Quarterly Journal of Nursing Management (IJNV) Orginal Article

Volume 10, Issue 2, Summer 2021

The Impact of Nurses' Moral Distress on the Quality of Nursing Care by Explaining the Mediating Role of Narcissism and Motivational Self-Regulation: Structural Equation Modeling

Choopani Nezhad M[1], Taheri Goodarzi H[2*]

1- MSc in Public Management, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
2- Assistant Prof., Department of Public Management, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran .

Corresponding Author: Taheri Goodarzi H, Assistant Prof., Department of Public Management, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
E-Mail: h_taheri47@iaub.ac.ir

Abstract

Introduction: Nurses are the largest group of care providers in the health care system. Therefore, In the field of health services, the quality of care among the nurses is considered as one of the most important factors.

Methods: The present study was a descriptive correlation with the structural equation modeling approach. The study population consisted of 393 nurses of public hospitals in Borujerd, from which 195 people were selected as sample members by two methods of random cluster sampling and systematic random method. Data were collected by nurses' moral distress, quality of nursing care, narcissism and motivational self-regulation standard questionnaires. The quality of the measurement model and the structural model were confirmed by cv.com and cv.red tests, respectively. According to the GOF index, the quality of the final research model was equal to 0.451. These indicated that the model had a strong fitting.

Results: The results Showed that, moral distress has a negative effect on the quality of nursing care (-0.518) and motivational self-regulation(-0.399)and a positive effect on narcissism (0.527). arcissism has a negative effect on the quality of nursing care (-0.170) and motivational self-regulation has a positive effect on the quality of nursing care (0.160). Also, Also, the mediating role of narcissism and motivational self-regulation reduces the effect of nurses' moral distress on the quality of nursing care (-0.090) and (-0.064), respectively.

Conclusions: According to the finding and results of the study, it is necessary for managers to pay attention to reduce nurses' moral distress and improve their motivational self-regulation by emphasizing the reduction of the role of narcissism to increase the quality of nursing care.

Keywords: Nurses' moral distress, Quality of nursing care, Narcissism, Motivational self-regulation.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

فصلنامه مدیریت پرستاری
مقاله پژوهشی
دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۱۴۰۰

تاثیر آشفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری با تبیین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی: مدلسازی معادلات ساختاری

مه سیما چوپانی نژاد[۱]، حجت طاهری گودرزی[۲*]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
۲- استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

نویسنده مسئول: حجت طاهری گودرزی، استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
ایمیل: h_taheri47@iaub.ac.ir

چکیده

مقدمه: پرستاران بزرگترین گروه ارائه کننده خدمات مراقبتی در نظام بهداشت و درمان محسوب می شوند. از این رو، کیفیت مراقبت در میان پرستاران، به عنوان یکی از عوامل مهم در عرصه خدمات سلامت مطرح شده است.

روش کار: مطالعه حاضر توصیفی– همبستگی با رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل پرستاران بیمارستان های دولتی شهر بروجرد به تعداد ۳۹۳ نفر بود که از میان آن‌ها ۱۹۵ نفر به دو روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی و روش تصادفی سیستماتیک به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده ها، از پرسشنامه های استاندارد آشفتگی اخلاقی، خودشیفتگی، خودتنظیمی انگیزشی و کیفیت مراقبت پرستاری استفاده شد. همچنین کیفیت مدل اندازه گیری با آزمون cv.com و مدل ساختاری با آزمون cv.red تأیید و کیفیت مدل نهایی پژوهش با توجه به شاخص GOF برابر با ۰/۴۵۱، نشان داد که مدل از برازش قوی برخوردار است.

یافته ها: یافته ها نشان داد که آشفتگی اخلاقی به مقدار (۰/۵۱۸-) بر کیفیت مراقبت پرستاری و به مقدار (۰/۳۹۹-) بر خودتنظیمی انگیزشی تأثیر منفی؛ و به مقدار (۰/۵۲۷) بر خودشیفتگی تأثیر مثبت دارد. خودشیفتگی به مقدار (۰/۱۷۰-) بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر منفی؛ و خودتنظیمی انگیزشی به مقدار (۰/۱۶۰) برکیفیت مراقبت پرستاری تأثیر مثبت دارد. همچنین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی، تاثیر آشفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری را به ترتیب (۰/۰۹۰-) و (۰/۰۶۴-) کاهش می دهد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، لزوم توجه مدیران جهت اتخاذ تصمیماتی به منظور کاهش آشفتگی اخلاقی پرستاران و بهبود خودتنظیمی انگیزشی آن ها با تاکید بر کاهش نقش خودشیفتگی برای افزایش کیفیت مراقبت پرستاران ضروری به نظر می رسد.

کلیدواژه ها: آشفتگی اخلاقی پرستاران، خودشیفتگی، خودتنظیمی انگیزشی، کیفیت مراقبت.

مقدمه

پرستاران به عنوان بزرگترین منبع نیروی انسانی، جایگاه ویژه‌ای در امور درمانی بیمارستان دارند، به طوری که حضور نیروی کارآمد پرستاری، متضمن موفقیت بیمارستان است (۱). امروزه کیفیت مراقبت پرستاری از عوامل مهم در عرصه خدمات سلامت و ارائه مراقبت با کیفیت به بیماران مطرح شده است (۲). Lang & Clinton (۲۰۰۳) کیفیت مراقبت در پرستاری را به عنوان فرایندی تعریف می کنند که در پی رسیدن به بالاترین درجه مطلوب در اجرای مراقبت از بیمار می باشد و اگر به عنوان خدمات با میزان کیفیت بالا ارائه گردد، می تواند در پیشگیری از بیماری ها و حتی مرگ و میرهای غیرضروری مؤثر واقع شود (۳). هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی برای افراد جامعه افزایش یافته، لذا ضروری است تا کیفیت خدمات مراقبتی پرستاران به طور مستمر ارتقاء یابد تا از طریق پیشگیری منجر به کاهش هزینه‌های درمانی در آینده گردد

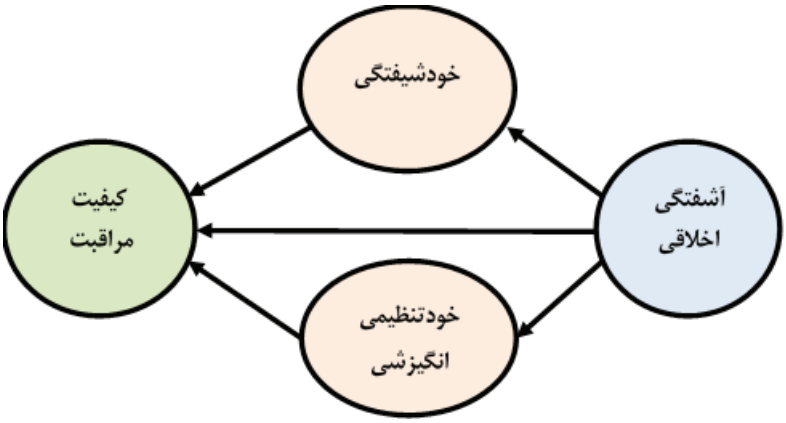
[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

و نیـز تضمینـی بـر سـلامت آحـاد جامعـه باشـد (۴). پرسـتاران بـا ارتقـاء توانایـی خـود در شناسـایی و رفـع نیازهـای همـه جانبـه بیمـار، ارائـه مراقبـت مطلـوب و دسـتیابی بـه بالاتریـن سـطح سـلامتی را میسـر مـی سـازد. از طرفـی نـه تنهـا هـدف نهایـی خدمـات نظـام بهداشـتی درمانـی ارائـه مراقبـت بـا کیفیـت در راسـتای بهبـود نتیجـه خدمـات بـرای بیمـار و جامعـه اسـت (۵)، بلکـه اولیـن و مهمتریـن عامـل در بهبـود کیفیـت مراقبـت، ارزشـیابی فعالیـت هـای پرسـتاران در ارائـه مراقبـت پرسـتاری بـه بیمـاران هسـت (۶). لـذا در اغلـب کشـورهای جهـان درجـه بندی و اعتباربخشـی بیمارسـتان هـا، در نظـر گرفتـن کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری اسـت (۷). بـه همیـن دلیـل دیـدگاه پرسـتاران از کیفیـت ارائـه خدمـات بـه عنـوان یکـی از منابـع اصلـی و مهم در راسـتای بررسـی کیفیـت مراقبـت پرسـتاری در نظـر گرفتـه مـی شـود (۲)، زیـرا سـاعات زیـادی را بـر بالیـن بیمـاران مـی گذراننـد و تعامـلات فـراوان و مشـاهدات مسـتقیم از مراقبـت دارنـد (۸). مضامیـن کلیـدی کیفیـت مراقبـت پرسـتاری شـامل دسـتیابی بـه نیازهـای فیزیکـی، فراهـم نمـودن حمایـت هـای روانـی اجتماعی، اطمینـان از توجـه بـه نیازهـای روحـی و معنـوی بیمـاران و رضایـت منـدی ایشـان از مراقبـت هـا، پاسـخگو و مسـئول بـودن مراقبـت هـای پرسـتاری بـه نیازهـای بیمـاران و اطمینـان از ارائـه مراقبـت هـای جامـع از بیمـار اسـت (۹). در مطالعـه خاکـی و همـکاران (۲۰۱۸)، ۸۴ درصـد پرسـتاران کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری را در بعـد روانـی اجتماعـی، ۷۹ درصـد در بعـد فیزیکـی و ۶۸/۵ درصـد در بعـد ارتباطـی مطلـوب ارزیابـی کردنـد (۸). دیـدگاه پرسـتاران در ارزشـیابی کیفیـت مراقبـت پرسـتاری بـه عنـوان یـک شـاخص معتبـر قلمـداد مـی گـردد و قـادر هسـتند ابعـاد مختلفـی از متغیرهـای موثـر بـر شـاخص هـای حرفـه ای و کیفیـت مراقبـت پرسـتاری را بیـان نماینـد و بدیـن طریـق بـه بهبـود کیفیـت مراقبـت پرسـتاری کمـک کننـد (۱۰). از ایـن رو، مطالعـات متعـددی بـه منظـور بررسـی کیفیـت مراقبت پرسـتاری و عوامـل موثـر بـر آن انجـام گرفتـه اسـت (۱۰،۱۱). بـه ایـن ترتیـب، بـا توجـه بـه اهمیـت کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری در محیـط هـای بهداشـتی و درمانـی و نیـز بـه دلیـل تغییـرات زیـادی کـه در سـازمان هـا و مشـاغل پرسـتاری در مـورد ارتقـاء کیفیـت مراقبـت هـا بـه وجـود آمـده اسـت ضـرورت دارد توانایـی هـا و صلاحیـت هـای نیـروی انسـانی ارتقاءیافته و عوامل مشـکل زا در بهبـود کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری شناسـایی گـردد که یکـی از ایـن عوامـل آشـفتگی اخلاقـی پرسـتاران اسـت (۱۲). منظـور از آشـفتگی اخلاقـی نشـانگان اسـترس منفـی اسـت و در موقعیـت هـای کـه ابعـاد اخلاقـی مطـرح اسـت و پرسـتار احسـاس مـی کنـد کـه نمـی توانـد تمامـی ارزش هـا و مصالـح در معـرض خطـر را حفـظ کنـد، روی مـی دهـد. آشـفتگی اخلاقـی بـر روی زندگـی شـخصی و زندگـی شـغلی پرسـتاران تأثیـر مـی گـذارد (۱۳). آشـفتگی اخلاقـی زمانـی به وجـود می آید که پرسـتار بـه دلیـل محدودیـت هـای سـازمانی انجـام عمـل اخلاقـی را غیرممکـن مـی بینـد؛ امـا بـه دلیـل نـوع دوسـتی آن را انجـام می دهنـد، در حالـی کـه چنیـن مسـائلی از نظـر مدیریـت پرسـتاری مطلـوب شـناخته نمـی شـود (۱۴). مشـکلات مربـوط به آشـفتگی اخلاقـی از شـدیدترین مسـائل روانشـناختی در پرسـتاری تلقی می شـود کـه هـم بـرای پرسـتاران و هـم بـرای بیمـاران پیامدهـای نامطلوبـی بـه دنبـال دارد (۱۵). آشـفتگی در شـرایطی کـه در آن عمـل پرسـتاری کـردن، بـه علـت فقـدان تدابیـر، پیچیدگـی سـازمانی یـا شـغلی تحلیـل مـی رود، تشـدید مـی شـود (۱۶). آشـفتگی اخلاقـی یـک مسـأله جـدی در پرسـتاری اسـت کـه بـه اسـترس هیجانـی و جسـمانی قابـل توجـه ای منجـر می شـود کـه ایـن موضـوع بـر روابـط بـا بیمـاران و دیگـران تأثیـر مـی گـذارد و مـی توانـد کیفیـت و کمیـت و ارزش مراقبت پرسـتاری را تحـت تأثیـر قـرار بدهـد (۱۷).خودشـیفتگی یکـی دیگـر ازمفاهیم قدیمـی در روانشناسـی محسـوب مـی شـود کـه بـر کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاران تأثیـر مـی گـذارد؛ و امـروزه، هـم بـه عنـوان صفـت شـخصیتی در سـطح بالینـی و هـم بـه عنـوان صفـت شـخصیتی در سـطح غیربالینـی، موضـوع مـورد مطالعـه در ادبیـات پژوهـش اسـت؛ و بـا ویژگـی هایـی همچـون خودبـزرگ بینـی، تخیـلات افراطـی در مـورد قـدرت، زیبایـی و موفقیـت، حساسـیت زیـاد نسـبت بـه انتقـاد و احسـاس بـی نظیـر بـودن مشـخص مـی شـود (۱۸). افـراد بـا شـخصیت خودشـیفته دارای غـرور بـالا و دیـدگاه هـای مثبـت غیرواقع بینانـه از خود هسـتند و بـر آن چـه کـه بـه نفـع شـان اسـت تمرکـز دارند بـدون توجـه به ایـن کـه اعمـال شـان ممکـن اسـت بـرای دیگـران ناخوشـایند و آسـیب زننـده باشـد (۱۹). خودشـیفتگی اختلالـی اسـت کـه بـه گرایـش هـای نیـاز بـه تحسـین و تأییـد مربـوط مـی شـود (۲۰). بـر اسـاس تعریـف راهنمـای تشـخیصی و آمـاری، اختـلالات روانـی انجمـن روانپزشـکی آمریـکا (۲۰۱۳)، ویژگـی هـای فـرد خودشـیفته بـا الگـوی فراگیـر بـزرگ منشـی (در خیـال و رفتـار)، از اوایـل بزرگسـالی آغـاز مـی شـود. ایـن افـراد بـه هیـچ وجـه تحمـل انتقـاد ندارنـد و در صـورت انتقـاد از آن هـا، بـه طـور کلـی نسـبت بـه انتقـاد بـی اعتنـا هسـتند یـا عصبانـی مـی شـوند و صرفـاً نظـر خـود را قبـول دارنـد (۲۱). خودشـیفتگی در پرسـتاران،

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

آن ها را در جهت انجام اقداماتی سوق می دهد که از عرف سر باز زده و در پی توجه و ستایش دیگران هستند و باعث می شود که در نشان دادن اهمیت جایگاه خود در کیفیت مراقبت پرستاری اغراق کنند (۲۲). از طرف دیگر خودتنظیمی انگیزشی اشاره به این دارد که انسان از طریق فعالیت های شناختی خود و مهار محیط زندگیش می تواند با تقویت و تنبیه شخصی در خود ایجاد انگیزه کند و از این راه به مهار رفتار خود بپردازد (۲۳). به طور کلی، خودتنظیمی انگیزشی به کاربرد فعال راهبردهای انگیزشی افزایش دهنده یادگیری، اطلاق می شود (۲۴). خودتنظیمی یکی از مطرح ترین مباحث در حوزه انگیزش است (۲۵). این فراگیران در تمام مراحل یادگیری، خود را افرادی لایق، خودکارآمد و مستقل می بینند و از نظر شناختی و فراشناختی افرادی هستند که در یادگیری، برنامه ریزی،سازمان دهی،خودآموزی، خودکنترلی و خودارزیابی دارند (۲۴). افرادی که برای رسیدن به هدف انگیزه کافی دارند سعی می کنند برای دستیابی به هدف مذکور فعالیت های خود را تنظیم و هدایت کنند و همچنین یادگیری را افزایش داده، احساس شایستگی به وجود آورند و در نهایت انگیزش برای دستیابی به اهداف بالاتر را افزایش دهد (۲۵).

با توجه به مطالب مطرح شده، این مسأله قابل توجه است که اغلب بیماران و خانواده های آن ها در کشور ما به ویژه در شهر بروجرد به علت افزایش سطح آگاهی در زمینه مراقبت های بهداشتی و درمانی، خواستار خدمات با کیفیت مطلوب از پرستاران در بیمارستان های دولتی این شهر هستند. از طرف دیگر، مطالعه تأثیر عوامل مختلف از جمله آشفتگی اخلاقی، خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی پرستاران بر کیفیت مراقبت های پرستاری می تواند اصلاحاتی را در نحوه خدمت رسانی از سوی سازمان های بهداشتی و بیمارستان های دولتی این شهر به دنبال داشته باشد؛ لذا انجام این تحقیق می تواند باعث به وجود آمدن راهبردهای اثربخشی برای مدیران این بیمارستان ها گردد تا از طریق اصول حاکم بر رفتار پرستاران بر کاهش آشفتگی اخلاقی پرستاران موثر واقع شوند و در نهایت کیفیت مراقبت های پرستاری را ارتقاء دهند. بنابراین، این مساله به عنوان یک دغدغه برای محققان مطرح گردید که با انجام این تحقیق نشان دهند، آشفتگی اخلاقی پرستاران با تبیین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی تا چه اندازه بر کیفیت مراقبت پرستاری در بیمارستان های دولتی شهر بروجرد تاثیر دارد؟ از این رو، مدل مفهومی پژوهش مطابق با شکل (۱) تعریف شده است.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی- همبستگی با رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری بود. در جامعه آماری N=۳۹۳، با استفاده از فرمول کوکران، نمونه ای برابر n=۱۹۵ نفر انتخاب گردید. برای نمونه گیری از دو روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی و روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا بیمارستان های دولتی شهر بروجرد (بیمارستان آیت الله بروجردی (ره)، بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان شهید دکتر چمران) به عنوان خوشه ها انتخاب شدند؛ و با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی سیستماتیک افراد نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده ها، در این پژوهش از ابزار پرسشنامه های استاندارد به شرح زیر استفاده شده که

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

تماماً بـر اسـاس طیـف پنـج گزینـه ای لیکـرت طبقـه بنـدی شـده انـد.

۱. پرسشـنامه آشـفتگی اخلاقـی: ایـن پرسشـنامه در سـال ۱۹۹۵ توسـط Corley و همـکاران ارائـه شـد (۱۵)؛ و شـامل مواقعـی اسـت کـه فـرد شـدت و تکـرار آشـفتگی اخلاقـی را بـا قـرار گرفتـن در آن موقعیـت هـا نشـان مـی دهـد. در ایـن پرسشـنامه عـدد ۵ بیشـترین میـزان آشـفتگی اخلاقـی و عـدد صفـر فقـدان وجـود آشـفتگی اخلاقـی را نشـان مـی دهـد. در پژوهـش عبـاس زاده و همـکاران (۲۰۱۳) پایایـی ایـن ابـزار برحسـب (آلفـای کرونبـاخ) ۰/۹۳ گـزارش شـد (۴۰).

۲. پرسشـنامه خودشـیفتگی: ایـن پرسشـنامه در سـال ۲۰۰۶ توسـط Ames و همـکاران ارائـه، و فاقـد زیرمقیـاس اسـت. ایـن ابـزار خودشـیفتگی را بـر اسـاس رویکـردی تـک بُعـدی ارزیابـی مـی کنـد (۲۶). ضرایـب پایایـی بازآزمایـی در طـول ۵ هفتـه توسـط سـازندگان اصلـی آزمـون ۰/۸۵ گـزارش شـد. در پژوهـش حسـین لـو و همـکاران (۲۰۱۹) پایایـی ایـن ابـزار برحسـب (آلفای کرونبـاخ) ۰/۸۲ بـه دسـت آمـد (۴۱).

۳. پرسشـنامه خودتنظیمـی انگیزشـی: ایـن پرسشـنامه در سـال ۲۰۱۸ توسـط Kim و همـکاران ارائـه شـد (۲۷)؛ تـا محدودیـت هـای سـاختاری ابزارهـای موجـود سـنجش خودتنظیمـی انگیزشـی را برطـرف نمایـد و گرایـش کلـی آزمودنـی هـا را بـه خودتنظیمـی انگیزشـی در یـک بعـد ارزیابـی، و طیـف وسـیعی از موانـع انگیزشـی کـه آنهـا بـه هنـگام انجـام یـک فعالیـت بـا آن رو بـه رو مـی شـوند، ارزیابـی کنـد. ضریـب پایایـی ایـن مقیـاس توسـط سـازندگان اصلـی آزمـون ۰/۸۵ گـزارش شـد. در پژوهـش فرهـادی و همـکاران (۱۳۹۸) پایایـی ایـن ابـزار برحسـب (آلفـای کرونبـاخ) ۰/۸۶ بـه دسـت آمـد (۴۲).

۴. پرسشـنامه کیفیـت مراقبـت پرسـتاری: در ایـن مطالعـه از پرسشـنامه اسـتاندارد مراقبـت پرسـتاری رضایـی (۱۳۹۲) اسـتفاده شـد. ایـن پرسشـنامه دارای ۴۵ سـؤال در سـه بعـد روانـی ـ اجتماعـی، ارتباطـی و فیزیکـی اسـت. حداقـل نمـره کل پرسشـنامه ۶۵ و حداکثـر ۲۶۰ مـی باشـد؛ و نمـرات بیـن ۸۷-۶۵ بیانگـر کیفیـت مراقبـت ضعیـف، نمـرات بیـن ۱۷۴-۸۸ بیانگـر کیفیـت مراقبـت متوسـط و نمـرات بالاتـر از ۱۷۴ دلالـت بـر کیفیـت مراقبـت بـالای پرسـتاری اسـت (۴۳). در پژوهـش پـولادی و همـکاران (۱۳۹۷) پایایـی ایـن ابـزار برحسـب (آلفـای کرونبـاخ) ۰/۹۴ گـزارش شـد (۴۴).

یافته ها

مشـخصات جمعیـت شـناختی پرسـتاران بیمارسـتان هـای دولتـی شـهر بروجـرد در نمونـه ی ۱۹۵ تایـی بررسـی شـد. نتایـج در جـدول (۱) گـزارش شـده اسـت.

جدول ۱: وضعیت مشخصات جمعیت شناختی پژوهش

جمعیت شناختی		فراوانی	درصد	جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۴۱	۲۱	میزان تحصیلات	کارشناسی	۱۶۸	۸۶/۲
	مرد	۱۵۴	۷۹		کارشناسی ارشد	۲۷	۱۳/۸
وضعیت تأهل	متأهل	۱۴۵	۷۴/۴	سابقه خدمت	زیر ۵ سال	۲۳	۱۱/۸
	مجرد	۵۰	۲۵/۶		۶ تا ۱۰ سال	۳۳	۱۶/۹
میزان سن	کمتر از ۲۵ سال	۱۵	۷/۷		۱۱ تا ۱۵ سال	۳۶	۱۸/۵
	۲۶ تا ۳۰ سال	۳۷	۱۹		۱۶ تا ۲۰ سال	۴۴	۲۲/۶
	۳۱ تا ۳۵ سال	۵۱	۲۶/۲		۲۱ تا ۲۵ سال	۴۷	۲۴/۱
	۳۶ تا ۴۰ سال	۳۹	۲۰		۲۶ تا ۳۰ سال	۱۲	۶/۲
	۴۱ تا ۴۵ سال	۲۸	۱۴/۴	بالای ۴۵ سال	۲۵	۱۲/۸	

وضعیت توصیفی متغیرها و ارتباط بین آن ها

یافتـه هـای توصیفـی مربـوط بـه میانگیـن، انحـراف معیـار، چولگـی، کشـیدگی و کولموگـروف – اسـمیرنوف متغیرهـای پژوهـش و همچنیـن ارتبـاط بیـن متغیرهـا بـا آزمـون همبسـتگی پیرسـون در جـدول (۲) مـورد بررسـی قـرار گرفتـه اسـت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

جدول۲: وضعیت توصیفی متغیرها و ارتباط بین آن ها

متغیر		میانگین	انحراف معیار	چولگی و کشیدگی		کولموگروف اسمیرنوف		آزمون همبستگی پیرسون		
				چولگی	کشیدگی	آماره آزمون	سطح معناداری	آشفتگی اخلاقی	خود شیفتگی	خودتنظیمی انگیزشی
آشفتگی اخلاقی		۳/۹۲	۰/۴۲	-۰/۴۲۲	-۰/۱۳۴	۱/۳۱۲	۰/۲۰۹	۱		
خودشیفتگی		۳/۱۷	۰/۵۴	-۰/۲۵۴	-۰/۱۰۶	۰/۸۴۳	۰/۴۷۵	۰/۳۴۰**	۱	
خودتنظیمی انگیزشی		۳/۵۶	۰/۵۷	-۰/۶۴۹	۱/۶۸۵	۱/۵۱۲	۰/۱۱۱	۰/۵۴۴**	۰/۳۲۹**	۱
روانی- اجتماعی		۳/۲۸	۰/۴۴	-۰/۹۷۱	۱/۳۶۴	۱/۴۲۹	۰/۱۳۴	۰/۵۴۱**	۰/۴۹۳**	۰/۵۱۳**
کیفیت مراقبت	فیزیکی	۳/۰۹	۰/۶۱	-۰/۷۰۲	۰/۷۸۶	۱/۳۸۸	۰/۱۴۲			
	ارتباطی	۳/۴۸	۰/۵۷	-۰/۱۲۶	-۰/۰۲۶	۰/۸۲۹	۰/۴۹۸			
	کل	۳/۲۹	۰/۳۴	-۰/۵۰۵	۰/۲۷۶	۰/۹۴۰	۰/۳۴۰			

** سطح خطای ۰/۰۱

بر اساس نتایج جدول (۲)، نتایج نشان می دهد که میانگین تمام متغیرها از مقدار متوسط (۳) بیشتر است. بیشترین مقدار مربوط به آشفتگی اخلاقی (۳/۹۲) و کمترین مقدار مربوط به کیفیت مراقبت فیزیکی (۳/۰۹) است. البته تنها در متغیر آشفتگی اخلاقی میانگین بیش از ۳/۵ است که به گزینه زیاد تمایل دارد و در بقیه متغیرها مقدار میانگین به گزینه متوسط نزدیک است. از نظر ضریب چولگی و ضریب کشیدگی نیز به دلیل این که مقدار آن در تمام متغیرها در بازه (۲ ، ۲-) قرار دارد می توان گفت توزیع داده ها به توزیع نرمال نزدیک است. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد سطح معناداری متغیرهای تحقیق بیشتر از ۰/۰۵ است، لذا فرضیه صفر یعنی نرمال بودن متغیرها مورد تأیید قرار می گیرد. همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که آشفتگی اخلاقی با خودشیفتگی ارتباط مثبت و مستقیم و با خودتنظیمی انگیزشی و کیفیت مراقبت پرستاری رابطه منفی و معکوس دارد. خودشیفتگی با کیفیت مراقبت پرستاری رابطه منفی و معکوس و خودتنظیمی انگیزشی با کیفیت مراقبت پرستاری رابطه مثبت و مستقیم دارد.

مدلسازی معادلات ساختاری

در این پژوهش به منظور تحلیل داده های پژوهش، مدل مفهومی و استنباط آماری از نرم افزار PLS Smart استفاده شده است.

مدل های اندازه گیری: به رابطه بین متغیرهای نهفته با مشاهده گرها، مدل اندازه گیری گفته می شود. در آزمون همگن بودن سؤالاتی که بار عاملی آن ها کمتر از ۰/۵ است، حذف می شوند، نتایج در جدول (۳) گزارش شده است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

جدول ۳: خلاصه اطلاعات مدل اندازه گیری اولیه متغیرهای پژوهش

متغیر	نشانگر	بار عاملی	T	متغیر	مؤلفه	نشانگر	بار عاملی	T	متغیر	مؤلفه	نشانگر	بار عاملی	T
آشفتگی اخلاقی	Q1	۰/۹۲	۱۰	کیفیت مراقبت	روانی اجتماعی	Q5	۰/۶۹	۶	کیفیت مراقبت	روانی اجتماعی	Q23	۰/۲۷	۱/۴۲
	Q2	۰/۸۸	۹		خودتنظیمی انگیزشی Q6 Q7	Q6	۰/۸۱	۸			Q24	۱/۰۲	۰/۱۸
	Q3	۰/۵۷	۴			Q7	۰/۵۶	۵			Q25	۷	۰/۶۲
	Q4	۰/۷۶	۷			Q1	۰/۵۲	۴		فیزیکی	Q26	۰/۷۵	۸
	Q5	۰/۹۳	۹			Q2	۰/۶۵	۵			Q27	۰/۴۹	۵
	Q6	۰/۸۹	۹			Q3	۰/۷۹	۸			Q28	۰/۶۸	۸
	Q7	۰/۷۳	۸			Q4	۰/۹۲	۹			Q1	۰/۷۳	۷
	Q8	۰/۷۴	۸			Q5	۰/۷۱	۶			Q2	۰/۵۶	۶
	Q9	۰/۸۵	۷			Q6	۰/۳۲	۱/۵۳			Q3	۰/۹۲	۸
	Q10	۰/۷۱	۶			Q7	۰/۴۹	۳			Q4	۰/۹۰	۸
	Q11	۰/۶۷	۵			Q8	۰/۱۹	۱/۳۱			Q5	۰/۸۴	۷
	Q12	۰/۷۹	۸			Q9	۰/۴۴	۴			Q6	۰/۸۱	۶
خودشیفتگی	Q1	۰/۶۷	۷			Q10	۰/۸۶	۹			Q7	۰/۷۶	۷
	Q2	۰/۵۲	۴			Q11	۰/۵۴	۴			Q1	۰/۵۹	۶
	Q3	۰/۹۲	۹			Q12	۰/۵۰	۵			Q2	۰/۶۱	۵
	Q4	۰/۸۷	۷			Q13	۰/۶۶	۶			Q3	۰/۷۳	۸
	Q5	۰/۶۶	۶			Q14	۰/۷۵	۶			Q4	۰/۸۶	۹
	Q6	۰/۷۰	۸			Q15	۰/۸۱	۹		ارتباطی	Q5	۰/۹۰	۸
	Q7	۰/۶۲	۸			Q16	۰/۴۷	۵			Q6	۰/۸۵	۷
	Q8	۰/۸۶	۹			Q17	۰/۵۱	۴			Q7	۰/۹۳	۸
	Q9	۰/۹۱	۹			Q18	۰/۲۲	۱/۲۸			Q8	۰/۶۶	۷
خودتنظیمی	Q1	۰/۶۴	۵			Q19	۰/۶۷	۵			Q9	۰/۷۴	۸
	Q2	۰/۹۳	۸			Q20	۰/۷۲	۸			Q10	۰/۶۳	۷
	Q3	۰/۸۰	۸			Q21	۰/۵۹	۶					
	Q4	۰/۷۷	۸			Q22	۰/۶۱	۶					

با توجه به نتایج ارایه شده در جدول (۳) نتایج تحلیل عاملی تأییدی در مدل اندازه گیری نشان داد چون مقدار بار عاملی در شاخص های ۶، ۸، ۱۸، ۲۳ و ۲۴ از مؤلفه‌ی روانی اجتماعی (متغیر کیفیت مراقبت) کمتر از ۰/۴ بوده و مقدار آماره t مربوط به آن ها نیز، کمتر از ۱/۹۶ هستند، لذا مدل اندازه گیری از نظر روایی مورد تأیید قرار نمی گیرد و محققان در تحلیل الگوی ساختاری شاخص های مد نظر را از مؤلفه روانی – اجتماعی کیفیت مراقبت حذف کرده و آن را با در نظر گرفتن دیگر شاخص ها مورد تحلیل قرار داده است. همچنین بارهای عاملی بقیه سؤالات بالای ۰/۴ و آماره t بالاتر از ۱/۹۶ است، یعنی سؤالات در حد زیادی می توانند متغیر آشفتگی اخلاقی، خودشیفتگی، خودتنظیمی انگیزشی و مؤلفه های فیزیکی و ارتباطی از متغیر کیفیت مراقبت را مورد سنجش قرار دهند.

کیفیت (برازش) مدل:

برای بررسی کیفیت الگوی ساختاری از معیارهای مختلفی استفاده می شود که در ادامه تشریح شده است. پایایی ترکیبی یک معیار ارزیابی برازش درونی مدل است و بر اساس میزان سازگاری سؤالات مربوط به سنجش هر عامل (متغیر مکنون) قابل محاسبه است. همچنین واریانس استخراج شده (AVE) مربوط به سازه‌ها، بیانگر اعتبار مناسب ابزارهای اندازه‌گیری است، و مقدار مورد قابل قبول آن ۰/۵ است. این بدین معناست که متغیر پنهان مورد نظر حداقل ۵۰ درصد واریانس مشاهده پذیره ای خود را تبیین می‌کند. نتایج بررسی پایایی ترکیبی و واریانس استخراج شده هر یک از متغیرهای تحقیق در جدول (۴) گزارش شده

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

است. شاخص ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون درون زا: یکی از مهمترین شاخص های ارزیابی الگوی ساختاری ضریب تعیین است و نشان دهنده تأثیر یک متغیر برون زا بر یک متغیر درون زا است که سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می شوند. ضریب تعیین برای هر متغیر برون زا و نقش تعیین کنندگی آن در متغیر درون زای مکنون نشان داده می شود. شاخص ارتباط پیش بین (Q^2) Cv. Red دومین معیار بررسی مدل ساختاری، شاخص ارتباط پیش بین است. این معیار قدرت پیش بینی مدل در متغیرهای وابسته را مشخص می کند. مقدار Q^2 در مورد تمامی سازه های درون زا، سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را به عنوان قدرت پیش بینی کم، متوسط و قوی تعیین می کند. جدول (۴) مقادیر شاخص ارتباط پیش بین برای هر متغیر برون زا و نقش پیش بینی کنندگی آن در متغیر درون زای مکنون را نشان می دهد.

جدول ۴: نتایج پایایی و روایی متغیرهای پژوهش

متغیر		کیفیت مدل اندازه گیری			کیفیت مدل ساختاری				آزمون فورنل – لارکر			
		آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE	R Square	Cv. Red	Cv. Com	آشفتگی اخلاقی	خود شیفتگی	خود تنظیمی	کیفیت مراقبت
آشفتگی اخلاقی		۰/۷۵۵	۰/۸۰۵	۰/۶۶۷	–	۰/۳۶۷	۰/۴۶۷	۰/۸۱۷	۰/۸۴۴		
خودشیفتگی		۰/۷۷۹	۰/۸۴۲	۰/۷۱۲	۰/۲۷۸	۰/۳۱۳	۰/۴۱۵	۰/۵۲۷	۰/۵۲۷	۰/۸۰۹	
خودتنظیمی انگیزشی		۰/۸۱۹	۰/۸۶۶	۰/۶۵۳	۰/۱۵۹	۰/۳۷۹	۰/۴۹۷	-۰/۳۹۸	-۰/۳۹۸	-۰/۶۹۷	۰/۸۲۲
کیفیت مراقبت		۰/۹۴۲	۰/۹۴۸	۰/۶۷۵	۰/۴۶۷	۰/۳۴۲	۰/۴۱۳	-۰/۶۴۵	-۰/۶۴۵	۰/۵۰۴	۰/۴۵۰
کیفیت مراقبت	روانی- اجتماعی	۰/۹۱۲	۰/۹۵۶	۰/۶۲۳	۰/۹۴۷	۰/۴۲۱	۰/۴۳۹	–	–	–	–
	فیزیکی	۰/۷۵۶	۰/۸۲۹	۰/۵۷۷	۰/۵۱۳	۰/۳۲۲	۰/۴۴۴	–	–	–	–
	ارتباطی	۰/۶۸۷	۰/۷۴۰	۰/۶۹۰	۰/۳۶۸	۰/۳۲۸	۰/۴۵۳	–	–	–	–

با توجه به نتایج جدول (۴) مقدار آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای تمام متغیرها بالای ۰/۷ و مقدار AVE بالای ۰/۶ است، بنابراین می توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرای پژوهش را تأیید نمود. مقادیر شاخص R^2 و Q^2 ارتباط پیش بین برای هر متغیر برون زا و نقش پیش بینی کنندگی آن در متغیر درون زای مکنون را نشان می دهد. می توان اظهار نظر کرد که این معیار برای متغیرها درون زای مکنون در سطح مناسبی قرار دارد و نشان می دهد که قدرت پیش بینی مدل در خصوص این متغیرها در حد مطلوبی است. همچنین نتایج آزمون فورنل – لارکر نشان می دهد مقدار جذر متغیرهای مکنون (متغیرهای اصلی) که در خانه های AVE موجود در قطر اصلی ماتریس قرار گرفته اند، از مقدار همبستگی میان آن ها که در خانه های زیرین و چپ قطر اصلی قرار دارند، بیشتر است. پس از روایی واگرا برخوردار است.

آزمون اندازه اثر: معیار اندازه اثر f^2 در بخش ساختاری مدلسازی معادلات ساختاری به کار می رود و نشان از مقدار پیش بینی رفتار یک متغیر دورن زا توسط یک یا چند متغیر برون زا دارد. هرچه مقدار این معیار برای متغیرهای درون زای مدل ساختاری بیشتر باشد نشان از انتخاب مناسب متغیرهای انتخاب شده در مدل دارد. اندازه اثر f^2 به صورت نسبتی از تغییرات R^2 به روی بخشی از واریانس متغیر مکنون درون زا است که به صورت تبیین نشده در مدل باقی می ماند. مقدار اندازه اثر از رابطه زیر تعیین می گردد:

$$f^2= (R^2_{included} - R^2_{excluded}) / (1 - R^2_{included})$$

در نرم افزار PLS، اندازه اثر سازه ی برون زای آشفتگی اخلاقی روی سازه های درون زای کیفیت مراقبت پرستاران ۰/۳۳۰ است که اثری قوی دارد؛ اندازه ی اثر سازه ی برون زای خودشیفتگی بر روی سازه ی درون زای کیفیت مراقبت پرستاران ۰/۰۰۱ است که اثری ضعیف دارد؛ اندازه ی اثر سازه ی برون زای خودتنظیمی انگیزشی بر روی کیفیت خدمات پرستاران ۰/۰۰۹ است که اثری ضعیف دارد؛ (یعنی از بین آشفتگی اخلاقی، خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی، این متغیر آشفتگی اخلاقی است که بیشترین تأثیر را بر روی متغیر کیفیت مراقبت پرستاری دارد).

معیار GOF: مقدار GOF (برازش مدل کلی) هر دو بخش مدل اندازه گیری و ساختاری را کنترل می کند. این معیار از طریق فرمول زیر محاسبه می گردد:

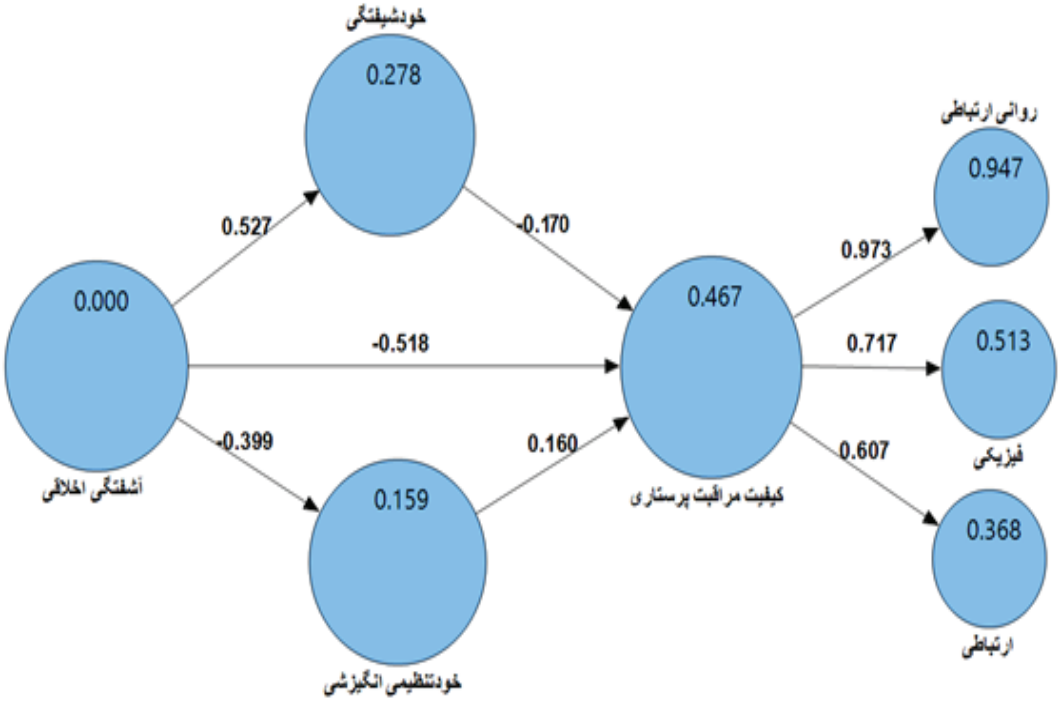
[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

$$GOF = \sqrt{average\ (AVE) \times average\ (R^2)}$$

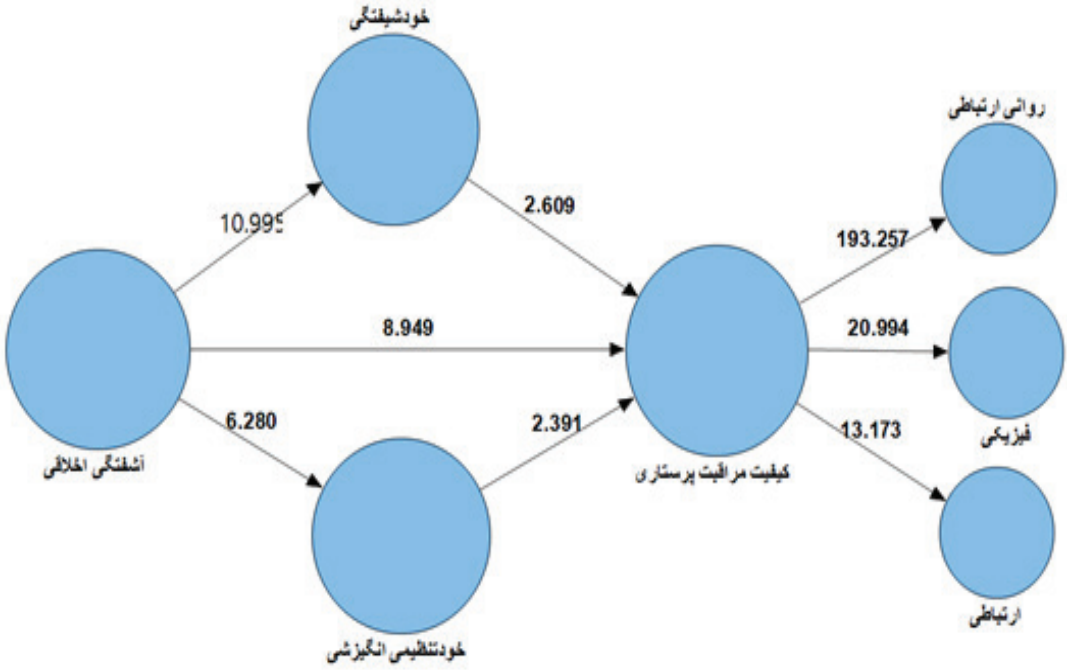
$$GOF = \sqrt{۰/۶۷۶ \times ۰/۳۰۱} = ۰/۴۵۱$$

با توجه به مقدار به دست آمده برای GOF به میزان ۰/۴۵۱، برازش بسیار مناسب و قوی مدل کلی تأیید می شود.

مدل ساختاری پژوهش: در ادامه مدل ساختاری پژوهش در حالت ضرایب مسیر (شکل ۲) و سطح معناداری (شکل ۳) گزارش شده است.



شکل ۲: مدل ساختاری پژوهش با نمایش ضرایب مسیر در نرم افزار Smart PLS



شکل ۳: مدل ساختاری پژوهش با نمایش سطح معناداری در نرم افزار Smart PLS

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

بررسی فرضیه های پژوهش: نتایج فرضیه های پژوهش در جدول (۵) گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج فرضیه های پژوهش

فرضیه	عنوان فرضیه	ضریب تأثیر (β)		سطح معناداری (t-value)		نتیجه
		مستقیم	غیرمستقیم	مستقیم	غیرمستقیم	
اول	تأثیر آشفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت	-۰/۵۱۸	-	۸/۹۴۹	-	تأیید
دوم	تأثیر آشفتگی اخلاقی بر خودشیفتگی	۰/۵۲۷	-	۱۰/۹۹۵	-	تأیید
سوم	تأثیر آشفتگی اخلاقی بر خودتنظیمی انگیزشی	-۰/۳۹۹	-	۶/۲۸۰	-	تأیید
چهارم	تأثیر خودشیفتگی بر کیفیت مراقبت	-۰/۱۷۰	-	۲/۶۰۹	-	تأیید
پنجم	تأثیر خودتنظیمی انگیزشی بر کیفیت مراقبت	۰/۱۶۰	-	۲/۳۹۱	-	تأیید
ششم	تأثیر آشفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت از طریق نقش میانجی خودشیفتگی	۰/۵۲۷	-۰/۱۷۰	۱۰/۹۹۵	۲/۶۰۹	تأیید
هفتم	تأثیر آشفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت از طریق نقش میانجی خودتنظیمی انگیزشی	-۰/۳۹۹	۰/۱۶۰	۶/۲۸۰	۲/۳۹۱	تأیید

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی آشفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری با تبیین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی در بیمارستان‌های دولتی شهرستان بروجرد انجام شد. فرضیه اول نشان داد آشفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری اثر منفی و معکوس دارد. Corrado & Molinaro (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند آشفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت های بهداشتی تأثیر منفی و معناداری دارد. با توجه به این که پرستاران و متخصصان امور بهداشتی و درمانی هر روز با شرایط جدیدی از بیماران و مشتریان مواجه می شوند و بسیاری از این موقعیت ها نیاز به تأمل زیادی دارند و اغلب برای نتیجه گیری از داوری شخصی و حرفه ای استفاده می شود، لذا در بسیاری موارد، فرایند تصمیم گیری به دلیل اعتقادات شخصی و حرفه ای و نیز الزامات نهادی یا قانونی که بر عهده آن ها در چگونگی ارائه خدمات گذاشته شده است، دشوار می شود و نتیجه آن آشفتگی اخلاقی خواهد بود که بر کیفیت مراقبت های بهداشتی تأثیر منفی و معناداری خواهد داشت (۱۲). آشفتگی اخلاقی مشکلات روانشناختی زیادی را برای پرستاران ایجاد می کنند. آشفتگی اخلاقی اولیه با احساس ناکامی، خشم و اضطراب وقتی که پرستار با موانع سازمانی و تعارضات بین فردی مواجه می شود مرتبط است. مدارک موجود نشان می دهد که آشفتگی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثر گذاشته، مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران ایجاد می کند (۲۸). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود که زمانی که پرستاران در بیمارستان، به بیمارانی که هیچ امیدی به بهبودی شان نیست و تنها به کمک دستگاه زنده نگهداشته شده اند توجه نکنند، وعده های دروغین به خانواده های بیماران بدهند، به حریم خصوصی بیماران احترام نگذارند و شرایط مشکوک به سوءاستفاده پرستارانِ همکار از بیمار را نادیده بگیرند، این آشفتگی اخلاقی در پرستاران منجر به کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری می شود. فرضیه دوم نشان داد که آشفتگی اخلاقی پرستاران بر خودشیفتگی اثر مثبت و مستقیم دارد. نتایج تحقیق کورلی (۱۹۹۱) بر روی دو گروه از پرستاران ICU نشان داد، در بخش اول ۱۸ درصد پرستاران، یا با فکر و از روی اندیشه شغلشان را ترک کرده بودند یا در حقیقت به علت آشفتگی اخلاقی آن را رها کرده بودند، در بخش دوم تحقیق، ۲۶ درصد از پرستاران، شغل پیشین را به خاطر آشفتگی اخلاقی ترک کرده بودند. با ادامه شرایط استرس زا، منابع مقاومت در پرستاران درهم شکسته و پی آمدهایی نظیر رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی شغلی ایجاد می شود و نهایتاً پرستارانی که دچار آشفتگی اخلاقی هستند، بیشتر احتمال دارد که محل کار خود را تغییر داده و یا حرفه پرستاری را ترک کنند (۲۹). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود که اگر پرستاران در بیمارستان، تنها به دستورات درمانی پزشکان عمل کنند و شرایط روحی و روانی بیماران و خانواده های آن ها را لحاظ نکنند و ارزش های اخلاقی را معیار رفتار خود با دیگران لحاظ ننمایند، این آشفتگی

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

اخلاقی منجر به خودشیفتگی پرستاران می شود. فرضیه سوم نشان داد آشفتگی اخلاقی پرستاران بر خودتنظیمی انگیزشی اثر مثبت و مستقیم دارد. Harmic (۲۰۰۰) نشان می دهد که آشفتگی شغلی از جمله عوامل بروز افسردگی شغلی پرستاران است. آنان اکثراً سخت تر و طولانی تر کار کرده و احساس درماندگی می کنند، این پرستاران، سرپرستاران را غیرحمایت گر درک کرده کاهش اعتماد را نسبت به همکاران خود تجربه می کنند، پرستاران در این موقعیت های دشوار احساس انزوای بیشتر کرده در یک دور بستهٔ باطل گرفتار می شوند، در این دور، آشفتگی اخلاقی بر کمبودهای روانشناختی و این کمبودها نیز موجب افزایش آشفتگی اخلاقی می شوند (۳۰). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود که زمانی که پرستاران متوجه شوند یکی از همکارانشان در مقابل با بیماران کار اشتباهی مرتکب شده، گزارش نداده و هیچ واکنشی نشان ندهند و بیماری که شرکت بیمه هزینه هایش را تقبل نکرده، درمان مناسب ارایه ندهند و به علت دستور بالادست مراحل کاغذ بازی را انجام و وقت ارباب رجوع را تلف نمایند، باعث می شود که این خودتنظیمی انگیزشی به افزایش خودشیفتگی پرستاری منجر می شود. فرضیه چهارم نشان داد اثر خودشیفتگی بر کیفیت مراقبت پرستاری منفی و معکوس دارد. نتایج تحقیق Besharat et. al (۲۰۱۱) نشان داد که خودشیفتگی با کیفیت روابط بین–شخصی رابطه منفی دارد. خودشیفتگی به عنوان موهبتی آمیخته از جنبه های انطباقی و غیرانطباقی تشکیل شده است (۳۱). توصیف های بالینی از اشخاص با شخصیت خودشیفته به طور منظم بر سبک های بین شخصی کنترل کننده و بهره کشی بسیار بالای آن ها تأکید می کنند. این سبک ها به منظور ترمیم حس شکننده ای که آن ها از خود دارند استفاده می شود. رفتارهای اهانت آمیز و انتقام گرایانه ای که خودشیفته ها استفاده می کنند بین آن ها و افراد دیگر فاصله می اندازد. افراد خودشیفته تمایل دارند تا حرمت بر دیگران، عدم اعتماد به افراد دیگر، بد نام کردن دیگران و ارزش کاهی خود را از طریق تسلط افرادی که حس برتری طلبی فرد را تهدید می کنند، افزایش دهند (۳۲). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود زمانی که در بیمارستان پرستاران، تلاش کنند خود را فردی موفق جلوه دهند، داشتن قدرت و نفوذ بر دیگران را دوست داشته باشند، همیشه نسبت به کاری که می دهند اطمینان داشته باشند، در جهت جلب نظر دیگران فعالیت نمایند و خود را به دیگران بقبولانند باعث می شود خودشیفتگی در بین پرستاران افزایش یابد که بر کاهش کیفیت مراقبت پرستاری منجر می شود. فرضیه پنجم نشان داد خودتنظیمی انگیزشی بر کیفیت مراقبت پرستاری مثبت و مستقیم دارد. خودتنظیمی حرفه ای، به عنوان یک امتیاز زمانی به یک حرفه واگذار می شود که عموم مردم با خودتنظیمی آن حرفه، بهترین نوع خدمات را دریافت کنند (۳۳). در واقع خودتنظیمی حرفه ای سبب تضمین کیفیت خدمات می شود (۳۴). در دو دهه اخیر، سازمان جهانی بهداشت، به منظور تربیت و به کارگیری نیروی کار پرستاری شایسته و مجرب، دولت ها را به تقویت چارچوب های خودتنظیمی حرفه ای توصیه کرده است. شورای بین المللی پرستاران خودتنظیمی حرفه ای را روشی می داند که به وسیله آن نظم، ثبات و کنترل بر حرفه و عملکرد آن اعمال می شود. تحقیقات ملی و بین المللی نشان می دهد خودتنظیمی حرفه ای باعث بهبود استانداردهای آموزش و بالین می شود که خود موجب افزایش قدرت حرفه در اداره امور خویش می شود (۳۵). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود که پرستاران اگر تلاش کنند خود را فردی موفق جلوه دهند، داشتن قدرت و نفوذ بر دیگران را دوست داشته باشند، همیشه نسبت به کاری که انجام می دهند اطمینان داشته باشند، در جهت جلب نظر دیگران فعالیت نمایند و خود را به دیگران بقبولانند باعث می شود خودشیفتگی در بین آن ها افزایش یابد که بر کاهش کیفیت مراقبت پرستاری منجر می شود. اگر پرستاران توجه خود را به اهمیت واقعیت انجام خوب کارهای شان جلب کنند، قبل از انجام کار تمامی عوامل حواس پرتی را از خود دور کنند، تلاش نمایند در مقایسه با همکارانشان بهتر عمل کرده و در راستای خواسته های شخصی خود اقدام نمایند باعث می شود خودتنظیمی در بین پرستاران افزایش یابد که بر کاهش کیفیت مراقبت پرستاری منجر می شود. فرضیه ششم نشان داد خودشیفتگی نقش متغیر میانجی بین آشفتگی اخلاقی و کیفیت مراقبت را دارد. Sousa, McDonald, Rushby, Li, Dimoska, & James (۲۰۱۰) در تحقیق خود نشان دادند که خودشیفتگی در رابطه بین همدلی و کیفیت روابط بین شخصی نقش میانجی دارد (۳۶). خودشیفته ها برای تنظیم حرمت خود از مکانیسم های درون شخصی و راهبردهای بین شخصی استفاده می کنند. روابط بین شخصی که به وسیله فرامن نابالغ خودشیفته شکل

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

مـی گیـرد، بـا بهـره کشـی، مزاحمـت و عـدم اعتمـاد بـه دیگران مشـخص مـی شـود. چرخـه معیوبـی از رفتارهـا وجـود دارد کـه در آن رفتـار بیـن شـخصی نادرسـت فـرد خودشـیفته باعث شکسـت در روابـط اجتماعـی مـی شـود و ایـن رفتارهـای بیـن شـخصی نادرسـت بـه منظـور محافظـت از حـس شـکننده خـود فـرد خودشـیفته بـه کارگرفتـه مـی شـوند (۳۱). در تبییـن ایـن فرضیـه مـی تـوان بیـان نمـود کـه زمانـی کـه پرسـتاران در بیمارسـتان، بـرای نجـات جـان بیمـاری کـه مـی داننـد اقدامـات درمانـی، تنها مرگـش را بـه تأخیـر مـی انـدازد، تـلاش نکننـد، از بیمـاری که به دلیـل عـدم تجویـز داروی کافـی از سـوی پزشـک رنـج مـی کشـد، پرسـتاری نکننـد، بـا پزشـکان و پرسـتارانی کـه شایسـتگی لازم و کافـی در آن هـا نمـی بیننـد، همـکاری نکنند و نیـز خـود را افـرادی بـا نفـوذ و قابـل اطمینـان درک کـرده و قـادر باشـند هـر چیـزی را کـه مـی خواهنـد بـه دیگـران بقبولاننـد باعـث مـی شـود آشـفتگی اخلاقـی در بیـن پرسـتاران افزایـش یابـد کـه بـر افزایـش خودشـیفتگی آن هـا تاثیرگـذار خواهـد بـود و در نهایـت بـه کاهـش کیفیـت مراقبـت پرسـتاری منجـر مـی شـود. فرضیـه هفتـم نشـان داد خودتنظیمـی انگیزشـی نقش متغیـر میانجـی آشـفتگی اخلاقـی بـر کیفیـت مراقبـت را دارد. Lynn, McMillen & Sidani (۲۰۰۷) در پژوهشـی بـا عنـوان درک و سـنجش ارزیابـی بیمـاران از کیفیـت مراقبـت هـای پرسـتاری نشـان دادنـد کـه پرسـتاران در جایـگاه ارائـه خدمـت، فعالیـت هـای خـود را بـر اسـاس ارزش هـای مشـترکی بنـا مـی نهنـد کـه معمـولاً ایـن ارزش هـا در کدهـای اخـلاق حرفـه ای منعکـس مـی گـردد. بـر اسـاس کدهـای اخـلاق پرسـتاری، مهمتریـن مسـئولیت حرفـه ای پرسـتاران اهمیـت دادن بـه نیازهـای بیمـاران و فراهـم کـردن محیطـی اسـت کـه بـه ارزش هـا عقایـد، حقـوق و کرامـت آن هـا احتـرام گذاشـته شـود و مراقبـت هـای پرسـتاری بـر اسـاس ایـن کدهـا ارائـه گـردد (۳۷). Nathaniel (۲۰۰۶) در تحقیـق خـود بـا عنـوان حسابرسـی اخلاق در پرسـتاری نشـان داد آشـفتگی اخلاقـی پرسـتاران بـه معنی درد و ناراحتـی ذهنـی و احساسـی در پرسـتاران اسـت کـه بـه دلیـل بـروز ایـن آشـفتگی، فـرد پرسـتار ضمـن داشـتن آگاهـی و توانایی لازم جهـت تعامـل اخلاقـی بـه دلیـل محدودیـت هـای ذهنـی از نظـر اخلاقـی مرتکـب خطـا مـی شـود که بـه عنـوان یـک عامل بالقـوه در رفتـار پرسـتاران مـی توانـد بـر کیفیـت مراقبـت هـای آنـان از بیمـاران آسـیب رسـاند (۳۸). در تبییـن ایـن فرضیـه مـی تـوان بیـان نمـود زمانـی کـه پرسـتاران در بیمارسـتان، تنهـا بـه دسـتورات درمانـی پزشـکان در خصـوص بیمارانـی کـه امیدی بـه درمانشـان نیسـت، عمـل کننـد، بـه بیمـاری کـه شـرکت بیمـه هزینـه هایـش را تقبـل نمـی کنـد، درمـان مناسـب ارایـه ندهنـد و نیـز قبـل از انجـام کار تمامـی عوامـل حـواس پرتـی را از خـود دور کـرده و در جهـت رفـع عیـوب عملیاتـی خـود تـلاش نماینـد باعـث مـی شـود آشـفتگی اخلاقـی در بیـن پرسـتاران افزایـش یابـد کـه بـر افزایـش خودتنظیمـی انگیزشـی آن هـا تاثیرگـذار خواهـد بـود و در نهایـت بـه کاهـش کیفیـت مراقبـت پرستاری منجر می شود.

سپاسگزاری

مقالـه حاضـر، مسـتخرج از پایـان نامـه کارشناسـی ارشـد رشـته مدیریـت دولتـی و دارای مصوبـه کمیتـه اخـلاق معاونـت علـوم پزشـکی دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد بروجـرد بـه شناسـه IR.IAU.B.REC.1399.015 اسـت. لـذا از تمـام مسـؤلین معاونـت پژوهشـی و معاونـت علـوم پزشـکی دانشـگاه و اعضـای کمیتـه اخـلاق در خصـوص تصویـب پژوهـش نهایـت تقدیـر و تشـکر بـه عمـل مـی آیـد. پژوهشـگران لازم مـی داننـد تـا مراتـب تشـکر و قدردانـی خـود را از مدیـران و پرسـتاران بیمارسـتان هـای دولتـی دانشـگاه علـوم پزشـکی و خدمـات بهداشـتی درمانـی اسـتان لرسـتان (شـهر بروجـرد) ابـراز نماینـد.

References

1. Mosaferchi, S., Sepidarkish, M., Mortezapoor Sofiani. A., Momenyan, S., Nasiri, Z., Zakarian, S.A. Yaseri M. The Role of Individual Factors in the Career Performance of Nurses (Case Study: Selected Hospitals of Tehran). Occupational Medicine Quarterly Journal. 2018; 1(10): 54-61. [Persian].
2. Asgari, Z., Pahlavanzadeh, S., Alimohammadi, N., Alijanpour, Sh. Quality of Holistic Nursing Care from Critical Care Nurses› Point of View. Journal Crit Care Nurs. 2019 April; 12(1): 9-14. [Persian].
3. Lang, N.M., & Clinton, J. F. Assessing the quality of nursing and health care, Annu Rev Nurse Res. 2003; 2: 135-163.
4. Burhans, L.M., & Alligood, M.R. Quality nursing care in the words of nurses, J Adv Nurse. 2010; 66(8): 1689 - 1697.
5. Datobar, H.AS, Khafri, S., Jahani, MA., Naderi, R. Patient's satisfaction of emergency department affiliated hospital of babol university of medical

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

sciences in 2013-14. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2016; 56-62. [Persian].
6. Ackley, BJ., Ladwig, GB., Msn, R., Makic, MBF., Martinez-Kratz, M., Zanotti, M. Nursing Diagnosis Handbook E-Book: An Evidence-Based Guide to Planning Care: Mosby. 2019; 40-43.
7. Lu, H., Zhao, Y. While AJIjons. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. 2019; 94: 21-31.
8. Khaki, S., Esmaeilpourzanjani, S., Mashouf, S. Nursing cares quality in nurses. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2018; 3(4): 1-14. [Persian].
9. Handzo, GF. AM., Wintz, SK. National Consensus Project's Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Why is This Important to Chaplains? Journal of health care chaplaincy. 2019; 26: 1-4.
10. Radwin, LE., Cabral, HJ., Seibert, MN., Stolzmann, K., Meterko, M., Evans, L., et al. Patient-Centered Care in Primary Care Scale: Pilot Development and Psychometric Assessment. 2019; 34(1): 34-9.
11. Stimpfel, AW., Gilmartin, M. Factors Predicting Adoption of the Nurses Improving Care of Healthsystem Elders Program. 2019; 68(1): 13-21.
12. Corrado, A. M., Molinaro, M. L. Moral distress in health care professionals, UWOMJ. 2017; 86(2): 32-37.
13. Khaanjani, S., Donyavi, V., Asmari, Y., Rajabi, M. The effectiveness of group training Acceptance and Commitment therapy on Moral Distress and Resiliency in Nurses. Journal of Nurse and Physician Within War. 2018; 5(16); 50-58. [Persian].
14. Hewlett, S., Ambler, N., Almeida, C., Cliss, A., Hammond, A., & Kitchen, K. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: A randomised controlled trial of group cognitive-behavioural therapy, Ann Rheum Dis. 2011; 70: 1060-1067.
15. Corley, M. C., Minnick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. Nurse moral distress and ethical work environment, Nursing Ethics. 2005; 12(4): 381-390.
16. Zuzelo, P. Exploring the moral distress of tegistered nurses. Nursing Ethical. 2007; 14(3): 344-359.
17. Sehat Bakhsh, A., Salehi, A. The Relationship between Moral Distress and Job Burnout and Mental Health in Female Nurses Working in Yazd Hospitals. M.Sc. Thesis, University of Guilan, Faculty of Literature and Humanities. 2011. [Persian].
18. Aqrloo, M., Saffaronia, M., Alipour, A. The Relationship between narcissism and self-Objectification and sexual self-esteem in married female students of Payame Noor University of Kish. M.Sc. Thesis, Payame Noor University Kish International Center. 2017. [Persian].
19. Campbell, W.K., Foster, C.A. Narcissism and commitment in romantic relationships: An investment model analysis, SAGE Journals. 2007; 28(4): 484-495.
20. Ogrodniczuk, J.S. (Ed.). Understanding and treating pathological narcissism. Washington, D.C: American Psychological Association. 2013.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), (5thed). Washington, DC: AmericanPsychiatric Publishing. 2013.
22. Shokrollah Khajavi, Sh., Dehghani, A.A., Roosta, M. Investigation the Moderating Role of CEO Narcissism on Explaining the Relationship between Corporate Social Responsibility and Financial Performance of Listed Companies of Tehran Stock Exchange. Accounting & Auditing Studies, Autumn 2018; 39: 57-74. [Persian]
23. Abbasi, M., Pirani, Z., Razmjoiy, L., Bonyadi, F., Role of Procrastination and Motivational Self-Regulation in Predicting Students› Behavioral Engagement. Educ Strategy Med Sci. 2015; 8(5): 295-300. [Persian].
24. Bodrova, E., Leong, D. Promoting student self-regulation in learning, Educational Diges. 2005; 71: 54-57.
25. Firoozbakht, S., Latifian, M. Investigating the mediating role of resilience in the relationship between family communication patterns and motivational self-regulation in male and female students. M.Sc. Thesis, Shiraz University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. 2011. [Persian].
26. Ames, D.R., Rose, P., Anderson, C.P. The NPI-16 as a short measure of narcissism. Journal of Research in Personality. 2006; 40: 440-450.
27. Kim YE, Brady AC, Wolters CA. Development and validation of the brief regulation of motivation scale. JLID 2018; 67(2): 259-65.

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]

Dimoska, A., & James, C. Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. Cortex, in press. 2010.
37. Lynn, M. R., McMillen, B. J., & Sidani, S. Understanding and measuring patients› assessment of the quality of nursing care, Nursing Research, 2007; 56(3): 159-166.
38. Nathaniel, A.K. Moral reckoning in nursing, West Journal Nurse Research. 2006; 28(4): 439-448.
39. Abbass Zadeh A, Nakhei N, Borhani F. Roshan Zadeh M. .Impact of moral distress nurses tend to leave the teaching hospitals of Birjand. Iranian J Med Ethics Hist 2013; 6 (2) :57-66 [Persian].
40. Hosseinlou, Z., azadyekta, M., nasrolahi, B. Investigating the relationship between attachment styles and early maladaptive schemas with incidence of Narcissistic personality traits in medical students of Tehran universities. Journal of Psychological Studies, 2019; 15(3): 141-158. [Persian].
41. Farhadi M, Mohagheghi H, Karimi K. Investigating the Factor Structure of Motivational Self-Regulation Scale among Students of the Hamedan University of Medical Sciences in 2017: A Descriptive Study. JRUMS. 2020; 18 (11) :1115-1128. [Persian].
42. Rezaei, M. Evaluation of the effect of spiritual intelligence on the quality of nursing care in bandar abbas hospitals. [Master Thesis]. Nursing Islamic Azad University. Hormozgan Science and Research Campus. Summer of 2013. [Persian].
43. Pouladi. S, Benhelal. A, Gerry. S,Mahmoodi. M, The knowledge and satisfaction of nurses about pay for performance (Qasedak Plan) and its relationship with the quality of nursing care. 2018; 7 (2):37- 48. [Persian].

28. Rice, E.M., Rady, M.y., Harmic, A., Verheijde, JL., Pendergast, DK. Determinants of moral distress in medical and surgical Nurses at an adult acute tertiary care hospital. J Nurs Manag 2008; 16(3): 360-730.
29. Shakeri Nia, A. Moral Distress, Job Burnout and Mental Health in nurses of Yazd City. Quarterly Journal of Medical Jurisprudence. 2013; 4 (11 & 12): 167-1191. [Persian].
30. Harmic, AB. Moral Distress in everyaay elhics. Nurs outlook. 2000; 48: 199-207.
31. Besharat, M.A., Khodabakhsh, M.R., Farahani, H., Rezazadeh, S.M.R. Mediation role of narcissism on the relationship between empathy and quality of interpersonal relationships. Journal of Applied Psychology. 2011; 1(17): 7-23. [Persian].
32. Ogrodniczuk, J., Piper, W. E., Joyce, A.S., Steinberg, P.I., Duggal, S. Interpersonal Problem associated with narcissism among psychiatric outpatients. Journal of psychiatry. 2009; 43: 837-842.
33. Fowler, MDM. Guide to nursing's social policy statement: understanding the profession for social contract to social covenant. Silver Spring, Maryland: American Nurses Association; 2015. 27.
34. Brownie, SM., Hunter, LH., Aqtash, S., Day, GE. Establishing policy foundations and regulatory systems to enhance nursing practice in the United Arab Emirates. Policy Polit Nurs Pract. 2015 FebMay; 16(1-2): 38-50.
35. Yadegary, M.A., Aghajanloo, A., Negarandeh, R. Challenges of professional self-regulation in Iranian nursing. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2017; 23(1): 1-6. [Persian]
36. Sousa, A.D., McDonald, S., Rushby, J., Li, S.,

[Downloaded from ijnv.ir on 2022-04-12]