



Investigating the Relationship between Ethical Climate with Resiliency of Intensive Care Units Nurses in Hospitals Affiliated to Zanjan University of Medical Sciences, 2022

Mostafa Taheri¹, Mahin Rouhani¹, Esmat ShomaliNasab², Azam Jahangirimehr³,
Maryam Esmacili^{4*}

1. Department of Critical Care and Emergency Nursing, Zanjan Nursing and Midwifery School, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran.

2. Department of Critical Care Nursing, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran.

3. Department of Biostatistics, Shoushtar Faculty of Medical Sciences, Shoushtar, Iran.

4. Department of Critical Care Nursing and Midwifery Research Center, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Maryam Esmacili, Department of Critical Care Nursing and Midwifery Research Center, Tehran School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: esmaeillem@yahoo.com

Received: 2025/04/2

Accepted: 2025/05/10

Abstract

Introduction: The intensive care unit is one of the most sensitive hospital departments. On the other hand, issues related to the conditions of this department, such as the ethical climate, affect the performance and health of nurses. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the relationship between the ethical climate and the resilience of nurses working in the intensive care unit.

Methods: The present study is a cross-sectional study conducted in 2022 in the intensive care units (ICU & CCU) of hospitals affiliated with Zanjan University of Medical Sciences. The study population consisted of 224 nurses working in the intensive care units who were selected non-randomly and purposively. The research tools included demographic questionnaires, Victor and Cullen's moral climate, and Connor and Davidson's resilience. SPSS version 22 was also used to analyze the data.

Results: According to the findings, the average score of the moral climate of the special wards (39.54 ± 3.52) and the resilience of the nurses (39.29 ± 3.87) was reported, which indicated an unfavorable moral climate and low resilience of the special wards nurses. Also, there was no significant relationship between the moral climate and the resilience of the special wards nurses ($p > 0.05$). However, a direct significant relationship was observed between the two subscales of the moral climate including rules and regulations ($r = .263$, $P < .001$) and attention and care ($r = .260$, $P < .001$) with resilience. Also, resilience had no significant relationship with other subscales of the moral climate ($p > 0.05$).

Conclusions: According to the results of the study, there is a significant direct relationship between laws and regulations, as well as attention and care, and nurses' resilience. This shows that the existence of uniform organizational rules and regulations for all nurses and attention to the needs of nurses is one of the factors influencing resilience. Therefore, health system managers and administrators can take action based on the results of this study and adopt operational strategies to improve the resilience of nurses working in special wards.

Keywords: Nurse, Ethical Climate, Resilience.



بررسی ارتباط جواخلاقی با تاب آوری پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه

بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان در سال ۱۴۰۲

مصطفی طاهری^۱، مهین روحانی^۱، عصمت شمالی نصب^۲، اعظم جهانگیر مهر^۳، مریم اسماعیلی^{۴*}

۱. گروه مراقبت های ویژه و اورژانس، دانشکده پرستاری و مامایی زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۲. گروه پرستاری مراقبت ویژه، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده علوم پزشکی شوشتر، شوشتر، ایران.
۴. گروه پرستاری مراقبت های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مریم اسماعیلی، گروه پرستاری مراقبت های ویژه، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

ایمیل: esmaeilim@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۱۳

چکیده

مقدمه: بخش مراقبت های ویژه یکی از حساس ترین بخش های بیمارستانی می باشد. از طرفی مسائل مرتبط با شرایط این بخش مانند جو اخلاقی بر عملکرد و سلامت پرستاران تاثیر می گذارد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط جو اخلاقی با تاب آوری پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه، انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ در بخش های مراقبت ویژه (ICU & CCU) بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل ۲۲۴ نفر از پرستاران شاغل در بخش های ویژه بود که به روش غیر تصادفی و به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، ابزار جو اخلاقی ویکتور و کولن و تاب آوری کونور و دیویدسون بود. همچنین جهت تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته ها: طبق یافته ها میانگین نمره جو اخلاقی بخش های ویژه (39.52 ± 3.54) و تاب آوری پرستاران (39.29 ± 3.87) گزارش شد، که بیانگر جواخلاقی نامطلوب و تاب آوری پایین پرستاران بخش های ویژه بود. همچنین بین جواخلاقی و تاب آوری پرستاران بخش های ویژه ارتباط معنی دار مشاهده نشد $(p > 0.05)$. اما رابطه ی معنی دار مستقیمی بین دو زیر مقیاس جواخلاقی شامل قوانین و مقررات $(r = 0.263, p < 0.001)$ و همچنین توجه و مراقبت $(r = 0.260, p < 0.001)$ با تاب آوری مشاهده شد. همچنین تاب آوری با سایر زیر مقیاس های جواخلاقی ارتباط معنی دار نداشت $(p > 0.05)$.

نتیجه گیری: طبق نتایج پژوهش بین قوانین و مقررات و همچنین توجه و مراقبت با تاب آوری پرستاران رابطه مستقیم معنی داری وجود دارد. این موضوع نشان می دهد وجود قوانین و مقررات سازمانی واحد برای همه ی پرستاران و توجه به نیازهای پرستاران یکی از عوامل تاثیرگذار بر افزایش تاب آوری می باشد. بنابراین مدیران و متولیان سیستم سلامت می توانند با توجه به نتایج این تحقیق و اتخاذ راهبردهای عملیاتی در راستای ارتقاء سطح تاب آوری پرستاران شاغل در بخش های ویژه اقدام کنند.

کلیدواژه ها: پرستار، جو اخلاقی، تاب آوری.

مقدمه

بخش های مراقبت ویژه به دلیل شرایط وخیم و آمار بالای مرگ و میر بیماران مکانی پر استرس و حساس برای پرستاران و خانواده های بیماران محسوب می شود (۱، ۲). از سویی دیگر حساسیت بسیار بالا در تصمیم گیری ها، وضعیت حاد و وخیم بیماران، ارتباط پیچیده و متقابل بین تیم مراقبت پزشکی و پرستاری منجر به افزایش نیاز به قوانین اخلاقی در بخش های مراقبت ویژه شده است، زیرا موارد یاد شده هر لحظه سبب ایجاد آسیب و چالش های اخلاقی جدید می شود (۳، ۴).

بنابراین پرستاری به عنوان یک حرفه نیازمند توجه اساسی به مسئله اخلاق حرفه ای است چرا که رفتار معنوی و توأم با مسئولیت پرستاران، نقش موثری در بهبود بیماران دارد (۵). لازم به ذکر است مجموعه فعالیت ها و عملکردهای پرستاری در جهت پاسخ به خواسته ها، نیازها و ترجیحات بیمار نیز، نیاز به وجود چهارچوبی اخلاقی در این حرفه را نمایان می سازد. بنابراین عملکردهای پرستاری در بعد اخلاقی مانند جو اخلاقی باید مهم و موثر تلقی شود (۶). جو اخلاقی نوعی جو کاری است که منعکس کننده خط مشی ها، روش ها و سیاست های سازمانی می باشد. این قوانین برای سازمان مهم تلقی می شود و بر رفتار و عکس العمل های کارکنان تاثیر می گذارد (۷). بنابراین جو اخلاقی در بیمارستان را می توان درک مشترک پرستاران از فعالیت های سازمانی مرتبط با تصمیمات اخلاقی و مسائل بین سازمانی مانند قدرت، اعتماد و روابط انسانی تعریف نمود (۸). در واقع جو اخلاقی در بیمارستان نوعی از فضای سازمانی متشکل از روابط بین فردی پرسنل درمانی با بیماران و خانواده های آنان می باشد، که در نهایت تسهیل این روابط منجر به ارائه درمان و حمایت با کیفیت از سوی کادر درمانی و مخصوصا پرستاران می شود (۹، ۱۰).

بنابراین جو اخلاقی یک عنصر مهم در حیطه ی پرستاری می باشد که بر کیفیت مراقبت و رفاه و رفتار و عملکرد پرستاران در محل کار تاثیر می گذارد (۱۱). گزارشات نشان می دهد درصد قابل توجهی از پرستاران به دلیل آسیب اخلاقی و تبعات ناشی از آن شغل خود را رها کرده اند که این موضوع در نهایت سبب افت ارائه کیفیت خدمات درمانی می گردد (۸). از سویی دیگر طبق مطالعه ی فرامرزی پور و همکاران، جو اخلاقی مناسب در بیمارستان سبب رضایتمندی شغلی و عدم ترک شغلی پرستاران می گردد که در نهایت

می تواند سبب ارتقا کیفیت خدمات ارائه شده توسط پرستاران و افزایش بازدهی سیستم سلامت گردد (۱۲). بنابراین طبق موارد یاد شده جو اخلاقی تاثیر مستقیمی بر عملکرد و رفتار و حتی سلامت روان پرستاران دارد.

تاب آوری به عنوان یکی از فاکتورهای مهم جهت تطبیق و سازگاری پرستاران با شرایط نا مطلوب در نظر گرفته می شود (۱۳). بنابراین تاب آوری سبب می شود که پرستاران در برابر مشکلات موجود توانا شده، همچنین به بهبود خودکارآمدی و توانایی پرستاران برای ارزیابی واقع بینانه موقعیت های استرس زا و تعدیل پاسخ های عاطفیشان کمک می کند (۱۴). ریچاردسون و همکاران تاب آوری را فرایند مقابله با رویدادهای مخرب، استرس زا یا چالش برانگیز زندگی تعریف کرده اند که مهارت های مقابله ای و حمایتی بیشتری را نسبت به قبل از شرایط استرس زا برای فرد فراهم می کند (۱۵). از سویی دیگر تاب آوری تنها به معنی تحمل و سازگاری در برخورد با مشکل نیست، بلکه به مفهومی ارشاه دارد که طی آن عزت نفس افراد نیز حفظ و تقویت می شود و سبب تبدیل تهدیدها به فرصت می گردد. همچنین تاب آوری به افراد توانایی می بخشد تا با مشکلات و ناملایمات زندگی و شغلی روبرو شوند، بدون این که دچار آسیب شوند. در مجموع با توجه به شرایط پیچیده بخش های مراقبت ویژه افزایش ظرفیت تاب آوری به پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه کمک می کند تا آسیب های روانی و زیستی کمتری را تجربه کنند (۱۶، ۱۷).

بنابراین پرستارانی که دارای تاب آوری بالایی هستند کمتر در معرض فرسودگی شغلی، اضطراب و افسردگی و مشکلات عملکرد روزانه قرار می گیرند (۱۳). آلپستر و همکاران، ظرفیت تاب آوری را برای موفقیت شغلی پرستاری لازم می دانند، چون از نظر آن ها در غیر این صورت شرایط کار بسیار دشوار خواهد بود و منجر به آسیب های روانی و زیستی برای پرستاران خواهد شد (۱۸). تاب آوری همچنین سبب ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران شده، خشنودی کاری آنان را ارتقاء می دهد و فرسودگی کاری را کاهش می دهد (۱۹). بنابر موارد یاد شده در اکثر مطالعات، به تعیین ارتباط بین ویژگی های فردی پرستاران و تاب آوری آنان تاکید شده است و کمتر به روابط جو اخلاقی و تاب آوری پرستاران پرداخته شده است. از سوی دیگر طبق موارد یاد شده جو اخلاقی بر رفتار، عملکرد، رضایتمندی

دهنده جو اخلاقی مطلوب را گزارش می دهد. همچنین این پرسشنامه شامل ۶ بعد (مراقبت و توجه، قوانین و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارایی مدار، مستقل) است (۲۱). در ایران نیز طی پژوهش قدیری و همکاران (۱۳۹۲) روایی محتوایی و سازه ای این پرسشنامه بسیار مطلوب و پایایی آن به شیوه ضریب الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است (۲۲). همچنین جهت بررسی تاب آوری از پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) استفاده شد. پرسشنامه تاب آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این پرسشنامه دارای حداقل امتیاز ۲۵ و حداکثر ۱۲۵ می باشد که نمره بین ۲۵ تا ۴۱ میزان تاب آوری پایین افراد و نمره بین ۴۱ تا ۸۳ میزان تاب آوری متوسط افراد و نمره بالاتر از ۸۳ میزان تاب آوری بالای افراد را نمایش می دهد (۲۳). همچنین در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران در کشور ایران انجام گرفت، پایایی این ابزار ۰/۹۳ گزارش شد، که مورد تایید جهت استفاده در این مطالعه می باشد (۲۴). پس از مشخص کردن نمونه ها و توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه ها بین پرستاران توزیع شد و ۴ روز برای بازگرداندن پرسشنامه ها به پرستاران زمان داده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. طی این تحقیق برای وصف واحدهای مورد پژوهش از آمارهای توصیفی، فراوانی و درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. نرمالیتی جامعه با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی و سطح معنی داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین از ضریب همبستگی پیرسون جهت تعیین ارتباط مابین دو متغیر اصلی پژوهش جو اخلاقی و تاب آوری استفاده شد. این پژوهش با شماره ثبت IR.TUMS.FNM.REC.1402.210 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران به تصویب رسیده است. همچنین به شرکت کنندگان در مطالعه از نظر داوطلبانه بودن مشارکت در تحقیق و محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده اطمینان داده شد.

یافته ها

از ۲۲۴ شرکت کننده در این مطالعه ۱۶۳ نفر زن (۷۲/۸ درصد) و ۶۱ نفر مرد (۲۷/۲ درصد) بودند. همچنین ۱۴۹ نفر (۶۶/۵ درصد) متأهل و ۲۲۰ نفر (۹۸/۲ درصد) دارای تحصیلات

و همچنین ایجاد محیطی کاری مناسب برای پرستاران نقش بسزایی دارد. بنابراین در این مطالعه محقق به دنبال بررسی ارتباط جو اخلاقی بخش های مراقبت ویژه با تاب آوری پرستاران می باشد، تا شواهد علمی بیشتری را در این رابطه فراهم آورد.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مقطعی است که در سال ۱۴۰۲ در بخش های مراقبت ویژه (ICU&CCU) بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شد. نمونه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه ای بود که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند. همچنین نمونه گیری در این پژوهش به روش غیر تصادفی و به صورت در دسترس و مبتنی بر هدف انجام شد. با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه همبستگی و مقاله مشابه (۲۰) و با در نظر گرفتن ضریب همبستگی بین جو اخلاقی و تاب آوری پرستاران $r = 0.73$ و $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.1$ و ۱۰ درصد ریزش در مطالعه حداقل حجم نمونه ۲۲۴ نفر محاسبه گردید.

$$n = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0.5 \times \ln \left[\frac{1+r}{1-r} \right]} \right]^2 + 3 = \left[\frac{1.96 + 1.28}{0.5 \times \ln \left[\frac{1+0.73}{1-0.73} \right]} \right]^2 + 3 = 201$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل مدرک کارشناس پرستاری، حداقل سابقه در بخش مراقبت ویژه ۶ ماه و عدم سابقه بیماری حاد و شناخته شده روانی طبق خود اظهاری و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل بیش از نیمی از هر یک از پرسشنامه ها، در نظر گرفته شد. در این مطالعه از سه پرسشنامه جهت جمع آوری داده ها استفاده شد. بررسی اطلاعات جمعیت شناختی با استفاده از سؤالاتی در زمینه جنس، سن، وضعیت تاهل، سابقه کار، شیفت کاری، نوع بخش ویژه، میزان تحصیلات، وضعیت استخدام و پست سازمانی، صورت گرفت. جهت بررسی جو اخلاقی از پرسشنامه جو اخلاقی سازمانی که توسط ویکتور و کولن در سال ۱۹۸۸ تدوین گردیده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۶ سوال است که بر مبنای طیف لیکرت ۶ درجه ای (کاملاً مخالفم (۱) امتیاز، مخالفم (۲)، کمی مخالفم (۳)، کمی موافقم (۴)، موافقم (۵) و کاملاً موافقم (۶) تنظیم شده و دامنه نمرات آن بین ۲۶ تا ۱۵۶ است که نمرات بالاتر نشان

کارشناسی بودند. میانگین سن پرستاران (35.61 ± 7.70) سال و دامنه تغییرات سن بین ۲۴ تا ۵۶ سال بوده است. نوبت کاری ۱۱۷ نفر (۵۲,۲ درصد) در گردش و نوع استخدامی ۱۱۲ نفر (۵۰,۰ درصد) رسمی بود که ۱۹۱ نفر (۸۵,۳ درصد) شاغل در بخش ICU بوده اند. همچنین ۲۰۸ نفر (۹۲,۹ درصد) پست سازمانی پرستار داشتند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک پرستاران شاغل در بخش های مراقبت ویژه

متغیرها	تعداد	(درصد)
رده سنی	<۳۰	۸۳ (۳۷.۱)
	۳۰-۴۰	۷۶ (۳۳.۹)
	۴۰-۵۰	۵۸ (۲۵.۹)
	>۵۰	۷ (۳.۱)
جنسیت	زن	۱۶۳ (۷۲.۸)
	مرد	۶۱ (۲۷.۲)
وضعیت تاهل	مجرد	۷۵ (۳۳.۵)
	متاهل	۱۴۹ (۶۶.۵)
تحصیلات	کارشناسی	۲۲۰ (۹۸.۲)
	کارشناسی ارشد	۴ (۱.۸)
نوع استخدام	طرحی	۵۴ (۲۴.۱)
	پیمانی	۵۸ (۲۵.۹)
	رسمی	۱۱۲ (۵۰.۰)
نوبت کاری	صبح ثابت	۲۱ (۹.۴)
	عصر ثابت	۲۵ (۱۱.۲)
	شیفت لانگ	۴۳ (۱۹.۲)
	شب ثابت	۱۸ (۸.۰)
	گردش در شیفت	۱۱۷ (۵۲.۲)
سمت	پرستار	۲۰۸ (۹۲.۹)
	استف	۱۱ (۴.۹)
	سرپرستار	۵ (۲.۲)
نوع بخش ویژه	CCU	۳۳ (۱۴.۷)
	ICU	۱۹۱ (۸۵.۳)

بررسی نمره های پرستاران شرکت کننده در پژوهش، نشان داد میانگین جو اخلاقی به طور کلی (39.54 ± 3.52) با دامنه تغییرات (۲۹-۵۰)، میانگین تاب آوری به طور کلی (39.29 ± 3.87) با دامنه تغییرات (۳۰-۵۱) بود که بیانگر جو اخلاقی نامطلوب و تاب آوری پایین پرستاران شاغل می باشد (جدول ۲).

جدول ۲: میانگین نمره جو اخلاقی بخش های ویژه و تاب آوری پرستاران ویژه کار

متغیر	میانگین	انحراف معیار
جو اخلاقی	۳۹.۵۴	۳.۵۲
تاب آوری	۳۹.۲۹	۳.۸۷

همچنین میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های جو اخلاقی به شرح زیر می باشد (جدول ۳).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس های مختلف جو اخلاقی بخش های مراقبت ویژه

زیر مقیاس های مختلف جو اخلاقی	میانگین	انحراف معیار
مراقبت و توجه	۶.۰۱	۰.۹۴
قوانین و مقررات	۲.۱۹	۰.۹۴
ضوابط	۷.۹۸	۱.۶۹
ابزاری	۱۱.۰۵	۲.۰۹
کارایی مدار	۵.۷۲	۱.۳۸
مستقل	۶.۵۶	۱.۴۲

بین زیر مقیاس قوانین و مقررات جو اخلاقی و تاب آوری وجود دارد ($r=۲۶۳$, $p<۰/۰۰۱$)، یعنی با افزایش قوانین و مقررات تاب آوری بیشتر می شود. سایر زیر مقیاس های جو اخلاقی با تاب آوری ارتباط آماری معناداری نداشتند ($p>۰/۰۵$) (جدول ۴).

با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون ملاحظه شد بین نمره کل جو اخلاقی و تاب آوری رابطه معنادار وجود ندارد ($p>۰/۰۵$)، اما رابطه معنادار و مستقیمی بین زیر مقیاس مراقبت و توجه جو اخلاقی و تاب آوری وجود دارد ($r=۲۶۰$, $p<۰/۰۰۱$)، یعنی با افزایش مراقبت و توجه، تاب آوری بیشتر می شود و نیز رابطه معنادار و مستقیمی

جدول ۴: همبستگی بین زیر مقیاس های جو اخلاقی و تاب آوری

متغیر	مراقبت و توجه (p, r)	قوانین و مقررات (p, r)	ضوابط (p, r)	ابزاری (p, r)	کارایی مدار (p, r)	مستقل (p, r)	نمره کل جو اخلاقی (p, r)
تاب آوری	(p=۰/۰۰۰, r=۰/۲۶۰)	(p=۰/۰۰۰, r=۰/۲۶۳)	(p=۰/۸۹۶, r=۰/۰۰۹)	(p=۰/۲۸۴, r=-۰/۰۷۲)	(p=۰/۷۰۴, r=۰/۲۶)	(p=۰/۷۵۸, r=-۰/۲۱)	(p=۰/۱۲۴, r=۰/۱۰۳)

*آزمون ضریب همبستگی پیرسون **سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵

بین متغیرهای مستقل همخطی وجود ندارد ($VIF=۱,۰۲$)، $Tolerance=۸۹۸$)، نرمال بودن باقیمانده ها با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف مورد آزمایش قرار گرفت که نشان داد باقیمانده ها دارای توزیع نرمال هستند ($p-value=۰.۸۶$)، متغیرهای قوانین و مقررات و مراقبت ۲۳ درصد از تغییرات متغیر (تاب آوری) را تبیین و پیش بینی می کنند ($R-Square=۰.۲۳۳$) (جدول ۵).

اثر همزمان زیر مقیاس های جو اخلاقی (مراقبت و توجه، قوانین و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارایی مدار، استقلال) بر متغیر تاب آوری به وسیله مدل رگرسیون خطی بررسی شد. متغیرهای مستقل به ترتیب میزان اهمیتی که در تبیین متغیر وابسته داشتند، به روش گام به گام وارد معادله رگرسیونی شدند که متغیر قوانین و مقررات و مراقبت وارد مدل گردید که مدل از برازش مناسبی نیز برخوردار بود ($F=۱۶,۷۰$ $p<۰.۰۰۱$). نتایج همخطی نشان داد که

جدول ۵: اثر همزمان زیر مقیاس های جو اخلاقی (مراقبت و توجه، قوانین و مقررات، ضوابط، ابزاری، کارایی مدار، استقلال) بر متغیر تاب آوری به وسیله رگرسیون خطی

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Confidence Interval for B		Collinearity Statistics		R-Square
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Tolerance	VIF	
(Constant)	۳۰.۸۵۵	۱.۶۴۴		۱۸.۷۶۳	۰.۰۰۰	۲۷.۶۱۴	۳۴.۰۹۶			
قوانین و مقررات	۱.۰۴۲	۲۵۹.	۲۵۳.	۴.۰۳۰	۰.۰۰۰	۵۳۲.	۱.۵۵۱	۹۹۸.	۱.۰۰۲	
مراقبت و توجه	۱.۰۲۲	۲۵۷.	۲۴۹.	۳.۹۷۰	۰.۰۰۰	۵۱۵.	۱.۵۳۰	۹۹۸.	۱.۰۰۲	

بحث

نتایج تحقیق نشان داد که جواخلاقی بخش های مراقبت ویژه از منظر پرستاران نامطلوب است. با توجه به اینکه جو اخلاقی مستقما بر اثرات درمان و بهبود شرایط کاری پرستاران تاثیر می گذارد، توجه به آن بسیار با اهمیت می باشد. نتایج مطالعه ی اسماعیل آبادی و همکاران نشان داد که پرستاران احساس می کردند جو اخلاقی بخش مراقبت ویژه چالش برانگیز است (۲۵). همچنین مطالعه ی Colville و همکاران نشان داد که در بخش های مراقبت ویژه مسائلی از قبیل محدودیت های شدید و تعاملات ضعیف میان حرفه ای جو اخلاقی را نامطلوب کرده بود (۲۶). پژوهش Miljeteig و همکاران نیز اشاره دارد که پرستاران به دلیل تضاد بین ارزش های شخصی و تصمیمات مدیریتی، جو اخلاقی بخش های مراقبت ویژه را نامطلوب گزارش می نمایند. مطالعه Moss و همکاران و همچنین Dodek و همکاران به جو اخلاقی نامطلوب حاکم بر بخش های مراقبت ویژه اشاره دارند (۲۷، ۲۸). نتایج مطالعات ذکر شده همسو با پژوهش حاضر می باشد. یکسان بودن نتایج مطالعات حاضر در بیان نامطلوب بودن جو اخلاقی بخش های ویژه از دیدگاه پرستاران، می تواند به دلیل شرایط سخت کاری و وضعیت وخیم بیماران و ارتباط چند رشته ای پرستاران با پزشکان در مراقبت از بیماران باشد. به هر حال با توجه به حساسیت موضوع باید خلاهای موجود در این زمینه شناسایی گردد.

از سویی دیگر مطالعه طاهری و همکاران (۲۹) و همچنین حسنی و همکاران (۳۰) و Numminen و همکاران (۳۱) جواخلاقی بخش های مراقبت ویژه را از دیدگاه پرستاران بخش های ویژه مطلوب عنوان کرده اند. تفاوت در دیدگاه پرستاران نسبت به جو اخلاقی بخش های مراقبت ویژه به عواملی از قبیل تجربیات فردی و حرفه ای، فرهنگ سازمانی بیمارستان، حمایت مدیران و همکاران، تضاد بین ارزش های شخصی و سازمانی، ماهیت بیماران و نوع بخش های ویژه و میزان مشارکت در تصمیم گیری ها بستگی دارد. این عوامل نشان می دهد که ادراک پرستاران از جو اخلاقی، ترکیبی از عوامل فردی، سازمانی و حرفه ای است که می تواند در هر محیط کاری متفاوت باشد.

همچنین یافته های پژوهش حاضر، تاب آوری پرستاران بخش های ویژه را پایین گزارش داد. پژوهش Mealer و همکاران نشان داد که پرستاران بخش های ویژه تاب آوری

کمتری دارند و بیشتر در معرض علائم اضطراب، افسردگی و فرسودگی شغلی قرار دارند (۳۲) که همسو با یافته پژوهش حاضر می باشد. مطالعه گرامی نژاد و همکاران نیز حاکی از سطح تاب آوری متوسط پرستاران می باشد (۳۳). طبق پژوهش Moon و همکاران پرستاران تاب آوری پرستاران را در حد متوسط گزارش نموده اند (۳۴). نتایج مطالعه شمالی نصب و همکاران نیز نشان داد که پرستاران بخش های مراقبت ویژه تاب آوری متوسطی دارند (۳۵). همچنین طبق پژوهش Rushton و همکاران نیز سطح تاب آوری پرستاران متوسط گزارش شده است (۳۶). همانطور که بیان شد اکثر مطالعات سطح تاب آوری پرستاران را متوسط عنوان کرده اند که با مطالعه حاضر همسو نیست این تفاوت ها ممکن است حاصل از حجم نمونه یا سایر شرایط از قبیل عوامل فردی، عوامل شغلی و عوامل سازمانی تاثیرگذار بر تاب آوری باشد.

طبق نتایج مطالعه رابطه معنی داری بین جو اخلاقی و تاب آوری پرستاران وجود ندارد اما تاب آوری با زیر مقیاس های مراقبت و توجه و قوانین و مقررات جو اخلاقی رابطه مستقیم معنی دار دارد. بر همین اساس پژوهش Yang و همکاران نشان داد که مداخلاتی مانند حمایت سازمانی، برنامه های آموزشی و قوانین حمایتی درون سازمانی باعث افزایش تاب آوری پرستاران می شود (۳۷). همچنین طبق مطالعه Ditlopo و همکاران محیط کاری مناسب و توجه و حمایت از پرستاران می تواند به افزایش رضایت شغلی و تاب آوری آنان منجر شود (۳۸). پژوهش انجام شده توسط صادقی و همکاران نیز اشاره دارد که ادراک پرستاران از عدالت سازمانی می تواند تعهد حرفه ای و تاب آوری آنان را افزایش دهد (۳۹). مطالعه ی سلطانی شال و بادللی نیز نشان داد که تعهد سازمانی، که می تواند تحت تاثیر قوانین و مقررات بخش باشد، نقش مهمی در ارتقا تاب آوری پرستاران دارد (۴۰). مطالعات فوق همگی همسو با نتایج پژوهش حاضر هستند.

از سویی دیگر اکثر مطالعات نیز اشاره به این دارند که مدیریت نقشی اساسی در رضایتمندی و جلوگیری از فرسایش شغلی پرستاران دارد. بنابراین پژوهش هایی که نشان دهند قوانین و مقررات یا توجه به نیازهای پرستاران تأثیری بر تاب آوری آن ها ندارند، چالش برانگیز است، زیرا بیشتر پژوهش ها نشان می دهند که حمایت سازمانی و توجه به نیازهای پرستاران تأثیر مثبتی بر تاب آوری آن ها دارد.

پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه با قوانین و مقررات مشخص و توجه و مراقبت سازمانی به پرستاران رابطه مستقیم و معنی‌داری دارد. این نتایج می‌تواند در برنامه‌ریزی آموزشی برای پرستاران، به ویژه در آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و ارتقاء تاب‌آوری مورد استفاده قرار گیرد. از منظر مدیریت بالین، پیشنهاد می‌شود ساختارهایی برای بهبود حمایت‌های قانونی، شفاف سازی مقررات کاری و ارتقاء ارتباط مدیران با پرستاران طراحی و اجرا شود. همچنین، تدوین سیاست‌های حمایتی سازمانی با تمرکز بر بهبود محیط کار می‌تواند نقش مهمی در افزایش پایداری روانی و عملکرد حرفه‌ای پرستاران ایفا کند. با توجه به نتایج حاصل، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی اثربخشی مداخلات سازمانی در بهبود تاب‌آوری پرستاران در محیط‌های استرس‌زا و پرمخاطره، به ویژه در بخش‌های ویژه، بپردازند.

سیاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته شده از طرح پژوهشی با کد IR.TUMS.FNM.REC.1402.210 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. همچنین مشارکت داوطلبانه نمونه‌ها در پژوهش، شرح هدف از پژوهش، کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و محرمانه بودن اطلاعات، به اطلاع افراد رسید. تیم پژوهش از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران و زنجان و کلیه همکاران و مشارکت کنندگانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدر دانی را به عمل می آورد.

تضاد منافع

نویسندگان در این مطالعه هیچ گونه تضاد منافی نداشتند.

با این حال طبق پژوهش Cooper و همکاران ارزش‌ها و قوانین سازمانی زمانی بر تاب‌آوری پرستاران تأثیر مثبت دارند که پرستاران با این ارزش‌ها و قوانین موافق باشند، در غیر این صورت تأثیر مثبتی بر روی تاب‌آوری ندارند (۴۱). پژوهش Wang و همکاران نیز نشان داد که اگر توجه و حمایت سازمانی منجر به افزایش عزت‌نفس نشود، تأثیر مستقیمی بر تاب‌آوری پرستاران ندارد (۴۲). همچنین طبق مطالعه ی مهدیزاده و همکاران بین حمایت سازمانی و تاب‌آوری پرستاران رابطه معناداری وجود دارد، اما این رابطه نسبتاً ضعیف است که این نشان می‌دهد که حمایت سازمانی به تنهایی تأثیر قابل‌توجهی بر تاب‌آوری ندارد (۴۳). نتایج مطالعات فوق به نوعی همسو با پژوهش حاضر نیست.

با توجه به یافته‌های این پژوهش و اینکه یکی از چالش‌های اساسی امروز پرستاری کمبود نیرو و مسئله ترک شغل پرستاری است، متولیان سیستم بهداشت درمان در سطح مدیریتی باید اهتمام ویژه‌ای به ارتقاء سطح تاب‌آوری و رضایت شغلی پرستاران به ویژه شاغلین بخش‌های ویژه داشته باشند. لذا می‌توانند از یافته‌های این تحقیق در راستای ارتقاء تاب‌آوری پرستاران بهره ببرند. این مطالعه به علت اینکه در بستر فرهنگی متفاوت و همچنین در بخش‌های ویژه انجام شده می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در جهت ارتقاء سطح تاب‌آوری پرستاران در اختیار مسئولین مدیریتی قرار دهد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به آموزشی بودن بیمارستان‌ها و حجم نمونه کم اشاره نمود، زیرا فشار کاری در این بیمارستان‌ها زیاد می‌باشد. توصیه به انجام مطالعات مشابه در سایر بخش‌های بیمارستانی می‌گردد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که تاب‌آوری

References

1. Imanipour M, Taheri M, Jahangirimehr A. Correlation of post intensive care syndrome-family and quality of nurses' communication with families of patients hospitalized in the intensive care units of zanzan university of medical sciences: a cross-sectional study. 2023.
2. Siami Z, Taheri M. The relationship between spiritual health and attitude towards death in family caregivers of COVID-19 patients discharged from the Intensive Care Unit of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences in 2021. Hayat. 2024;30(1):24-35.
3. Čartolovni A, Stolt M, Scott PA, Suhonen R. Moral injury in healthcare professionals: a scoping review and discussion. Nursing ethics. 2021; 28(5):590-602.

4. Lotfi-Bejestani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Ghafouri R, Nasiri M, Ohnishi K, Ghadirian F. Is there any relationship between nurses' perceived organizational justice, moral sensitivity, moral courage, moral distress and burnout? BMC nursing. 2023;22(1):368. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01536-x>
5. Heydari A, Meshkinyazd A. Ethical challenges in nursing profession. 2018.
6. Zhang N, Li J, Bu X, Gong Z-X. The relationship between ethical climate and nursing service behavior in public and private hospitals: a cross-sectional study in China. BMC nursing. 2021;20(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00655-7>
7. Borhani F, Hoseini S, Abaszadeh A, Abbasi M, Fazljoo E. NURSES' PERCEPTIONS OF ETHICAL CLIMATE GOVERNING THE TEACHING HOSPITAL AFFILIATED WITH THE UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES SHAHID SADUGHI YAZD. 2014.
8. Bayat M, Shahriari M, Keshvari M. The relationship between moral distress in nurses and ethical climate in selected hospitals of the Iranian social security organization. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2019;12. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v12i8.1339>
9. Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. Nursing ethics. 2019;26(4):1211-25. <https://doi.org/10.1177/0969733017736924>
10. Imanipour M, Taheri M. THE QUALITY OF COMMUNICATION BETWEEN THE TREATMENT STAFF AND THE FAMILIES OF PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT: A SYSTEMATIC REVIEW. Nursing And Midwifery Journal. 2022;20(5):359-69. <https://doi.org/10.52547/unmf.20.5.2>
11. Hart SE. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. Journal of Nursing Scholarship. 2005;37(2):173-7. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x>
12. Faramarzpour M, Farokhzadian J, Tirgari B, Shahrabaki PM, Borhani F, Rafati F. Nurses' perceptions of hospital ethical climate and their job satisfaction. Ethics, Medicine and Public Health. 2021;18:100664. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100664>
13. Lee JS, editor Effect of resilience on intolerance of uncertainty in nursing university students. Nursing Forum; 2019: Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1111/nuf.12297>
14. Foster K, Cuzzillo C, Furness T. Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2018;25(5-6):338-48. <https://doi.org/10.1111/jpm.12467>
15. Richardson GE. The metatheory of resilience and resiliency. Journal of clinical psychology. 2002;58(3):307-21. <https://doi.org/10.1002/jclp.10020>
16. Hasani H, Zarei B, Danaie Z, Rad GHM. Resilience Skills Training Versus Metacognitive Therapy: A Comparison of Effectiveness on Anxiety in Nurses Working in Intensive Care Units and Emergency Department. Modern Care Journal. 2020;17(3). <https://doi.org/10.5812/modernc.106905>
17. Manomenidis G, Panagopoulou E, Montgomery A. Resilience in nursing: The role of internal and external factors. Journal of nursing management. 2019;27(1):172-8. <https://doi.org/10.1111/jonm.12662>
18. McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. Nurse education today. 2009;29(4):371-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2008.10.011>
19. Tseng H-M, Shih W-M, Shen Y-C, Ho L-H, Wu C-F. Work stress, resilience, and professional quality of life among nurses caring for mass burn casualty patients after Formosa color dust explosion. Journal of Burn Care & Research. 2018;39(5):798-804. <https://doi.org/10.1093/jbcr/irx053>
20. Ansari Shahidi M, Tat M, Maleki S. The role of ethical intelligence and professional value in predicting nurses' resilience. Yafteh. 2018;20(3).
21. Victor B, Cullen JB. The organizational bases of ethical work climates. Administrative science quarterly. 1988:101-25. <https://doi.org/10.2307/2392857>
22. Ghadiri M. The Relationship of Ethical Climate with Job Satisfaction, Organizational Commitment & Turnover Intention in Employees of a Governmental Company. 2013.

23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
24. Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of psychiatry and clinical psychology*. 2007;13(3):290-5.
25. Smaeelabadi H, Zardosht R, Lal Kheirkhah E, Ansari M. Design, implementation and evaluation of the educational program for compliance with ethical standards of nurses in Intensive care units. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2024;31(3):287-98.
26. van Mook WN, Pronk SA, van der Horst I, Prag E, Heijnen-Panis R, Kling H, et al. Moral distress and ethical climate in intensive care medicine during COVID-19: a nationwide study. 2021.
27. Dodek PM, Wong H, Norena M, Ayas N, Reynolds SC, Keenan SP, et al. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *Journal of critical care*. 2016;31(1):178-82. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.10.011>
28. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health care professionals: a call for action. *American Journal of Critical Care*. 2016;25(4):368-76. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016133>
29. Taheri M, Asadi Z, Esmaceli M, Jahangirimehr A. Investigating the Relationship between Moral Injury in Nurses with Ethical Climate in Critical Care Departments of Selected Hospitals of Tabriz University of Medical Sciences in 2022: A Cross-sectional Study. *Journal of Critical Care Nursing*. 2023;16(2):9-18.
30. Hassani M, Sedaqat R, Kazemzadehbeytali M. Correlation between the Ethical climate, Job stress and Job Satisfaction in Nurses. *Med Ethics J*. 2017;11(40):63-71. <https://doi.org/10.21859/mej-114063>
31. Numminen O, Leino-Kilpi H, Isoaho H, Meretoja R. Ethical climate and nurse competence-newly graduated nurses' perceptions. *Nursing ethics*. 2015;22(8):845-59. <https://doi.org/10.1177/0969733014557137>
32. Mealer M, Jones J, Newman J, McFann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International journal of nursing studies*. 2012;49(3):292-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015>
33. Gerami NN, Ghorbani MZ, KAZEMI MR, Hosseini M. Association between resilience and professional commitment among nurses working in intensive care units. 2018.
34. Moon IO, Park SK, Jung JM. Effects of resilience on work engagement and burnout of clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2013;19(4):525-35. <https://doi.org/10.1111/jkana.2013.19.4.525>
35. Shomalinasab E, Esmaceli M, Shali M, Maroufizadeh S. Investigating the Relationship between Resilience and Uncertainty and its Intolerance in Nurses Working in Special Care Departments: A Cross-Sectional Study. *Journal of Critical Care Nursing*. 2022;15(4):59-68.
36. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American journal of critical care*. 2015;24(5):412-20. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015291>
37. Yu F, Chu G, Yeh T, Fernandez R. Effects of interventions to promote resilience in nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2024;104825. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104825>
38. Ditlopo P, Rispel LC, Van Bogaert P, Blaauw D. The impact of the nurse practice environment, workload, and professional support on job outcomes and standards of care at primary health care clinics in South Africa: a structural equation model approach. *International journal of nursing studies advances*. 2024;7:100241. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100241>
39. Sadeghi A, Purfarzad Z, Homaie Safir T, Tapak L. The relationship of organizational justice with professional commitment and resilience of nurses working in medical-educational Centers of Hamedan University of Medical Sciences in 2020-2021. *Nursing And Midwifery Journal*. 2023;21(4):277-88. <https://doi.org/10.61186/unmf.21.4.277>
40. Soltani Shal Z, Baledi G. Psychological and organizational variables affecting nurses' resilience in COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Industrial and Organizational Psychology*

- Studies. 2021;8(2):379-402.
41. CooperAL, BrownJA, ReesCS, LeslieGD. Nurse resilience: A concept analysis. *International journal of mental health nursing*. 2020;29(4):553-75. <https://doi.org/10.1111/inm.12721>
42. Wang M, Wang L, Lu C. Nurses' sense of organizational support, Self-esteem and perceived professional benefits: A mediating model. *Nursing Open*. 2023;10(4):2098-106.
43. Mehdizadeh S, Aghamohammadi P, Maleki M, Hasanlo M, Abbasi S. Relationship between Resilience and Social and Organizational Support among Nurses Working with COVID-19 Patients: A Cross-Sectional Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2024;29(3):352-7. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_281_22