

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 M¹, 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.

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

مه سیما چوبانی 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 می‌شوند. از این‌رو، 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 بیمارستان‌های دولتی شهر بروجرد به تعداد ۳۹۳ نفر بود که از میان آن‌ها ۱۹۵ نفر به دو روش نمونه گیری خوشه‌ای تصادفی و روش تصادفی سیستماتیک به عنوان اعضای نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های استاندارد آشتفتگی 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.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آشتفتگی 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 (بر کیفیت مراقبت پرستاری تأثیر مثبت دارد. همچنین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی، تأثیر آشتفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری را به ترتیب ۰/۰۹۰ و ۰/۰۶۴ (کاهش می‌دهد).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه، لزوم توجه مدیران جهت اتخاذ تصمیماتی به منظور کاهش آشتفتگی اخلاقی پرستاران و بهبود خودتنظیمی انگیزشی آن‌ها با تأکید بر کاهش نقش خودشیفتگی برای افزایش کیفیت مراقبت پرستاران ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: آشتفتگی 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

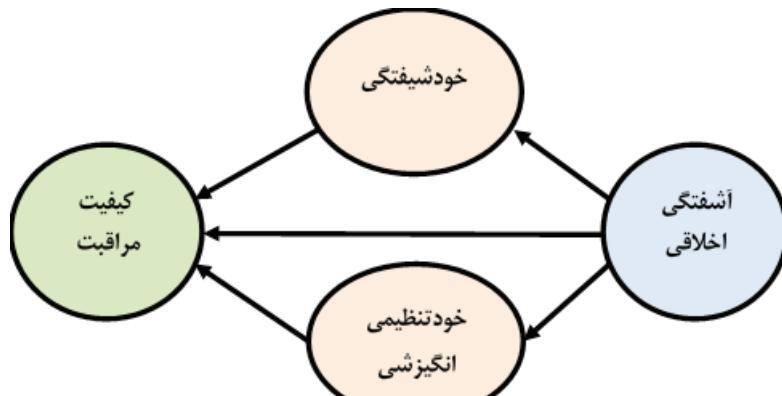
و در موقعیت‌های که ابعاد اخلاقی مطرح است و پرستار احساس می‌کند که نمی‌تواند تمامی ارزش‌ها و مصالح در معرض خطر را حفظ کند، روی می‌دهد. آشفتگی اخلاقی بر روی زندگی شخصی و زندگی شغلی پرستاران تأثیر می‌گذارد (۱۳). آشفتگی اخلاقی زمانی به وجود می‌آید که پرستار به دلیل محدودیت‌های سازمانی انجام عمل اخلاقی را غیرممکن می‌بیند؛ اما به دلیل نوع دوستی آن را انجام می‌دهند، در حالی که چنین مسائلی از نظر مدیریت پرستاری مطلوب شناخته نمی‌شود (۱۴). مشکلات مربوط به آشفتگی اخلاقی از شدیدترین مسائل روانشناختی در پرستاری تلقی می‌شود که هم برای پرستاران و هم برای بیماران پیامدهای ناطلوبی به دنبال دارد (۱۵). آشفتگی در شرایطی که در آن عمل پرستاری کردن، به علت فقدان تدبیر، پیچیدگی سازمانی یا شغلی تحلیل می‌رود، تشید می‌شود (۱۶). آشفتگی اخلاقی یک مسأله جدی در پرستاری است که به استرس هیجانی و جسمانی قابل توجه ای منجر می‌شود که این موضوع بر روابط با بیماران و دیگران تأثیر می‌گذارد و می‌تواند کیفیت و کمیت و ارزش مراقبت پرستاری را تحت تأثیر قرار بدهد (۱۷). خودشیفتگی یکی دیگر از مفاهیم قدیمی در روانشناسی محسوب می‌شود که بر کیفیت مراقبت‌های پرستاران تأثیر می‌گذارد؛ 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 ویژگی‌هایی همچون خودبزرگ‌بینی، تخیلات افراطی در مورد قدرت، زیبایی و موفقیت، حساسیت زیاد نسبت به انتقاد و احساس بی‌نظیر بودن مشخص می‌شود (۱۸). افراد با شخصیت خودشیفتگه دارای غرور بالا و دیدگاه‌های 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 گرایش‌های نیاز به تحسین و تأیید مربوط می‌شود (۲۰). بر اساس تعریف راهنمای تشخیصی و آماری، اختلالات روانی انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، ویژگی‌های فرد خودشیفتگه با الگوی فرآینگر بزرگ منشی (در خیال و رفتار)، از اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود. این افراد به هیچ وجه تحمل انتقاد ندارند و در صورت انتقاد از آن‌ها، به طور کلی نسبت به انتقاد بی‌اعتنای هستند یا عصبانی می‌شوند و صرفاً نظر خود را قبول دارند (۲۱). خودشیفتگی در پرستاران،

و نیز تضمینی بر سلامت آحاد جامعه باشد (۴). پرستاران با ارتقاء توانایی خود در شناسایی و رفع نیازهای همه جانبی بیمار، ارائه مراقبت مطلوب و دستیابی به بالاترین سطح سلامت را می‌سر می‌سازد. 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 فعالیت‌های پرستاران در ارائه مراقبت پرستاری به بیماران هست (۶). لذا در اغلب کشورهای جهان درجه بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، در نظر گرفتن کیفیت مراقبت‌های 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 می‌شود (۲)، زیرا ساعت‌های زیادی را بر بالین بیماران می‌گذرانند و تعاملات فراوان و مشاهدات مستقیم از مراقبت دارند (۸). مضامین کلیدی کیفیت مراقبت پرستاری شامل دستیابی به نیازهای فیزیکی، فراهم نمودن حمایت‌های روانی اجتماعی، اطمینان از توجه به نیازهای روحی و معنوی بیماران و رضایت‌مندی ایشان از مراقبت‌ها، پاسخگو و مسئول بودن مراقبت‌های پرستاری به نیازهای بیماران و اطمینان از ارائه مراقبت‌های جامع از بیمار است (۹). در مطالعه خاکی و همکاران (۲۰۱۸)، ۸۴ درصد پرستاران کیفیت مراقبت‌های 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 می‌گردد و قادر هستند ابعاد مختلفی از متغیرهای موثر بر شاخص‌های حرفه‌ای و کیفیت مراقبت پرستاری را بیان نمایند و بدین طریق به بهبود کیفیت مراقبت پرستاری کمک کنند (۱۰). از این‌رو، مطالعات متعددی به منظور بررسی کیفیت مراقبت پرستاری و عوامل موثر بر آن انجام گرفته است (۱۱، ۱۲). به این ترتیب، با توجه به اهمیت کیفیت مراقبت‌های پرستاری در محیط‌های بهداشتی و درمانی و نیز به دلیل تغییرات زیادی که در سازمان‌ها و مشاغل پرستاری در مورد ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها به وجود آمده است ضرورت دارد توانایی‌ها و صلاحیت‌های نیروی انسانی ارتقاء‌یافته و عوامل مشکل زا در بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری شناسایی گردد که یکی از این عوامل آشفتگی اخلاقی پرستاران است (۱۲). منظور از آشفتگی اخلاقی نشانگان استرس منفی است

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

آن‌ها را در جهت انجام اقداماتی سوق می‌دهد که از عرف سر باز زده و در پی توجه و ستایش دیگران هستند و باعث می‌شود 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 فعالیت‌های شناختی خود و مهار محیط زندگیش می‌تواند با تقویت و تنبیه شخصی در خود ایجاد انگیزه کند و از این‌را به مهار رفتار خود پردازد (۲۳). به طور کلی، خودتنظیمی انگیزشی به کاربرد فعال راهبردهای انگیزشی افزایش دهنده یادگیری، اطلاق می‌شود (۲۴). این فرآگیران در تمام مراحل یادگیری، خود را افرادی لایق، خودکارآمد و مستقل می‌بینند و از نظر شناختی و فراشناختی افرادی هستند که در یادگیری، برنامه‌ریزی، سازمان دهی، خودآموزی، خودکترلی و خوددارزیابی دارند (۲۵). افرادی که برای رسیدن به هدف انگیزه کافی دارند سعی می‌کنند برای دستیابی به هدف مذکور فعالیت‌های 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



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا بیمارستان‌های دولتی شهر بروجرد (بیمارستان آیت الله بروجردی (ره)، بیمارستان امام خمینی (ره) و بیمارستان شهید دکتر چمران) به عنوان خوش‌های انتخاب شدند؛ و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک افراد نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها، در این پژوهش از ابزار پرسشنامه‌های استاندارد به شرح زیر استفاده شده که

روش کار

مطالعه حاضر توصیفی- همبستگی با رویکرد مدلسازی معادلات ساختاری بود. در جامعه آماری $N=393$ ، با استفاده از فرمول کوکران، نمونه ای برای $n=195$ نفر انتخاب گردید. برای نمونه‌گیری از دو روش نمونه‌گیری خوش‌های تصادفی و روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک

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 ۸۵/۰ گزارش شد. در پژوهش فرهادی و همکاران (۱۳۹۸) پایایی این ابزار بر حسب (آلفای کرونباخ) ۸۶/۰ 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 - 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 ۱۷۴-۱۳۶ 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 بر حسب (آلفای کرونباخ) ۹۴/۰ گزارش شد (۴۴).

یافته ها

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

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 مواقیع 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 بر حسب (آلفای کرونباخ) ۹۳/۰ 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 ۸۵/۰ گزارش شد. در پژوهش حسین لو و همکاران (۲۰۱۹) پایایی این ابزار بر حسب (آلفای کرونباخ) ۸۲/۰ 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

جدول ۱: وضعیت مشخصات جمعیت شناختی پژوهش

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

پژوهش و همچین ارتباط بین متغیرها با آزمون همبستگی پیرسون در جدول (۲) مورد بررسی قرار گرفته است.

وضعیت توصیفی متغیرها و ارتباط بین آن ها یافته های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی و کولموگروف - اسمنیونوف متغیرهای

جدول ۲: وضعیت توصیفی متغیرها و ارتباط آن‌ها

متغیر	میانگین	معیار انحراف	چولگی و کشیدگی	کولموگروف اس‌میرنوف	آزمون همبستگی پیرسون	آشфтگی خود تنظیمی خود اخلاقی آشфтگی شیفتگی خود انگیزشی
آشфтگی اخلاقی	۳/۹۲	۰/۴۲	-۰/۴۲۲	-۰/۱۳۴	۰/۲۰۹	۱
خودشیفتگی	۳/۱۷	۰/۵۴	-۰/۲۵۴	-۰/۱۰۶	۰/۴۷۵	۱
خودتنظیمی انگیزشی	۳/۵۶	۰/۵۷	-۰/۶۴۹	۱/۶۸۵	۰/۱۱۱	۰/۵۴۴**
روانی- اجتماعی	۳/۲۸	۰/۴۴	-۰/۹۷۱	۱/۳۶۴	۰/۱۳۴	۰/۴۹۳**
کیفیت	۳/۰۹	۰/۶۱	-۰/۷۰۲	۰/۷۸۶	۰/۱۴۲	۰/۳۲۹**
مراقبت	۳/۴۸	۰/۵۷	-۰/۱۲۶	-۰/۰۲۶	۰/۸۲۹	۰/۴۹۸
کل	۳/۳۹	۰/۳۴	-۰/۵۰۵	-۰/۲۷۶	۰/۹۴۰	۰/۳۴۰

** سطح خطای ۰/۱

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 داده‌های پژوهش، مدل مفهومی و استنباط آماری از نرم افزار PLS Smart استفاده شده است.

مدل‌های اندازه‌گیری: به رابطه بین متغیرهای نهفته با مشاهده‌گرها، مدل اندازه‌گیری گفته می‌شود. در آزمون همگن بودن سؤالاتی که بار عاملی آن‌ها کمتر از ۰/۵ است، حذف می‌شوند، نتایج در جدول (۳) گزارش شده است.

بر اساس نتایج جدول (۲)، نتایج نشان می‌دهد که میانگین تمام متغیرها از مقدار متوسط (۳) بیشتر است. بیشترین مقدار مربوط به آشфтگی اخلاقی (۳/۹۲) و کمترین مقدار مربوط به کیفیت مراقبت فیزیکی (۳/۰۹) است. البته تنها در متغیر آشфтگی 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 می‌توان گفت توزیع داده‌ها 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 می‌گیرد. همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که آشфтگی اخلاقی با خودشیفتگی ارتباط مثبت و

مه سیما چوبانی نژاد و حجت طاهری گودرزی

جدول ۳: خلاصه اطلاعات مدل اندازه گیری اولیه متغیرهای پژوهش

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

سنجهش قرار دهد.

کیفیت (برآذش) مدل:

برای بررسی کیفیت الگوی ساختاری از معیارهای مختلفی استفاده می شود که در ادامه تشریح شده است. پایایی ترکیبی یک معیار ارزیابی برآذش درونی مدل است و بر اساس میزان سازگاری سوالات مربوط به سنجهش هر عامل (متغیر مکنون) قابل محاسبه است. همچنین واریانس استخراج شده (AVE) مربوط به سازه ها، بیانگر اعتبار مناسب ابزارهای اندازه گیری 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 می کند. نتایج بررسی پایایی ترکیبی و واریانس استخراج شده هر یک از متغیرهای تحقیق در جدول (۴) گزارش شده

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 ۱۸، ۱۶، ۲۳ و ۲۴ از مؤلفه 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 روانی 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 سوالات بالای ۰/۴ و آماره t بالاتر از ۱/۹۶ است، یعنی سوالات در حد زیادی می توانند متغیر آشفتگی اخلاقی، خودشیفتگی، خودتنظیمی انگیزشی و مؤلفه های فیزیکی و ارتباطی از متغیر کیفیت مراقبت را مورد

Cv. Red (Q²) دومین معیار بررسی مدل ساختاری، شاخص ارتباط پیش بین است. این معیار قدرت پیش بینی مدل در متغیرهای وابسته را مشخص می کند. مقدار Q² 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 برونو زا و نقش پیش بینی کنندگی آن در متغیر درون زای مکنون نشان می دهد.

است. شاخص ضریب تعیین (R²) متغیرهای مکنون درون زا: یکی از مهمترین شاخص های ارزیابی الگوی ساختاری ضریب تعیین است و نشان دهنده تأثیر یک متغیر بر درون 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 برونو زا و نقش تعیین کنندگی آن در متغیر درون زای مکنون نشان داده می شود. شاخص ارتباط پیش بین

جدول ۴: نتایج پایایی و روایی متغیرهای پژوهش

متغیر	کیفیت مدل اندازه گیری	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	کیفیت مدل ساختاری	آزمون فورنل - لارکر		
					کیفیت مراقبت	آشفتگی اخلاقی	خودشیفتگی
آشفتگی اخلاقی	۰/۷۵۵	۰/۸۰۵	۰/۶۶۷	۰/۴۶۷	۰/۸۱۷	۰/۸۴۴	۰/۸۰۹
خودشیفتگی	۰/۷۷۹	۰/۸۴۲	۰/۷۱۲	۰/۴۱۵	۰/۵۲۷	۰/۵۲۷	۰/۸۰۹
خودتنظیمی انگیزشی	۰/۸۱۹	۰/۸۶۶	۰/۶۵۳	۰/۳۷۹	۰/۴۹۷	۰/۳۹۸	۰/۸۲۲
کیفیت مراقبت	۰/۹۴۲	۰/۹۴۸	۰/۶۷۵	۰/۳۴۲	۰/۴۱۳	۰/۶۴۵	۰/۴۵۰
روانی-اجتماعی	۰/۹۱۲	۰/۹۵۶	۰/۶۲۳	۰/۹۴۷	۰/۴۳۹	-	-
فیزیکی	۰/۷۵۶	۰/۸۲۹	۰/۵۷۷	۰/۵۱۳	۰/۴۴۴	-	-
ارتباطی	۰/۶۸۷	۰/۷۴۰	۰/۶۹۰	۰/۳۶۸	۰/۴۵۳	-	-

درون زای مدل ساختاری بیشتر باشد نشان از انتخاب مناسب متغیرهای انتخاب شده در مدل دارد. اندازه اثر f² به صورت نسبتی از تغییرات R² 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: $f^2 = (R^2_{\text{included}} - R^2_{\text{excluded}}) / (1 - R^2_{\text{excluded}})$ در نرم افزار PLS. اندازه اثر سازه ای برونو زای آشفتگی اخلاقی روی سازه های درون زای کیفیت مراقبت پرستاران ۰/۳۳۰ است که اثری قوی دارد؛ اندازه ای اثر سازه ای برونو زای خودشیفتگی بر روی سازه ای درون زای کیفیت مراقبت پرستاران ۰/۰۰۱ است که اثری ضعیف دارد؛ اندازه ای اثر سازه ای برونو 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:

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 R² و Q² ارتباط پیش بین برای هر متغیر برونو 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 f² در بخش ساختاری مدلسازی معادلات ساختاری به کار می رود و نشان از مقدار پیش بینی رفتار یک متغیر درون زا توسط یک یا چند متغیر برونو زا دارد. هرچه مقدار این معیار برای متغیرهای

مه سیما چوبانی نژاد و حجت طاهری گودرزی

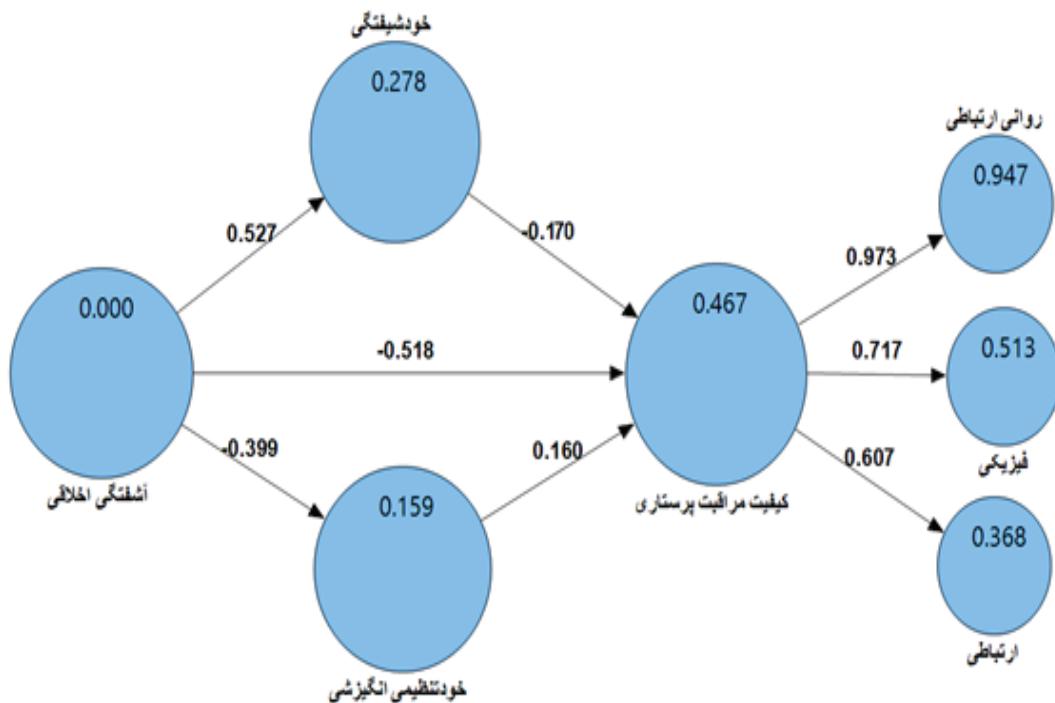
۰/۴۵۱، برازش بسیار مناسب و قوی مدل کلی تأیید می شود.

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

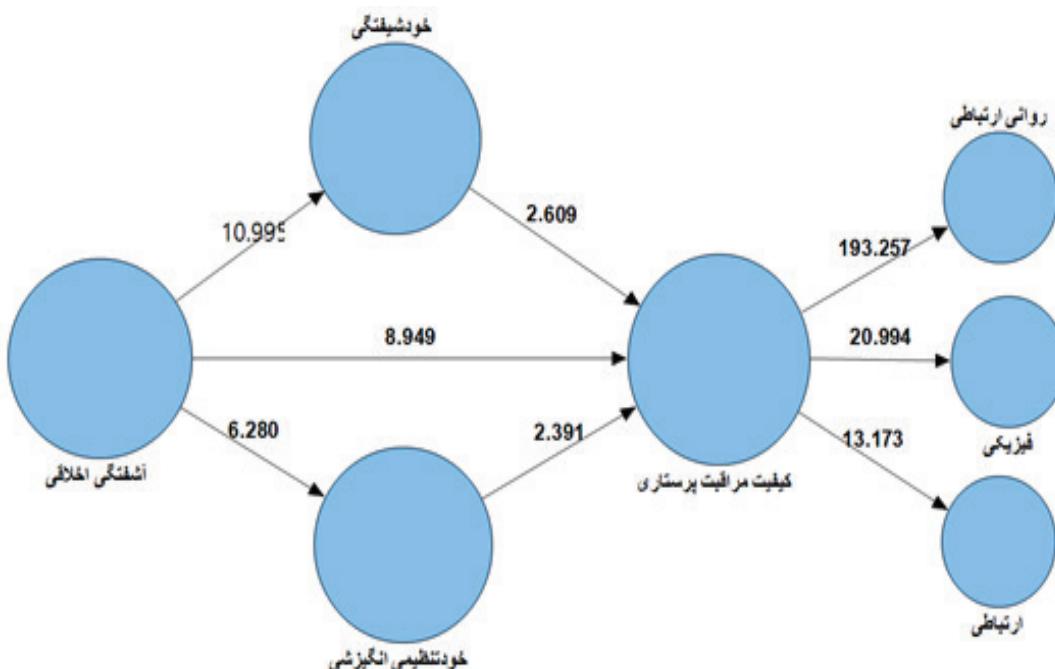
$$GOF = \sqrt{\text{average (AVE)} \times \text{average (R}^2\text{)}}$$

$$GOF = \sqrt{0.676 \times 0.301} = 0.451$$

با توجه به مقدار به دست آمده برای GOF به میزان



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

جدول (۵) گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج فرضیه های پژوهش

فرضیه	عنوان فرضیه	تائید	متوجه آشتفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت	اول
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر خودشیفتگی	دوم
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر خودتنظیمی انگیزشی	سوم
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت	چهارم
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت	پنجم
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت از طریق نقش میانجی خودشیفتگی	ششم
		تائید	تائیر آشتفتگی اخلاقی بر کیفیت مراقبت از طریق نقش میانجی خودتنظیمی انگیزشی	هفتم

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 بدنهند، به حریم خصوصی بیماران احترام نگذارند و شرایط مشکوک به سوءاستفاده پرستاران همکار از بیمار را نادیده بگیرند، این آشتفتگی اخلاقی در پرستاران منجر به کاهش کیفیت مراقبت های پرستاری می شود. فرضیه دوم نشان داد که آشتفتگی 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 آشتفتگی اخلاقی آن را رها کرده بودند، در بخش دوم تحقیق، ۲۶ درصد از پرستاران، شغل پیشین را به خاطر آشتفتگی اخلاقی ترک کرده بودند. با ادامه شرایط استرس زا، منابع مقاومت در پرستاران درهم شکسته و پی آمد هایی نظیر رضایت شغلی کاهش یافته و فرسودگی شغلی ایجاد می شود و نهایتاً پرستارانی که دچار آشتفتگی 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 آشتفتگی

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی آشتفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری با تبیین نقش میانجی خودشیفتگی و خودتنظیمی انگیزشی در بیمارستان های دولتی شهرستان بروجرد انجام شد. فرضیه اول نشان داد آشتفتگی اخلاقی پرستاران بر کیفیت مراقبت پرستاری اثر منفی و معکوس دارد. Corrado & Molinaro (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند آشتفتگی 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 آشتفتگی اخلاقی خواهد بود که بر کیفیت مراقبت های بهداشتی تأثیر منفی و معناداری خواهد داشت (۱۲). آشتفتگی اخلاقی مشکلات روانشناسی زیادی را برای پرستاران ایجاد می کنند. آشتفتگی 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 آشتفتگی اخلاقی در پرستاران بر کیفیت مراقبت آنان بر بیماران اثر گذاشته، مشکلات سلامتی ثانویه در بیماران ایجاد

فعالیت نمایند و خود را به دیگران بقیولاند 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 حرфе ای، به عنوان یک امتیاز رمانی به یک حرفة واگذار می شود که عموم مردم با خودتنظیمی آن حرفة، بهترین نوع خدمات را دریافت کنند (۳۳). در واقع خودتنظیمی حرфе 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 حرфе ای توصیه کرده است. شورای بین المللی پرستاران خودتنظیمی حرфе ای را روشنی می داند که به وسیله آن نظم، ثبات و کنترل بر حرفة و عملکرد آن اعمال می شود. تحقیقات ملی و بین المللی نشان می دهد خودتنظیمی حرфе ای باعث بهبود استانداردهای آموزش و بالین می شود که خود موجب افزایش قدرت حرفة 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 بقیولاند 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. McDonald, Sousa, & James 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). خودشیفتگی 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 خودشیفتگی شکل

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 درمانگی می کنند، این پرستاران، سرپرستاران را غیرحمایت گر درک کارهش اعتماد را نسبت به همکاران خود تجربه می کنند، پرستاران در این موقعیت های دشوار احساس انزوای بیشتر کرده در یک دور بسته 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 اشتباہی 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 مرافق 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 انتطباقی و غیرانتطباقی تشکیل شده است (۳۱). توصیف های بالینی از اشخاص با شخصیت خودشیفتگی 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 خودشیفتگی ها استفاده می کنند بین آن ها و افراد دیگر فاصله می اندازد. افراد خودشیفتگی تمایل دارند تا حرمت بر دیگران، عدم اعتماد به افراد دیگر، بد نام کردن دیگران و ارزش کاهی خود را از طریق سلط افرادی که حس برتری طلبی فرد را تهدید می کنند، افزایش دهنند (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

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 خطای 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 پری 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 IAU.B.REC.1399.015 است. لذا از تمام مسئولین 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. Burbans, L.M., & Alligood, M.R. Quality nursing care in the words of nurses, J Adv Nurse. 2010; 66(8): 1689 - 1697.
5. Datobar, H.A.S, Khafri, S., Jahani, MA., Naderi, R. Patient's satisfaction of emergency department affiliated hospital of babol university of medical

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 هانمی 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 بقولانند باعث می شود آشفتگی اخلاقی در بین پرستاران افزایش یابد که بر افزایش خودشیفته 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 هله عقاید، حقوق و کرامت آن ها احترام گذاشته شود و مراقبت های ای پرستاری بر اساس این کدها ارائه گردد (۳۷). Nathaniel (۲۰۰۶) در تحقیق خود با عنوان حسابرسی اخلاق

- 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.

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., 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. Hosseini lou, 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].