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 2026-01-30]

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 ویژه-ای 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

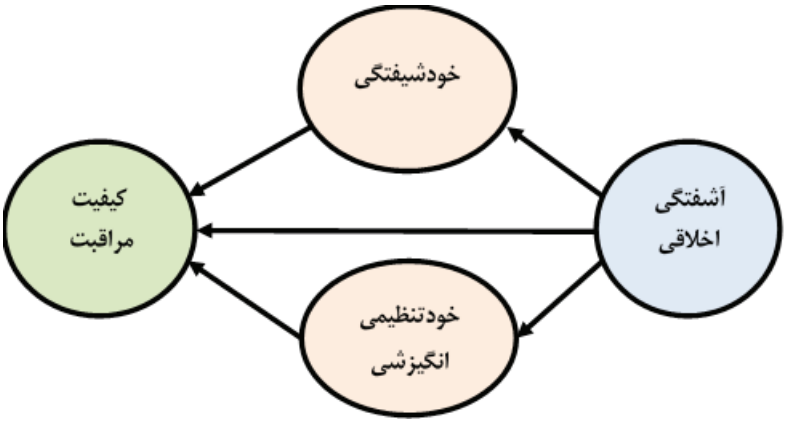
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-01-30]

و نیز تضمینی بر سلامت آحاد جامعه باشد (۴). پرستاران با ارتقاء توانایی خود در شناسایی و رفع نیازهای همه جانبه بیمار، ارائه مراقبت مطلوب و دستیابی به بالاترین سطح سلامتی را میسر می سازد. از طرفی نه تنها هدف نهایی خدمات نظام بهداشتی درمانی ارائه مراقبت با کیفیت در راستای بهبود نتیجه خدمات برای بیمار و جامعه است (۵)، بلکه اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت، ارزشیابی فعالیت های پرستاران در ارائه مراقبت پرستاری به بیماران هست (۶). لذا در اغلب کشورهای جهان درجه بندی و اعتباربخشی بیمارستان ها، در نظر گرفتن کیفیت مراقبت های پرستاری است (۷). به همین دلیل دیدگاه پرستاران از کیفیت ارائه خدمات به عنوان یکی از منابع اصلی و مهم در راستای بررسی کیفیت مراقبت پرستاری در نظر گرفته می شود (۲)، زیرا ساعات زیادی را بر بالین بیماران می گذرانند و تعاملات فراوان و مشاهدات مستقیم از مراقبت دارند (۸). مضامین کلیدی کیفیت مراقبت پرستاری شامل دستیابی به نیازهای فیزیکی، فراهم نمودن حمایت های روانی اجتماعی، اطمینان از توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران و رضایت مندی ایشان از مراقبت ها، پاسخگو و مسئول بودن مراقبت های پرستاری به نیازهای بیماران و اطمینان از ارائه مراقبت های جامع از بیمار است (۹). در مطالعه خاکی و همکاران (۲۰۱۸)، ۸۴ درصد پرستاران کیفیت مراقبت های پرستاری را در بعد روانی اجتماعی، ۷۹ درصد در بعد فیزیکی و ۶۸/۵ درصد در بعد ارتباطی مطلوب ارزیابی کردند (۸). دیدگاه پرستاران در ارزشیابی کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان یک شاخص معتبر قلمداد می گردد و قادر هستند ابعاد مختلفی از متغیرهای موثر بر شاخص های حرفه ای و کیفیت مراقبت پرستاری را بیان نمایند و بدین طریق به بهبود کیفیت مراقبت پرستاری کمک کنند (۱۰). از این رو، مطالعات متعددی به منظور بررسی کیفیت مراقبت پرستاری و عوامل موثر بر آن انجام گرفته است (۱۰،۱۱). به این ترتیب، با توجه به اهمیت کیفیت مراقبت های پرستاری در محیط های بهداشتی و درمانی و نیز به دلیل تغییرات زیادی که در سازمان ها و مشاغل پرستاری در مورد ارتقاء کیفیت مراقبت ها به وجود آمده است ضرورت دارد توانایی ها و صلاحیت های نیروی انسانی ارتقاءیافته و عوامل مشکل زا در بهبود کیفیت مراقبت های پرستاری شناسایی گردد که یکی از این عوامل آشفتگی اخلاقی پرستاران است (۱۲). منظور از آشفتگی اخلاقی نشانگان استرس منفی است و در موقعیت های که ابعاد اخلاقی مطرح است و پرستار احساس می کند که نمی تواند تمامی ارزش ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می دهد. آشفتگی اخلاقی بر روی زندگی شخصی و زندگی شغلی پرستاران تأثیر می گذارد (۱۳). آشفتگی اخلاقی زمانی به وجود می آید که پرستار به دلیل محدودیت های سازمانی انجام عمل اخلاقی را غیرممکن می بیند؛ اما به دلیل نوع دوستی آن را انجام می دهند، در حالی که چنین مسائلی از نظر مدیریت پرستاری مطلوب شناخته نمی شود (۱۴). مشکلات مربوط به آشفتگی اخلاقی از شدیدترین مسائل روانشناختی در پرستاری تلقی می شود که هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای نامطلوبی به دنبال دارد (۱۵). آشفتگی در شرایطی که در آن عمل پرستاری کردن، به علت فقدان تدابیر، پیچیدگی سازمانی یا شغلی تحلیل می رود، تشدید می شود (۱۶). آشفتگی اخلاقی یک مسأله جدی در پرستاری است که به استرس هیجانی و جسمانی قابل توجه ای منجر می شود که این موضوع بر روابط با بیماران و دیگران تأثیر می گذارد و می تواند کیفیت و کمیت و ارزش مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار بدهد (۱۷).خودشیفتگی یکی دیگر ازمفاهیم قدیمی در روانشناسی محسوب می شود که بر کیفیت مراقبت های پرستاران تأثیر می گذارد؛ و امروزه، هم به عنوان صفت شخصیتی در سطح بالینی و هم به عنوان صفت شخصیتی در سطح غیربالینی، موضوع مورد مطالعه در ادبیات پژوهش است؛ و با ویژگی هایی همچون خودبزرگ بینی، تخیلات افراطی در مورد قدرت، زیبایی و موفقیت، حساسیت زیاد نسبت به انتقاد و احساس بی نظیر بودن مشخص می شود (۱۸). افراد با شخصیت خودشیفته دارای غرور بالا و دیدگاه های مثبت غیرواقع بینانه از خود هستند و بر آن چه که به نفع شان است تمرکز دارند بدون توجه به این که اعمال شان ممکن است برای دیگران ناخوشایند و آسیب زننده باشد (۱۹). خودشیفتگی اختلالی است که به گرایش های نیاز به تحسین و تأیید مربوط می شود (۲۰). بر اساس تعریف راهنمای تشخیصی و آماری، اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، ویژگی های فرد خودشیفته با الگوی فراگیر بزرگ منشی (در خیال و رفتار)، از اوایل بزرگسالی آغاز می شود. این افراد به هیچ وجه تحمل انتقاد ندارند و در صورت انتقاد از آن ها، به طور کلی نسبت به انتقاد بی اعتنا هستند یا عصبانی می شوند و صرفاً نظر خود را قبول دارند (۲۱). خودشیفتگی در پرستاران،

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-01-30]

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 2026-01-30]

تماماً بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت طبقه بندی شده اند.

۱. پرسشنامه آشفتگی اخلاقی: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۵ توسط Corley و همکاران ارائه شد (۱۵)؛ و شامل مواقعی است که فرد شدت و تکرار آشفتگی اخلاقی را با قرار گرفتن در آن موقعیت ها نشان می دهد. در این پرسشنامه عدد ۵ بیشترین میزان آشفتگی اخلاقی و عدد صفر فقدان وجود آشفتگی اخلاقی را نشان می دهد. در پژوهش عباس زاده و همکاران (۲۰۱۳) پایایی این ابزار برحسب (آلفای کرونباخ) ۰/۹۳ گزارش شد (۴۰).

۲. پرسشنامه خودشیفتگی: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۶ توسط Ames و همکاران ارائه، و فاقد زیرمقیاس است. این ابزار خودشیفتگی را بر اساس رویکردی تک بُعدی ارزیابی می کند (۲۶). ضرایب پایایی بازآزمایی در طول ۵ هفته توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش حسین لو و همکاران (۲۰۱۹) پایایی این ابزار برحسب (آلفای کرونباخ) ۰/۸۲ به دست آمد (۴۱).

۳. پرسشنامه خودتنظیمی انگیزشی: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۸ توسط Kim و همکاران ارائه شد (۲۷)؛ تا محدودیت های ساختاری ابزارهای موجود سنجش خودتنظیمی انگیزشی را برطرف نماید و گرایش کلی آزمودنی ها را به خودتنظیمی انگیزشی در یک بعد ارزیابی، و طیف وسیعی از موانع انگیزشی که آنها به هنگام انجام یک فعالیت با آن رو به رو می شوند، ارزیابی کند. ضریب پایایی این مقیاس توسط سازندگان اصلی آزمون ۰/۸۵ گزارش شد. در پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۸) پایایی این ابزار برحسب (آلفای کرونباخ) ۰/۸۶ به دست آمد (۴۲).

۴. پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری: در این مطالعه از پرسشنامه استاندارد مراقبت پرستاری رضایی (۱۳۹۲) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال در سه بعد روانی ـ اجتماعی، ارتباطی و فیزیکی است. حداقل نمره کل پرسشنامه ۶۵ و حداکثر ۲۶۰ می باشد؛ و نمرات بین ۸۷-۶۵ بیانگر کیفیت مراقبت ضعیف، نمرات بین ۱۷۴-۸۸ بیانگر کیفیت مراقبت متوسط و نمرات بالاتر از ۱۷۴ دلالت بر کیفیت مراقبت بالای پرستاری است (۴۳). در پژوهش پولادی و همکاران (۱۳۹۷) پایایی این ابزار برحسب (آلفای کرونباخ) ۰/۹۴ گزارش شد (۴۴).

یافته ها

مشخصات جمعیت شناختی پرستاران بیمارستان های دولتی شهر بروجرد در نمونه ی ۱۹۵ تایی بررسی شد. نتایج در جدول (۱) گزارش شده است.

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

یافته های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی و کولموگروف – اسمیرنوف متغیرهای پژوهش و همچنین ارتباط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۲) مورد بررسی قرار گرفته است.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-01-30]

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
کیفیت مراقبت	روانی- اجتماعی	۳/۲۸	۰/۴۴	-۰/۹۷۱	۱/۳۶۴	۱/۴۲۹	۰/۱۳۴	۰/۵۴۱**	۰/۴۹۳**	۰/۵۱۳**
	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

بـر اسـاس نتایـج جـدول (۲)، نتایـج نشـان مـی دهـد کـه میانگیـن تمـام متغیرهـا از مقـدار متوسـط (۳) بیشـتر اسـت. بیشـترین مقـدار مربـوط بـه آشـفتگی اخلاقـی (۳/۹۲) و کمتریـن مقـدار مربـوط بـه کیفیـت مراقبـت فیزیکـی (۳/۰۹) اسـت. البتـه تنهـا در متغیـر آشـفتگی اخلاقـی میانگیـن بیـش از ۳/۵ اسـت که بـه گزینـه زیـاد تمایـل دارد و در بقیـه متغیرهـا مقـدار میانگیـن به گزینـه متوسـط نزدیـک اسـت. از نظـر ضریـب چولگـی و ضریـب کشـیدگی نیـز بـه دلیـل ایـن کـه مقـدار آن در تمـام متغیرهـا در بـازه (۲ ، ۲-) قـرار دارد مـی تـوان گفـت توزیـع داده هـا بـه توزیع نرمـال نزدیـک اسـت. نتایـج آزمـون کولموگـروف - اسـمیرنوف نشـان داد سـطح معنـاداری متغیرهـای تحقیـق بیشـتر از ۰/۰۵ اسـت، لـذا فرضیـه صفـر یعنـی نرمـال بـودن متغیرهـا مـورد تأیید قـرار مـی گیـرد. همچنیـن نتایـج آزمـون همبسـتگی پیرسـون نشـان داد کـه آشـفتگی اخلاقـی بـا خودشـیفتگی ارتبـاط مثبـت و مسـتقیم و بـا خودتنظیمـی انگیزشـی و کیفیـت مراقبت پرسـتاری رابطـه منفـی و معکـوس دارد. خودشـیفتگی بـا کیفیـت مراقبـت پرسـتاری رابطـه منفـی و معکـوس و خودتنظیمـی انگیزشـی بـا کیفیـت مراقبـت پرسـتاری رابطـه مثبـت و مسـتقیم دارد.

مدلسازی معادلات ساختاری

در ایـن پژوهـش بـه منظـور تحلیـل داده هـای پژوهـش، مـدل مفهومـی و اسـتنباط آمـاری از نـرم افـزار PLS Smart اسـتفاده شـده اسـت.

مـدل هـای انـدازه گیـری: بـه رابطـه بیـن متغیرهـای نهفتـه بـا مشـاهده گرهـا، مـدل انـدازه گیـری گفتـه مـی شـود. در آزمـون همگـن بـودن سـؤالاتی کـه بـار عاملـی آن هـا کمتـر از ۰/۵ اسـت، حـذف مـی شـوند، نتایـج در جـدول (۳) گـزارش شـده اسـت.

[Downloaded from ijnv.ir on 2026-01-30]

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	خودتنظیمی انگیزشی	Q6 Q7	Q5	۰/۶۹	۶	کیفیت مراقبت	روانی اجتماعی Q24 Q25	Q23	۰/۲۷	۱/۴۲
	Q2	۰/۸۸	۹			۰/۸۱	۸				۰/۱۸	۱/۰۲	
	Q3	۰/۵۷	۴			۰/۵۶	۵				۰/۶۲	۷	
	Q4	۰/۷۶	۷			Q1	۰/۵۲	۴			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		فیزیکی	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 2026-01-30]

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:

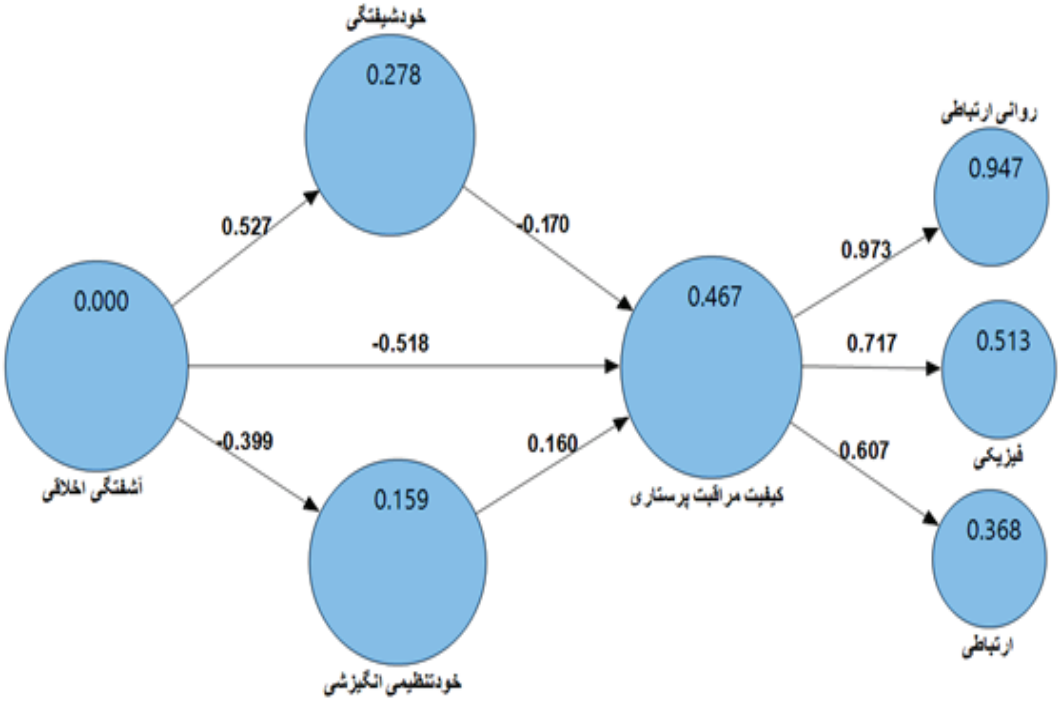
[Downloaded from ijnv.ir on 2026-01-30]

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

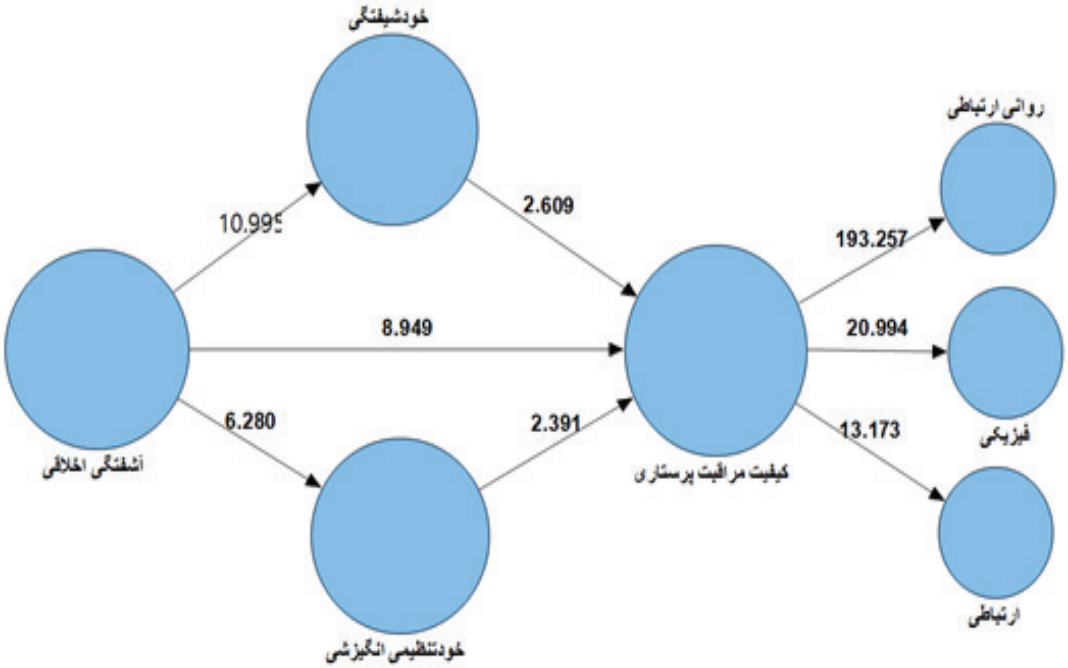
$$GOF = \sqrt{۰/۶۷۶ \times ۰/۳۰۱} = ۰/۴۵۱$$

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 2026-01-30]

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 2026-01-30]

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 2026-01-30]

می گیرد، با بهره کشی، مزاحمت و عدم اعتماد به دیگران مشخص می شود. چرخه معیوبی از رفتارها وجود دارد که در آن رفتار بین شخصی نادرست فرد خودشیفته باعث شکست در روابط اجتماعی می شود و این رفتارهای بین شخصی نادرست به منظور محافظت از حس شکننده خود فرد خودشیفته به کارگرفته می شوند (۳۱). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود که زمانی که پرستاران در بیمارستان، برای نجات جان بیماری که می دانند اقدامات درمانی، تنها مرگش را به تأخیر می اندازد، تلاش نکنند، از بیماری که به دلیل عدم تجویز داروی کافی از سوی پزشک رنج می کشد، پرستاری نکنند، با پزشکان و پرستارانی که شایستگی لازم و کافی در آن ها نمی بینند، همکاری نکنند و نیز خود را افرادی با نفوذ و قابل اطمینان درک کرده و قادر باشند هر چیزی را که می خواهند به دیگران بقبولانند باعث می شود آشفتگی اخلاقی در بین پرستاران افزایش یابد که بر افزایش خودشیفتگی آن ها تاثیرگذار خواهد بود و در نهایت به کاهش کیفیت مراقبت پرستاری منجر می شود. فرضیه هفتم نشان داد خودتنظیمی انگیزشی نقش متغیر میانجی آشفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت را دارد. Lynn, McMillen & Sidani (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان درک و سنجش ارزیابی بیماران از کیفیت مراقبت های پرستاری نشان دادند که پرستاران در جایگاه ارائه خدمت، فعالیت های خود را بر اساس ارزش های مشترکی بنا می نهند که معمولاً این ارزش ها در کدهای اخلاق حرفه ای منعکس می گردد. بر اساس کدهای اخلاق پرستاری، مهمترین مسئولیت حرفه ای پرستاران اهمیت دادن به نیازهای بیماران و فراهم کردن محیطی است که به ارزش ها، عقاید، حقوق و کرامت آن ها احترام گذاشته شود و مراقبت های پرستاری بر اساس این کدها ارائه گردد (۳۷). Nathaniel (۲۰۰۶) در تحقیق خود با عنوان حسابرسی اخلاق در پرستاری نشان داد آشفتگی اخلاقی پرستاران به معنی درد و ناراحتی ذهنی و احساسی در پرستاران است که به دلیل بروز این آشفتگی، فرد پرستار ضمن داشتن آگاهی و توانایی لازم جهت تعامل اخلاقی به دلیل محدودیت های ذهنی از نظر اخلاقی مرتکب خطا می شود که به عنوان یک عامل بالقوه در رفتار پرستاران می تواند بر کیفیت مراقبت های آنان از بیماران آسیب رساند (۳۸). در تبیین این فرضیه می توان بیان نمود زمانی که پرستاران در بیمارستان، تنها به دستورات درمانی پزشکان در خصوص بیمارانی که امیدی به درمانشان نیست، عمل کنند، به بیماری که شرکت بیمه هزینه هایش را تقبل نمی کند، درمان مناسب ارایه ندهند و نیز قبل از انجام کار تمامی عوامل حواس پرتی را از خود دور کرده و در جهت رفع عیوب عملیاتی خود تلاش نمایند باعث می شود آشفتگی اخلاقی در بین پرستاران افزایش یابد که بر افزایش خودتنظیمی انگیزشی آن ها تاثیرگذار خواهد بود و در نهایت به کاهش کیفیت مراقبت پرستاری منجر می شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر، مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت دولتی و دارای مصوبه کمیته اخلاق معاونت علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به شناسه IR.IAU.B.REC.1399.015 است. لذا از تمام مسؤلین معاونت پژوهشی و معاونت علوم پزشکی دانشگاه و اعضای کمیته اخلاق در خصوص تصویب پژوهش نهایت تقدیر و تشکر به عمل می آید. پژوهشگران لازم می دانند تا مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران و پرستاران بیمارستان های دولتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان (شهر بروجرد) ابراز نمایند.

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 2026-01-30]

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 2026-01-30]

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 2026-01-30]