

بررسی همبستگی شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی پرستاران شاغل

در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳

رقیه مهدوی سرشت^۱، فروزان آتش‌زاده شوریده^{۲*}، فریبا برهانی^۳، احمدرضا باغستانی^۴

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

امروزه، پرستاران نظام سلامت با معضلات اخلاقی پیچیده‌ای مواجه هستند. این امر شرایطی را مهیا می‌کند که انجام کار صحیح اغلب با ارزش‌ها و باورهای سایر ارائه‌دهندگان مراقبت بهداشتی مغایرت دارد. در این شرایط حفظ تعهد خود به بیماران، نیازمند شجاعت اخلاقی قابل توجهی است که در این میان، حساسیت اخلاقی می‌تواند در توسعه‌ی بروز شجاعت اخلاقی نقش مهمی ایفا کند. مطالعه‌ی کنونی با هدف بررسی همبستگی شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. در این مطالعه‌ی توصیفی-همبستگی، ۲۶۰ پرستار به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. از پرسشنامه‌های جمعیت‌شناختی، حساسیت اخلاقی Han و همکاران و شجاعت اخلاقی Sekerka و همکاران برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. روایی صوری و محتوای پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی و مقیاس شجاعت اخلاقی به روش کیفی بررسی شد و برای بررسی پایایی آن‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

طبق نتایج، میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران $10/56 \pm 90/36$ و بیش‌ترین شجاعت اخلاقی در بعد عامل اخلاقی بود. میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران $60/99 \pm 17/78$ و بیش‌ترین حساسیت اخلاقی در بعد احترام به بیمار بود. تحلیل آماری نشان داد شجاعت اخلاقی با حساسیت اخلاقی از نظر آماری همبستگی مثبت دارد ($P < 0/05$, $r = 0/15$). شجاعت اخلاقی واحدهای پژوهش بر حسب سن، سابقه‌ی کاری پرستاران و نوع استخدام متفاوت بود. اما شجاعت اخلاقی پرستاران با توجه به جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و نوبت کاری آنان متفاوت نبود. نتایج مطالعه‌ی کنونی حاکی از همبستگی مثبت معنی‌دار آماری شجاعت اخلاقی با حساسیت اخلاقی است. به نظر می‌رسد ارتقاء سطح آگاهی پرستاران از اصول اخلاقی و افزایش حساسیت اخلاقی، باعث گسترش رفتارهای شجاعانه‌ی اخلاقی در پرستاران می‌شود.

واژگان کلیدی: شجاعت اخلاقی، حساسیت اخلاقی، پرستاران

^۱ دانشجوی مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، شعبه بین‌الملل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۳ دانشیار، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نشانی: تهران، خیابان ولیعصر، تقاطع نیایش، مقابل بیمارستان قلب شهید رجایی، دانشکده پرستاری و مامایی، گروه مدیریت پرستاری،

کدپستی: ۱۹۸۵۷۱۷۴۴۳، تلفن: ۰۸۸۶۵۰۹۶۶-۷۱، Email: f_atashzadeh@sbm.u.ac.ir

مقدمه

امروزه، پرستاران شاغل در محیط‌های بهداشتی به‌علت وضعیت حرفه‌ای و نقش خود، به‌طور فزاینده‌ای با معضلات اخلاقی و معنوی پیچیده‌ای مواجه هستند (۱، ۲). از معضلات اخلاقی می‌توان به درمان تهاجمی بیماران مشرف به مرگ، آزمایش‌های غیرضروری، تقلب در انجام و گزارش آزمایش‌ها، درمان ناکافی و ناکامل توسط کارکنان، توزیع ناعادلانه‌ی قدرت بین کارکنان و فقدان حمایت سازمانی، درد و رنج ناشی از روش‌های تهاجمی تشخیصی و درمانی، درمان بیماران به منظور رفع نیازهای سازمان اشاره کرد (۳-۶). هم‌چنین، کمبود تعداد پرستاران، نابرابری قدرت اعضای تیم سلامت و اثربخش نبودن مدیران در چنین وضعیت‌های اخلاقی، باعث شده که پرستاران در محیط‌های مراقبت بهداشتی با شرایط نامناسب اخلاقی مواجه شوند (۷). این در شرایطی است که پرستاران برای انجام دادن کار درست اغلب با ارزش‌ها و اعتقادات متناقض دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی با مانع روبه‌رو می‌شوند و این چالش‌ها ارائه‌ی مراقبت پرستاری باکیفیت را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۸، ۹). در این شرایط پرستاران به‌عنوان عاملان اخلاقی برای مدیریت صحیح معضلات اخلاقی و تعهد حرفه‌ای به بیماران، نیازمند شجاعت اخلاقی و وسعت دید هستند (۱۰، ۲).

پژوهش‌های انجام گرفته در انگلیس و ایرلند نشان داده‌اند که انجام مراقبت‌های بهداشتی ضعیف است (۱۱). در مطالعه‌ی دیگری در انگلیس بی‌توجهی به بیماران و میزان مرگ و میر در یک بیمارستان زیاد بود (۹). در مطالعه‌ی Black تقریباً ۳۴ درصد از پرستاران با وجود اطلاع از شرایط آسیب به بیمار، آن را گزارش نکردند (۱۲). با توجه به سکوت کارکنان سلامت در برابر این معضلات، این سوال به ذهن می‌رسد که چرا شجاعت برای گفتن صحیح نبودن این کارها وجود ندارد (۱۱).

هنگامی که فردی قادر به انجام عملکرد صحیح اخلاقی نیست، شجاعت اخلاقی به وی کمک می‌کند بدون در نظر گرفتن پیامدهای آن برای دستیابی به هدف نهایی تلاش کند و با در نظر گرفتن اصول اخلاقی، اقدام به عمل صحیحی کند که انجام آن آسان نیست (۱۳).

عملکرد اخلاقی نیز مستلزم آگاهی از اصول اخلاقی و داشتن حساسیت اخلاقی است (۱۴). حساسیت اخلاقی یکی از ویژگی‌هایی است که افراد با داشتن آن به پدیده‌های اخلاقی حساس می‌شوند و آن‌ها را از زاویه‌ی اخلاق می‌بینند (۱۵). این حساسیت که ترکیبی از آگاهی فرد از ابعاد اخلاقی نظیر تحمل و آرامش و مسؤولیت‌پذیری و اهمیت دادن به مسائل اخلاقی است، در نگرانی‌های فرد در مورد عمل برای دیگران منعکس می‌شود و به افراد کمک می‌کند عمل صحیح و غلط را تشخیص بدهند (۱۶). حساسیت اخلاقی پرستاران اغلب در انجام دادن مسؤولیت حرفه‌ای و تصمیم‌گیری اخلاقی آنان نقش مهمی دارد. به عبارتی، اولین مؤلفه برای رعایت اخلاق در مراقبت‌های درمانی پرستاران بوده و به‌عنوان یکی از معیارهای صلاحیت حرفه‌ای پرستاران محسوب می‌شود. مطالعات مختلف نشان‌دهنده‌ی تأثیر حساسیت اخلاقی بر بهبود عملکرد اخلاقی پرستاران و ارتقاء ارتباط درمانی بین پرستار و بیمار است؛ به همین دلیل سازمان‌های آموزش پرستاری در برنامه‌ریزی‌های خود به این هدف مهم توجه می‌کنند (۱۵).

چارچوب فعالیت پرستاری مشتمل بر تعهد به مراقبت و حساس بودن به نیازهای جسمی و عاطفی بیماران است. در نتیجه، حساسیت اخلاقی و احساس مسؤولیت در کسانی که مراقبت‌های بالینی از بیماران را بر اساس ارزش‌های اخلاقی ارائه می‌دهند از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۷). حساسیت اخلاقی مراقبان را ملزم به آگاهی و تفسیر رفتارها و نشانه‌های زبانی و غیرزبانی مددجویان در شناخت نیازهای

شهادا، سینا، علوی، رازی، شهید مدنی) بودند که به صورت تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. در ابتدا از بین پرستاران بیمارستان‌های منتخب، بر اساس تعداد کل پرستاران آن بیمارستان و با توجه به تعداد کل نمونه، سهمیه‌ای به پرستاران بیمارستان اختصاص داده شد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱ - توزیع واحدهای پژوهش

| تعداد کل پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب | تعداد (درصد) پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش | بیمارستان‌های منتخب |
|---|---|---------------------|
| ۵۰۰ | ۹۸ (۳۷/۶۹) | امام رضا (ع) |
| ۳۰۰ | ۶۰ (۲۳/۰۸) | شهید مدنی |
| ۲۰۰ | ۴۰ (۱۵/۳۸) | سینا |
| ۱۲۰ | ۲۴ (۹/۲۳) | رازی |
| ۴۰ | ۸ (۳/۰۸) | علوی |
| ۱۵۰ | ۳۰ (۱۱/۵۴) | شهادا |
| ۱۳۱۰ | ۲۶۰ (۱۰۰) | جمع |

سپس با توجه به سهمیه‌ی هر بیمارستان پرستاران بر حسب تصادف (با قرعه‌کشی ساده) انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی به بالا و داشتن حداقل یک سال سابقه‌ی کار و اشتغال در یکی از بیمارستان‌های دانشگاه در زمان انجام پژوهش به صورت رسمی، پیمانی، و یا طرح نیروی انسانی بود. با توجه به این که ابزارهای پژوهش فقط در یک نوبت بین واحدهای پژوهش توزیع شد، معیار خروج وجود نداشت. ۲۸۵ پرسشنامه در میان پرستاران توزیع شد و از آنان خواسته شد تا در فرصت مناسب نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کنند. در نهایت، ۲۶۰ پرسشنامه (برگشت‌پذیری ۹۱ درصدی) پس از تکمیل بازگردانده شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش از قبیل اخذ مجوز نمونه‌گیری، کد اخلاق، کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و کتبی، رعایت امانتداری در استفاده از منابع و حفظ محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شد.

آن‌ها می‌کند. از این‌رو، حساسیت اخلاقی و احساس مسئولیت از اهمیت خاصی برای پرستاران، که مهیاکننده‌ی مراقبت بر اساس ارزش‌های اخلاقی شخصی هستند، برخوردار است (۲۱-۱۸).

با توجه به تجارب پژوهشگر در محیط کاری خود و مواجهه با معضلات اخلاقی و پاسخ‌های گوناگون پرستاران نسبت به آن و همچنین، حساسیت‌های مختلف پرستاران از یک سو و ضرورت وجود شجاعت اخلاقی جهت ایفای نقش مدافعه‌ی پرستاران (۱۵) از سوی دیگر، این تصور در ذهن پژوهشگر نقش بست که شاید این دو مفهوم با یکدیگر همبستگی داشته باشند. از طرفی، حساسیت اخلاقی می‌تواند پیش درآمد شجاعت اخلاقی باشد که نیازمند بررسی است (۲۲). برخی پژوهش‌ها نشان‌دهنده‌ی حساسیت اخلاقی متوسط پرستاران است (۲۳، ۱۶) که به نظر می‌رسد تحت تأثیر عوامل متعددی از قبیل جو اخلاقی و استرس اخلاقی است (۲۴، ۲۵). از طرف دیگر، جو اخلاقی می‌تواند بر بروز رفتارهای افراد مؤثر باشد (۲۶). مطالعات انجام شده در ایران حساسیت اخلاقی پرستاران را بررسی کرده‌اند اما پژوهشگر در جست‌وجوی منابع در ایران و خارج از ایران نتوانست به مطالعه‌ای در ارتباط با همبستگی این دو متغیر دست یابد. بنابراین، با توجه به اهمیت موضوع شجاعت اخلاقی و ضروری بودن آن در رفتار پرستاران، و تأثیراتی که ممکن است بر کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط آن‌ها داشته باشد، این مطالعه با هدف تعیین همبستگی شجاعت اخلاقی با حساسیت اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام گرفت.

روش کار

این پژوهش به صورت توصیفی - همبستگی در سال ۱۳۹۳ در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. جامعه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش شاغل در ۶ بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی تبریز (بیمارستان‌های امام رضا (ع)،

تا همیشه درست است، از ۱ تا ۷ نمره داده شده است. دامنه‌ی نمرات گویه‌ها در هر یک از ابعاد (حداقل ۳ و حداکثر ۲۱) و نمره‌ی کل حداقل ۱۵ و حداکثر ۱۰۵ بود. میانگین نمرات گویه‌ها در هر بعد و در کل عبارات به‌عنوان نمره‌ی شجاعت اخلاقی در نظر گرفته شد (۲۷).

پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی Han و همکاران همان پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی Lützn است که در کره اعتباریابی شده است (۱۷). این پرسشنامه دارای ۲۵ عبارت و در ۳ بعد احترام به بیمار، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای و رفتار اخلاقی است که میزان حساسیت اخلاقی پرستاران را بررسی می‌کند. هر عبارت با مقیاس ۵ درجه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف و از ۰ تا ۴ نمره داده شد. دامنه‌ی نمرات گویه‌ها در ابعاد: احترام به بیمار (حداقل ۰ و حداکثر ۳۲)، مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای (حداقل ۰ و حداکثر ۳۲) و رفتار اخلاقی (حداقل ۰ و حداکثر ۳۶) و نمره‌ی کل (حداقل ۰ و حداکثر ۱۰۰) بود. میانگین نمرات گویه‌ها در هر بعد و در کل عبارات به‌عنوان نمره‌ی حساسیت اخلاقی در نظر گرفته شد (۱۷).

به‌منظور تعیین روایی ابزارها از روایی محتوا به روش کیفی استفاده شد که در اختیار ۱۰ نفر از اساتید صاحب‌نظر اخلاق پرستاری و اخلاق زیستی و اخلاق پزشکی قرار گرفت و پس از جمع‌بندی نظرات آنان تغییرات لازم اعمال شد. ضمناً پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از پرستاران مشابه واحدهای پژوهش (که در نمونه‌گیری پژوهش وارد نشدند) برای بررسی روایی صوری قرار داده شد.

بر اساس نظرات آنان اصلاحات لازم صورت گرفت. جهت تعیین پایایی ابزارها از ثبات به روش همسانی درونی با تعیین ضریب آلفای کرونباخ ابزار استفاده شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی حساسیت اخلاقی برابر با $\alpha=0/89$ و در هر یک از ابعاد پرسشنامه به‌ترتیب در بعد احترام به بیمار $\alpha=0/87$ ، بعد مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای $\alpha=0/76$ و در بعد

ابزارگردآوری داده‌ها در این پژوهش شامل سه قسمت بود. بخش اول این پرسشنامه مربوط به مشخصات جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع استخدام، بخش محل خدمت، بیمارستان محل خدمت، سابقه‌ی کار، نوبت کاری، سابقه‌ی شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق) بود. بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی شجاعت اخلاقی حرفه‌ای Sekerka و همکاران (۲۷) و بخش سوم پرسشنامه حساسیت اخلاقی Han و همکاران بود (۱۷).

پرسشنامه‌ی شجاعت اخلاقی حرفه‌ای Sekerka و همکاران دارای ۱۵ عبارت در ۵ بعد عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، حرکتی فراتر از ظرفیت و هدف اخلاقی است که میزان شجاعت اخلاقی حرفه‌ای را مورد بررسی قرار می‌دهد. عامل اخلاقی که اولین بعد ابزار شجاعت اخلاقی است، نشان‌دهنده‌ی توانایی فرد به تلاش در جهت عمل صحیح و انجام رفتار اخلاقی، در پاسخ به تعاملات است.

بعد ارزش‌های چندگانه مشخص‌کننده‌ی توانایی فرد در انتخاب مجموعه‌ای از ارزش‌های مختلف حین تصمیم‌گیری‌های 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. این رفتار به‌ویژه در سازمان‌هایی که در آن وظایف طبق اصول خاصی انجام می‌شود و سلسله مراتب حاکم است، نمایان می‌شود. در بعد حرکتی بیش از توان، فرد فقط قوانین را در نظر نمی‌گیرد بلکه فراتر از ظرفیت درونی پیش رفته و انجام دادن آنچه کاملاً صحیح و ایده‌آل است، را مد نظر قرار می‌دهد. بعد هدف اخلاقی، نشان‌دهنده‌ی استفاده از استراتژی‌های 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 (۲۹-۲۷). هر عبارت با مقیاس ۷ درجه‌ای از هرگز درست نیست

شد. برای مقایسه‌ی گروه‌ها از آزمون‌های ناپارامتری نظیر آزمون Mann Vitney U و Kruskal Wallis و در موارد نرمال بودن توزیع متغیرها برای مقایسه‌ی گروه‌ها از آزمون پارامتری Independent T-test استفاده شد.

نتایج

در این پژوهش ۲۶۰ پرستار با میانگین سنی $6/72 \pm$ سال، میانگین سابقه‌ی کاری $6/71 \pm$ و $11/7$ شرکت داشتند. از کل نمونه‌ها $84/6$ درصد زن و $80/7$ درصد متأهل بودند. $91/2$ درصد کارشناس پرستاری، $51/9$ درصد استخدام رسمی، 30 درصد در بخش‌های ویژه و بقیه در بخش‌های اورژانس و اتاق عمل و جراحی و داخلی مشغول به فعالیت بودند. بیش‌تر آنان در بیمارستان امام رضا (ع) تبریز ($37/69$ درصد) و کم‌ترین آنان در بیمارستان علوی تبریز ($3/07$) شاغل به کار بودند. $94/2$ درصد سابقه‌ی گذراندن دوره‌ی اخلاق نداشته و $69/6$ درصد به‌صورت نوبت کاری چرخشی کار می‌کردند.

میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران $90/36 \pm 10/56$ (زیاد) بود. بیش‌ترین شجاعت اخلاقی در بعد عامل اخلاقی با میانگین $18/68 \pm 2/47$ و کم‌ترین شجاعت اخلاقی در بعد ارزش‌های چندگانه با میانگین $17/42 \pm 2/70$ بود. میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران $60/99 \pm 17/78$ بود. بیش‌ترین حساسیت اخلاقی در بعد احترام به بیمار با میانگین $34/11 \pm 6/56$ و کم‌ترین حساسیت اخلاقی در بعد مسئولیت‌پذیری حرفه‌ای با میانگین $29/25 \pm 5/50$ بود. با استفاده از آزمون همبستگی Spearman، شجاعت اخلاقی رابطه‌ی آماری مثبت معنی‌داری با حساسیت اخلاقی نشان داد که این ارتباط ضعیف بود ($r = 0/15$ ، $P = 0/012$).

در بررسی ابعاد حساسیت اخلاقی با ابعاد شجاعت اخلاقی، پرستارانی که در بعد احترام به بیمار حساسیت اخلاقی بالایی داشتند در تمام ابعاد، شجاعت اخلاقی بالایی

رفتار اخلاقی برابر با $\alpha = 0/80$ بود. ضریب آلفای کرونباخ به منظور بررسی پایایی آن در مطالعه‌ی ایزدی و همکاران برابر با $0/80$ گزارش شد. در مطالعه‌ی انجام گرفته توسط محمدی و همکاران جهت تعیین روایی CVI پرسشنامه شجاعت اخلاقی 81 درصد و ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ گزارش شده است (30). آلفای کرونباخ پرسشنامه شجاعت اخلاقی در این مطالعه برابر با $\alpha = 0/89$ و در هر یک از ابعاد پرسشنامه به ترتیب در بعد عامل اخلاقی $\alpha = 0/76$ ، بعد ارزش‌های چندگانه $\alpha = 0/71$ ، بعد تحمل تهدید $\alpha = 0/86$ ، بعد حرکتی بیش از توان $\alpha = 0/86$ و برای بعد هدف اخلاقی $\alpha = 0/72$ بود.

با توجه به عدم دسترسی پژوهشگر به مطالعه‌ای مشابه با هدف مطالعه‌ی کنونی چه در ایران و چه در خارج از ایران، با فرض این‌که اگر همبستگی بین شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی حداقل $0/2$ باشد، با $\alpha = 0/05$ و $\beta = 0/1$ ، تعداد حجم نمونه 259 به دست آمد و با احتمال ریزش 10 درصد نمونه‌ها، 285 پرسشنامه با مراجعه‌ی پژوهشگر در طول هفته در نوبت‌های مختلف کاری به بیمارستان‌های مذکور توزیع شد. پس از 2 روز 266 پرسشنامه بازگردانده شد که از این تعداد 6 پرسشنامه به دلیل نقص در پاسخگویی قابل استفاده نبوده و از مطالعه حذف شدند. در نهایت، 260 پرسشنامه (برگشت‌پذیری 91 درصدی پرسشنامه) با نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی 21 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

از آمار توصیفی، برای ارزیابی درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی، و آمار استنباطی برای بررسی همبستگی حساسیت اخلاقی با شجاعت اخلاقی استفاده شد. فرض نرمال بودن متغیرهای وابسته در داخل گروه‌ها به کمک آزمون ناپارامتری - Kolmogorov Smirnov بررسی شد. به دلیل عدم توزیع نرمال متغیرهای شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی برای بررسی همبستگی بین این دو متغیر از ضریب همبستگی Spearman استفاده

نشان دادند ($P < 0/01$) (جدول شماره ۲). از طرفی، اخلاقی، شجاعت اخلاقی بالایی نشان دادند (به ترتیب پرستارانی که در بعد مسؤلیت‌پذیری حرفه‌ای حساسیت اخلاقی بالایی داشتند در بعد ارزش‌های چندگانه و هدف

جدول شماره ۲ - میانگین نمرات شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی پرستاران

| متغیر | انحراف معیار \pm میانگین نمره | بیش‌ترین نمره | کم‌ترین نمره |
|-----------------------|---------------------------------|---------------|--------------|
| شجاعت اخلاقی | $90/36 \pm 10/56$ | ۱۰۵ | ۴۵ |
| ابعاد شجاعت اخلاقی | عامل اخلاقی | ۱۰۵ | ۴۵ |
| | ارزش‌های چندگانه | | |
| | تحمل تهدید | | |
| | حرکتی بیش از توان | | |
| | هدف اخلاقی | | |
| حساسیت اخلاقی | $60/99 \pm 17/78$ | ۱۰۰ | ۰ |
| ابعاد حساسیت اخلاقی | احترام به بیمار | ۱۰۰ | ۰ |
| | مسؤلیت‌پذیری حرفه‌ای | | |
| | رفتار اخلاقی | | |
| ضریب همبستگی Spearman | $P = 0/012$ و $r = 0/155$ | | |

جدول شماره ۳ - میزان ضریب همبستگی Spearman ابعاد شجاعت اخلاقی با ابعاد حساسیت اخلاقی پرستاران

| ابعاد حساسیت اخلاقی / ابعاد شجاعت اخلاقی | احترام به بیمار | مسؤلیت‌پذیری حرفه‌ای | رفتار اخلاقی |
|--|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| عامل اخلاقی | $r = 0/248$ $P = *0/00$ | $r = 0/079$ $P = 0/202$ | $r = -0/035$ $P = 0/574$ |
| | ارزش‌های چندگانه | $r = 0/182$ $P = *0/003$ | $r = 0/156$ $P = *0/012$ |
| تحمل تهدید | | $r = 0/176$ $P = *0/006$ | $r = 0/049$ $P = 0/430$ |
| | حرکتی بیش از توان | $r = 0/278$ $P = *0/00$ | $r = 0/048$ $P = 0/444$ |
| هدف اخلاقی | | $r = 0/204$ $P = *0/00$ | $r = 0/143$ $P = *0/021$ |

نوبت کاری تفاوت وجود نداشت. حساسیت اخلاقی نیز در گروه‌های سنی مختلف، نوع استخدام، سابقه‌ی کاری، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نوبت کاری پرستاران تفاوت نداشت (جدول شماره‌ی ۴).

یافته‌ها نشان دادند، شجاعت اخلاقی در گروه‌های سنی مختلف، نوع استخدام و سابقه‌ی کاری پرستاران تفاوت دارد (به ترتیب $P=0/01$ ، $P=0/02$ ، $P=0/03$). اما میانگین شجاعت اخلاقی از نظر جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و

جدول شماره‌ی ۴- میانگین شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی واحدهای پژوهش بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

| متغیر | تعداد (درصد) | میانگین نمره \pm انحراف معیار شجاعت اخلاقی | میانگین نمره \pm انحراف معیار حساسیت اخلاقی |
|------------|---------------|--|---|
| سن | سال ۲۳-۳۰ | ۵۷ (۲۱/۹) | ۸۶/۵۰ \pm ۱۳/۱۱ |
| | سال ۳۱-۳۸ | ۱۱۱ (۴۲/۷) | ۹۱/۱۱ \pm ۸/۹۸ |
| | سال ۳۹-۴۵ | ۶۲ (۲۳/۸) | ۹۱/۶۲ \pm ۱۰/۶۰ |
| | سال ۴۶-۵۲ | ۳۰ (۱۱/۵) | ۹۲/۳۳ \pm ۹/۱۴ |
| | آماره | Kruskal Wallis = ۰/۱۵ | Kruskal Wallis = -۰/۱۰ |
| | P-value | *۰/۰۱ | ۰/۱ |
| جنس | زن | ۲۲۰ (۸۴/۶) | ۹۰/۴۵ \pm ۱۰/۸۰ |
| | مرد | ۴۰ (۱۵/۴) | ۸۹/۹۰ \pm ۹/۲۶ |
| | آماره | | t = ۰/۳۰۵ |
| | | P-value | ۰/۷۶ |
| | | | Mann Vitney U = -۰/۱۹۰ |
| وضعیت تأهل | مجرد | ۴۸ (۱۸/۵) | ۹۱/۲۷ \pm ۱۰/۷۳ |
| | دارای همسر | ۲۱۰ (۸۰/۷) | ۹۰/۰۵ \pm ۱۰/۵۳ |
| | سایر موارد | ۲ (۰/۸) | ۱۰۱/۵۰ \pm ۳/۵۳ |
| | آماره | Kruskal Wallis = ۰/۱۶ | Kruskal Wallis = ۳/۰۲ |
| | | P-value | ۰/۶۸ |
| تحصیلات | کارشناسی | ۲۳۷ (۹۱/۲) | ۹۰/۶۴ \pm ۱۰/۳۸ |
| | کارشناسی ارشد | ۲۳ (۸/۸) | ۸۷/۵۶ \pm ۱۲/۲۱ |
| | آماره | | Mann Vitney U = -۱/۲۶ |
| | | P-value | ۰/۲۱ |
| | | | Mann Vitney U = -۰/۷۴ |
| نوبت کاری | ثابت صبح | ۴۹ (۱۸/۸) | ۸۹/۹۵ \pm ۱۱/۲۸ |
| | ثابت عصر | ۵ (۱/۹) | ۸۷/۸۰ \pm ۱۱/۵۱ |
| | صبح یا عصر | ۲۲ (۸/۵) | ۸۸/۹۵ \pm ۱۰/۹۶ |
| | ثابت شب | ۳ (۱/۲) | ۸۹/۳۳ \pm ۱۳/۳۰ |
| | چرخشی | ۱۸۱ (۶۹/۶) | ۹۰/۷۴ \pm ۱۰/۳۴ |
| | آماره | Kruskal Wallis = ۱/۲۳ | Kruskal Wallis = ۱/۲۴ |
| | | P-value | ۰/۸۷ |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|------------|-----------|-------------|
| ۶۴/۲۱ ± ۱۷/۱۹ | ۹۱/۹۷ ± ۹/۶۷ | ۱۳۵ (۵۱/۹) | رسمی | نوع استخدام |
| ۶۰/۵۹ ± ۱۷/۶۹ | ۸۸/۴۳ ± ۱۰/۹۴ | ۱۱۲ (۴۳/۱) | پیمانی | |
| ۶۲/۰۷ ± ۲۴/۹۹ | ۹۰/۳۸ ± ۱۳/۸۷ | ۱۳ (۵) | طرحی | |
| Kruskal Wallis = ۰/۰۶ | Kruskal Wallis = ۷/۲۱ | آماره | | |
| ۰/۹۷ | *۰/۰۱ | P-value | | |
| ۶۰/۰۹ ± ۱۹/۴۰ | ۸۶/۵۰ ± ۱۳/۸۷ | ۹۳ (۳۱/۹) | ۱-۷ سال | سابقه‌ی کار |
| ۶۳/۲۲ ± ۱۵/۴۱ | ۹۱/۱۱ ± ۱۳/۸۷ | ۹۹ (۳۸/۱) | ۸-۱۴ سال | |
| ۵۸/۷۸ ± ۲۲/۰۰ | ۹۱/۶۲ ± ۱۳/۸۷ | ۵۱ (۱۹/۶) | ۱۵-۲۱ سال | |
| ۵۹/۷۴ ± ۱۰/۱۵ | ۹۲/۳۳ ± ۹/۱۴ | ۲۷ (۱۰/۴) | ۲۲-۲۹ سال | |
| Kruskal Wallis = ۱/۹۴ | Kruskal Wallis = ۸/۲۵۱ | آماره | | |
| ۰/۵۸ | *۰/۰۴ | P-value | | |

بحث

محمدی و همکاران میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران در دامنه‌ی (۱-۵) $۰/۴۶ ± ۳/۳۳$ (متوسط) (۳۰) و در مطالعه‌ی Hanna و همکاران برابر با ۷۹ از ۱۰۰ (متوسط) (۲۹) بود. این در حالی است که شجاعت اخلاقی در مطالعه‌ی Day ضعیف بود. به نظر می‌رسد علت این تفاوت‌ها عواملی نظیر جو اخلاقی، فرهنگ سازمانی، حمایت مدیران، حمایت سازمان (۳۳، ۱۵، ۱۱)، ترس از انزوای اجتماعی، عدم پذیرش سازمان (۷) و تفکر گروهی (۳۴) بر شجاعت اخلاقی باشد که نیازمند بررسی ارتباط چنین متغیرهایی با شجاعت اخلاقی پرستاران است.

در پژوهش کنونی میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی پرستاران $۱۷/۷۸ ± ۶۰/۹۹$ (متوسط) همسو با مطالعه‌ی ایزدی و همکاران میانگین نمره‌ی حساسیت اخلاقی برابر با $۶/۹۰ ± ۷۰/۱۵$ (متوسط) و ناهمسو با مطالعه‌ی Abdu و همکاران برابر با $۳/۸۲ ± ۰/۲۵$ (۳۵) بود. مطالعه‌ی ایزدی و همکاران با هدف بررسی همبستگی حساسیت اخلاقی پرستاران با رفتار مراقبتی آن‌ها نشان داد که بیش‌ترین نمره در بعد دانش حرفه‌ای و کم‌ترین آن در بعد مشکلات و کشمکش‌های حرفه‌ای بود. در حالی که در مطالعه‌ی کنونی بیش‌ترین حساسیت اخلاقی در بعد احترام به بیمار و کم‌ترین

مطالعه‌ی کنونی، بیانگر ارتباط معنی‌دار آماری بین شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی بود. بین شجاعت اخلاقی با حساسیت اخلاقی رابطه‌ی آماری معنی‌دار و مثبت ضعیفی برقرار بود (۳۱). این بدان معنی است که هرچه حساسیت اخلاقی در پرستاران افزایش یابد، شجاعت اخلاقی در آن‌ها افزایش می‌یابد. در پژوهش Hanna و همکاران نیز شجاعت اخلاقی با رفتار اخلاقی ارتباط مثبت معنی‌دار آماری داشت (۲۹). از آنجایی که شجاعانه عمل کردن نیازمند حساس بودن به مسائل اخلاقی است (Corely) و از طرفی عوامل مشترکی می‌توانند بر حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی اثرگذار باشند (Murray, Edmonson) لذا ممکن است رابطه‌ی آماری معنی‌دار و مثبت ضعیف شجاعت اخلاقی و حساسیت اخلاقی به همین دلیل باشد. از طرفی، به نظر می‌رسد حساسیت اخلاقی سبب بروز استرس اخلاقی شده و در صورت وجود شجاعت اخلاقی، اقدام اخلاقی منجر به کاهش استرس اخلاقی می‌شود. در واقع، این متغیرها به صورت غیر مستقیم بر هم اثرگذار هستند (۳۲).

میانگین نمره‌ی شجاعت اخلاقی پرستاران در این پژوهش $۱۰/۵۶ ± ۹۰/۳۶$ (زیاد) بود، ولی در مطالعه‌ی

(۳۷، ۷). Aultman معتقد است که شجاعت اخلاقی با گذشت زمان و مشاهده رفتارهای شجاعانه‌ی دیگران آموخته می‌شود. وی بیان می‌کند با افزایش تجربه‌ی کاری و رویارویی مکرر با چالش‌های درمانی بروز رفتارهای شجاعانه در آن‌ها زیاد می‌شود (۷). Murray در مطالعه‌اش بیان می‌کند که هرچه تجربه و سابقه‌ی کار در پرستاران افزایش می‌یابد، تأثیر موانع موجود در محیط کاری در عملکرد پرستاران کاهش یافته و شجاعت اخلاقی افزایش می‌یابد (۷). به نظر Gallagher بعضی پرستاران بدون داشتن سن و تجربه‌ی کاری زیاد، شجاعت اخلاقی از خود نشان می‌دهند. ولی عموماً بالا رفتن سن و سابقه‌ی کار و آشنایی با جو محیط کاری و زیاد شدن رفتارهای قاطعانه‌ی پرستاران، شجاعت اخلاقی آن‌ها را افزایش می‌دهد (۱۱).

در مطالعه‌ی کنونی مشخص شد شجاعت اخلاقی بر حسب نوع استخدام متفاوت است. افرادی که استخدام رسمی هستند و ثبات شغلی دارند، رفتارهای شجاعانه‌ی زیادتری از خود نشان می‌دهند. این یافته توسط مطالعات مختلف نیز تایید شده است (۱۱، ۲). می‌توان گفت ممکن است پرستاران برای حفظ موقعیت شغلی خویش، در مواجهه با چالش‌های اخلاقی از انجام عملکرد صحیح خودداری کنند لذا شاید بتوان با ایجاد ثبات شغلی و حمایت مدیران، شجاعت اخلاقی را در پرستاران افزایش داد.

در این پژوهش شجاعت اخلاقی واحدهای پژوهش بر حسب جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و نوبت کاری تفاوت معنی‌دار آماری نداشت. این در حالی است که در مطالعه‌ی Izen شجاعت اخلاقی در دو جنس تفاوت آماری معنی‌دار داشت به طوری که مردان شجاعت اخلاقی بالاتری نشان داده‌اند (۳۸). در حالی که در پژوهش کنونی شجاعت اخلاقی در دو جنس همسو با مطالعه‌ی محمدی و همکاران متفاوت نبود (۳۰). برخی صاحب‌نظران تفاوت‌های جنسی را در سطح آگاهی افراد از اصول اخلاقی موثر یافته‌اند.

حساسیت اخلاقی در بعد مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای بود. نتیجه‌ی نمرات ابعاد حساسیت اخلاقی متفاوت با مطالعه‌ی ایزدی و همکاران، Abdu و همکاران است. این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در ابعاد ابزار و محیط پژوهش باشد. در مطالعه‌ی ایزدی و همکاران پرسشنامه‌ی ۶ بعدی Lutzen استفاده شده بود و از آن جایی‌که واحدهای پژوهش از بخش مراقبت‌های ویژه انتخاب شده بودند از تجانس بیش‌تری برخوردار بودند. در مطالعه‌ی Abdu و همکاران هم نه تنها ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌ی تعدیل یافته‌ی Lutzen بود بلکه محیط پژوهش هم دانشکده‌ی پرستاری دانشگاه الکساندریا بوده و واحدهای پژوهش را اعضای آکادمیک دانشگاهی تشکیل می‌دادند.

در بررسی ابعاد حساسیت اخلاقی با ابعاد شجاعت اخلاقی، پرستارانی که در بعد احترام به بیمار حساسیت اخلاقی بالایی داشتند در تمام ابعاد شجاعت اخلاقی بالایی نشان داده‌اند ($P < 0/01$). این امر می‌تواند عمدتاً به دلیل فرهنگ حاکم بر بیمارستان‌ها و تفاوت قومی باشد. از آن جایی که در فرهنگ آذری احترام به انسان‌ها از ارزش بالایی برخوردار است (۳۶) این یافته را تأیید می‌کند. پرستارانی هم که در بعد مسؤولیت‌پذیری حرفه‌ای حساسیت اخلاقی بالایی داشتند در بعد ارزش‌های چندگانه و هدف اخلاقی شجاعت اخلاقی بالایی نشان داده‌اند ($P < 0/05$). Gallagher معتقد است وجود و تقویت شجاعت اخلاقی می‌تواند نقش بسزایی در پایبندی به اصول اخلاقی و ارتقاء کیفیت مراقبت داشته باشد (۱۱).

در بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی با متغیرهای جمعیت‌شناختی، مشخص شد شجاعت اخلاقی بر حسب سابقه‌ی کاری و سن از نظر آماری متفاوت است. بدین معنی که با افزایش سن و سابقه‌ی کار سطح شجاعت اخلاقی در پرستاران افزایش می‌یابد. این یافته با یافته‌ی مطالعات Aultman و Murray و محمدی و همکاران همسو است

لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی در زمینه‌ی تأثیر مداخلات آموزشی مختلف بر توسعه‌ی حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران، بررسی عوامل پیش بین میانجی بر حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی به روش تحلیل مسیر و بررسی تأثیر سایر عوامل مداخله‌گر بر توسعه‌ی حساسیت اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران انجام گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل کار پایان‌نامه‌ی ارشد رقيه مهدوی سرشت به راهنمایی دکتر فروزان آتش‌زاده شوریده است. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش و شعبه‌ی بین‌الملل دانشگاه تشکر و قدردانی کنند.

هنجارهای فرهنگی و الگوهای اجتماعی نقش مهمی در رفتار قاطعانه‌ی مردان نسبت به زنان دارند. به‌طوری که انتظار می‌رود زنان در مقایسه با مردان مطیع، درونگرا و مراقب باشند (۵، ۶). شاید علت عدم تفاوت شجاعت اخلاقی در دو جنس در این پژوهش، تأثیر جو اخلاقی و محیط کاری و فمینیستی بودن حرفه‌ی پرستاری باشد. با توجه به بدیع بودن این پژوهش، دسترسی به مطالعات مشابه امکان‌پذیر نبود و همین امر امکان بحث و مقایسه‌ی یافته‌های پژوهش کنونی را با سایر مطالعات دشوار کرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های مطالعه لازم است تمهیدات لازم در راستای ارتقا حساسیت اخلاقی پرستاران به عمل آید تا شاید بتوان کیفیت مراقبت‌های پرستاری را بهبود بخشید. ارتقاء سطح آگاهی پرستاران از اصول اخلاقی و افزایش حساسیت اخلاقی، باعث گسترش رفتارهای شجاعانه‌ی اخلاقی در پرستاران می‌شود. با توجه به این که شجاعت اخلاقی بر حسب سن، سابقه‌ی کاری و نوع استخدام متفاوت بود، استفاده از پرستاران باتجربه به‌عنوان آموزش‌دهنده‌ی پرستاران تازه استخدام شده می‌تواند کمک مؤثری در ارتقا رفتارهای شجاعانه پرستاران باشد.

111(6): 26-35.

13- Comer DR, Vega G. Moral Courage in Organizations: Doing the Right Thing at Work. Routledge; 2015.

14- 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; 26(3): 427-35.

15- Corley MC. Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-50.

16- Izadi A, Imani H, Khademi Z, Fari Asadi Noughabi F, Hajizadeh N, Naghizadeh F. Moral sensitivity of critical care nurses in clinical decision making and its correlation with their caring behavior in teaching hospitals of Bandar Abbas in 2012. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6(2): 43-56. [in Persian]

17- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the moral sensitivity questionnaire. *Nurs Ethics* 2010; 17(1): 99-105.

18- Decety J, Michalska KJ, Kinzler KD. The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study. *Cereb Cortex* 2012; 22(1): 209-20.

19- Decety J, Michalska KJ, Kinzler KD. The developmental neuroscience of moral sensitivity. *Emotion Rev* 2011; 3(3): 305-7.

20- Decety J, Howard LH. The role of affect in the neurodevelopment of morality. *Child Develop Perspect* 2013; 7(1): 49-54.

21- Seedhouse D. Ethics: the Heart of Health Care, 3rd ed. U.K: Wiley-Blackwell; 2009.

22- James G. Moral courage, an address delivered at the opening of the fifteenth session of Queen's college. https://archive.org/details/cihm_22596 (accessed in 2015)

23- Baghaei R, Moradi Y, Aminolshareh S, Zareh H. The ethical sensitivity of nurses in decision making in Ayatollah Taleghani hospital, 1391. *J Urmia Nurs Midwifery Faculty* 2014; 11(11): 900-6. [in Persian]

24- Lützn K, Blom T, Ewalds-Kvist B, Winch S. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nurs Ethics* 2010; 17(2): 213-24.

25- Baykara ZG, Demir SG, Yaman S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nurs*

منابع

1- Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3).

2- LaSala CA, Bjarnason D. Creating workplace environments that support moral courage. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3).

3- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavimajd H. Association of ICU nurses' demographic characteristics and moral distress. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 5(7): 66-78.

4- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Iranian intensive care unit nurses' moral distress a content analysis. *Nurs Ethics* 2012; 19(4): 464-78.

5- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi MH. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nurs Ethics* 2015; 22(1): 64-76.

6- Atashzadeh Shorideh F, Ashktorab T, Yaghmaei F. Responses of ICU nurses to moral distress: a qualitative Study. *Iran J Crit Care Nurs* 2012; 4(4):159-68.

7- Murray JS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *Online J Issues Nurs* 2010; 15(3).

8- Cheraghi MA, Salsali M, Safari M. Ambiguity in knowledge transfer: the role of theory-practice gap. *Iranian J Nurs Midwifery Res* 2010; 15(4): 155-66.

9- Francis QC R. Final report of the independent inquiry into care provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. 2010 http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113447.pdf (accessed in 2015)

10- Husted JH, gHusted GL. Ethical Decision Making in Nursing and Health Care: The Symphonological Approach, 4th ed. New York: Springer Publishing Company; 2007.

11- Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs* 2011; 16(2).

12- Black LM. Tragedy into policy: a quantitative study of nurses' attitudes toward patient advocacy activities. *Am J Nurs* 2011;

- 32- Tuvesson H, Eklund M, Wann-Hansson C. Stress of conscience among psychiatric nursing staff in relation to environmental and individual factors. *Nurs Ethics* 2012; 19(2): 208-19.
- 33- Kidder RM. *Moral Courage*. New York: W. Morrow; 2005.
- 34- Lachman VD, Murray JS, Iseminger K, Ganske KM. Doing the right thing: pathways to moral courage. *Am Nurs Today*. 2012; 7(5): 24-9.
- 35- Abduo HA, Hanan AA, Baddar FM. The relationship between work environment and moral sensitivity among faculty assistances at faculty of nursing. *World Appl Sci JJ* 2010; 11(11): 1375-87.
- 36- Araghieh A, FathiVajagah K, Barzegar N, Moradi S. The development of human resources in higher education through respecting cultural diversity of the students. *Bienn J Manag Plan Educ Sys* 2012; 4(7): 85-99. [in Persian]
- 37- Aultman J. Moral courage through a collective voice. *Am J Bioeth* 2008; 8(4): 67-9.
- 38- Izen S. Childhood discipline and the development of moral courage. https://www.uml.edu/docs/Childhood%20Discipline%20and%20the%20Development%20of%20Moral%20Courage%20Thesis_tcm18-90752.pdf (accessed in 2015)
- Ethics 2014; [Epub].
- 26- Mobasher M, Nakhaee N, Garoosi S. Assessing the ethical climate of Kerman teaching hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2008; 1(1): 45-52. [in Persian]
- 27- Sekerka LE, Bagozzi RP, Charnigo R. Facing ethical challenges in the workplace: Conceptualizing and measuring professional moral courage. *J Bus Ethics* 2009; 89: 565-79.
- 28- Hannah ST, Schaubroeck JM, Peng AC, Lord RG, Trevino LK, Kozlowski SW. Joint influences of individual and work unit abusive supervision on ethical intentions and behaviors: a moderated mediation model. *J Appl Psy* 2013; 98(4): 579-92.
- 29- Hannah ST, Avolio BJ, Walumbwa FO. Relationships between authentic leadership, moral courage, and ethical and pro-social behaviors. *Bus Ethics Quarterly* 2011; 21(04): 555-78.
- 30- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and moral courage in nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2014; 7(3): 26-35. [in Persian]
- 31- Kellar SP, Kelvin EA. *Munro's Statistical Methods for Health Care Research*, 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

Correlation between moral sensitivity and moral courage in nurses of selected hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences in 2014

Roghayeh Mahdaviseresht¹, Foroozan Atashzadeh-Shoorideh^{*2}, Fariba Borhani³, Ahmadsreza Baghestani⁴

¹ Master Student in Nursing Management, Nursing & Midwifery School, International Branch of Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

² Assistant Professor, Department of Nursing Management, Nursing & Midwifery School, Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

³ Associate professor, Department of Medical Surgical Nursing, Nursing & Midwifery School, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Behshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

⁴ Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Nurses nowadays are faced with complex moral problems, which put them in conditions where their proper performance may conflict with the values and beliefs of other health care providers. In such situations, maintaining commitment to patients requires considerable moral courage, and moral sensitivity can play a significant role in the development of moral courage. The present study was performed to investigate the correlation between moral courage and moral sensitivity of the nurses working in selected hospitals of Tabriz University of Medical Sciences.

In this study, 260 nurses were selected by randomized sampling. Data were collected through a demographic questionnaire, the Moral Sensitivity Questionnaire by Han et al., and the Professional Moral Courage Scale by Sekerka et al. Content validity and face validity of the moral sensitivity questionnaire and moral courage scale were qualitatively investigated, and Cronbach's alpha was used for assessing their reliability. Data were analyzed by descriptive and analytic statistical tests using SPSS 21.

The results indicated that the average score of nurses' moral courage was 90.36 ± 10.56 , and the highest moral courage pertained to the dimension of moral agent. The average score of the nurses' moral sensitivity was 60.99 ± 17.78 , and the highest moral sensitivity was observed in the dimension of respect for the patient. The statistical analysis indicated a positive correlation between moral courage and moral sensitivity ($P < 0.05$, $r = 0.15$). The subjects' moral courage differed according to their age, work experience and employment type, but not according to their gender, marital status, education level and work shift.

The results of the present study indicate that there is a positive and significant statistical correlation between moral courage and moral sensitivity. It seems that promoting nurses' awareness of moral principles and increasing their moral sensitivity lead to the development of courageous moral behaviors in nurses.

Keywords: moral courage, moral sensitivity, nurses

*Email: f_atashzadeh@sbmu.ac.ir