-اخلاقی می‌توانند به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مؤثر تصمیم‌گیری اخلاقی عمل کنند و این اثر در حضور رضایت از زندگی خانوادگی تقویت می‌شود.

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که حساسیت اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند تا نیازها، حقوق و ارزش‌های بیماران را درک کرده و در موقعیت‌های اخلاقی پیچیده، پاسخ‌هایی متناسب و انسانی ارائه دهند. مطالعات ایکسو و همکاران (۹) و شهوالی و همکاران (۱۰) نشان دادند که حساسیت اخلاقی یکی از پیش‌بین‌های کلیدی عملکرد حرفه‌ای پرستاران است و با بهبود کیفیت مراقبت از بیمار ارتباط دارد. یافته‌های پژوهش حاضر نیز نشان می‌دهد که حساسیت اخلاقی نه تنها به صورت مستقیم بر تصمیم‌گیری اخلاقی اثر دارد، بلکه از طریق افزایش رضایت از زندگی خانوادگی و ایجاد ثبات روانی، زمینه را برای تصمیم‌گیری‌های سنجیده‌تر فراهم می‌کند.

هوش اخلاقی نیز نقش مهمی در تصمیم‌گیری اخلاقی دارد. هوش اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند تا در موقعیت‌های دشوار بالینی، ارزش‌های بنیادی انسانی همچون صداقت، درستکاری و مسئولیت‌پذیری را در نظر بگیرند و حتی در مواجهه با فشار و تضاد منافع، تصمیماتی منطبق با اصول اخلاقی اتخاذ کنند. این یافته مطابق با دیدگاه لنینک و کیل (۲۶) است که هوش اخلاقی را توانایی تشخیص درست از نادرست و پایبندی به اصول اخلاقی حتی در شرایط فشار و تضاد تعریف کرده‌اند. مطالعه مجیدی و همکاران (۱۲) نیز نشان می‌دهد که هوش اخلاقی با ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار و کاهش خطاهای پرستاری رابطه مستقیم دارد.

نقش میانجی رضایت از زندگی خانوادگی نیز در این پژوهش قابل توجه بود. رضایت از زندگی خانوادگی با ایجاد حمایت عاطفی، آرامش روانی و انسجام درونی، توانایی پرستاران را در مواجهه با چالش‌های اخلاقی محیط کار افزایش می‌دهد. پژوهش‌های پیشین نشان دادند که رضایت از زندگی خانوادگی با بهبود سلامت روان و افزایش کارایی حرفه‌ای مرتبط است (۱۴، ۱۵، ۲۷). پرستارانی که در خانواده احساس حمایت و همدلی می‌کنند، نه تنها از ثبات روانی بیشتری برخوردارند بلکه توانایی بیشتری برای اتخاذ تصمیمات اخلاقی صحیح در محیط کاری دارند. به بیان دیگر، رضایت از زندگی خانوادگی مانند یک منبع روانی حمایتی عمل می‌کند که استرس و فشارهای محیطی را کاهش داده و تمرکز و دقت در تصمیم‌گیری را افزایش می‌دهد (۱۶، ۱۹).

با مروری بر ادبیات پژوهش، درمی‌یابیم که تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران نه تنها بر کیفیت مراقبت از بیماران تأثیرگذار است بلکه می‌تواند اعتبار حرفه‌ای سازمان‌های درمانی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات پیشین نشان دادند که پرستاران در مواجهه با کشمکش‌های اخلاقی روزمره، زمانی می‌توانند تصمیمات درستی اتخاذ کنند که علاوه بر داشتن حساسیت اخلاقی و مهارت‌های حرفه‌ای، از پشتوانه خانوادگی و رضایت شخصی کافی برخوردار باشند (۳۰، ۳۷). یافته‌های پژوهش حاضر نیز بر اهمیت پشتیبانی روانی و خانوادگی پرستاران تأکید دارد و نشان می‌دهد که آموزش اخلاقی به تنهایی برای ارتقاء کیفیت تصمیم‌گیری کافی نیست و حمایت از زندگی خانوادگی و رفاه روانی پرستاران نیز ضروری است.

از نظر کاربردی، نتایج این پژوهش پیامدهای مهمی برای نظام سلامت و آموزش پرستاری دارد. مدیران پرستاری و سیاست‌گذاران حوزه سلامت می‌توانند با طراحی برنامه‌های آموزشی در زمینه تقویت هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی، پرستاران را برای مواجهه با موقعیت‌های اخلاقی پیچیده آماده‌تر سازند. این برنامه‌ها می‌تواند شامل کارگاه‌های آموزشی،

شرکت‌کنندگان مبنی بر اینکه اطلاعات پژوهش به صورت گروهی تحلیل خواهد شد، مدنظر قرار گرفت. در فرایند تهیه و نگارش مقاله، از ابزارهای هوش مصنوعی مولد صرفاً در حد ویرایش زبانی، بهبود نگارشی و بررسی ساختار و انسجام متن استفاده شد. این ابزارها در طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، تفسیر یافته‌ها، تصمیم‌گیری‌های علمی و تعیین نتایج پژوهش نقشی نداشته‌اند. مسئولیت صحت، اصالت و محتوای علمی مقاله و همچنین بررسی و تأیید نهایی تمامی مطالب، بر عهده نویسندگان است.

تضاد منافع

در پژوهش حاضر، هیچ‌گونه تعارض منافی مشاهده نمی‌شود و نتایج آن به‌طور کاملاً روشن و بدون هر گونه جانبداری ارائه گردیده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول در طراحی پژوهش، گردآوری داده‌ها، تحلیل داده‌ها و نگارش اولیه مقاله نقش اصلی داشت. نویسنده دوم (نویسنده مسئول) در طراحی مطالعه، نظارت علمی بر اجرای پژوهش، تفسیر یافته‌ها و بازبینی و اصلاح نهایی مقاله مشارکت نمود. نویسنده سوم (استاد مشاور) در ارائه راهنمایی‌های علمی، تدوین چارچوب نظری و اصلاح محتوای علمی مقاله همکاری داشت. نویسنده چهارم در ویرایش نهایی و آماده‌سازی مقاله برای ارسال مشارکت داشت. تمامی نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مطالعه و تأیید کرده‌اند.

حمایت مالی

در اجرای این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی، عمومی، خصوصی یا غیرانتفاعی دریافت نشده است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش حاصل تلاش مشترک پژوهشگران و همراهی ارزشمند شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در فرایند انجام این تحقیق ما را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. همچنین این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه اردکان می‌باشد.

تمرین‌های شبیه‌سازی موقعیت‌های بالینی، جلسات بازخورد اخلاقی و بحث‌های گروهی باشد تا پرستاران توانایی ارزیابی، تحلیل و تصمیم‌گیری در شرایط واقعی را توسعه دهند. همچنین توجه به رفاه خانوادگی و افزایش رضایت از زندگی پرستاران از طریق برنامه‌های حمایتی، کاهش فشار کاری، ایجاد تعادل میان کار و زندگی و فراهم کردن فضای کاری انعطاف‌پذیر، می‌تواند به ارتقاء کیفیت تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در محیط‌های بالینی کمک کند.

اگرچه این پژوهش یافته‌های ارزشمندی ارائه داد، محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست، نمونه پژوهش تنها شامل پرستاران یک منطقه خاص بود و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های شغلی و مناطق نیازمند احتیاط است. دوم، متغیرهای دیگری که می‌توانند بر تصمیم‌گیری اخلاقی اثرگذار باشند، مانند فرسودگی شغلی، حمایت اجتماعی، سبک رهبری مدیران و تجربه کاری، در این پژوهش مورد بررسی قرار نگرفتند و پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده لحاظ شوند. همچنین، داده‌های پژوهش بر اساس پرسشنامه‌های خودگزارش بوده و احتمال وجود سوگیری پاسخ‌دهنده وجود دارد که می‌تواند به نتایج اثرگذار باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری اخلاقی پرستاران تحت تأثیر ترکیبی از عوامل فردی (هوش اخلاقی و حساسیت اخلاقی) و خانوادگی (رضایت از زندگی خانوادگی) قرار دارد. بنابراین، رویکردی جامع که هم‌زمان به آموزش اخلاق حرفه‌ای و حمایت از زندگی خانوادگی پرستاران بپردازد، می‌تواند مسیر ارتقاء کیفیت مراقبت‌های پرستاری و افزایش اعتماد بیماران به نظام سلامت را هموارتر سازد. این نتایج همچنین بر اهمیت توجه به سلامت روان و رفاه شغلی پرستاران به عنوان بخشی از راهبردهای کلان مدیریت منابع انسانی در سازمان‌های درمانی تأکید دارد و می‌تواند مبنای طراحی سیاست‌ها و برنامه‌های آموزشی و حمایتی آینده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه اردکان با شناسه IR.ARDAKAN.REC.1403.05 انجام گرفت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده طی اجرای پژوهش، خروج آزادانه از پژوهش و همچنین اطمینان دادن به

References

- Geramipour E, Soudagar, Sheida, and Bahramihidji, Maryam. Investigating the role of self-control and self-compassion in predicting resilience based on perceived stress and emotional alexithymia in nurses. *Clinical and Counseling Psychology Research*. 2015;15(1):115-34.
- Jalalian Larki M ZMF, Mohajerani H. The effectiveness of Maikenbaum psychological immunization training on improving the mental health of women seeking divorce. *Quarterly Cultural-Educational Journal of Women and Family*. 2018;13(42):127-42.
- Maunder RG, Heeney ND, Greenberg RA, Jeffs LP, Wiesenfeld LA, Johnstone J, et al. The relationship between moral distress, burnout, and considering leaving a hospital job during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey. *BMC nursing*. 2023;22(1):243. 10.1186/s12912-023-01407-5.
- Jasemi M, Rasoulgoli R, Khalkhali H. Effects of teaching nursing codes of ethics through lecture on moral sensitivity and moral performance of nursing students—a single blind, quasi experimental study. *Pak J Med Health Sci*. 2020;14(2):1276-80.
- Rizalar S, Baltaci N. Ethical decision-making levels of nurses and it's affecting factors. *Int J Caring Sci*. 2020;13(1):42-52.
- Ibrahim AM. Nurses' ethical responsibilities: whistleblowing and advocacy in patient safety. *Nursing ethics*. 2024;31(7):1289-314. 10.1177/09697330241235306.
- Afenigus AD, Sinshaw MA. Ethical dilemmas and decision-making in emergency and critical care nursing in Western Amhara region, Northwest Ethiopia: a multi-method qualitative study. *BMC nursing*. 2025;24(1):295. 10.1186/s12912-025-02958-5.
- Chen X, Wu C, Ji W, Bai D, Chen H, Hou C, et al. Development and psychometric properties of the nursing ethical decision-making ability scale. *BMC Medical Ethics*. 2025;26(1):35. 10.1186/s12910-025-01190-9.
- Xu X, Wang Y, Meng J, Xia X, Cao W, Liu Y. The relationship between moral sensitivity, missed nursing care and moral distress among new nurses: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*. 2025;34(6):2262-75. 10.1111/jocn.17420.
- Shahvali EA, Mohammadzadeh H, Hazaryan M, Hemmatipour A. Investigating the relationship between nurses' moral sensitivity and patients' satisfaction with the quality of nursing care. *Eurasian Journal of Analytical Chemistry*. 2018;13(3):7. 10.29333/ejac/85009.
- Kim G-M, Lee O-K, Sim S-H. Impacts of ethical dilemma, job stress, and burnout on turnover intention of long-term care hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2024;33(2):210-9. 10.12934/jkpmhn.2024.33.2.210.
- Majidi SA, Fakoorfard Z, Safarmohammadi H, Leily EK. The relationship between moral intelligence and patient safety culture in nurses. *Journal of caring sciences*. 2023;12(4):241. 10.34172/jcs.2023.30501.
- Karabey T. Reflection of nurses' moral intelligence levels on care behaviors. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022;58(4):1622-31. 10.1111/ppc.12970.
- Karçkay AT, Sarı T, Bakalım O. Satisfaction with family life scale: a validity and reliability study in the Turkish context. *BMC psychology*. 2024;12(1):510. 10.1186/s40359-024-02037-5.
- Foucreault A, Ménard J, Houlfort N, Trépanier S-G, Lavigne GL. How work-family guilt, involvement with children and spouse's support influence parents' life satisfaction in a context of work-family conflict. *Journal of Child and Family Studies*. 2023;32(4):1065-77. 10.1007/s10826-022-02443-6.
- Siu O-L, Kong Q, Ng T-K. Psychological capital and family satisfaction among employees: Do occupational stressors moderate the relationship? *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(22):12260. 10.3390/ijerph182212260.
- Javidpour M, Ramezani-Badr F, Hamidi L, Amini K. Balancing ethics, burnout and job satisfaction: the challenges facing nurses in teaching hospitals. *BMC Health Services Research*. 2025;25(1):28910. 10.1186/s12913-025-12436-y.
- Alinejad V, Parizad N, Almasi L, Cheraghi R, Piran M. Evaluation of occupational stress and job performance in Iranian nurses: the mediating effect of moral and emotional intelligence. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):769. 10.1186/s12888-023-05277-8.
- Ahvanuiee MR, Rajabi J, Farsi Z. Quality of work life in nurses: Family, career and psych contextual associations. *Postmodern Openings*. 2018;9(1):182-93. 10.18662/po/12.
- Haji Matarsat HM, Rahman HA, Abdul-Mumin K. Work-family conflict, health status and job satisfaction among nurses. *British Journal of Nursing*. 2021;30(1):54-8. 10.12968/bjon.2021.30.1.54.
- Poikkeus T, Suhonen R, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Relationships between organizational and individual support, nurses' ethical competence, ethical safety, and work satisfaction. *Health care management review*. 2020;45(1):83-93. 10.1097/HMR.000000000000195.
- Lachman V. *Ethical challenges in health care: Developing your moral compass*. Springer; 2011.
- Reisinger Y, Turner L. A cultural analysis of Japanese tourists: challenges for tourism marketers. *European Journal of Marketing*. 1999;33(11-12):1203-27. 10.1108/03090569910292348.
- Paulhus DL. Measurement and control of response bias. 1991. 10.1016/B978-0-12-590241-0.50006-X.
- Hassanpoor M, Hosseini M, Fallahi Khoshknab M, Abbaszadeh A. Evaluation of the impact of teaching nursing ethics on nurses' decision making in Kerman social welfare hospitals in 1389. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011;4(5):58-64.
- Kiel F, Lennick D. *Moral intelligence: Enhancing business performance and leadership success*: Pearson Education; 2005.
- Bahrami MA, Asami M, Fatehpanah A, Dehghani Tafti A, Ahmadi Tehrani G. Moral intelligence status of the faculty members and staff of the Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(6):81-95.
- Lützn K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in

- psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 1994.
29. Han H. Neural correlates of moral sensitivity and moral judgment associated with brain circuitries of selfhood: A meta-analysis. *Journal of Moral Education*. 2017;46(2):97-113. 10.1080/03057240.2016.1262834.
30. Maghami M, Yektatalab S, Torabizadeh C. The attitude and the level of ethical sensitivity of nurses towards elder patients in selected hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Journal title*. 2018;4(2):35-46.
31. Olson DH. Circumplex model of marital and family systems. *Journal of family therapy*. 2000;22(2):144-67. 10.1111/1467-6427.00144.
32. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*. 1985;49(1):71-5. 10.1207/S15327752JPA4901_13.
33. Zabriskie RB, Ward PJ. Satisfaction with family life scale. *Marriage & family review*. 2013;49(5):446-63. 10.1080/01494929.2013.768321.
34. Suhr DD. Exploratory or confirmatory factor analysis?: SaS institute Cary, NC; 2006.
35. Hubert M, Rousseeuw PJ, Van Aelst S. High-breakdown robust multivariate methods. 2008. 10.1214/0883423070000000087.
36. Tabachnick BG, Fidell LS, Ullman JB. Using multivariate statistics. 1996.
37. Polita NB, de Montigny F, Neris RR, Alvarenga WdA, Silva-Rodrigues FM, Leite ACAB, et al. The experiences of bereaved parents after the loss of a child to cancer: a qualitative metasynthesis. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2020;37(6):444-57. 10.1177/1043454220944059.