www.edcbmj.ir e-ISSN: 2345-5284

Education Strategies in Medical Sciences (ESMS)

Journal homepage: www.edcbmj.ir/en e-ISSN: 2345-5284

Baqiyatallah University of Medical Sciences

The Relationship Between Clinical Ethics and Psychological Capital with Nurses' Quality of Life

Maryam Kianpour[1], Sara Saedi[2]*

[1] Department of Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran

[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

**Corresponding author: Sara Saedi, Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Email: sarasaedi@iau.ac.ir*

Article Info

Keywords: *Change process, Consequences, Curriculum implementation, Foundation data theory, Higher education curriculum*

Abstract

Introduction: Professional values, by motivating nurses to effectively address ethical challenges and guiding their interactions with patients and colleagues, can play a crucial role in their professional quality of life. Based on this perspective, the present study aimed to examine the relationship between clinical ethics and psychological capital with nurses' quality of life.

Methods: This study employed a descriptive correlational design. The statistical population consisted of all nurses working at Shahid Chamran Medical Center in Tehran in 2023. A total of 100 nurses were selected through non-random convenience sampling. Data were collected using the Nursing Code of Ethics Questionnaire, the Quality-of-Life Questionnaire, and the Psychological Capital Questionnaire. Data analysis was performed using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (correlation and regression analyses).

Results: The findings indicated a statistically significant relationship between clinical ethics and psychological capital with nurses' quality of life ($p \leq 0.05$).

Conclusion: It can be concluded that nurses with stronger adherence to clinical ethics and higher levels of psychological capital experience a better quality of life.

Copyright © 2020, Education Strategies in Medical Sciences (ESMS). This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی
دوره ۱۶، شماره ۶، ۱۴۰۲
صفحات: ۶۳۶-۶۴۴

رابطه اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران

مریم کیانپور[۱] سارا ساعدی *[۲]

[۱] گروه روانشناسی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران
[۲] استادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

* نویسنده مسوول: سارا ساعدی، ستادیار گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

چکیده

مقدمه: ارزش‌های حرفه‌ای، با ایجاد انگیزه در پرستاران برای مقابله با مسائل اخلاقی و هدایت نحوه تعامل با بیماران و همکارانشان، می‌تواند نقش مهمی در کیفیت زندگی حرفه‌ای آنان داشته باشد. براساس این رویکرد هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه اخلاق بالینی و خودمراقبتی با کیفیت زندگی پرستاران بود.

روش‌ها: این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی و از نوع همبستگی بود.جامعه آماری این پژوهش کلیه پرستاران حاضر در مرکز درمانی شهید چمران تهران در سال۱۴۰۲ بود و نمونه آماری آن شامل ۱۰۰ نفر بود که بصورت غیر تصادفی-در دسترس انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های آیین اخلاق پرستاری، پرسشنامه کیفیت زندگی و همچنین پرسشنامه سرمایه های روانشناختی، برای اندازه‌گیری متغیرها استفاده شد. داده‌ها با بکارگیری روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (همبستگی یا رگرسیون) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد که بین بین اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معناداری وجود دارد، ($p\leq ۰.۰۵$).

نتیجه‌گیری: می توان گفت که پرستاران توانمندی که دارای اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی بهتری هستند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردارند.

واژگان کلیدی: اخلاق بالینی، پرستاران، سرمایه روانشناختی، کیفیت زندگی

مقدمه

پرستاران یکی از بزرگترین گروههای ارائه دهنده خدمات بهداشتی درسیستم سلامت هرجامعه بوده، درخط مقدم جبهه سلامت به فعالیت مستمر و پایدار مشغول هستند. آنان به عنوان مهمترین گروه درمان، بیشترین وقت و انرژی را صرف خدمت و مراقبت از بیماران می کنند(۱). رودررویی پرستاران با انواعی از مشکلات واسترس های محیط کار(مانند حجم زیاد کار، درآمد ناکافی، نوبت کاری متغیر و درگردش و ساعت کاری طولانی فرسودگی و خستگی را به دنبال داردکه بر کیفیت زندگی آنان تأثیرمیگذارد(۲). طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، ادراک هر فرد از موقعیت خود در رابطه با اهداف، انتظارات، استانداردها و نگرانی هایی که در متن فرهنگ و سیستم های احاطه کننده فرد وجود دارند، کیفیت زندگی او را شکل می دهند (۳). کیفیت زندگی را می توان یک مفهوم چندبعدی در نظر گرفت.که در برگیرنده ابعاد مختلفی نظیر احساس رضایتمندی، خوشحالی، امید، سلامت جسمانی و سلامت روانشناختی است که به صورت سیستم پویا عمل کرده و در بازه های زمانی مختلف و تحت تاثیر عوامل مختلف دچار تغییراتی می شود (۴). تحقیقات نشان می دهد ارزش های حرفه ای یا اخلاق بالینی یکی از مولفه هایی است که بخش مهمی از حرفه پرستاری را تشکیل داده و مبنایی برای تصمیم گیری و عمل را فراهم می آورد و به عنوان چارچوبی برای تعهد به رفاه بیمار و راهنمایی برای رفتار اخلاقی در جهت ارائه مراقبت ایمن و امنیت بیمار می باشند(۵). در واقع وقتی پرستاران و بیماران از ارزش هایی که آنها را بر می انگیزاند، اگاه باشند نگرشها و رفتارهای بیماران را بهتر تحمل نموده و توانایی های حل مسئله و تصمیم گیری آنها بهبود می یابد(۶). پژوهشهای باسقول و همکاران (۷) نشان می دهد که پرستارانی که مراقبت های مبتنی بر اخلاق بالینی را ارائه می کنند رضایت از شفقت بالاتر و سطوح فرسودگی شغلی کمتری تجربه می کنند. برخورداری شریف آباد و مهدوی(۸) نیز در پژوهشی دریافتند که پرستارانی که مراقبت های مبتنی بر ارزشهای حرفه ای را ارائه می کردند، سطح استرس آسیب زای ثانویه پایین تری داشتند. از طرفی پژوهش‌های علمی نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی که شامل منابع روانی مثبت مانند امید، خودکارآمدی، تاب‌آوری و خوش‌بینی است، با رضایت از زندگی و کیفیت کلی زندگی ارتباط معنی‌داری دارد. یک مطالعه مقطعی با حجم نمونه زیاد بررسی کرد که افراد با سرمایه روان‌شناختی بالاتر، سطوح رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند و این رابطه در حضور عوامل روان‌شناختی دیگر مانند خودکارآمدی و خوش‌بینی نیز پابرجاست. این یافته‌ها اشاره می‌کنند که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان یک منبع درونی برای مقابله با چالش‌های زندگی عمل کند و موجب ارتقای بهزیستی ذهنی و رضایت کلی زندگی شود (۹). مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند نقش میانجی یا تسهیل‌کننده در ارتباط بین تجربه‌های زندگی و نتایج روانی–اجتماعی داشته باشد. برای مثال، تحلیل‌های ساختاری نشان می‌دهند که افزایش سرمایه روان‌شناختی با کاهش اثرات منفی استرس و افزایش توانایی مقابله با دشواری‌ها همراه است که این موضوع خود به بهبود رضایت از زندگی و سلامت روانی کمک می‌کند. این نتایج تأکید می‌کنند که ایجاد و تقویت منابع روان‌شناختی می‌تواند به‌طور مستقیم و غیرمستقیم کیفیت زندگی افراد را ارتقا دهد (۱۰). از دیدگاه کاربردی، سرمایه روان‌شناختی نه‌تنها برای سلامت روان فردی اهمیت دارد، بلکه می‌تواند به بهبود عملکرد، رضایت حرفه‌ای و کیفیت تجربه زندگی در محیط‌های مختلف کمک کند. به‌عنوان مثال، در موقعیت‌های شغلی و غیرشغلی، افزایش تاب‌آوری و امید می‌تواند موجب کاهش استرس و افزایش رضایت کلی زندگی شود، که این امر اهمیت توجه به سرمایه‌های روانی را در برنامه‌های توسعه فردی و حرفه‌ای برجسته می‌سازد. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که سرمایه روان‌شناختی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده معناداری برای کیفیت زندگی و رضایت از زندگی باشد، به‌ویژه زمانی که افراد با فشارهای محیطی مواجه‌اند (۹). توجه به اهمیت مطالب فوق الذکر و از آنجائیکه سیستم آموزش پرستاری و مربیان پرستاری, نقش مؤثری در ارتقای مهارت تصمیم گیری بالینی در پرستاران و آماده سازی آنها برای محیط بالینی دارند. توجه به نقش عمده پرستاران در ارائه مراقبت بهداشتی و ارتقای سلامت جامعه, سازمان بهداشت جهانی برانتقال قدرت تصمیم گیری و مداخله به آنها، به عنوان خطوط مقدم ارائه خدمات سلامت تأکید نموده است. به همین دلیل به نظر می رسد مطالعه در مورد عوامل مؤثر بر فرایند تصمیم گیری بالینی اهمیت دارد. چنین مطالعاتی، بویژه میتواند به مدرسان و مدیران پرستاری در بهبود روشها و برنامه های خود در راستای توانمندسازی پرستاران و ارتقای کیفیت مراقبت کمک کند. بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی رابطه اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران بود. و فرضیه های مطرح شده در این پژوهش نیز عبارتند از:

فرضیه اول: بین اخلاق بالینی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنی داری وجود دارد.

فرضیه سوم: بین اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنی داری وجود دارد.

روش پژوهش

این پژوهش بر مبنای مفروضات پژوهشات همبستگی انجام شده است که طی آن ارتباط متغیرهای اخلاق بالینی و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران سنجیده شد.

نمونه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران حاضر در بیمارستان شهید چمران تهران در سال ۱۴۰۲ به تعداد۱۴۰ نفر بود که با استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی دردسترس و با استفاده از جدول مورگان ۱۰۳ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شده اند و مطالعه بر روی آنها انجام گرفته است. لازم به ذکر است تعداد ۳ عدد از پرسشنامه ها بخاطر عدم تکمیل توسط نمونه مورد نظر، مخدوش شد.

ابزارهای پژوهش

به منظور سنجش و اندازه گیری متغیرهای مورد نظر از سه مقیاس به شرح زیر استفاده شد:

۱- اخلاق بالینی

برای ارزیابی اخلاق بالینی در پرستاران از پرسشنامه سنجش عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری، ساخته شده اسمعیل پور زنجانی، و خاکی (۱۱) االستفاده شده است . این مقیاس دارای ۳۴ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (همیشه تا نمی دانم) و هر ماده دارای ارزشی بین ۱ تا ۵ است. ، با سؤالاتی مانند: (هنگام اجرای مداخلات پرستاری و تصمیم گیری های بالینی، مسئولیت های اخلاقی را همانند مسئولیت های حرفه ای در نظر می گیرم. از انجام اقداماتی که مستلزم زیرپاگذاشتن اصول اخلاق ، قانون و شرع باشد، حتی در صورت درخواست بیمار پرهیز می کنم.) عملکرد پرستاران به آیین اخلاق پرستاری را می‌سنجد. نمره گذاری پرسشنامه به این شکل است که همیشه ۵ امتیاز، اغلب ۴ امتیاز، گاهی اوقات ۳ امتیاز، به ندرت۲ امتیاز، هیچ وقت ۱ امتیاز و نمی دانم ۰ امتیاز می گیرد و بر این اساس حداقل امتیاز بدست آمده در این پرسشنامه ۰ و حداکثر امتیاز ۱۷۰ خواهد بود . در پژوهش سازندگان، روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. و پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمده است.

۲- کیفیت زندگی

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه پرسشنامه ۲۶ سوالی سازمان بهداشت جهانی با هدف بررسی برداشت هر شخص از وضعیت سلامتی خود و میزان رضایت از این وضع استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط اطراف و یک نمره کلی. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است (۱۲). در پژوهش نصیری و همکاران (۱۳) این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ برخودار بود که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن است.

۳- سرمایه روانشناختی

جهت سنجش سرمایه روانشناختی از مقیاس سرمایه روان شناختی لوتانز(۱۴) استفاده می شود. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید، تاب آوری، خوش بینی و خودکارآمدی را می سنجد، مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس ها نیز تایید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل ۶ گویه است و آزمودنی به هر گویه در مقیاس ۶ درجه ای(کاملا مخالفم تا کاملا موافقم) لیکرت پاسخ می دهد. برای به دست آوردن نمره ی سرمایه روان شناختی، ابتدا نمره ی هر خرده مقیاس به صورت جداگانه به دست آید سپس مجموع آنها به عنوان نمره ی کل سرمایه روان شناختی محسوب می شود. بر حسب محاسبات انجام شده، حداقل نمره این پرسشنامه ۲۴ و حداکثر نمره ۱۴۴ می باشد. در پژوهشی، اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ اعلام کردند(۱۵).

یافته ها

با توجه به متغیرهای مورد مطالعه و داده های حاصل از اندازه گیری آنها، به منظور توصیف داده ها از روش های مناسب امار توصیفی نظیر فراوانی، درصد، شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی توزیع استفاده شد.در نهایت برای پاسخ دادن به فرضیه های پژوهش با در نظر گرفتن نوع داده ها، تحلیل رگرسیون گام به گام به کار گرفته شد.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای ملاک و پیش بین

متغیرهای مورد مطالعه		میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
اخلاق بالینی		۱۵۰/۷۶	۱۷/۸۳	۸۷	۱۸۰
سرمایه روانشناختی	**خودکارآمدی**	۲۸/۸۹	۵/۴۰	۱۲	۳۶
	تاب آوری	۲۵/۵۱	۵/۷۸	۱۰	۳۶

	خوشبینی	۲۶/۲۲	۶/۱۱	۶	۳۶
	امیدواری	۲۶/۲۸	۵/۹۸	۶	۳۶
	سرمایه کلی	۱۰۶/۹۲	۱۹/۸۰	۳۵	۱۴۱
کیفیت زندگی	سلامت اجتماعی	۶۱/۱۴	۱۱/۱۳	۳۹	۸۶
	سلامت روان	۶۵/۴	۱۳/۲۹	۲۹	۹۶
	روابط اجتماعی	۶۵/۹۲	۱۶/۴۱	۲۵	۱۰۰
	سلامت محیط	۶۴/۷۸	۱۵/۱۸	۱۹	۱۰۰
	کیفیت زندگی کلی	۶۵/۱۸	۱۶/۴۹	۱۲	۱۰۰

بر اساس اطلاعات جدول ۱، میانگین و انحراف معیار به ترتیب در متغیر اخلاق بالینی ۱۵۰/۷۶ و ۱۷/۸۳ در سرمایه روانشناختی نیز در حوزه خودکارآمدی ۲۸/۸۹ و ۵/۴۰ برای تاب آوری۲۵/۵۱ و ۵/۷۸، خوشبینی ۲۶/۲۲ و ۵/۹۸ ، امیدواری ۲۶/۲۸ و ۵/۹۸ و سرمایه روانشناختی کلی ۱۰۶/۹۲ و ۱۹/۸۰،است همچنین میانگین و انحراف معیار در خرده مقیاس سلامت اجتماعی کیفیت زندگی۶۱/۱۴ و ۱۱/۱۳، در سلامت روان ۶۵/۴ و ۱۳/۲۹ ، در روابط اجتماعی ۶۵/۹۲ و ۱۶/۴۱ ، در سلامت محیط ۶۴/۷۸ و ۱۵/۱۸ و کیفیت زندگی کلی ۶۵/۱۸ و ۱۶/۴۹ می باشد

همچنین جدول ۲ و ۳ و ۴حاکی از نتایج ذیل است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی ساده بین اخلاق بالینی با کیفیت زندگی پرستاران

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری(p)	تعداد نمونه (n)
اخلاق بالینی	سلامت اجتماعی	۰/۲۴	۰/۰۱	۱۰۰
	سلامت روان	۰/۲۳	۰/۰۱	
	روابط اجتماعی	۰/۱۰	۰/۰۲	
	سلامت محیط	۰/۱۸	۰/۰۰۶	
	کیفیت زندگی کلی	۰/۱۵	۰/۰۱۲	

جدول ۳-ضرایب همبستگی ساده بین سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی (r)	سطح معنی داری(p)	تعداد نمونه (n)
خودکارآمدی	سلامت اجتماعی	۰/۱۹	۰/۰۵	۱۰۰
	سلامت روان	۰/۳۴	۰/۰۰۰	
	روابط اجتماعی	۰/۲۸	۰/۰۰۴	
	سلامت محیط	۰/۱۶	۰/۰۱۲	
	کیفیت زندگی کلی	/۲۰	۰/۰۴	
خوشبینی	سلامت اجتماعی	۰/۱۶	۰/۰۴۵	
	سلامت روان	۰/۳۰	۰/۰۰۲	
	روابط اجتماعی	۰/۱۸	۰/۰۰۶	
	سلامت محیط	۰/۲۳	۰/۰۲	

	کیفیت زندگی کلی	۰/۲۴	۰/۰۱۲	
تاب آوری	سلامت اجتماعی	۰/۱۰	۰/۰۳۲	
	سلامت روان	۰/۲۴	۰/۰۱۴	
	روابط اجتماعی	۰/۲۰	۰/۰۴	
	سلامت محیط	۰/۲۳	۰/۰۱	
	کیفیت زندگی کلی	۰/۲۲	۰/۰۲	
امیدواری	سلامت اجتماعی	۰/۱۵	۰/۰۱	
	سلامت روان	۰/۲۸	۰/۰۰۵	
	روابط اجتماعی	۰/۱۹	۰/۰۰۵	
	سلامت محیط	۰/۲۵	۰/۰۱	
	کیفیت زندگی کلی	۰/۱۵	۰/۰۱	
سرمایه روانشناختی کلی	سلامت اجتماعی	۰/۱۷	۰/۰۱	
	سلامت روان	۰/۳۴	۰/۰۰۰	
	روابط اجتماعی	۰/۲۵	۰/۰۱	
	سلامت محیط	۰/۲۶	۰/۰۰۹	
	کیفیت زندگی کلی	۰/۲۴	۰/۰۱۴	

جدول ۴. ضرایب همبستگی چندگانه اخلاق بالینی، و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران با روش ورود(Enter)

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	همبستگی چندگانه (MR)	ضریب تعیین (RS)	نسبت تعیین سازگار شده	F	P	ضرایب همبستگی			
							B	β	T	p
سلامت اجتماعی	اخلاق بالینی	۰/۳۰	۰/۰۹	۰/۱۱	۳/۲۳	۰/۰۲۶	۰/۰۹	۰/۱۴	۱/۳۳	۰/۱۸
	سرمایه روانشناختی						۰/۰۴	۰/۰۸	۰/۸۱	۰/۴۱
سلامت روان	اخلاق بالینی	۰/۳۸	۰/۱۴۸	۰/۱۲۱	۵/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۳
	سرمایه روانشناختی						۰/۱۸	۰/۲۷	۲/۷۶	۰/۰۰۷
روابط اجتماعی	اخلاق بالینی	۰/۳۴	۰/۱۲	۰/۰۹	۴/۴۰	۰/۰۰۶	۰/۰۶	۰/۰۶۵	۰/۶۰۵	۰/۵۴
	سرمایه روانشناختی						۰/۱۵۹	۰/۱۹	۱/۸۷	۰/۰۶
سلامت محیط	اخلاق بالینی	۰/۲۸	۰/۸۲	۱۴/۷۸	۲/۸۴	۰/۰۴۲	۰/۰۸	۰/۱۰	۰/۹۳	۰/۳۵
	سرمایه روانشناختی						۰/۱۶۷	۰/۲۱	۲/۰۷	۰/۰۴
کیفیت کلی	اخلاق بالینی	۰/۲۶	۰/۰۶۸	۰/۰۳	۲/۳۳	۰/۰۰۷	۰/۰۶	۰/۰۷	۰/۶۷	۰/۰۵
	سرمایه روانشناختی						۰/۱۷	۰/۲۱	۰/۰۲	۰/۰۴

● برای آزمودن فرضیه اول پژوهش مبنی بر این که: بین اخلاق بالینی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنی داری وجود دارد.از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شده که همان طورئیکه در جدول ۲ مشاهده می شود بین اخلاق بالینی با سلامت اجتماعی کل پرستاران(p<۰/۰۱ و r=۰/۲۴)، با سلامت روان (p<۰/۰۱ وr=۰/۲۳)، با روابط اجتماعی(p<۰/۰۲ وr=۰/۱۰)، با سلامت محیط (p<۰/۰۰۶ و r=۰/۱۸)، و با کیفیت زندگی کلی (p<۰/۰۱ و r=۰/۱۵) رابطه مثبت و معناداری وجود داردبنابراین فرضیه فرعی اول تائید می شود به عبارت دیگر، با افزایش و ارتقاءاخلاق بالینی

در پرستاران ، به همان نسبت کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف ارتقا می یابد.

- برای آزمودن فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که: بین خودمراقبتی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معنی داری وجود دارد، از روش تحلیل همبستگی پیرسون استفاده شده که همان طورئیکه در جدول ۳ مشاهده می شود بین سرمایه روانشناختی کلی با سلامت اجتماعی کل پرستاران($p<۰/۰۱$ و$r=۰/۱۷$)، با سلامت روان ($p<۰/۰۰۰$ و$r=۰/۳۴$)، با روابط اجتماعی($p<۰/۰۱$ و $r=۰/۲۵$)، با سلامت محیط ($p<۰۰۹$ و $r=۰/۲۶$)، و با کیفیت زندگی کلی ($p<۰/۰۱$ و$r=۰/۲۴$) رابطه مثبت و معناداری وجود داردبنابراین فرضیه فرعی دوم تائید می شود به عبارت دیگر، با افزایش و و ارتقا ابعاد مختلف سرمایه روان شناختی از قبیل امیدواری، خوشبینی، تاب آوری و خودکارآمدی در پرستاران ، به همان نسبت کیفیت زندگی آنها در ابعاد مختلف ارتقا می یابد.
- برای آزمودن فرضیه سوم پژوهش مبنی بر این که: بین اخلاق بالینی، و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران رابطه معناداری دارد. از روش رگرسیون ورود مکرر استفاده شد، همان طوری که در جدول۳ ملاحظه می شود، نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون با روش ورود مکرر (Enter)، ضریب همبستگی چند متغیری برای ترکیب خطی اخلاق بالینی، و سرمایه رواشناختی با کیفیت زندگی پرستاران در سطح $p<۰/۰۰۰۱$ معنی دار می باشد. بنابراین فرضیه اصلی تحقیق تائید می شود.
- بحث و نتیجه گیری:

بر اساس یافته های این پژوهش در خصوص فرضیه اول، طبق مناسبت ترین مدل به دست امده از از تحلیل همبستگی پیرسون بین متغیر بین اخلاق بالینی با مولفه های کیفیت زندگی معنی داری وجود دارد. بنابراین، شواهد برای تایید فرضیه اول کافی است.در خصوص فرضیه دوم نیز نتایج نشان داد که بین متغیرهای سرمایه روانشناختی با مولفه های کیفیت زندگی همبستگی منفی و معنادار به دست آمد. در نتیجه، فرضیه دوم را نیز می توان پذیرفت.همچنین در خصوص فرضیه سوم نیز ، اطلاعات بدست آمده از تحلیل رگرسیون به روش ورود همزمان حاکی از رابطه معنادار بین اخلاق بالینی، و سرمایه روانشناختی با کیفیت زندگی پرستاران است.در خصوص یافته های به دست آمده در این مطالعه، شواهد حاصل از سایر مطالعات از جمله ابراهیمی، بیگی، فتحی و محمدیان (۱۶)، گلشن و ذبیحی حصاری (۱۷)، فلاح، برخورداری شریف آباد، نصیریانی(۸)، باب و همکارانش (۱۸)، روزفراخ و همکاران (۱۹)، بایرامی، فتحی، محمدی نسب، براتی، و محمدی(۲۰) ، عابدالکریم مغازی و همکاران (۲۱)، موید نتایج مطالعه حاضر هستند. در تبیین این یافته ها می توان گفت یکی از مؤلفه‌های اثرگذار در سازمان‌ها، اخلاق بالینی کارکنان همان سـازمان است.، در حرفه‌ی پرسـتاری اخلاق کاری ضـرورت بیشـتری دارد، چرا که نماینگر به کارگیری دانش، مهارت و قضاوت موثر است باعث می‌شود تا مراقبین سلامت بتوانند نقش خود و یا وظایف محوله را با کیفیت مناسب انجام دهند (۲۲). در واقع اخلاق بالینی و کاری،مجموعه‌ای‌از اصول و ارزش‌های‌معنوی‌است که درستی یا نادرستی رفتار و اخلاقی در فرد یا گروه را معین و مشخص می‌کند. این‌ارزش‌ها معیارهای‌خوبی یا بدی رفتارها و تصمیم‌ها را مشخص می‌سازند و با درک افراد از موقعیت خود در زندگی و نظام ارزشی آنها، به همان میزان کیفیت زندگی آنها نیز بر اساس اهداف، انتظارات استانداردشده و اولویت‌هایشان تعیین میگردد. همچنین در بحث خودمراقبتی نیز می توان گفت که سرمایه روانشناختی مجموعه ای از صفات و توانمندی های مثبت است که می تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقای پرستارران نقش داشته باشد؛ در واقع مولفه های سرمایه روانشناختی نقش اثرگذاری در گذران زندگی ایجاد می کنند، به طوری که از مولفه های سرمایه روانشناختی می توان به امیدواری اشاره کرد که در این پژوهش همبستگی معنی داری با کیفیت زندگی داشت. امیدواری مولفه ای روانشناختی است که با سلامت جسمی و روانی افراد رابطه دارد و موجب پذیرش آینده نگری خوب در پرستاران می شود امیدواری مانند عشق ، شادی و لذت به عنوان عاطفه مثبت در نظر گرفته می شود که می تواند هیجانات مثبت را در پرستاران تقویت کند. تمرکز بر افزایش امید سبب افزایش اعتماد به نفس، معنا در زندگی و کاهش اضطراب و نشانه های افسردگی می شود. در واقع پرستاران با سرمایه گذاری در زمینه های مختلف در پی افزایش منابع شخصی خود هستند، هر چقدر پرستاران دارای منابع بیشتری باشند سرمایه گذاری او در دیگر جنبه ها افزایش می یابد. در کل خودکارآمدی، امیدواری، خوش بینی و تاب آوری منابع با ارزشی محسوب می شوند، از این رو، هر چه فرد سرمایه روانشناختی بیشتری داشته باشند، از این منابع در کار بیشتر بهره می گیرند که همین امر سب می شود کار و چالش های شغلی را با موفقیت پشت سر بگذارد و این موفقیت ها خود باعث افزایش منابع ثانویه و کیفیت زندگی پرستاران می شود.

هر چند یافته های این مطالعه موید نتایج بسیاری از سایر مطالعات است، با این حال پژوهشگر با برخی محدودیت ها نیز رو به رو بوده است. عمده ترین محدودیت، نگرانی آزمودنی ها از ارزیابی است. با وجود تمام اعتمادسازی که قبل از پاسخ گویی به پرسشنامه ها صورت می گرفت، ولی باز هم افراد تا حدودی

نگران ارزیابی خود بودند و سعی می کردند خود را بهتر از آن چیزی که هستند، جلوده دهند.همچنین، با توجه به یافته های این پژوهش، پیشنهاد می شود، مراکز مراقبت از سلامت علاوه بر توجه به ماهیت مولفه های بکار رفته در سرمایه روانشناختی و اخلاق بالینی، در مشاوره ایی و پژوهشی خود به سایر متغیرهایی که به نوعی در ارتقا کیفیت زندگی فردی وحرفه ای پرستاران می شود را مورد ارزیابی قرار دهند.

منابع

1. Huang H, Liu L, Yang S, Cui X, Zhang J, Wu H.Effects of job conditions, occupational stress, and emotional intelligence on chronic fatigue among Chinese nurses: a cross-sectional study. Psychol Res Behav Manag. 2019: .P351-360 PMID: 31191056 DOI: 10.2147/PRBM.
2. Fallah M, Barkhordari-Sharifabad M, Nasiriani K.(2022). Effect of Mindfulness-Based Self-Care Education on the Quality of Female Nurses' Life. Avicenna J Nurs Midwifery Care.3:30.181-190. DOI: 10.32592/ajnmc.30.3.181.
3. Keener TA, Hall K, Wang K, Hulsey T,(2021). Piamjariyakul U. Relationship of quality of life, BMC Medical Inform Decis Mak Doi: 10.11/s12911-021-01421-0
4. YalçınözBaysal H. ,Yıldız M.(2021). Determining Of Health Literacy Level In Elderly: An Example Of Eastern Turkey. Middle Black Sea Journal Of Health Science; 7(1): 7-14.
5. Hajilo P, Torabi M, Eslami Panah M. Relationship (2022).between ethical reasoning and professional values among nursing students. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 30(1):1-10 . DOI: 10.32592/ajnmc.30.1.1
6. Rassin RM.(2010). Values grading among nursing students–Differences between the ethnic groups. Nurse Educ Today;30(5):458-63. PMID: 19906470 DOI: 10.1016/j.nedt. 2009.10.006.
7. Başoğul C, Baysan Arabaci L, Mutlu Satıl E, Büyükbayram Aslan A.(2021). Professional values and professional quality of life among mental health nurses: A cross-sectional study. Nurs Health Sci. 23(2):362-71. PMID: 33433046 DOI: 10.1111/nhs.12811.
8. Barkhordari-Sharifabad M, Mahdavi M. Role of Professional Values in the Quality of Professional Life of Nurses. Avicenna J Nurs Midwifery Care 2023; 31 (4) :245-253
9. Diržytė A, Patapas A, Perminas A. Associations between leisure preferences, mindfulness, psychological capital, and life satisfaction. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(7):4121.
10. Shan H, Ishak Z, Fan L. The higher the life satisfaction, the better the psychological capital? Life satisfaction and psychological capital: a moderated mediation model. Front Psychol. 2022;12:772129.
11. Mohajjel Aghdam,A., Hasankhani , H.,Zamanzadeh ,V.,Khameneh,. Moghaddam ,S. Nurses' knowledge and performance of Nursing Ethic Codes in Tabriz teaching hospital .*Tārīkh-i pizishkī*, Vol. 5 No. 17 (1392), 24 February 2014 , Page 113-139
12. Skevington S.M., Lotfy M. and O'Connell K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, Qual Life Res. 13(2): 299-331
13. Nasiri H. Psychometric evaluation of the WHOQOL-BREF and preparation of its Iranian version. Presented at: National Student Mental Health Seminar; 2006; Iran.
14. Luthans F, Youssef CM, Avolio BJ. Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge. New York: Oxford University Press; 2007.
15. Panahi E, Fatahi Zadeh MS. Investigating the relationship between components of psychological capital and marital quality of life among couples in Isfahan. Women and Society. 2014 May;5(17):139-156.
16. Ebrahimi S, Khalilbeigi K, Fathi M, Mohammadian P. The relationship between professional ethics and organizational health with quality of work life among faculty members of Farhangian University. J Univ Manag. 2022;1(2):[pages].
17. Golshan S, Zabihi Hesari N. The relationship between quality of life and professional ethics with spiritual health among nursing students. Presented at: First National Conference on Sustainable Development in Educational Sciences and Psychology of Iran; 2018; Iran.
18. Baab S, Azarbarzin M, Moghimian M. Evaluation of the effectiveness of distance

self-care training on self-efficacy and quality of life of patients with intestinal ostomy. Iran J Nurs 2022;35(135):2-15.
19. Rouzfarakh M, Deldar K, Froutan R, Ahmadabadi A ,Mazlom SR. The effect of rehabilitation education through social media on the quality of life in burn patients: a randomized, controlled, clinical trial. BMC Medical Informatics and Decision Making.
20. Abd ElKareem Moghazy N, El-Sayed Hafez G, Ahmed Mohammed Ibrahim A. Effectiveness of Self-Care Practices Education Program on Enhancing Chemotherapy Adverse Effects and Quality of Life for Patients with Gastric Cancer. Egypt J Health Care 2020;11(2):867-89.
21. Bayrami Sh, Fathi Y, Mohammadinassab S, Barati M, Mohammadi Y. Investigating the association between self-care behaviors and quality of life in patients with hypertension attending comprehensive health centers in Hamadan. Community Health Education. 2017 Spring;4(13):21-27.
22. Applin H, Williams B, Day R, Buro K (2011). A comparison of competencies between problem-based learning and nonproblem-based graduate nurses. Nurse Educ Today; 31 (2): 129-34