

## بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران

سارا شرفیه<sup>۱</sup>، شیوا خالق‌پرست<sup>۱\*</sup>، فاطمه قانی دهکردی<sup>۲</sup>، سعیده مظلوم‌زاده<sup>۱</sup>

نوع مقاله:

چکیده

مقاله اصیل

**زمینه و هدف:** تصمیم‌گیری بالینی بخش اساسی حرفه پرستاری است. پرستاری بر پایه اخلاق استوار است. پرستارانی که دارای عملکرد اخلاقی شجاعانه هستند تعهد به بیماران، از پیامدهای احتمالی و نگرانی‌های مربوط به خودشان برایشان مهم‌تر است. هدف این پژوهش تعیین ارتباط شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بوده است.

**روش بررسی:** این پژوهش توصیفی-مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام یافت. جامعه مورد مطالعه پرستاران شاغل در CCU و ICU مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی بود. نمونه مورد مطالعه ۱۹۵ نفر بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از دو پرسشنامه استاندارد شجاعت اخلاقی *Sekerka* و همکاران (۲۰۰۹) و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی (*PDAQ*) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** میانگین نمره کل شجاعت اخلاقی پرستاران مورد مطالعه  $11/48 \pm 90/28$  (دامنه قابل کسب ۱۰۵-۱۵) بود. میانگین نمره کل تصمیم‌گیری بالینی در میان پرستاران مورد مطالعه  $39/42 \pm 117/24$  (دامنه قابل کسب ۱۸۰-۰) به دست آمد. شجاعت اخلاقی با مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی همبستگی مثبت ( $r=0/397$ ) و معنادار ( $p<0/001$ ) داشت.

**نتیجه‌گیری:** نتایج حاصل نشان داد که شجاعت اخلاقی از جایگاه ویژه‌ای در پرستاری برخوردار است که می‌تواند پرستار را به سمت مشارکت فعال در تصمیم‌گیری بالینی سوق دهد. براین اساس پیشنهاد می‌شود دوره‌های کاربردی ارتقای اخلاق حرفه‌ای جهت ارتقای تصمیم‌گیری و عملکرد اخلاقی در بالین، برای دانشجویان پرستاری و پرستاران برگزار گردد.

نویسنده مسؤول: شیوا خالق‌پرست؛ مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

e-mail: sh\_khaleghparast@yahoo.com

**واژه‌های کلیدی:** شجاعت اخلاقی، مشارکت، تصمیم‌گیری بالینی، پرستاران، بخش‌های مراقبت ویژه

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۰ - انتشار الکترونیک مقاله: ۱۴۰۰/۷/۱۰

### مقدمه

افراد شاغل در مراکز بالینی، آموزشی، اجرایی و پژوهشی از رفتارهای غیراخلاقی مصون نیستند. کمبود نیروی انسانی مراقبت‌کننده از بیمار، عدم همترازی شاغلان، ادغام سازمان‌های مراقبت بهداشتی و فقدان اثربخشی مدیران در چنین وضعیت‌های اخلاقی، منجر به درگیری پرستاران با معضلات

اخلاقی در محیط‌های مراقبت بهداشتی شده است (۱). عملکرد اخلاقی مستلزم آگاهی از اصول اخلاقی و برخورداری از حساسیت اخلاقی است (۲). از طرفی عدم آگاهی از اصول اخلاقی، تنها علت ناتوانی پرستاران جهت عملکرد مناسب نیست، بلکه پرستاران در شرایطی قرار می‌گیرند که از انجام عملکرد صحیح واهمه دارند. پرستاران برای فائق آمدن بر این ترس، نیازمند شجاعت اخلاقی هستند (۳).

۱- مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
۲- گروه آموزشی پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران  
۳- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

در مطالعه Black ۳۴٪ از پرستاران با وجود آگاهی از شرایط آسیب به بیمار، آن را گزارش نکردند (۴). سکوت کارکنان سلامت در برابر این مشکلات این سؤال را در ذهن ایجاد می‌کند که چرا شجاعت برای بیان اشتباه بودن این کارها وجود ندارد؟ شجاعت اخلاقی به صورت پافشاری در مقابل آنچه درست است، تعریف شده که مستلزم پایبندی به اصول اخلاقی علی‌رغم وجود خطرات بالقوه‌ای است که موقعیت شغلی پرستار را تهدید می‌کند (۵). تعهد به بیماران، برای پرستارانی که عملکرد اخلاقی شجاعانه دارند از خطرات احتمالی مربوط به خودشان مهم‌تر است (۶).

تصمیم‌گیری بالینی که بخش اساسی حرفه پرستاری می‌باشد، عبارت است از وارد شدن پرستاران به حیطه تصمیم‌گیری بالینی، اتخاذ تصمیم و اجرای تصمیمات مناسب در عرصه بالین. نتایج مطالعه Thompson و همکاران حاکی از آن است که ۳۴٪ وقایعی که در بیمارستان‌های انگلستان رخ می‌دهد ناشی از تصمیم‌گیری نادرست پرستاران است که از این میان، ۶٪ بیماران به ناتوانی دائمی مبتلا شده و ۸٪ آن‌ها دچار مرگ می‌شوند. در حالی که با تصمیم‌گیری مناسب و به موقع پرستاران، نیمی از این مرگ‌ها قابل پیشگیری است (۷). براساس نتایج مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۰ در کشورهای انگلیس، استرالیا و آمریکا حدود ۴ تا ۶٪ بیماران به دنبال خطاهای پرستاری و کارکنان بهداشتی - درمانی که ناشی از عدم تصمیم‌گیری صحیح و مناسب است، دچار ناتوانی دائمی و مرگ شده‌اند (۸). نتایج مطالعات در ایران، مشارکت در تصمیم‌گیری

بالینی پرستاران را در حد ضعیف تا متوسط برآورد نموده است (۹ و ۱۰). پرستاران به شکاف بین نظریه و بالین و ناتوانی جهت ایفای نقش در حیطه بالین پی برده‌اند (۱۱). دانش‌آموختگان پرستاری در رویارویی با موارد بحرانی قادر به تصمیم‌گیری مستقل نیستند که می‌تواند منجر به ارایه مراقبت‌های نامطلوب شود. در حالی که در بخش‌های ویژه به پرستارانی نیاز است که بتوانند مراقبت‌های تخصصی را فراهم نمایند (۱۲).

ممکن است در نگاه اول، عملکردها و صلاحیت‌های پرستاری فعالیت‌های بالینی محسوب شده و مجزا از اخلاق تلقی شوند، در صورتی که عملاً اخلاق و عملکرد بالینی از همدیگر جدا نیستند (۱۳).

نظر به تجربه بالینی پژوهشگران و با توجه به اهمیت و ضرورت شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بخش‌های ویژه خصوصاً در جهت ارتقای کیفیت مراقبت بیماران به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت، این پژوهش در مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی با هدف تعیین ارتباط شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه انجام گرفته است.

### روش بررسی

این مطالعه که در سال ۱۳۹۸ انجام یافت، از نوع توصیفی - مقطعی است. جامعه پژوهش شامل کلیه پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه (آی‌سی‌یو و سی‌سی‌یو) مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق

شهید رجایی با مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر بود که به صورت تمام وقت و به مدت حداقل یک سال در بخش فعلی، سابقه خدمت در بالین به عنوان پرستار را داشتند.

برای تعیین حجم نمونه در سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان ۰/۸۰ و با فرض این که ضریب همبستگی بین شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی حداقل  $r=0.2$  باشد و با استناد به مطالعه مهدوی‌سرشت و همکاران (۱۸)، تا این ارتباط از نظر آماری معنادار تلقی گردد، پس از مقدارگذاری در فرمول زیر حجم نمونه برآورد شد. مقدار حجم نمونه براساس فرمول ۱۹۴ نفر محاسبه گردید. با در نظر گرفتن ۲۰٪ ریزش، تعداد نمونه ۲۳۳ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام گرفت.

$$\alpha = 0.05$$

$$\beta = 0.20$$

$$r = 0.2$$

$$n = 194$$

$$n = \left( \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0.5 \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right)^2 + 3$$

ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه بود. پرسشنامه اول مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت استخدام، میزان تحصیلات، سمت شغلی، نوبت کاری، سابقه کلی خدمت، سابقه کار در بخش ویژه، نام بخش فعلی خدمت، سابقه داشتن پست مدیریتی، سابقه شرکت در سمینار اخلاق و سابقه مواخذه شدن به دلیل اخذ تصمیم بالینی) بود.

پرسشنامه دوم ترجمه پرسشنامه شجاعت اخلاقی است که توسط Sekerka و همکاران به منظور اندازه‌گیری شجاعت اخلاقی

طراحی و روان‌سنجی گردید و شامل ۱۵ عبارت در ۵ بعد عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، حرکتی فراتر از ظرفیت و هدف اخلاقی است. عامل اخلاقی که اولین بعد ابزار شجاعت اخلاقی است، نشان‌دهنده توانایی فرد به تلاش در جهت عمل صحیح و انجام رفتار اخلاقی، در پاسخ به تعاملات است. بعد ارزش‌های چندگانه مشخص‌کننده توانایی فرد در انتخاب مجموعه‌ای از ارزش‌های مختلف حین تصمیم‌گیری اخلاقی است و به حفظ اعتقادات و باورهای قلبی علی‌رغم نگرانی‌ها و نیازهای بیرونی اشاره دارد. بعد تحمل تهدید حاکی از عمل فرد در مواجهه با تهدید و ترس است. در بعد حرکتی بیش از توان، فرد فقط قوانین را در نظر نمی‌گیرد، بلکه فراتر از ظرفیت درونی پیش رفته و انجام دادن آنچه که کاملاً صحیح و ایده‌آل است، مدنظر قرار می‌دهد. بعد هدف اخلاقی، نشان‌دهنده استفاده از راهبردهای تنظیم هدف برای رسیدن به یک راه خدمت، کمک و فایده‌رسانی و مورد توجه قرار دادن دیگران است و باعث می‌شود که فرد منافع دیگران را به منافع شخصی ترجیح داده و اصول و ارزش‌های اخلاقی را در عمل اجرا کند. هر عبارت با استفاده از مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت از هرگز درست نیست (۱) تا همیشه درست است (۷) نمره داده می‌شود. دامنه نمرات گویه‌ها در هر یک از ابعاد ۲۱-۳ و نمره کل ۱۰۵-۱۵ است. میانگین نمرات گویه‌ها در هر بعد و در کل عبارات به عنوان نمره شجاعت اخلاقی در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس در صورتی که امتیاز کم‌تر از ۵۰ باشد شجاعت اخلاقی «کم» ۷۰-۵۰ شجاعت اخلاقی «متوسط»

و نمرات بالای ۷۰ شجاعت اخلاقی «زیاد» به شمار می‌آید (۶). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران به روش ترجمه بازترجمه به فارسی برگردانده شده و سپس روایی آن از طریق ۱۰ نفر صاحب‌نظر در زمینه اخلاق پزشکی سنجیده شده و با استفاده از شاخص روایی محتوا CVI آن ۰/۸۱ به دست آمده است. برای سنجش پایایی این پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده گردید که ۰/۸۵ محاسبه شد (۱۴). همچنین در مطالعه حاضر پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ محاسبه شد.

پرسشنامه سوم مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران (Participation in Decision Making) (Activities Questionnaire: PDAQ) است. این پرسشنامه برای اولین بار توسط Anthony طراحی و استفاده شد. در این پرسشنامه که برای اندازه‌گیری تصمیم‌گیری بالینی به کار می‌رود، نحوه شرکت پرستاران در سه مرحله میزان مشارکت در شناسایی علت مشکل، به ذهن آوردن و ارزیابی راه‌حل‌های پیشنهادی جهت حل مشکل و انتخاب بهترین راه‌حل جهت حل مشکل، مورد بررسی قرار می‌گیرد (۱۵). پرسشنامه PDAQ شامل ۱۲ سناریوی بالینی است که بعد از مطرح شدن هر موقعیت سؤالی پرسیده می‌شود. در صورتی که پاسخ گزینه «بلی» باشد امتیاز صفر تعلق می‌گیرد و در صورتی که پاسخ «خیر» باشد، پرستار باید به جدول مربوط به مراحل تصمیم‌گیری بالینی هر سؤال مراجعه کند. این جدول حاوی سه واکنش احتمالی پرستار در مواجهه با موقعیت‌های شبیه‌سازی شده و براساس مقیاس

لیکرت به طیف شش گزینه‌ای از «هرگز» تا «همیشه» طبقه‌بندی شده است. به گزینه هرگز نمره ۰، گزینه به ندرت نمره ۱، گزینه گاهی نمره ۲، گزینه معمولاً نمره ۳، گزینه اغلب نمره ۴ و به گزینه همیشه نمره ۵ تعلق می‌گیرد. در واقع نمره ۰ عدم مشارکت و نمره ۵ بالاترین سطح مشارکت را نشان می‌دهد. بدین ترتیب مجموع امتیاز هر مرحله تصمیم‌گیری ۰ تا ۶۰ است. امتیاز صفر تا ۲۰ مشارکت «ضعیف»، امتیاز ۲۱ تا ۴۰ مشارکت «متوسط» و امتیاز ۴۱ تا ۶۰ مشارکت «خوب» پرستار در تصمیم‌گیری بالینی تعیین می‌شود. نمره کل هر سؤال ۱۵ و در مجموع نمره کل پرسشنامه ۱۸۰ می‌باشد (۱۶ و ۹).

در ایران پرسشنامه مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران توسط رستم‌نیا و همکاران به روش ترجمه بازترجمه به فارسی برگردانده شده، سپس اعتبار علمی آن به شیوه اعتبار محتوا و پایایی آن با دو شیوه آزمون مجدد و ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت (۱۷). در مطالعه حاضر پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ محاسبه شد.

پس از اخذ کد مصوب اخلاق (IR.RHC.REC.1398.025) و کسب مجوزهای لازم، پرستاران واجد شرایط توسط پژوهشگر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و پس از ارایه توضیحات لازم (در خصوص اهداف پژوهش و اطمینان دادن در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و خروج از پژوهش در صورت تمایل) و اخذ رضایت شفاهی، ۲۳۳ پرسشنامه در اختیار آنان قرار گرفت و با توجه به شلوغی بخش‌های ویژه و

استخدامی ۱۰۹ نفر (۵۵/۹٪) از پرستاران استخدام رسمی یا پیمانی بوده و ۱۷۲ نفر (۸۸/۲٪) دارای سطح تحصیلات کارشناسی پرستاری بودند. بیش‌تر افراد (۱۸۲ نفر، ۹۳/۳٪)، پرستاران بالینی بوده و تعداد ۷ نفر (۳/۶٪) استاف و ۶ نفر (۳/۱٪) نیز سرپرستار بودند.

تعداد ۱۵۴ نفر (۷۹٪) نوبت کاری در گردش بودند و بخش محل خدمت اکثر پرستاران (۱۲۶ نفر، ۶۴/۶٪) سی‌سی‌یو بود. اکثر پرستاران (۱۶۶ نفر، ۸۵/۱٪) فاقد سابقه مدیریتی و ۱۷۶ نفر (۹۰/۳٪) علاقمند به ادامه کار در بخش فعلی محل خدمتشان بودند. اغلب آنان (۱۱۵ نفر، ۵۹٪) سابقه شرکت در سمینار اخلاق داشتند و تعداد ۶۴ نفر (۳۲/۸٪) سابقه مواخذه شدن به دلیل اخذ تصمیم درباره وضعیت بالینی را گزارش کردند.

نمرات شجاعت اخلاقی و ابعاد آن و تصمیم‌گیری بالینی و مراحل آن در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران هم در مجموع پرسشنامه و هم در ابعاد مختلف بالا بود. بالاترین میانگین به صورت مشترک به ابعاد عامل اخلاقی و حرکتی بیش از توان تعلق داشت و کم‌ترین آن در بعد ارزش‌های چندگانه بود. همچنین میزان مشارکت پرستاران در مجموع و در تمام مراحل تصمیم‌گیری بالینی متوسط به دست آمد. در مرحله رایه راه‌حل، بیش‌ترین امتیاز و در مرحله اجرای راه‌حل مناسب، کم‌ترین امتیاز حاصل شد.

انجام وظایف متعدد توسط پرستاران جهت تکمیل پرسشنامه‌ها حداکثر دو هفته مهلت داده شد تا پرستاران در بهترین زمان ممکن به تکمیل پرسشنامه‌ها بپردازند. تعداد ۲۱۸ پرسشنامه جمع‌آوری گردید که ۲۳ پرسشنامه به دلیل نقص در پاسخ‌گویی، از مطالعه خارج گردید و نهایتاً ۱۹۵ پرسشنامه وارد مطالعه شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام گرفت. برای محاسبه پارامترهای توصیفی از فراوانی، درصد فراوانی، انحراف معیار، میانگین و برای محاسبه پارامترهای تحلیلی از آزمون تی مستقل و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

برای بررسی نرمالیتی داده‌ها از آزمون شاپیرو و کولموگروف و از آزمون لون (Levene's test) جهت بررسی برابری واریانس‌های شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی استفاده شد. پیش‌فرض‌ها برای تی‌تست برقرار بود و متغیرهای شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی دارای توزیع نرمال بودند. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۹۵ پرستار شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو مورد مطالعه قرار گرفتند. اکثر افراد شرکت‌کننده (۱۵۱ نفر، ۷۷/۴٪) زن بودند. بیش‌تر آن‌ها (۱۱۲ نفر، ۵۷/۴٪) متأهل بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان  $27/42 \pm 35/90$  سال بود. همچنین میانگین سابقه کار شرکت‌کنندگان  $6/73 \pm 11/61$  سال و میانگین سابقه کار در بخش ویژه  $6/31 \pm 9/19$  سال بود. از نظر وضعیت

آماري معنادار بود (به ترتیب  $p=0/031$  و  $p=0/047$ ).

جدول شماره ۳ ارتباط بین سن، سابقه کلی خدمت و سابقه کار در بخش ویژه را با میانگین کلی شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی نشان می‌دهد.

طبق نتایج حاصل از آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد مختلف شجاعت اخلاقی و مراحل تصمیم‌گیری بالینی همبستگی و ارتباط آماری معنادار مشاهده شد (جدول شماره ۴).

همچنین بین امتیاز کل شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران همبستگی مثبت دیده شد که از لحاظ آماری معنادار بود (جدول شماره ۵).

همان‌طور که یافته‌های جدول شماره ۲ (با استفاده از آزمون تی مستقل) نشان می‌دهد، بین شجاعت اخلاقی و متغیرهای جنس، نوبت کاری، سطح تحصیلات و سابقه مدیریتی ارتباط معناداری مشاهده نشد، اما بین نمرات پرستارانی که در سمینار اخلاق شرکت کرده بودند و پرستارانی که سابقه مواخذه شدن به دلیل اخذ تصمیم‌گیری بالینی را گزارش نکرده بودند، با شجاعت اخلاقی ارتباط معنادار وجود داشت (به ترتیب  $p=0/028$ ،  $p=0/011$ ). میانگین نمرات تصمیم‌گیری بالینی از نظر سطح تحصیلات و سابقه مدیریتی و سابقه مواخذه شدن تفاوتی نداشت، اما پرستاران زن و پرستارانی که نوبت کاری در گردش بودند نمرات بالاتری را کسب کرده بودند که از لحاظ

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار ابعاد شجاعت اخلاقی و مراحل مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مورد مطالعه در بخش‌های ویژه مرکز قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۸

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	
میانگین کل شجاعت اخلاقی (۱۰۵-۱۰)	۹۰/۳۸ ± ۱۱/۴۸	
ابعاد شجاعت اخلاقی (۲۱-۳)	عامل اخلاقی	۱۸/۴۳ ± ۲/۷۰
	ارزش‌های چندگانه	۱۷/۳۴ ± ۳/۱۹
	تحمل تهدید	۱۸/۱۹ ± ۳/۱۱
	حرکتی بیش از توان	۱۸/۴۳ ± ۲/۷۰
	هدف اخلاقی	۱۷/۹۶ ± ۲/۵۸
میانگین کل مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی (۱۸۰-۰)	۱۱۷/۲۴ ± ۳۹/۴۲	
مراحل تصمیم‌گیری بالینی (۶۰-۰)	شناسایی و تعریف مشکل	۳۹/۰۷ ± ۱۳/۴۸
	ارایه راه حل	۳۹/۵۰ ± ۱۳/۱۸
	انتخاب و اجرای راه حل مناسب	۲۸/۶۷ ± ۱۳/۰۸

**جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی برحسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و شغلی در پرستاران شاغل در بخش‌های ویژه مرکز قلب و عروق شهید رجایی در سال ۱۳۹۸**

متغیر	درصد/تعداد	شجاعت اخلاقی	
		انحراف معیار ± میانگین	تصمیم‌گیری بالینی
جنس	مرد	۸۸/۱۱ ± ۱۳/۷۲	۱۰۴ ± ۴۷/۳۱
	زن	۹۱/۰۴ ± ۱۰/۷۰	۱۲۱ ± ۳۶/۰۹
<i>p</i> -value			
سطح تحصیلات	کارشناس پرستاری	۸۸/۸۷ ± ۱۱/۶۷	۱۱۶/۲۶ ± ۴۰/۳۹
	کارشناسی ارشد پرستاری	۹۴/۱۷ ± ۹/۳۵	۱۲۴/۷ ± ۳۱/۰۴
<i>p</i> -value			
سابقه شرکت در سمینار اخلاق	بله	۹۱/۸۷ ± ۱۱/۵۶	۱۱۹ ± ۳۸/۶۸
	خیر	۸۸/۲۳ ± ۱۱/۱۰	۱۱۴/۷۵ ± ۴۰/۵۹
<i>p</i> -value			
سابقه مواخذه شدن	بله	۸۷ ± ۱۳/۴۵	۱۱۱/۶۵ ± ۴۴/۲۲
	خیر	۹۲ ± ۹/۷۰	۱۲۰ ± ۳۶/۷۳
<i>p</i> -value			
نوبت کاری	ثابت	۹۱/۱۹ ± ۱۱/۴۴	۱۰۶/۵۱ ± ۳۷/۸۱
	در گردش	۹۰/۱۶ ± ۱۱/۵۲	۱۲۰/۱ ± ۳۹/۴۷
<i>p</i> -value			
سابقه مدیریتی	بله	۹۲/۷۵ ± ۱۰/۲۴	۱۲۲ ± ۴۱/۲۱
	خیر	۸۹/۹۶ ± ۱۱/۶۶	۱۱۶/۴۱ ± ۳۹/۱۷
<i>p</i> -value			

**جدول ۳- مقایسه میانگین شجاعت اخلاقی و تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مورد مطالعه در بخش‌های ویژه مرکز قلب رجایی بر حسب سن، سابقه کلی کار و سابقه کار در بخش ویژه در سال ۱۳۹۸**

متغیر	میانگین کل شجاعت اخلاقی	میانگین کل تصمیم‌گیری بالینی
سن (برحسب سال)	ضریب همبستگی پیرسون	$r=0/195$
	سطح معناداری	$p=0/006$
سابقه کلی خدمت (برحسب سال)	ضریب همبستگی پیرسون	$r=0/222$
	سطح معناداری	$p<0/001$
سابقه کار در بخش ویژه (برحسب سال)	ضریب همبستگی پیرسون	$r=0/202$
	سطح معناداری	$p=0/005$

**جدول ۴- همبستگی بین نمرات ابعاد شجاعت اخلاقی و مراحل مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مورد مطالعه در بخش‌های ویژه مرکز قلب رجایی در سال ۱۳۹۸**

ابعاد شجاعت اخلاقی	عامل اخلاقی	ارزش‌های چندگانه	تحمل تهدید	حرکتی بیش از توان	هدف اخلاقی
مراحل تصمیم‌گیری بالینی	$r=0/374$	$r=0/266$	$r=0/271$	$r=0/327$	$r=0/260$
	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$
شناسایی و بیان مشکل	$r=0/374$	$r=0/228$	$r=0/365$	$r=0/341$	$r=0/237$
	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$
ارایه راه حل	$r=0/370$	$r=0/244$	$r=0/377$	$r=0/304$	$r=0/240$
	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$
انتخاب و اجرای راه حل مناسب	$r=0/370$	$r=0/244$	$r=0/377$	$r=0/304$	$r=0/240$
	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$	$p<0/001$

**جدول ۵- همبستگی بین نمرات شجاعت اخلاقی و مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی پرستاران مورد مطالعه در بخش‌های ویژه مرکز قلب رجایی در سال ۱۳۹۸**

متغیر	میانگین کل شجاعت اخلاقی
میانگین کل مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی	ضریب همبستگی پیرسون
	سطح معناداری
	$r=0/397$
	$p<0/001$

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران و مشارکت آن‌ها در تصمیم‌گیری بالینی ارتباط آماری معناداری وجود دارد. بین تمامی ابعاد شجاعت اخلاقی و مراحل تصمیم‌گیری بالینی پرستاران نیز همبستگی مثبت مشاهده شد که مؤید یک ارتباط آماری معنادار بود. شاید بتوان گفت: عملکرد بالینی پرستاران مجزا و بی‌تأثیر از عملکرد اخلاقی آن‌ها نیست و شجاعت اخلاقی فضیلتی است که تقویت آن، ارتقای خدمات سلامت را به دنبال خواهد داشت. در مطالعه حاضر میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران بالا بود. در مطالعه مهدوی‌سرشت و همکاران، Edmonson و موسوی و همکاران نیز میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران بالا گزارش شد که با نتایج مطالعه حاضر هم راستا است (۲۰-۱۸). اما در سایر مطالعات داخلی، محمدی و همکاران، امینی‌زاده و همکاران، حسینی و همکاران، و در مطالعه خارجی Hannah و همکاران میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران را متوسط گزارش نموده‌اند (۲۳-۲۱).

در پژوهش حاضر بیش‌ترین نمره شجاعت اخلاقی به صورت مشترک به ابعاد عامل اخلاقی و حرکتی بیش از توان و کم‌ترین نمره شجاعت اخلاقی به بعد ارزش‌های چندگانه تعلق داشت. عامل اخلاقی به معنی داشتن عزم

راسخ برای رفتار اخلاقی است که بسیار حایز اهمیت است، زیرا به معنی مسؤلیت‌پذیری فرد هنگام مواجهه با یک مسأله و در نهایت مدیریت حل مسأله می‌باشد. هنگامی که پرستار به عنوان عامل اخلاقی در سازمان فعالیت نماید، خود پرستار، بیمار و سازمان از آن سود می‌برند (۲۴).

نمره بعد حرکتی بیش از توان، هم‌تراز با عامل اخلاقی بالاترین نمره‌ای بود که در پرسشنامه خودارزیابی پرستاران به ثبت رسیده بود و بدان معناست که پرستار در جهت ارتقای ایده‌آل‌ها و رفتارهای اخلاقی در سازمان تلاش می‌کند و در واقع تسلیم شرایط حاکم نیست و فراتر از آن رفتار می‌کند. بالاتر بودن نسبی این بعد از شجاعت اخلاقی شایسته تمجید است و مبین این نکته است که پرستاران نه فقط در چارچوب قوانین اخلاقی موجود، بلکه در راستای حاکمیت اخلاق عمل می‌کنند و شاید بتوان دلیل آن را تدابیر اخلاقی اتخاذ شده در مرکز مورد پژوهش دانست که همواره بر رویکرد مبتنی بر اخلاق تأکید داشته است. در مطالعه کنونی شجاعت اخلاقی پرستارانی که سابقه مواخذه شدن به دلیل اخذ تصمیم‌گیری بالینی را قید نکرده بودند از لحاظ آماری به صورت معناداری بالاتر حاصل شد. شاید بتوان گفت اخذ یک تصمیم بالینی که به ناچار در یک شرایط بحرانی و حاد توسط پرستار



صورت گرفته است، چنانچه به مواخذه ختم شود در ایجاد ذهنیت منفی و کاهش بروز رفتارهای شجاعانه اخلاقی بی‌تأثیر خواهد بود.

در پژوهش حاضر، کم‌ترین نمره شجاعت اخلاقی در بعد ارزش‌های چندگانه بود که با مطالعه مهدوی سرشت و همکاران همسو است (۱۸). اما در مطالعات موسوی و همکاران، امینی‌زاده و همکاران و حسینی و همکاران کم‌ترین نمره شجاعت اخلاقی مربوط به بعد تحمل تهدید بود و با این مطالعه همخوانی نداشت (۲۲-۲۰). شاید بتوان چنین نتیجه گرفت که مطالعه حاضر در محیط کاری مطلوب‌تری به انجام رسیده است که در آن ثبات شغلی و سیستم حمایتی پرستاران محسوس‌تر است. در پژوهش حاضر همسو با مطالعه عبادی و همکاران پرستارانی که در سمینار اخلاق شرکت کرده بودند، نمره شجاعت اخلاقی بالاتری داشتند (۲۵). این موضوع با نتایج مطالعه موسوی و همکاران هم‌راستا نبود (۲۰). بی‌شک محتوا و کیفیت آموزش‌ها باعث ایجاد انگیزه و تغییر رفتار شده و بازخورد مطلوب‌تری در پی خواهد داشت که احتمال می‌رود سمینارهای اخلاق برگزار شده در مرکز قلب و عروق شهید رجایی، بر این اصل استوار بوده است. حسینی و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که تداوم شجاعت اخلاقی پرستاران در برخورد با مسایل اخلاقی پیش رو در بالین، نیازمند یک برنامه مداوم آموزشی می‌باشد (۲۲).

براساس یافته‌های مطالعه حاضر میزان مشارکت پرستاران در هر سه مرحله

تصمیم‌گیری بالینی در سطح متوسط بود. در مرحله رایه راه حل بیش‌ترین امتیاز و در مرحله اجرای راه حل کم‌ترین امتیاز حاصل شد که با نتایج مطالعه شهرکی مقدم و همکاران هم‌راستا است (۱۶). در مطالعه حاضر پرستارانی که به صورت نوبت کاری در گردش مشغول به کار بودند، نمره مشارکت در تصمیم‌گیری بالاتری داشتند که مؤید یک ارتباط آماری معنادار است. نتایج مطالعات شهرکی مقدم و همکاران و رستم‌نیا و همکاران بیانگر این بود که پرستاران دارای نوبت کاری ثابت صبح، مشارکت بیش‌تری در تصمیم‌گیری بالینی داشتند که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد (۱۶ و ۱۷). با توجه به حضور نسبتاً بیش‌تر متخصصان و تعدد معاینه‌ها در نوبت کاری صبح، همچنین پذیرش اکثر بیماران در نوبت کاری عصر و شب در بخش‌های ویژه مرکز قلب و عروق شهید رجایی، فرصت‌های بیش‌تری جهت مشارکت در تصمیم‌گیری بالینی برای پرستاران نوبت کاری در گردش فراهم است، لذا نتیجه حاصل دور از انتظار نیست.

پرستاران در دوران تحصیل واحدهای نظری زیادی را می‌گذرانند، با وجود این در محیط بالین قادر به استفاده از اندوخته‌های علمی خویش نیستند (۲۶). سابقه وابستگی طولانی مدت پرستار به پزشک و به فراموشی سپرده شدن آموخته‌ها در اثر فقدان آموزش مداوم، از میزان اعتماد به نفس آن‌ها کاسته و این ذهنیت را ایجاد کرده است که پرستار فقط باید اجراکننده دستورات باشد (۹).

براساس نتایج این پژوهش پرستارانی که امتیاز شجاعت اخلاقی بالاتری داشتند، در تمامی

## تشکر و قدردانی

این مقاله، حاصل کار پایان‌نامه ارشد مراقبت‌های ویژه می‌باشد. نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه سرپرستاران و پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش، مدیریت پرستاری و سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی جهت همکاری در این پژوهش اعلام می‌دارند.

مراحل تصمیم‌گیری بالینی نیز مشارکت بهتری داشتند. این مطالعه نشان داد که شجاعت اخلاقی از جایگاه ویژه‌ای در پرستاری برخوردار است که می‌تواند پرستار را به سمت مشارکت فعال در تصمیم‌گیری بالینی سوق دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود دوره‌های کاربردی ارتقای اخلاق حرفه‌ای جهت ارتقای تصمیم‌گیری و عملکرد اخلاقی در بالین برای دانشجویان پرستاری و پرستاران به طور مستمر برگزار گردد.

## References

- 1 - Murray CJS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010; 15(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man02.
- 2 - Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2012 Sep; 26(3): 427-35. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x.
- 3 - Lachman VD. Strategies necessary for moral courage. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2010; 15(3). doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man03.
- 4 - Black LM. Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs*. 2011 Jun; 111(6): 26-35. doi: 10.1097/01.NAJ.0000398537.06542.c0.
- 5 - Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2011; 16(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol16No02PPT03.
- 6 - Sekerka LE, Bagozzi RP, Charnigo R. Facing ethical challenges in the workplace: conceptualizing and measuring professional moral courage. *Journal of Business Ethics*. 2009; 89(4): 565-579. doi: 10.1007/s10551-008-0017-5.
- 7 - Thompson C, Aitken L, Doran D, Dowding D. An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *Int J Nurs Stud*. 2013 Dec; 50(12): 1720-6. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003.
- 8 - Buljac-Samadzic M, Dekker-van Doorn CM, van Wijngaarden JD, van Wijk KP. Interventions to improve team effectiveness: a systematic review. *Health Policy*. 2010 Mar; 94(3): 183-95. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.015.
- 9 - Lakdizaji S, Mirsaedi G, Ghoujzadeh M, Zamanzadeh V. [Nurses participation in clinical decision-making process]. *Nursing and Midwifery Journal, Tabriz University of Medical Sciences*. 2010; 5(17): 19-25. (Persian)
- 10 - Nekuei N, Pakgozar M, Khakbazan Z, Mahmudi M. [Evaluation of midwifery students' clinical decision making]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2002; 2(2(6)): 49-55. (Persian)
- 11 - Fesharaki M, Islami M, Moghimian M, Azarbarzin M. [The effect of lecture in comparison with lecture and problem based learning on nursing students self-efficacy in Najafabad Islamic Azad University]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2010; 10(3): 262-268. (Persian)

- 12 - Barkhordary M. [Comparing critical thinking disposition in baccalaureate nursing students at different grades and its relationship with state anxiety]. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 11(7): 779-788. (Persian)
- 13 - Nasae T, Chaowalit A, Suttharangsee W, Ray MA. Ethical dilemmas and ethical decision making in nursing administration experienced by head nurses from regional hospitals in southern Thailand. *Songklanagarind Medical Journal*. 2008; 26(5): 469-479.
- 14 - Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. [Relationship between moral distress and moral courage in nurses]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 7(3): 26-35. (Persian)
- 15 - Anthony MK. The relationship of authority to decision-making behavior: implications for redesign. *Res Nurs Health*. 1999 Oct; 22(5): 388-98. doi: 10.1002/(sici)1098-240x(199910)22:5<388::aid-nur5>3.0.co;2-b.
- 16 - Shahraki Moghaddam E, Manzari ZS, Ghandehari Motlagh Z. [The evaluation of nurse,s clinical decision making in intensive care unit at the teaching hospitals of Mashhad]. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2017; 24(2): 107-113. (Persian)
- 17 - Rostamniya L, Ghanbari V, Kazemnejad Leili E, Pasha A, Karimi Rozveh A, Pariyad E. [Factors associated with nurses' participation in clinical decision making]. *Iran Journal of Nursing (IJN)*. 2014; 27(88): 66-76. doi: 10.29252/ijn.27.88.66. (Persian)
- 18 - Mahdaviseresht R, Atashzadeh-Shoorideh F, Borhani F. [Correlation between moral sensitivity and moral courage in nurses of selected hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences in 2014]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(3): 27-39. (Persian)
- 19 - Edmonson C. Strengthening moral courage among nurse leaders. *Online J Issues Nurs*. 2015 Feb 17; 20(2): 9.
- 20 - Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. [The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2017; 22(4): 339-349. (Persian)
- 21 - Aminizadeh M, Arab M, Mehdipour R. [Relationship moral courage to moral distress in nurses the intensive care unit]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2017; 10(1): 131-140. (Persian)
- 22 - Hoseini M, Ebadi M, Farsi Z. [The effect of ethical motivational program on nurses' moral courage in Mashhad's military hospitals]. *Journal of Military Medicine*. 2019; 21(4): 410-417. (Persian)
- 23 - Hannah ST, Avolio BJ, Walumbwa FO. Relationships between authentic leadership, moral courage, and ethical and pro-social behaviors. *Business Ethics Quarterly*. 2011 Oct; 21(4): 555-578. doi: 10.5840/beq201121436.
- 24 - Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics*. 2002 Nov; 9(6): 636-50. doi: 10.1191/0969733002ne557oa.
- 25 - Ebadi A, Sadooghiasl A, Parvizy S. [Moral courage of nurses and related factors]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2020; 15(2): 24-34. (Persian)
- 26 - Ebadi M, Azarmi S, Farsi Z, Pishgooie AH. [Critical thinking and appropriate decision-making in nursing process]. *Journal of the School of Army Nursing*. 2012; 12(1): 30-33. (Persian)

# Relationship between moral courage of nurses and their participation in clinical decision-making

Sara Sharafieh<sup>1</sup>, Shiva Khaleghparast<sup>1\*</sup>, Fatemeh Ghani Dehkordi<sup>2</sup>, Saeideh Mazloomzadeh<sup>1</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: May 2021  
Accepted: Aug. 2021  
e-Published: 2 Oct. 2021

Corresponding author:  
Shiva Khaleghparast  
e-mail:  
sh\_khaleghparast@  
yahoo.com

## Abstract

**Background & Aim:** Clinical decision-making is an essential part of the nursing profession. The nursing profession is based on ethical principles. Due to their commitment to patients, morally courageous nurses ignore occupational risks threatening their own lives. The aim of this study was to investigate the relationship between moral courage of nurses and their participation in clinical decision-making.

**Methods & Materials:** This descriptive, cross-sectional study was conducted in 2019. The study population was nurses working in the CCU and ICU of Shahid Rajaie Cardiovascular Medical and Research Center. The sample size was 195 people. The data was collected using the Sekerka's Moral Courage Scale, and the Participation in Decision Activities Questionnaire (PDAQ). Data was analyzed using descriptive statistics, independent *t*-test and Pearson correlation coefficient through the SPSS software version 19.

**Results:** The mean scores of moral courage and PDAQ in nurses were  $90.38 \pm 11.48$  and  $117.24 \pm 39.42$ , respectively. A positive correlation was found between moral courage and participation in clinical decision-makings ( $r=0.397, P<0.001$ ).

**Conclusion:** The results showed that moral courage has pride of place in the nursing profession that can encourage nurses to actively participate in clinical decision making. Therefore, professional ethics courses are suggested to be organized to improve decision-making and clinical ethical performance of nursing students and nurses.

**Key words:** moral courage, participation, clinical decision-making, nurses, intensive care units

## Please cite this article as:

Sharafieh S, Khaleghparast Sh, Ghani Dehkordi F, Mazloomzadeh S. [Relationship between moral courage of nurses and their participation in clinical decision-making]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2021; 27(3): 233-244. (Persian)

1 - Rajaie Cardiovascular, Medical, and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Dept. of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

