

ارائه مدل کیفیت مراقبت پرستاران در ارتباط با آسیب پذیری ادراک شده در دوران شیوع کووید-۱۹ با نقش میانجی تاب آوری و حرفه‌ای گری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۷ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۲/۰۶

خلاصه

مقدمه

هدف پژوهش حاضر ارائه مدل کیفیت مراقبت پرستاران در ارتباط با آسیب پذیری ادراک شده در دوران شیوع کووید-۱۹ با نقش میانجی تاب آوری و حرفه‌ای گری بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع اکتشافی تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۴۰۰ نفر انتخاب شد و پرسشنامه‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از طریق توزیع لینک پرسشنامه در فضای مجازی تکمیل شد. ابزار پژوهش یک پرسشنامه چندقسمتی شامل محیط کار پرستاری آکادمی آمریکا (۱۹۸۱)، پرسشنامه آسیب پذیری ادراک شده در برابر کووید ۱۹ دانکن، اسکالر و پارک (۲۰۰۹)، فرم کوتاه تاب آوری اسمیت و همکاران (۲۰۰۸)، و پرسشنامه حرفه‌ای گری لیو و همکاران (۲۰۱۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر و با نرم‌افزار Amos24 و Spss26 تحلیل شد.

نتایج

یافته‌های حاصل از تحلیل مسیر نشان داد که برای مدل فرضی، تمامی شاخص‌ها نشان از برازش مناسب مدل داشتند. مسیرهای مستقیم از آسیب پذیری ادراک شده به تاب آوری منفی معنادار و مسیر مستقیم از حرفه‌ای گری به کیفیت مراقبت مثبت و معنادار بود. اثر غیرمستقیم آسیب پذیری ادراک شده بر کیفیت مراقبت با میانجی گری تاب آوری و حرفه‌ای گری معنادار نشد ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت آسیب پذیری ادراک شده در پرستاران بر میزان تاب آوری آن‌ها اثر منفی دارد و همچنین حرفه‌ای گری در سطح کیفیت مراقبت پرستاران در دوران شیوع کووید ۱۹ نقش موثری داشت.

کلمات کلیدی

کیفیت مراقبت، آسیب پذیری ادراک شده، تاب آوری، حرفه‌ای گری، پرستاری

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

لیلا شاکری منش^۱

قاسم آهی^{۲*}

سید عبدالمجید بحرینیان^۳

احمد منصوری^۴

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

استاد تمام، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، ایران.

استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Email: Ahigh1356@yahoo.com

مقدمه

در دسامبر ۲۰۱۹ برای اولین بار در شهر ووهان چین پس از اینکه مردم بدون علت مشخصی دچار سینه پهلو شدند، نوع جدیدی از کرونا ویروس با همه گیری در انسان مشاهده شد. در ۱۱ فوریه سال ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت (WHO) و گروه مطالعه کروناویروس از کمیسیون بین المللی طبقه بندی ویروس ها کرونا ویروس جدید را با عنوان کروناویروس ۲۰۱۹، سارس- کو- ۲ (SARS-CoV-2) یا کووید- ۱۹ (COVID-19) نام گذاری کردند پس از ارزیابی، در ۱۲ مارس ۲۰۲۰، سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد که COVID19 به وضعیت همه گیر رسیده است (۱). پرستاران به عنوان اولین گروهی که از بیماران کووید ۱۹ مراقبت می کردند با مشکلات مختلفی از جمله؛ محیط کار ناآشنا، قرار گرفتن در معرض بیماری و تمرکز مردم و رسانه ها روبرو شدند و بیشترین نقش را در رویارویی با این بیماری داشتند (۲).

پرستاران، به عنوان بزرگ ترین نیروی کار در بیمارستان ها مسئولیت سنگین و مراقبت از بیمار را بر عهده دارند که با شرایط استرس زا روبرو هستند و فعالیت های آنان در برآیندهای مراقبتی بسیار چشمگیر است (۳). مراقبت به عنوان یک جزء اساسی در زمینه خدمات بهداشتی درمانی به حساب می آید و نیز در بین کلیه مراقبت های ارائه شده در محیط های درمانی، مراقبت های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردار است (۴). کیفیت مراقبت پرستاری عامل مهمی در عرصه خدمات سلامت و ارائه مراقبت با کیفیت از بیماران است. کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوب ترین برآیندهای سلامتی است، به گونه ای که خدمات ارائه شده اثربخش کارا و به صرفه باشد (۵). اولین و مهمترین عامل در بهبود کیفیت مراقبت، ارزشیابی فعالیت های پرستاران در ارائه مراقبت پرستاری به بیماران است (۶). بنابراین در اغلب کشورهای جهان درجه بندی و اعتباربخشی به بیمارستان ها

در نظر گرفتن کیفیت مراقبت پرستاری است (۷). اولین ویژگی کیفیت مراقبت پرستاری، هدفمند بودن مراقبت ها است و هدفمندی دارای ویژگی هایی مبتنی بر پایه های نیازهای بیمار، فرایند پرستاری، داشتن نگرش مراقبتی، حصول رضایتمندی بیمار و علم و آگاهی است. بنابراین مطلوب ترین نحوه مراقبت در هدفمندی آن نقش دارد. در نتیجه ارائه مطلوب ترین مراقبت ها منجر به افزایش کیفیت مراقبت های پرستاری می شود (۸).

یکی از عواملی که می تواند بر کیفیت مراقبت پرستاران نقش داشته باشد، آسیب پذیری ادراک شده است. آسیب پذیری ادراک شده از جمله مولفه های اصلی در مدل باور سلامتی است. یکی از متغیرهای روانی مهم که در شرایط بحرانی یک بیماری همه گیر می تواند زمینه ساز ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه باشد، آسیب پذیری ادراک شده نسبت به بیماری است. آسیب پذیری ادراک شده به باور شخص به اینکه چقدر خود را نسبت به یک موقعیت استرس زا یا استرس خاص و یا مشکل تندرستی آسیب پذیر احساس می کند، اشاره دارد (۹). پژوهش ها نشان می دهند افرادی که خودشان را نسبت به بیماری آسیب پذیرتر می دانند اجتماعی بودن کمتری را نشان می دهند (۱۰). در واقع آسیب پذیری ادراک شده در برابر بیماری یک شاخص چندبعدی است که تفاوت های فردی پاسخ به آن را توجیه می کند، پاسخ های هیجانی و رفتاری در واکنش به بیماری مسری معمولاً به درک شخص از خطر آلوده شدن وابسته است (۱۱). از سوی دیگر مطابق با شواهد، آسیب پذیری ادراک شده شدید در طی شیوع بیماری های همه گیر ممکن است احساس امنیت یا کنترل افراد را تضعیف کند و موجب نگرانی هایی از قبیل ترس از ابتلا به عفونت، احساس عدم امنیت و از دست دادن کنترل شود و همین امر می تواند منجر به راه اندازی واکنش های استرس پس از آسیب شود (۱۲). در پژوهشی به بررسی آسیب پذیری ادراک شده نسبت به کووید ۱۹ و

3. Perceived Vulnerability

1. coronavirus

2. quality nursing care

پرستاران را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان داد که بین تاب آوری و بُعد خستگی از شفقت همبستگی منفی معناداری بود (۱۹).

متغیر دیگری که می‌توان مورد بررسی قرارداد، حرفه‌ای‌گری^۶ است. حرفه‌ای‌گری از مفاهیم بنیادی و پایه‌ای پرستاری و مراقبت است و این پدیده حاصل تعامل فرد، محیط و ارتباطات بین فردی است (۲۰). منشور حرفه‌ای‌گری که توسط طب داخلی آمریکا و فدراسیون طب داخلی اروپا در سال ۲۰۰۲ تدوین گردید بر پایه سه تعهد (بالا ترین کیفیت در عمل به حرفه، اولویت منافع بیمار، پاسخگویی به نیازهای جامعه) و شش عنصر (از خودگذشتگی، پاسخگویی، تعالی، افتخار، امانت داری و احترام به دیگران) استوار است (۲۱). حرفه‌ای‌گری، رفتار و کردار و اهدافی هستند که ویژگی‌های یک فرد حرفه‌ای را مشخص می‌نماید. حرفه‌ای‌گری به برخورداری از ویژگی‌های فداکاری و از خودشیفتگی، محبت و دلسوزی، احترام به دیگران، برقراری ارتباط مناسب با بیماران و همکاران، پذیرش خطا و اشتباه، تعهد و مسئولیت‌پذیری، رازداری، صداقت و راستگویی تعریف می‌شود (۲۲) و به دلیل نقش مهم آن در رفتار پرستاران می‌تواند به عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شود. پارک و جانگ^۷ (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی نقش میانجی حرفه‌ای‌گری پرستاری در رابطه بین تاب آوری و استرس شغلی پرستاران در پاندمی کووید ۱۹ پرداختند، نتایج نشان داد که حرفه‌ای‌گری پرستاری بر رابطه بین تاب آوری و سطوح استرس شغلی تأثیر واسطه‌ای معناداری داشت. همچنین تأثیر تاب آوری بر سطوح استرس شغلی معنی‌دار بود. پس از کنترل حرفه‌ای بودن پرستاری، اثر کاهش یافت و از نظر آماری نبود (۲۳).

با توجه به اینکه پرستاران بیشترین میزان مراقبت را در رابطه با درمان بیماران ارائه می‌دهند، بنابراین نقش بسزایی در ارتقا

استرس ادراک شده پرستاران پرداخت و نتایج نشان داد که آسیب‌پذیری پرستاران متوسط تا زیاد بود و بر عملکرد آن‌ها تأثیر داشت.

عوامل دیگری می‌توانند رابطه این متغیرها را تحت تأثیر قرار دهند و نقش میانجی داشته باشند. یکی از مهمترین توانایی‌های انسان که در شرایط سخت و فشارهای روانی باعث سازگاری موثر با تغییرات و عوامل خطر و تنش‌زا شده و عاملی در جهت مقاومت در برابر مشکلات است، تاب آوری می‌باشد. برخی از محققان ظرفیت تاب آوری را برای موفقیت در شغل پرستاری لازم می‌دانند (۱۳). وارلو و ادوارد^۲ (۲۰۰۷) معتقدند که پرستاران در قرن بیست و یکم باید به طور ماهرانه‌ای تاب آوری را جهت رویارویی با مشکلات حرفه‌ای در خود گسترش دهند تا بر تجارب منفی غلبه کرده و این تجارب را به تجارب مثبت تبدیل کنند (۱۴). مشتاقی و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که همبستگی مثبت معناداری بین تاب آوری و کیفیت زندگی وجود دارد (۱۵). عاقلی و فعال (۱۳۹۹) نقش میانجی تاب آوری بر تأثیر استرس بر فرسودگی شغلی را مورد بررسی قرار دادند که نتایج حاکی از برازش مدل داشت (۱۶). وو و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نقش میانجی تاب آوری در رابطه بین حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بررسی کردند که نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق تاب آوری می‌تواند کیفیت زندگی را پیش‌بینی کند (۱۷). لابرگو و دی لاس سانتوس^۳ (۲۰۲۱) در پژوهشی نقش میانجی تاب آوری در رابطه خستگی^۴ و نتیجه کاری پرستاران^۵ با کیفیت مراقبت در طور همه‌گیری کووید ۱۹ بررسی کردند، نتایج نشان داد که افزایش خستگی با کاهش کیفیت مراقبت همراه است و تاب آوری در رابطه بین خستگی و کیفیت مراقبت نقش میانجی داشت (۱۸). گرامی نژاد و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی ارتباط تاب آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای در

5. nurses' work outcomes

6 professionalism

7. Park, B. M., & Jung, J.

1. Resilience

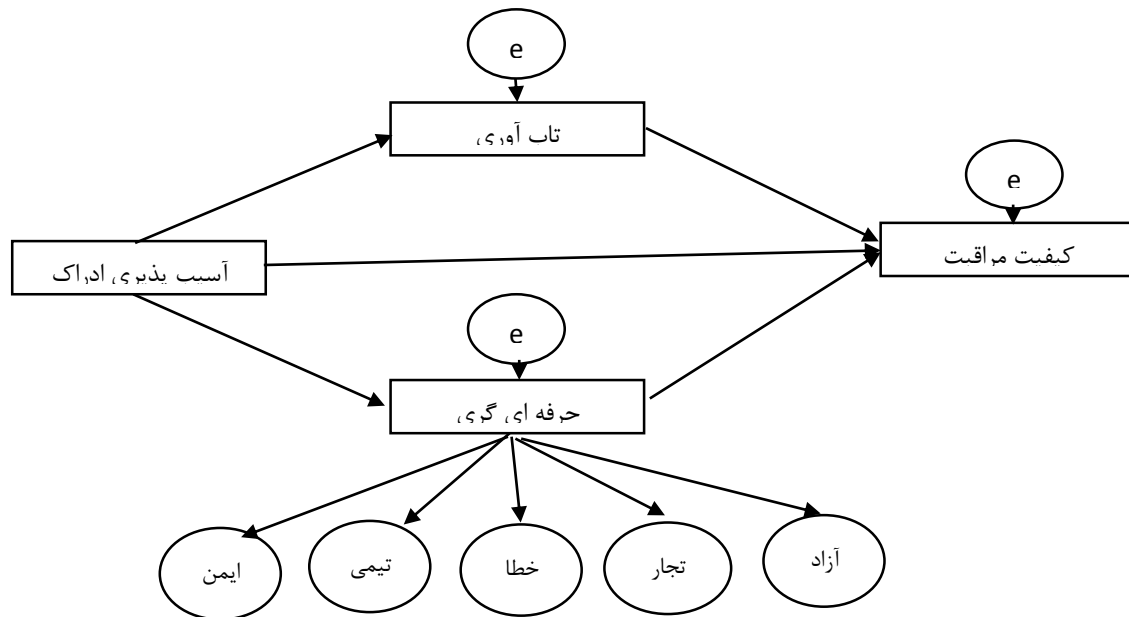
2. Warelow P, Edward KI

3. Labrague, L. J., & de Los Santos, J. A. A.

4. compassion fatigue

بر کیفیت مراقبت از بیمار و وظایف شغلی آنان تاثیر بگذارد. از طرفی تا کنون مطالعه‌ای پیرامون ارتباط آسیب پذیری ادراک شده با کیفیت مراقبت پرستاران در دوران کووید ۱۹ انجام نشده است و همچنین اهمیت بررسی نقش میانجی متغیرهای مهمی همچون تاب آوری و حرفه‌ای گری، در این پژوهش به بررسی ارتباط کیفیت مراقبت پرستاران با آسیب پذیری ادراک شده مرتبط با کووید ۱۹ با نقش میانجی عوامل روانشناختی تاب آوری و حرفه‌ای گری می پردازیم.

کیفیت خدمات دارند. کیفیت مراقبت پرستاران از عوامل مهم در عرصه خدمات سلامت است و از آنجاکه کیفیت مراقبت رابطه پیچیده‌ای با ویژگی‌های محیط کاری، محیط زندگی شخصی و مواجهه با آسیب‌های اولیه و ثانویه در محیط کاری دارد. بیماری‌های همه گیر پیامدهای بسیار زیادی برای سیستم‌های مراقبت بهداشتی، به ویژه نیروی کار دارند و ویژگی‌های شخصیتی و درونی پرستاران و شرایط محیطی بیمارستان می تواند چالش‌های زیادی ایجاد کند که



شکل ۱. مدل پیشنهادی پژوهش

کردن کانال‌ها و پیچ‌های مرتبط با پرستاران شهر مشهد و پیام به آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه‌ها تکمیل شود. ملاک‌های ورود شامل پرستار بودن، استفاده از فضای مجازی و رضایت از شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج شامل مشاغل دیگر در بیمارستان، عدم استفاده از فضای مجازی و عدم رضایت از شرکت در پژوهش بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه شرایط محیط کار پرستاری (PESNWI)

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع اکتشافی تحلیلی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر مشهد (n= ۱۳۰۰۰) در سال ۱۴۰۱ بود که با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه ۴۰۰ نفر انتخاب شد. با توجه به شیوع ویروس کرونا از نمونه‌گیری به شیوه آنلاین استفاده شد. ابتدا در سایت اول فرم پرسشنامه آنلاین طراحی شد و به روش نمونه‌گیری در دسترس و از طریق فضای مجازی تلگرام، واتساپ، اینستاگرام پرسشنامه‌ها با سرچ

¹. Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PESNWI)

جزئی مورد تأیید اساتید قرار گرفت. در ادامه به صورت پایلوت تعداد ۸۰ پرستار پرسشنامه‌ها را پر کردند و آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. همچنین روایی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. شاخص‌های نیکویی برازش بیانگر برازش مناسب داده‌ها بود و کلیه بارهای عاملی گزارش شده در سطح $p < ۰/۰۱$ معنادار بود و بار عاملی مولفه‌های پرسشنامه بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ محاسبه شد.

پرسشنامه آسیب پذیری ادراک شده در برابر کووید ۱۹ (PVC)

این پرسشنامه دارای ۵ گویه خودسنجی است که با اقتباس از پرسشنامه آسیب پذیری ادراک شده دانکن، اسکالر و پارک^۳ (۲۰۰۹) ساخته شد. که سه عامل (۱) به طور کلی، من بسیار مستعد ابتلا به بیماری‌های عفونی هستم، (۲) احتمال بیشتر آلوده شدن به ویروس کرونا نسبت به افراد اطرافم دارم و (۳) سابقه حساسیت به بیماری عفونی دارم. علاوه بر این، دو مورد زیر هم اضافه شد: (۴) احتمال ابتلای من به ویروس کرونا نسبت به افراد هم سنم بیشتر است و (۵) شرایط سلامتی از قبل وجود داشته که حساسیت من به کرونا را افزایش می دهد. شرکت کنندگان به این موارد در مقیاس هفت درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالف، ۷ = کاملاً موافق) امتیاز دادند. نتایج تحلیل مؤلفه اصلی پژوهش دانکن و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که این پنج آیتم بر روی یک عامل بارگذاری می شوند (بارهای عاملی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ متغیر بود)، که ۷۴/۴ درصد از واریانس را توضیح می دهد و سازگاری درونی بالایی را نشان داد همچنین آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (۲۵). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه با روش استاندارد ترجمه برگردان به فارسی ترجمه شد و سپس توسط یک مترجم مستقل به زبان انگلیسی برگردانده و در نهایت با انطباق نسخه اصلی با نسخه ترجمه شده مقیاس آسیب پذیری ادراک شده تنظیم شد. برای بررسی شاخص روایی محتوا با به کارگیری نظرات ۱۰ صاحب نظر پرستاری براساس شاخص والتس و باسل^۴

این پرسشنامه یکی از معتبرترین ابزارهای اندازه گیری شرایط محیط کاری پرستاران است که در سال ۱۹۸۱ آکادمی پرستاری آمریکا، که بر اساس ویژگی‌های بیمارستان‌های مگنت ساخته شد. این پرسشنامه به طور گسترده در موارد مختلف مورد استفاده قرار گرفته است و در مطالعات مختلف تأیید شده است. چندین کشور مانند چین، نیوزلند، اسپانیا، استرالیا، سوئیس، بلژیک، انگلستان، فنلاند، سوئد، ایرلند، هلند و نروژ (۲۴). با این حال، یک نسخه معتبر برای مراقبت‌های پرستاری در ایران ناشناخته است. این ابزار شامل ۲۸ گویه و مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (کاملاً موافق، موافق، مخالف و کاملاً مخالف) که کاملاً مخالف ۱ و کاملاً موافق ۴ نمره گذاری شد. نمرات مقیاس از ۲۸ تا ۱۱۲ هست. این مقیاس پنج خرده مقیاس ۱. مشارکت پرستار در امور بیمارستان (سؤالات ۱ تا ۶) ۲. بنیاد پرستاری برای کیفیت مراقبت (سؤالات ۷ تا ۱۲) ۳. مدیریت و رهبری رئیس/مجری پرستار (سؤالات ۱۳ تا ۱۸) ۴. کفایت منابع انسانی برای کیفیت مراقبت (سؤالات ۱۹ تا ۲۲) ۵. روابط جمعی بین پرستاران و پزشکان (سؤالات ۲۳ تا ۲۸) دارد. دو خرده مقیاس اول محیط اطراف بیمارستان را منعکس می کنند و سه خرده مقیاس بعدی جنبه‌های خاص تر پاسخ‌ها را بررسی می کنند. در پژوهش فری و مارتینز^۱ (۲۰۱۴) ویژگی‌های روان‌سنجی آن با همسانی درونی و روایی سازه (تحلیل عاملی) بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که این پنج عامل ۴۸ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۲ محاسبه شد (۲۴). این پرسشنامه برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار گرفت. ابتدا یک نفر متخصص روانشناسی و یک نفر مترجم توانمند به فارسی برگردانده شد و سپس در اختیار ۵ صاحب نظر حوزه پرستاری قرار گرفت تا روایی ظاهری آن مورد بررسی قرار گیرد که با تغییرات

۳. Duncan, Schaller, & Park,

۴. Waltz & Bausell

۱. Ferreira, F., & Martins, A.

۲. Perceived vulnerability to COVID-19 (PVC)

محاسبه شد. در ادامه تعداد ۸۰ پرستار پرسشنامه را تکمیل کردند و آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه حرفه‌ای گری (MSSAPS)

پرسشنامه حرفه‌ای گری در دستیاران پزشکی که توسط لیو^۴ و همکاران در سال ۲۰۱۴ ساخته شد. این پرسشنامه در پنج بعد فرهنگ ایمنی (سوال ۱ تا ۱۰)، فرهنگ کار تیمی (سوال ۱۱ تا ۱۸)، فرهنگ گزارش خطا (سوال ۱۹ تا ۲۴)، تجارب حرفه‌ای (سوال ۲۵ تا ۳۱) و آزادی در بیان نگرانی‌های حرفه‌ای (سوال ۳۲ تا ۳۴) و ۳۴ گویه در طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از کاملاً موافقم (نمره ۵) تا کاملاً مخالفم (نمره ۱) طراحی شده است. لیو و همکاران (۲۰۱۴) با روش تحلیل عاملی برای کلیه سوالات را مناسب ارزیابی کردند و آلفای کرونباخ را ۰/۸۵ گزارش کردند (۲۸). در ایران گندمکار، کشمیری و رعدآبادی (۱۴۰۰) اعتباریابی این پرسشنامه را انجام دادند. روایی محتوایی نظرات ۱۳ نفر از متخصصین مورد بررسی قرار گرفت. شاخص روایی محتوایی میانگین نسبت روایی محتوایی ۰/۶۹ به دست آمد. شاخص روایی محتوایی از نظر مرتبط بودن ۰/۸۴ بدست آمد. ضرایب آلفای کرونباخ برای مولفه‌ها به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۹، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ و ۰/۷۷ به دست آمد (۲۲). در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ برای مولفه‌ها ۰/۷۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵، ۰/۸۴ و ۰/۷۱ محاسبه شد.

روش آنالیز داده‌ها: اطلاعات پس از جمع‌آوری با کمک نرم‌افزار از Spss26 و Amos24 و در سطح معنی‌داری $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شد. برای تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از روش تحلیل مسیر انجام شد.

یافته‌ها

تعداد اعضای شرکت‌کننده در این پژوهش ۴۰۰ نفر بود که در بازه سنی ۲۳ تا ۶۲ سال بودند. میانگین سنی

تعیین گردید که طی آن مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر گویه بر اساس شاخص ۴ گزینه‌ای بررسی شد و این نسبت با استفاده از فرمول نسبت مجموع امتیاز موافق برای هر آیتیم بارتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل پاسخ‌ها برای کل ابزار محاسبه شد، گویه‌ها امتیازی برابر ۰/۸۰ و بالاتر آوردند. طبق نتایج شاخص روایی محتوا میانگین نمره CVR برای کل ابزار ۰/۸۸ و میانگین نمره CVI برای کل گویه‌ها ۰/۸۹ به دست آمد. در ادامه به صورت پایلوت تعداد ۸۰ پرستار پرسشنامه‌ها را پر کردند، که آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسشنامه فرم کوتاه تاب آوری (BRS)

مقیاس تاب آوری که توسط اسمیت، دالن، ویگینس، تولی^۵ و همکاران (۲۰۰۸) طراحی شد. این مقیاس شامل ۶ سوال است که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم = ۰ تا کاملاً موافقم = ۴ نمره گذاری می‌شود. سوالات ۱، ۳ و ۵ مثبت و سوالات ۲، ۴ و ۶ منفی هستند. روایی سازه نسخه کوتاه تاب آوری اسمیت و همکاران (۲۰۰۹) بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای ۶ سوال با بار عاملی ۰/۶۹ تا ۰/۹۰ گزارش شد که نشان دهنده ارتباط قوی بین سوالات در این نسخه می‌باشد. میزان همسانی درونی در این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شد (۲۶). در پژوهش رودریگز^۳ و همکاران (۲۰۱۶) نیز اعتبار این پرسشنامه در جامعه اسپانیایی بررسی کردند، تجزیه و تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که این نسخه تک عاملی است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آورد که نشان دهنده قابلیت اطمینان کافی بود (۲۷). در مطالعه حاضر برای اولین بار این پرسشنامه به کار گرفته شد و توسط دو مترجم مستقل به فارسی ترجمه شد. جهت بررسی روایی محتوا با به کارگیری ۱۱ صاحب نظر پرستاری و با استفاده از شاخص والتس و باسل تعیین گردید که برای کل ابزار مورد تأیید قرار گرفت، طبق نتایج شاخص روایی محتوا، میانگین نمره برای کل ابزار ۰/۸۸

4. Medical Student Safety Attitudes and Professionalism Survey

5. Liao JM

1. the Brief Resilience Scale (BRS)

2. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E.

3. Rodríguez-Rey, R.

ارائه شده است. مقدار کجی و کشیدگی با محاسبه Z (مقدار شاخص کجی و کشیدگی تقسیم بر خطا) به دست آمده و مقادیر Z گزارش شده است که اگر از ۲/۵ کوچک تر باشد توزیع متغیرها نرمال است.

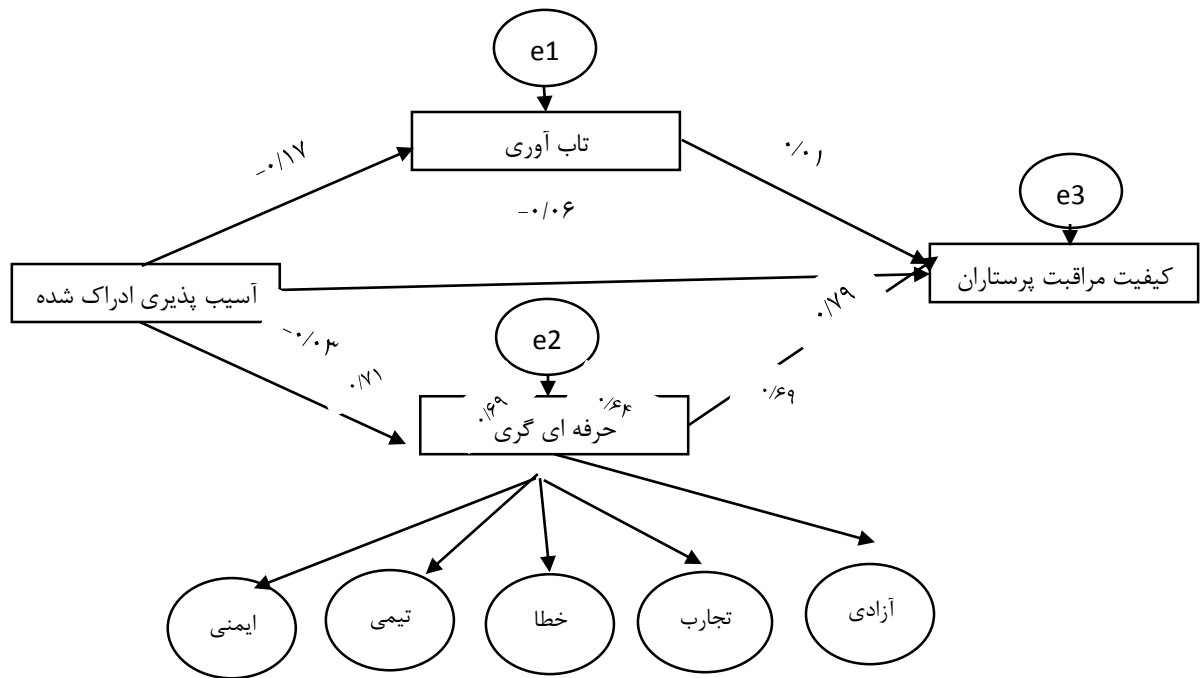
شرکت کنندگان ۳۵/۹۳ و انحراف استاندارد آن ۹/۶۲ بود. از بین شرکت کنندگان ۱۳۸ نفر مجرد (معادل ۳۴/۵ درصد)، ۲۶۲ نفر متأهل (معادل ۶۵/۵ درصد)، همچنین ۲۹۵ نفر از شرکت کنندگان دارای زن (معادل ۷۳/۸ درصد)، ۱۰۵ نفر مرد (معادل ۲۶/۳ درصد) بودند. میانگین و انحراف معیار و شاخص کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین	کجی	کشیدگی
آسیب پذیری ادراک شده	۲۰/۰۱	۷/۹۶	۵	۳۵	-۱/۸۵	-۱/۵۴
کیفیت مراقبت	۶۵/۵۵	۱۳/۹۵	۲۸	۱۰۱	-۱/۵۸	۰/۹۶
تاب آوری	۱۸/۱۹	۳/۴۴	۶	۳۰	-۰/۹۸	۱/۵۷
فرهنگ ایمنی	۳۲/۲۲	۶/۴۹	۱۰	۵۰	-۱/۶۷	۱/۵۰
فرهنگ کار تیمی	۲۸/۳۰	۴/۴۳	۸	۴۰	-۱/۴۶	۱/۶۷
فرهنگ گزارش خطا	۱۷/۳۹	۴/۴۵	۶	۳۰	-۱/۳۴	۱/۹۷
تجارب حرفه ای	۲۱/۸۹	۶/۰۶	۷	۳۵	-۱/۲۱	۰/۶۱
آزادی در بیان نگرانی‌ها	۹/۳۲	۳/۱۶	۳	۱۵	-۱/۹۸	-۱/۷۶
نمره کل حرفه‌ای‌گری	۱۰۹/۱۳	۱۶/۷۸	۳۴	۱۷۰	-۱/۹۵	۱/۷۹

مورد تأیید قرار گرفت. شاخص تحمل برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰/۴ (استرس شغلی = ۰/۹۴، ارزیابی شناختی = ۰/۹۲ و درگیری شغلی = ۰/۹۲) و شاخص تورم کوچک تر از ده (استرس شغلی = ۱/۰۶، ارزیابی شناختی = ۱/۰۸ و درگیری شغلی = ۱/۰۹) می باشد، همچنین مقدار دوربین واتسون ۱/۷۴ است که کمتر از ۴ هست و می توان گفت که از مفروضه‌ها تخطی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به شاخص‌های به دست آمده، می توان نتیجه گرفت که شرایط آزمون رعایت شده است. در شکل زیر ضرایب مسیر استاندارد در مدل مورد نظر ارائه شده است.

به منظور بررسی نقش استرسور شغلی در کیفیت مراقبت پرستاران با نقش میانجی ارزیابی شناختی و درگیری کاری از روش تحلیل مسیر استفاده شد. قبل از آزمون مدل ابتدا پیش فرض‌های تحلیل مسیر شامل نرمال بودن (با استفاده از شاخص‌های کجی و کشیدگی)، هم خطی بودن متغیرها (عامل تورم واریانس و شاخص تحمل) و استقلال خطاها (آزمون دوربین واتسون) مورد بررسی قرار گرفت. برای پیش فرض نرمال بودن داده‌ها از شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. برای قضاوت در مورد میزان کجی و کشیدگی معیار برای نرمال بودن باید میزان هر دو آماره بین ۲ و -۲ باشد. با توجه به جدول ۱ میزان کجی و کشیدگی در حد استاندارد در بازه ۲ و -۲ بود لذا فرض نرمال بودن داده‌ها



شکل ۲. ضرایب مسیر استاندارد شده

در جدول زیر شاخص های نیکویی برازش الگوی پیشنهادی ارائه شده است. برای بررسی برازش مدل های عاملی از شاخص های زیر استفاده شده است.

جدول ۲. شاخص های نیکویی برازش الگوی پیشنهادی

CFI	NFI	AGFI	GFI	RMSEA	χ^2/df	df	χ^2
۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۰۹	۲/۹۹	۱۰	۲۹/۸۹۵

(۲۹). برای شاخص های CFI، NFI مقادیر بالای ۰/۹ نشان دهنده پذیرش مدل و مقادیر بالای ۰/۹۵ نشان از برازش خوب مدل دارد (۲۹). همان طور که مشاهده می شود برای مدل فرضی تمامی شاخص ها نشان عدم برازش مدل دارند. به منظور بررسی نقش میانجی ارزیابی شناختی و درگیری شغلی در رابطه بین استرسور شغلی و کیفیت مراقبت در جدول ۳ ضرایب مسیر مستقیم و ضرایب غیرمستقیم گزارش می شود.

همان طور که در جدول مشاهده می شود، حاصل مجذور کای بر درجه آزادی کمتر از ۵ است، اگرچه توافق جمعی بر سر مقدار قابل قبول بودن این شاخص وجود ندارد ولی مقادیر زیر ۵ معمولاً بیانگر برازش خوب مدل است. GFI شاخصی است جایگزین کای اسکوئر که به حجم نمونه بستگی ندارد. پژوهشگران برای آن مقادیر بالای ۰/۹ را پیشنهاد داده اند. برای برازش مطلوب مدل ارزش RMSEA باید کوچک تر از ۰/۱ و بهتر است کوچک تر از ۰/۰۸ باشد

جدول ۳. نتایج ضرایب مسیر مستقیم

P-Value	C.R	S.E	Estimate	
۰/۰۱۴	-۲/۴۴	۰/۰۲	-۰/۰۷	آسیب پذیری --> تاب آوری
۰/۷۳۳	-۰/۳۴	۰/۰۲	-۰/۰۰	آسیب پذیری --> حرفه ای گری

۰/۸۴۰	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۰۴	تاب آوری--> کیفیت مراقبت
۰/۰۰۱	۸/۶۵	۰/۵۵	۴/۸۰	حرفه‌ای گری--> کیفیت مراقبت
۰/۳۱۶	-۱/۰۳	۰/۰۹	-۰/۰۹	آسیب پذیری--> کیفیت مراقبت

همان‌طور که مشاهده می‌شود مسیرهای مستقیم از آسیب پذیری ادراک شده به تاب آوری منفی و معنادار و مسیر مستقیم از حرفه‌ای گری به کیفیت مراقبت مثبت و معنادار بود. در جدول زیر ضرایب غیرمستقیم گزارش شده است و برای معناداری از آزمون استروپ استفاده شده.

جدول ۴. نتایج ضرایب غیرمستقیم

مسیر	اثر غیرمستقیم	معناداری
آسیب پذیری--> تاب آوری و	۰/۰۲	۰/۷۷۸
حرفه‌ای گری--> کیفیت مراقبت		

نتایج اثر غیرمستقیم آسیب پذیری ادراک شده بر کیفیت مراقبت با میانجی‌گری تاب آوری و حرفه‌ای گری معنادار نیست. بنابراین طبق یافته‌های پژوهش تاب آوری و حرفه‌ای گری در رابطه بین آسیب پذیری و کیفیت مراقبت نقش میانجی نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف ارائه مدل کیفیت مراقبت پرستاران در ارتباط با آسیب پذیری ادراک شده در دوران شیوع کووید-۱۹ با نقش میانجی تاب آوری و حرفه‌ای گری بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که مسیرهای مستقیم از آسیب پذیری ادراک شده به تاب آوری منفی و معنادار و مسیر مستقیم از حرفه‌ای گری به کیفیت مراقبت مثبت و معنادار بود. همچنین نتایج تحلیل مسیر نشان داد که تاب آوری و حرفه‌ای گری در رابطه بین آسیب پذیری ادراک شده و کیفیت مراقبت پرستاران نقش میانجی نداشت.

یافته‌های پژوهش نشان داد که بین آسیب پذیری ادراک شده با تاب آوری پرستاران رابطه منفی معناداری وجود دارد. این یافته همسو با یافته‌های جعفر طباطبایی و همکاران (۱۳۹۹)، ابولقاسمی و همکاران (۱۳۹۳) بود (۳۰، ۳۱). ابولقاسمی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی دریافتند که تاب آوری با آسیب پذیری روانی رابطه معناداری دارد (۳۱). در تبیین این یافته پژوهش می‌توان افزود که تاب آوری به معنای آماده شدن و برنامه ریزی برای تحمل کردن، بازیابی یا سازگاری موفق تر با حوادث ناخوشایند بالقوه است. تاب آوری ارتقا یافته امکان پیش بینی بهتر بلایا و برنامه ریزی بهتر را به منظور کاهش لطمات این بلایا فراهم می‌کند. تاب آوری فردی به توانایی فرد در استمرار عملکرد مناسب، در حین و بعد از بحران، یا حوادث دلخراش در همه سطوح رفتاری و فائق شدن موفقیت آمیز بر الزامات در حال تغییر محیط اشاره دارد (۳۰). افرادی که از سطوح تاب آوری پایینی برخوردار باشند، در مقابل رویدادهای استرس زا مقاومت کمتری دارند و در نتیجه بیشتر مستعد آسیب روانی می‌باشند. استانگر^۱ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که آسیب پذیری در برابر بیماری مسری یک شاخص چند بعدی است که تفاوت‌های فردی پاسخ به آن را توجیه می‌کند؛ پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در واکنش به بیماری‌های مسری معمولاً به درک شخص از خطر آلوده شدن وابسته است (۳۲). آسیب پذیری ادراک شده در برابر بیماری‌های عفونی ممکن است پاسخ‌های روان شناختی خاصی را برای به حداقل رساندن مواجهه یا عوامل بیماری‌زا ایجاد کند و رفتارهای ایمنی بخش یا هدف کاهش احتمال عفونت اولیه را تقویت کند (۳۳). همچنین یافته‌ها نشان داد که مسیر مستقیم از حرفه‌ای گری به کیفیت مراقبت مثبت و معنادار بود. هر چند پژوهش‌ها در

1. Stangier, U.

مختلف از کیفیت داشته باشد (۲). در دوره شیوع ویروس کرونا افزایش سطح خدمات فوریتی، حجم کاری زیاد و کمبود تعداد پرستاران تاثیر بسزایی بر کیفیت مراقبت پرستاران داشت. اگرچه آسیب پذیری ادراک شده نسبت به بیماری دارای کارکرد انطباقی در جهت ارتقای رفتارهای سلامت و محافظ است و پاسخ های هیجانی و رفتاری در واکنش به بیماری مسری به درک شخص از خطر آلوده شدن وابسته است؛ طبق یافته پژوهش آسیب پذیری ادراک شده ارتباط مستقیمی با کیفیت مراقبت پرستاران نداشت. علاوه بر آن تاب آوری که مهمترین توانایی انسان در شرایط سخت و فشارهای روانی است و حرفه ای گری، نتوانستند نقش میانجی داشته باشد. در حقیقت بیماری های مسری همواره تهدیدی برای سلامتی و تولید مثل انسان ها بوده و فشارهای وارده بر پرستاران و پزشکان برای درمان افراد بسیار زیاد است، بنابراین ممکن است مکانیسم های دیگری در برابر مقابله با بیماری و مراقبت از بیماران موثر باشد. در واقع می توان گفت پرستاران با داشتن دانش پزشکی تا حدی اثرات آسیب پذیری ادراک شده بالا نسبت به بیماری را تعدیل می کنند و با احتمال بیشتری منجر به رفتارهای سلامتی مناسب می شود در نتیجه کارکنان درمانی و پرستاران با آسیب پذیری ادراک شده بالا نسبت به بیماری علی رغم حضور و کار در مکان های آلوده به کرونا ویروس استرس تروماتیک کمتری در ارتباط با بیماری تجربه می کنند و اثر کمتری بر کیفیت مراقبت پرستاری دارد.

پژوهش حاضر با محدودیت های مواجه بود که می توان به مواردی اشاره کرد، یکی از محدودیت های پژوهش شیوع بیماری کرونا بود که مجبور به استفاده از نمونه گیری در دسترس به شیوه آنلاین و از طریق شبکه های مجازی تلگرام، واتساپ و اینستاگرام بودیم. همچنین ابزار به کار گرفته شده در این پژوهش فقط پرسشنامه است و استفاده از یک ابزار ممکن است نتواند اطلاعات دقیقی را جمع آوری

زمینه ارتباط کیفیت مراقبت و حرفه ای گری اندک بودند اما پژوهش های مرتبط غیر مستقیمی در این زمینه انجام شده است. خاکی و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه آیین اخلاق حرفه ای پرستاران با کیفیت مراقبت پرداختند و نشان دادند که بین میزان رعایت آیین اخلاق و کیفیت مراقبت پرستاران رابطه معناداری بود (۳۴). در تبیین یافته پژوهش می توان افزود که اولین ویژگی کیفیت مراقبت پرستاری، هدفمند بودن مراقبت ها است و هدفمندی دارای ویژگی هایی مبتنی بر پایه ی نیازهای بیمار، فرایند پرستاری، داشتن نگرش مراقبتی، حصول رضایتمندی بیمار و علم و آگاهی است و حرفه ای گری که نیازمند ویژگی های احترام به دیگری، پذیرش خطا و اشتباه، صداقت و راستگویی است همراستا با ویژگی های هدفمندی مراقبت هاست. به عبارتی حرفه ای گری از عوامل موثر در کیفیت مراقبت پرستاران می باشد؛ بنابراین می توان ادعا کرد که حرفه ای گری در پرستاران بر پایه اخلاق استوار بوده و تاثیر بسزایی در بهبود کیفیت مراقبت پرستاران دارد. یافته های حاصل از اثرات غیرمستقیم نشان داد که تاب آوری و حرفه ای گری در رابطه بین آسیب پذیری ادراک شده و کیفیت مراقبت پرستاران نقش میانجی نداشت. پژوهشی که به بررسی نقش میانجی تاب آوری و حرفه ای گری در رابطه متغیرها پردازد، مشاهده نشد. اما پژوهش مرتبط غیر مستقیمی در این زمینه انجام شده است. لابراگو^۱ همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به مطالعه نقش میانجی تاب آوری در رابطه بین سلامت روان و رضایت شغلی پرستاران در دوران همه گیری کووید ۱۹ پرداختند، یافته ها نشان داد که تاب آوری توانست رابطه بین سلامت روان و رضایت شغلی را واسطه گری کند (۳۵) که با یافته پژوهش ناهمسو بود. در تبیین یافته های پژوهش می توان افزود که کیفیت برای افراد مختلف برون دادهای کیفی و شیوه های ارزیابی کیفیت می باشند، معانی متفاوتی دارند و یک شخص ممکن است تصورات ذهنی مختلف در زمان های

1. Labrague

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل رساله دکترا در گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند هست و از دانشگاه علوم پزشکی مشهد با شماره IR.MUMS.REC.1401.075 دریافت کرد. بدین وسیله از پرستاران گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش کمال قدردانی و سپاسگزاری را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

کند. جهت رفع محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود که در آینده از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که سایر عواملی که می‌توانند بر کیفیت مراقبت کادر درمان بیمارستان‌ها اثرگذار باشد، مورد بررسی قرار گیرند تا دیدگاه جامع‌تری به دست آید. با توجه به نقش مهم پزشکان و پرستاران در رسیدگی و مراقبت از بیماران، پیشنهاد می‌شود، به اهمیت عوامل مؤثر در ایجاد کیفیت مراقبت بالا، توجه بیشتری گردد و با شناسایی عوامل مؤثر بر آن، در جهت ارتقاء سلامت روانی و بالابردن کیفیت مراقبت قدم‌هایی برداشته شود.

References

- Gorbalenya AE, Baker SC, Baric RS, Groot RJ et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-The species and its viruses, a statement of the Coronavirus Study Group. International license, 2020; 11: 1-15. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>
- Jia Y, Chen O, Xiao Z, Xiao J, Bian J, Jia H. Nurses' ethical challenges caring for people with COVID-19: A qualitative study. *Nursing ethics*, 2020; 28(1): 33-45. doi:10.1177/0969733020944453
- Jamsahar M, Khaki S, Esmeilpour Zanjani S, Mashouf S. Comparison of Quality of Nursing Cares from the Perspective of Nurses and Patients. *SJNMP*, 2020; 5 (4) :72-83 URL: <http://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-285-fa.html>
- Foely ME. Nurses: assuring quality care for all populations. 2nd edition. American Nurses Association. 2001.
- 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.
- Lu H, Zhao Y, While AJIjns. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. 2019; 94:21-31
- Burhans LM, Alligood MR. Quality nursing care in the words of nurses. *J Adv Nurs*. 2010; 3(3): 66-97.
- Evans RG, Stoddart GL. Producing health, consuming health care. *Social Science and Medicine*, 1990; 31(12): 1347-1363.
- Navarrete CD, Fessler DMT. Disease avoidance and ethnocentrism: the effects of disease vulnerability and disgust sensitivity on intergroup attitudes. *Evolution and Human Behavior*. 2006; 27(4): 270-82.
- Stangier U, Kananian S, & Schüller J. Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Current Psychology*, 2021; 1-9
- Park T, Ju I, Ohs JE, & Hinsley A. Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 2021; 17(1): 1859-1866. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.06.004>
- Ahern NR, Norris AE. Examining factors that increase and decrease stress in adolescent community college students. *J Pediatr Nurs*, 2011; 26(6): 530-40.
- Warelow P, Edward KI. Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Int J Ment Health Nurs*. 2007; 16(2):132-5.
- Mushtaghi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Salayani F. The relationship between resilience and quality of life in nurses: the mediating role of emotional expression. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 2020; 30(191): 53-65.
- Aqel M, faal Rostgar A. Examining the mediating role of resilience on the effect of stress on job burnout caused by Corona. *The 6th international conference on modern techniques of management, accounting, economics and banking with the approach of business growth*, 2019.
- Wu M, Yang Y, Zhang D, Zhao X, Sun Y, Xie H, ... & Li, Y. Association between social support and health-related quality of life among Chinese rural elders in nursing homes: the mediating role of resilience. *Quality of Life Research*, 2018; 27(3): 783-792.

16. Labrague LJ, & de Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research*, 2021; 61: 151476.
17. Gerami Nejad N, Hosseini M, Mousavi Mirzaei S, Ghorbani Moghaddam Z. Association between Resilience and Professional Quality of Life among Nurses Working in Intensive Care Units. *IJN*, 2019; 31 (116) :49-60 .URL: <http://ijn.iuums.ac.ir/article-1-2847-fa.html>
18. Zarei F, Shahoi R. Factors Affecting Professionalism from the viewpoint of Emergency Medical Students; a Content Analysis Study. *Iranian Journal of Emergency Medicine*, 2021; 8(1): 1-9.
19. Yamani N, Changiz T, Adibi P. professionalism and hidden curriculum in medical education. *esfehan university of medical sciences*.2009
20. Gandomkar R, Keshmiri F, Raadabadi M. Psychometrics of Patient Safety and Professionalism Questionnaire in Medical Residents. 2021; 10 (3) :23-33 URL: <http://jne.ir/article-1-1221-fa.html>
21. Park BM, & Jung J. Effects of the Resilience of Nurses in Long-Term Care Hospitals during on Job Stress COVID-19 Pandemic: Mediating Effects of Nursing Professionalism. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021; 18(19): 10327.
22. Ferreira MRSDCF, & Martins JJPA. Study of adaptation and validation of the Practice environment scale of the nursing work index for the Portuguese reality. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2014; 48: 691-698.
23. Duncan LA, Schaller M, Park JH. Perceived vulnerability to disease: Development and validation of a 15-item selfreport instrument. *Personality and Individual Differences*. 2009; 47(6): 541-6.
24. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, & Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 2008; 15(3): 194-200.
25. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J, & Hernansaiz-Garrido H. Reliability and validity of the brief resilience scale (BRS) spanish version. *Psychological assessment*, 2016; 28(5): 101.
26. Liao JM, Etchegaray JM, Williams ST, Berger DH, Bell SK, Thomas EJ. Assessing medical students' perceptions of patient safety: the medical student safety attitudes and professionalism survey. *Academic Medicine*. 2014; 89(2): 343-51. <https://doi.org/10.1097/ACM.000000000000124>
27. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York, NY: Guilford. 2011.
28. Jafartabatabaei SS, Jafartabatabaei TS, Javadi SV. Investigating the role of resilience in psychological vulnerability of Birjand Islamic Azad University employees in the pandemic COVID-19. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2021; 7 (6) :115-125
29. Abolghasemi A, Ebrahimi Y, narimani M, Asadi F. The role of defense mechanisms and resiliency in the prediction of psychological vulnerability in asthmatic patients. *Educational sciences and psychology*, 2014; 3(12): 84-96.
30. Stangier U, Kananian S, & Schüller J. Perceived vulnerability to disease, knowledge about COVID-19, and changes in preventive behavior during lockdown in a German convenience sample. *Current Psychology*, 2021: 1-9
31. Ogunsemi JO, Akinnawo EO, Akpunne BC, & Ariyo JO. Perceived vulnerability to COVID-19 infection and psychosocial well-being of Nigerian residents. *International Journal of Innovative Research in Medical Science*, 2020; 5(11): 533-541. doi: 10.23958/ijirms/vol05-i11/991
32. Khaki S, Esmailpourzanjani S, Mashoof S. The relationship of ethical observance of nurses with quality of care from patient's point of view. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5 (1) :1-11 .URL: <http://78.39.35.47/article-1-367-fa.html>
33. Labrague LJ, & de Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research*, 2021; 61: 151476.
34. Khaki S, Esmailpourzanjani S, Mashoof S. The relationship of ethical observance of nurses with quality of care from patient's point of view . *Journal of Clinical Nursing and Midwifery* 2016; 5 (1) :1-11.
35. Labrague LJ, & de Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research*, 2021; 61: 151476.

Original Article

Presenting the quality model of nurses' care in relation to job stressors during the outbreak of covid-19: the mediating role of cognitive assessment and job involvement

Received: 28/11/2022 - Accepted: 25/02/2023

Leila Shakri Manesh¹

Qasem Ahi^{2*}

Majid Bahrainian³

Ahmad Mansouri⁴

¹PhD student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Birjand, Iran

²Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

³PhD in clinical psychology and full professor of clinical psychology department, Islamic Azad University, Birjand branch

⁴Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Email: Ahigh1356@yahoo.com

Abstract

Introduction

The purpose of this research was to provide a quality model of nurses' care in relation to the perceived vulnerability during the outbreak of covid-19 with the mediating role of resilience and professionalism.

Material and Method

The method of the current research was a descriptive, exploratory, analytical type. The statistical population of this research included all the nurses of the public hospitals of Mashhad in 1401, which was selected using Morgan's table, a sample size of 400 people, and the questionnaires were completed by the available sampling method through the distribution of the questionnaire link in the virtual space. The research tool was a multi-part questionnaire including the nursing work environment (PESNWI), perceived vulnerability to covid-19 questionnaire (PVC), resilience short form (BRS) and professionalism questionnaire (MSSAPS). Data were analyzed using path analysis and Spss26 and Amos24 software.

Results

The findings of the path analysis showed that for the hypothetical model, all the indicators indicated the appropriate fit of the model. The direct paths from perceived vulnerability to negative resilience were significant and the direct path from professionalism to quality of care was positive and significant. The indirect effect of perceived vulnerability on the quality of care with the mediation of resilience and professionalism was not significant ($p > 0.05$).

Conclusion:

It can be said that the perceived vulnerability of nurses has a negative effect on their resilience, and professionalism played an effective role in the quality of care of nurses during the outbreak of Covid-19.

Key words

quality of care, perceived vulnerability, resilience, professionalism, nursing

Acknowledgement: There is no conflict of interest