

June-July 2020, Volume 15, Issue 2

Moral Courage of Nurses and Related Factors

Abbas Ebadi¹, *Afsaneh Sadooghiasl², Soroor Parvizy³

1- Behavioral Sciences Research Center, Nursing Faculty of Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Nursing Department, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: a.sadooghi@modares.ac.ir

3- School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 1 May 2020

Accepted: 23 June 2020

Abstract

Introduction: Nursing is a caring profession and nurses need moral courage to provide safe and professional care to clients.

Methods: This descriptive analytical study was conducted among nurses working in the educational hospitals in Tehran in 2016. A sample of 360 nurses was selected by quotas and convenience sampling. Data were collected by self-report method using demographic questionnaire and moral courage questionnaire of nurses. Data analysis was done using SPSS Ver.16 software and descriptive and analytical statistics at a significance level of $p < 0.05$.

Results: Most of the nurses (76 %) have high moral courage (412.42 ± 42.65). the score of dimensions was as follows: Moral self-actualization (230.85 ± 30.74), risk-taking (139.40 ± 19.97), and the ability to defend the right (42.39 ± 7.71). There was a significant correlation between age, working experience, position, working shift, employee status, and participation in professional ethics courses with the dimension of moral courage ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the findings, participating in professional ethics courses, and the demographic and occupational variables should be considered in staffing and scheduling.

Keywords: Moral courage, Nurse, Self-actualization, Risk taking, Nurse moral courage.

شجاعت اخلاقی پرستاران و عوامل مرتبط با آن

عباس عبادی^۱، *افسانه صدوقی اصل^۲، سرور پرویزی^۳

۱- مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله، تهران، ایران.

۲- گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
a.sadooghi@modares.ac.ir ایمیل:

۳- دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۴/۳

چکیده

مقدمه: پرستاری یک حرفه مراقبتی است و پرستاران بنا به ماهیت حرفه ای، نیازمند شجاعت اخلاقی هستند تا مراقبتی ایمن و حرفه ای به مددجویان ارائه کنند.

روش کار: این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان های آموزشی شهر تهران بودند. نمونه ۳۶۰ نفری با روش سهمیه ای و دردسترس انتخاب شد. داده ها به روش خودگزارشی و با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه شجاعت اخلاقی پرستاران جمع آوری شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS Ver.16 و آمار توصیفی و تحلیلی شامل آزمون کروسکال والیس و من-ویتنی در سطح معناداری ($p < 0.05$) انجام شد.

یافته ها: میانگین نمره کل شجاعت اخلاقی ۷۶ درصد پرستاران در سطح زیاد (412.42 ± 46.65)، و نمرات ابعاد خطرپذیری (19.97 ± 1.94)، خودشکوفایی اخلاقی (23.85 ± 3.74)، و توانایی دفاع از حق (42.39 ± 7.71) بود. ابعاد شجاعت اخلاقی با متغیرهای سمت، شرکت در دوره های اخلاق حرفه ای، سن، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، شیفت کاری پرستاران ارتباط معنادار آماری داشت ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: براساس یافته ها، توجه به عوامل مرتبط از جمله شرکت در دوره های اخلاق حرفه ای، توجه به متغیرهای فردی و شغلی در چیدمان نیروی پرستاری در بخش ها، پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: شجاعت اخلاقی، پرستار، خودشکوفایی اخلاقی، خطرپذیری، شجاعت اخلاقی پرستاران.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

پرستاران از ارکان نظام سلامت و مسئول ارائه مراقبت به افراد جامعه در حوزه های مختلف از پیشگیری تا بازتوانی هستند (۱). مراقبت جوهره پرستاری و تمرکز اصلی و انحصاری عملکرد پرستاری است (۲، ۳) تا جایی که پرستاری یک حرفه مراقبتی (۴) با شش جزء اساسی شفقت، اعتماد، تعهد، صلاحیت، ارتباط، و شجاعت شناخته می شود (۵) و در این میان شجاعت نقش قابل توجهی در توانایی پرستاران در مراقبت دارد (۶) زیرا با وجودی که پرستاری یک حرفه شجاعانه محسوب نمی شود ولی رویارویی با بیماران و فرد در حال احتضار، انجام روش های درمانی و مراقبتی جدید، مواجهه با بیماری های نو پدید، وقایعی هستند که شجاعت را برای مراقبین سلامتی و ازجمله پرستاران

ضروری می کنند (۴).

رفتار مبتنی بر شجاعت شامل تامل منطقی، تعهد به ارزش ها و اصول حرفه ای، اقدام، و خطرپذیری است (۷) و انواع مختلفی دارد. شجاعت اخلاقی توانایی انجام رفتار اخلاقی را در انسان ایجاد می کند و باعث می شود که فرد با وجود موانع، عملکرد اخلاقی را انجام دهد (۸). شجاعت اخلاقی یکی از ویژگی های ذاتی انسان است که در رویارویی با دشواری های اخلاقی، تجلی می یابد (۹) و یکی از رفتارهای اجتماعی و هزینه دار محسوب می شود که پاداشی هم برای فرد ندارد (۱۰).

شجاعت اخلاقی از موضوعات مهم در حرفه پرستاری با قدمتی طولانی است (۱۱) که به پرستار کمک می کند تا علاوه بر برخورداری از ویژگی های انسان خوب، به بیمار، خانواده، و اجتماع مراقبت قابل قبولی ارائه دهد (۱۲).

پرستاران بنا به ماهیت حرفه‌ای، به شجاعت اخلاقی نیاز دارند تا بتواند برای انجام مراقبت انسانی پایداری و در انجام موارد غیر اخلاقی مقاومت کنند (۱۳). حمایت از بیمار یکی از دستورالعمل‌های اخلاقی در حرفه از دلایلی است که نیاز پرستاران را به فضیلت شجاعت اخلاقی ضرورت می‌بخشد (۱۴، ۱۰). نبود شجاعت اخلاقی مشکلاتی را برای پرستاران ایجاد می‌کند. پرستاران در موقعیت‌هایی مانند حفظ حریم بیمار، دادن خبر بد، مراقبت از بیمار عفونی، و مراقبت نامناسب توسط همکاران ناصالح، تلاش می‌کنند تا براساس اصول و ارزش‌های اخلاق حرفه‌ای عمل کنند، اما ترس از واکنش منفی همکاران، از دست دادن جایگاه شغلی، واکنش‌های احساسی وسیع و خشونت، از انجام عمل اخلاقی امتناع می‌کنند. در نتیجه دچار دیسترس اخلاقی، افسردگی، گناه و عصبانیت، احساس بی‌ارزشی و احساس بی‌قدرتی می‌شوند (۱۵، ۱۶).

همچنین پرستاران برای اینکه بتوانند در دنیای متغیر کنونی، عملکرد مناسب، امن و قانونی خود را انجام دهند باید از ارزش‌های اخلاقی حرفه آگاه شوند (۱). زیرا عملکرد آنان تحت تاثیر ارزش‌های حرفه‌ای قرار می‌گیرد (۱۷، ۱۸). ارزش‌های حرفه‌ای با ارزش‌ها و باورهای افراد در ارتباط است و موجب توسعه ارزش‌های فردی می‌شوند. ارزش‌ها در حرفه پرستاری شامل نوع دوستی، شفقت، و همدلی؛ احترام، استقلال و کرامت انسانی؛ عدالت و صداقت؛ اعتماد، درستی، مسئولیت‌پذیری، و پاسخگویی؛ و شجاعت هستند (۱۸).

مطالعات مختلفی از جمله امینی زاده و همکاران (۱۹)، محمدی و همکاران (۲۰)، حسینی و همکاران (۲۱)، مهدوی سرشت و همکاران (۲۲)، موسوی و همکاران (۲۳)، و طراز و همکاران (۲۴) در ایران انجام شده‌اند. در این مطالعات شجاعت اخلاقی پرستاران در بخش‌های مختلف اندازه‌گیری شدند. نتایج نشان داده‌اند که شجاعت اخلاقی با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس دارد و با افزایش شجاعت اخلاقی، میزان دیسترس اخلاقی درک شده توسط پرستاران در محیط‌های مختلف کاهش می‌یابد (۲۵).

با وجود مطالعات انجام شده، نبود شجاعت اخلاقی در میان پرستاران شایع است و باید با توسعه جرات ورزی و پایبندی به اصول اخلاقی، شجاعت اخلاقی را افزایش داد (۲۵). ارتقای شجاعت اخلاقی نیازمند اندازه‌گیری و شناسایی عوامل مرتبط با آن است و لازم است تا پرستاران شاغل در بیمارستان روزانه شجاعت خود را بررسی کنند و برای تقویت آن راهکارهایی را مورد استفاده قرار دهند (۴).

برای اندازه‌گیری شجاعت اخلاقی، توجه به ویژگی‌های حرفه و زمینه فعالیت حرفه‌ای ضروری است زیرا اخلاق از موضوعات حساس به زمینه (context-sensitive) است و علاوه بر اینکه بستری را برای کاربرد اخلاق فراهم می‌کند، منبعی برای تجلی رفتارهای اخلاقی محسوب می‌شود. به عبارتی اخلاق در حوزه‌های مختلف از جمله علوم پزشکی از بستر اجتماعی جدا نیست و فعالان حرفه‌با توجه به ویژگی‌های حاکم بر بستر اجتماعی موضوعات اخلاقی را به کار گرفته و عمل می‌کنند (۲۶). استفاده از ابزارهای بومی که با توجه به شرایط خاص حرفه و در بستر اجتماعی فعالیت اعضای حرفه طراحی شده‌اند ضروری است. به همین منظور در سال‌های اخیر، ابزار سنجش شجاعت اخلاقی پرستاران در ایران (۲۷)، امریکا (۲۸)، و فنلاند (۱۰) طراحی شده‌است. مطالعه حاضر، اولین گزارش از کاربرد ابزار بومی شجاعت اخلاقی پرستاران در ایران است. این ابزار حاصل یک مطالعه روش‌شناسی است. ابتدا مفهوم شجاعت اخلاقی در پرستاری براساس مدل هیبرید تحلیل شد (۹)، سپس ابزار براساس ویژگی‌های خاص حرفه پرستاری در جامعه ایرانی طراحی و اعتباریابی شد. در مطالعات قبلی از مقیاس شجاعت اخلاقی حرفه‌ای استفاده شده‌است. این مقیاس برای سنجش شجاعت اخلاقی حرفه‌ای در مدیران محیط نظامی در امریکا طراحی شده‌است (۲۹). ابزار بومی در مقایسه با مقیاس شجاعت اخلاقی حرفه‌ای ارتباط نزدیکی با ارزش‌های حاکم بر حرفه و جامعه دارد و از قابلیت بیشتری برای ارائه اطلاعات مربوط به شجاعت اخلاقی پرستاران دارد زیرا در حرفه پرستاری تمرکز بر مراقبت است و با محیط‌های نظامی تفاوت قابل توجهی دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین شجاعت اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر تهران و ارتباط آن با متغیرهای جمعیتی شناختی با استفاده از ابزار شجاعت اخلاقی پرستاران انجام شد تا علاوه بر شناسایی شجاعت اخلاقی پرستاران متغیرهای مرتبط با آن نیز شناسایی شود و در برنامه ریزی‌های آتی در خصوص شجاعت اخلاقی مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

این مطالعه مقطعی تحلیلی در سال ۱۳۹۴ انجام شد. جامعه پژوهش، پرستاران شاغل در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران، ایران، و شهید بهشتی بودند. حجم نمونه، با استفاده از جدول مورگان و با احتساب ۱۰ درصد ریزش ۳۶۰ نفر محاسبه شد. برای نمونه‌گیری

ضریب آلفای کرونباخ (۰.۸۸) و ثبات آن با انجام آزمون و بازآزمون و محاسبه ضریب همبستگی درون طبقه ای (۰.۸۷) تأمین شد (۲۷).

مدیریت و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون ناپارامتریک شامل من-ویننی و کروسکال-والیس انجام شد. در این مطالعه سطح معناداری کمتر از ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی در این مطالعه شامل کسب مجوز از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تهران با کد ۹۲/۱۳۰/۱۶۸۱، کسب رضایت نامه آگاهانه کتبی و شفاهی از شرکت کنندگان در پژوهش، رعایت رازداری و محرمانه بودن اطلاعات و اجازه خروج آزادانه از مطالعه بود.

یافته ها

در مجموع ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل شده (۸۳ درصد) مورد تحلیل قرار گرفتند. بیشتر شرکت کنندگان در این پژوهش مونث (۲۵۹ نفر، ۸۶.۳ درصد)، با سن کمتر از ۳۰ سال (۱۳۷ نفر، ۴۹.۳ درصد)، متأهل (۱۶۸ نفر، ۵۶ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۲۸۷ نفر ۹۵.۷ درصد)، در سمت پرستار (۲۷۱ نفر، ۹۰.۳ درصد) و با سابقه کاری کمتر از ۵ سال (۱۲۶ نفر، ۴۲ درصد)، شیفت در گردش (۱۸۷ نفر، ۶۲.۳ درصد)، با وضعیت استخدامی رسمی و پیمانی (۱۶۸ نفر، ۵۶ درصد) هستند و در دوره های اخلاق حرفه ای (۱۵۴ نفر، ۵۱.۳ درصد) شرکت نکرده اند و شاغل در بخش ویژه (۳۴.۴۰ درصد) بودند. میانگین سنی پرستاران (۷.۱۶ ± ۳۲.۵۶) و میانگین سابقه کاری ۸.۵۸ (۶.۷۷ ±) بود (جدول ۱ و ۲). بیشتر پرستاران (۷۱،۱ درصد) از شجاعت اخلاقی بالایی برخوردار بودند (جدول ۳). آزمون کولموگوروف اسمیرنوف برای تعیین نرمالیتی داده انجام شد و نشان داد داده ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند ($P > 0.05$).

آزمون من-ویننی نشان داد بین سمت پرستاران با ابعاد شجاعت اخلاقی (خودشکوفایی اخلاقی، خطرپذیری، توانایی دفاع از حق) ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < 0.05$). آزمون من-ویننی نشان داد بین وضعیت تاهل پرستاران فقط با بعد خطرپذیری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین این آزمون نشان داد که بین شرکت پرستاران در دوره های اخلاق حرفه ای و ابعاد شجاعت اخلاقی (خودشکوفایی اخلاقی، خطرپذیری) به جز بعد توانایی دفاع از حق ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < 0.05$)، (جدول ۱)

ابتدا به هر دانشگاه سهمیه ای تخصیص داده شد. با در نظر گرفتن نسبت مساوی، به هریک از دانشگاه های علوم پزشکی ۱۲۰ نمونه اختصاص یافت. و سپس از نمونه گیری در دسترس استفاده شد. در مجموع هفت بیمارستان شامل سینا، امیرعلم، رسول اکرم، فیروزگر، لقمان حکیم، طالقانی، و مدرس برای نمونه گیری انتخاب شدند. ابتدا مجوزها و معرفی نامه های لازم، اخذ شد. سپس یک نفر پرسشگر(خارج از تیم پژوهش) برای جمع آوری داده ها به کار گرفته شد. پرسشگر در شیفت های مختلف صبح، عصر، و شب به بیمارستان های منتخب مراجعه و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت نامه آگاهانه، پرسشنامه ها را در اختیار پرستاران قرار داد. در خصوص زمان جمع آوری پرسشنامه های تکمیل شده با پرستاران توافق شد. برخی از پرسشنامه ها در پایان شیفت و برخی دیگر در شیفت های بعدی جمع آوری شد. جمع آوری داده ها از ابتدای خرداد لغایت تیر ۹۴ انجام شد. این مطالعه بخش کمی از یک مطالعه ترکیبی بزرگ و گسترده است که در مدت دو سال برای طراحی و اعتباریابی ابزار سنجش شجاعت اخلاقی پرستاران طراحی و اجرا شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و رضایت از شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه شجاعت اخلاقی پرستاران بود. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، سابقه کاری، سمت، بخش محل اشتغال، نوع استخدام، شرکت در دوره اخلاق حرفه ای بود.

پرسشنامه شجاعت اخلاقی پرستاران (Nurses' Moral Courage Questionnaire) توسط صدوقی و همکاران در سال ۱۳۹۴ طراحی و اعتباریابی شد (۲۷). این پرسشنامه سه بعد خودشکوفایی اخلاقی (۹ سوال)، خطرپذیری (۸ سوال)، و توانایی دفاع از حق (۳ سوال) را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه در مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای از همیشه (نمره ۵) تا هرگز (نمره ۱) بود. نمره هر گویه از حاصل ضرب نمره لیکرتی در ارزش گویه به دست می آید. پرسشنامه دارای حداقل نمره ۱۰۲ و حداکثر نمره ۵۱۰ است. با استفاده از این پرسشنامه شجاعت اخلاقی کم ۱۰۲-۲۳۸ ، شجاعت اخلاقی متوسط ۲۳۹-۳۷۴ ، و شجاعت اخلاقی زیاد ۳۷۵-۵۱۰ در نظر گرفته شد. همچنین نمرات ابعاد شجاعت اخلاقی در سه سطح کم، متوسط، و زیاد دسته بندی می شوند. روایی محتوایی با تعیین شاخص روایی محتوا (S-CVI=۰.۸۷) و همسانی درونی آن با محاسبه

جدول ۱: آزمون من-ویتنی بین متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی و ابعاد شجاعت اخلاقی در پرستاران

متغیر	ابعاد	فراوانی (درصد)	خودشکوفایی اخلاقی	خطرپذیری	توانایی دفاع از حق	شجاعت اخلاقی
جنس	مونث	۲۵۹ (۸۶,۳۰)	۱۵۲,۴۰	۱۵۲,۶۶	۱۴۷,۷۹	۱۵۲,۲۷
	مذکر	۴۱ (۱۳,۷۰)	۱۳۸,۵۲	۱۳۶,۸۳	۱۶۷,۶۱	۱۳۹,۳۳
نتیجه آزمون						
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱۳۲ (۴۴,۰۰)	۱۴۵,۶۴	۱۳۶,۲۷	۱۵۲,۹۸	۱۴۲,۱۶
	متاهل	۱۶۸ (۵۶,۰۰)	۱۵۴,۳۲	۱۶۱,۶۸	۱۴۸,۵۵	۱۵۷,۰۵
نتیجه آزمون						
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۲۸۷ (۹۵,۷۰)	۱۵۰,۱۵	۱۵۰,۲۵	۱۵۱,۸۴	۱۵۰,۳۲
	کارشناسی ارشد	۱۱۳ (۴,۳۰)	۱۵۸,۲۳	۱۵۷,۱۲	۱۲۰,۹۶	۱۵۴,۵۴
نتیجه آزمون						
سمت	پرستار	۲۷۱ (۹۰,۳۰)	۱۴۶,۸۵	۱۴۵,۱۶	۱۴۶,۰۲	۱۴۵,۰۶
	سرپرستار	۲۹ (۹,۷۰)	۱۸۳,۶۴	۲۰۰,۴۰	۱۹۲,۳۶	۲۰۱,۳۸
نتیجه آزمون						
شرکت در دوره های اخلاق حرفه ای	بله	۱۴۶ (۴۸,۷۰)	۱۶۸,۹۶	۱۶۶,۹۸	۱۵۴,۹۹	۱۷۰,۵۹
	خیر	۱۵۴ (۵۱,۳۰)	۱۳۳,۰۰	۱۳۴,۸۸	۱۴۶,۲۴	۱۳۱,۴۵
نتیجه آزمون						
			$P < .001$	$P < .01$	$P = .377$	$P < .001$

آزمون کروسکال والیس نشان داد بین سن پرستاران و فقط بعد خطرپذیری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < .05$). همچنین این آزمون نشان داد بین سابقه کاری و ابعاد خودشکوفایی و خطرپذیری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < .05$). (جدول ۲).

آزمون کروسکال والیس نشان داد بین سن پرستاران و فقط بعد خطرپذیری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < .05$). همچنین این آزمون نشان داد بین سابقه کاری و ابعاد خودشکوفایی و خطرپذیری ارتباط معنادار آماری وجود دارد ($P < .05$). آزمون نشان داد بین شیفت کاری و ابعاد

جدول ۲: آزمون کروسکال والیس بین متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی و ابعاد شجاعت اخلاقی در پرستاران

متغیر	ابعاد	فراوانی (درصد)	خودشکوفایی اخلاقی	خطرپذیری	توانایی دفاع از حق	شجاعت اخلاقی
سن	کمتر از ۳۰ سال	۱۲۰ (۴۰,۰۰)	۱۳۸,۰۱	۱۳۰,۸۳	۱۵۴,۱۱	۱۳۳,۹۷
	۳۰-۴۰	۱۳۷ (۴۵,۷۰)	۱۵۹,۶۹	۱۶۴,۱۸	۱۵۲,۴۷	۱۶۲,۷۰
میانگین و انحراف معیار	بیشتر از ۴۰	۴۳ (۱۴,۳۰)	۱۵۶,۰۸	۱۶۴,۹۸	۱۳۴,۱۴	۱۵۷,۷۶
نتیجه آزمون						
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۱۲۶ (۴۲,۰۰)	۱۳۸,۹۵	۱۳۰,۴۹	۱۵۶,۵۶	۱۳۵,۴۹
	۵-۱۰ سال	۷۶ (۲۵,۳۰)	۱۴۱,۹۷	۱۵۱,۴۹	۱۳۴,۰۳	۱۴۲,۰۱
میانگین و انحراف معیار	۱۰-۱۵ سال	۴۴ (۱۴,۷۰)	۱۸۴,۶۹	۱۸۰,۶۴	۱۶۹,۴۲	۱۸۹,۰۰
	۱۵-۲۰ سال	۳۳ (۱۱,۰۰)	۱۶۳,۵۳	۱۶۳,۶۸	۱۳۷,۹۸	۱۶۴,۷۳
بیشتر از ۲۰ سال	۲۱ (۷,۰۰)	۱۵۸,۵۵	۱۸۳,۶۴	۱۵۳,۷۹	۱۶۸,۲۶	
نتیجه آزمون						
شیفت کاری	صبح ثابت	۶۶ (۲۲,۰۰)	۱۷۳,۰۲	۱۸۲,۴۵	۱۶۵,۴۵	۱۸۲,۹۲
	شب / عصر و شب	۴۷ (۱۵,۷۰)	۱۳۶,۶۴	۱۳۲,۲۹	۱۴۶,۲۶	۱۳۲,۴۰
شیفت در گردش	۱۸۷ (۶۲,۳۰)	۱۴۶,۰۴	۱۴۳,۸۰	۱۴۶,۲۹	۱۴۳,۶۰	
نتیجه آزمون						
			$P = .03$	$P = .003$	$P = .177$	$P = .002$

عباس عبادی و همکاران

۱۲۷,۴۰	۱۶۲,۲۶	۱۳۶,۸۰	۱۲۰,۲۵	۵۱ (۱۷,۰۰)	طرحی	وضعیت استخدامی
۱۶۴,۰۰	۱۴۵,۲۷	۱۶۷,۳۸	۱۶۰,۳۵	۱۶۸ (۵۶,۰۰)	رسمی و پیمانی	
۱۳۷,۰۵	۱۵۳,۹۴	۱۲۴,۱۱	۱۴۹,۱۱	۸۱ (۲۷,۰۰)	قراردادی و شرکتی	
P=۰,۰۰۸	P=۰,۴۲۴	P=۰,۰۰۱	P=۰,۰۱۵		نتیجه آزمون	
۱۳۷,۵۶	۱۴۱,۵۶	۱۴۳,۵۶	۱۳۹,۸۶	۸۸ (۲۹,۳۰)	بخش داخلی	بخش
۱۵۸,۵۵	۱۶۴,۳۶	۱۵۳,۴۶	۱۵۳,۸۸	۸۴ (۲۸,۰۰)	بخش جراحی	
					بخش ویژه	
۱۵۷,۲۶	۱۵۰,۱۵	۱۵۵,۹۸	۱۵۸,۱۰	۱۰۳ (۳۴,۳۰)	ICU – CCU – دیالیز NICU – اتاق عمل	
					سایر بخش ها	
۱۴۱,۱۲	۱۳۶,۸۶	۱۴۲,۴۲	۱۴۵,۲۰	۲۵ (۸,۳)	روان – درمانگاه – اورژانس – کودکان	
P=۰,۳۰۸	P=۰,۷۳۱	P=۰,۲۸۵	P=۰,۵۰۶		نتیجه آزمون	

تحلیل داده ها نشان می دهد بیشتر پرستاران (۷۶,۰۰ درصد) دارای شجاعت اخلاقی زیاد می باشند (جدول ۳).

جدول ۳: توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره شجاعت اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران شرکت کننده در پژوهش

ابعاد شجاعت اخلاقی	میانگین و انحراف معیار	کم	متوسط	زیاد
خودشکوفایی اخلاقی	۲۳۰,۶۲ ± ۳۰,۵۲	۰,۰	۵۶ (۱۸,۷۰)	۲۴۳ (۸۱,۳۰)
خطرپذیری	۱۳۹,۴۰ ± ۱۹,۹۷	۱ (۰,۳)	۱۱۹ (۳۹,۷۰)	۱۸۰ (۶۰,۰۰)
توانایی دفاع از حق	۴۲,۳۹ ± ۷,۷۱	۸ (۲,۷۰)	۱۱۷ (۳۹,۰۰)	۱۷۵ (۵۸,۳۰)
شجاعت اخلاقی	۴۱۲,۴۲ ± ۴۶,۶۵	۰,۰	۷۲ (۲۴,۰۰)	۲۲۸ (۷۶,۰۰)

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین شجاعت اخلاقی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت شناختی و شغلی پرستاران انجام شد. براساس تحلیل داده ها، بیشتر پرستاران شرکت کنندگان در این مطالعه از میانگین نمره شجاعت اخلاقی زیاد برخوردار بودند. نتایج مطالعه موسوی و همکاران (۳۰)، مهدوی سرشت و همکاران (۳۱)، موسوی و احمدی (۳۲)، نیز میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران را زیاد گزارش کردند. درحالیکه مطالعه محمدی و همکاران (۲۵)، و امینی زاده و همکاران (۳۳) میانگین شجاعت اخلاقی را متوسط گزارش کردند. این تفاوت می تواند ناشی از تفاوت در ابزار مورد استفاده در دو مطالعه باشد. در مطالعات اشاره شده از ترجمه فارسی ابزار شجاعت اخلاقی حرفه ای سکرکا استفاده شده است در حالیکه ابزار مورد استفاده در مطالعه حاضر، پرسشنامه شجاعت اخلاقی پرستاران در جامعه ایران طراحی شده است.

نظر به اینکه شجاعت اخلاقی از ویژگی های درونی و ارزشمند انسان است که از جهات انسانی، اخلاقی و حرفه

ای، فضیلت محسوب می شود (۹) و پرستاران به لحاظ حرفه ای به معنی حمایت، ارتقا و به حداکثر رساندن سلامتی و توانایی، پیشگیری از بیماری و صدمه، تسهیل بهبودی، تسکین درد و رنج از طریق تشخیص و درمان پاسخ های انسان، و حمایت در مراقبت از افراد، خانواده ها، گروه ها، جوامع، و جمعیت ها تعریف شده است (۳۴)، لذا از پرستاران انتظار می رود در انجام تعهد حرفه ای و تامین نیازهای مراقبتی بیمار به فضیلتی مانند شجاعت اخلاقی آراسته باشند تا بتوانند این امر را به خوبی مدیریت کنند. از سویی شجاعت اخلاقی یک فضیلت اساسی برای انسان ها معرفی شده است و همه انسان ها در خود دارای چنین ویژگی هایی هستند که متناسب با شرایط و موقعیت ها ظهور و بروز پیدا می کند (۲۷).

متغیرهای سن، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، شیفت کاری، سمت، و شرکت در دوره اخلاق حرفه ای با شجاعت اخلاقی و ابعاد خودشکوفایی اخلاقی و خطرپذیری پرستاران ارتباط داشت ولی بعد توانایی دفاع از حق با هیچ کدامیک از متغیرها ارتباط معنادار نداشت.

متغیر سن و سابقه کاری واحدهای مورد پژوهش با شجاعت اخلاقی ارتباط معنادار آماری داشتند. نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۱۳۹۳) مطالعه موسوی و همکاران (۳۰)، و مهدوی سرشت و همکاران (۳۱)، نمدی و همکاران (۳۵) نیز نتایج مشابهی را نشان دادند (۲۵). همچنین پرستارانی که در شیفت کاری صبح فعالیت داشتند شجاعت اخلاقی بیشتری نسبت به همکاران سایر شیفتها داشتند که معنادار بود. پرستارانی که در شیفت صبح فعالیت می کنند معمولاً از سابقه کاری بالاتری برخوردار هستند و در همین رابطه موری (۲۰۱۰) و گالاگر (۲۰۱۰) می نویسند شجاعت اخلاقی با افزایش سن و سابقه کاری افزایش می یابد زیرا افراد با شرایط سازمان آشنا می شوند و رفتارهای شجاعانه را از دیگران می آموزند (۱۵، ۳۶). همچنین تجارب قبلی فرد، کسب صلاحیت های علمی و حرفه ای در شکل گیری رفتار شجاعانه نقش دارد (۹) و با افزایش سن و سابقه کاری، تجربه فرد از موقعیت های حرفه ای افزایش می یابد (۳۷). نمره بعد خودشکوفایی اخلاقی با افزایش سن و سابقه کاری افزایش داشت. در مطالعه موسوی و ایزدی سن و سابقه کاری با بعد عامل اخلاقی در مدیران پرستاری ارتباط معنادار داشت ولی در پرستاران ارتباط معنادار نداشت (۳۲).

نتایج این مطالعه نشان داد شیفت کاری و وضعیت استخدامی پرستاران با شجاعت اخلاقی آنان ارتباط معنادار داشت. پرستاران شاغل در شیفت صبح و وضعیت استخدامی پیمانی و رسمی در مقایسه با سایر همکاران شجاعت اخلاقی بیشتری داشتند. در مطالعات قبلی، به ارتباط بین دو متغیر شیفت کاری و وضعیت استخدامی پرستاران اشاره نشده است. وضعیت استخدامی، ارتباط شغلی افراد با سازمان و به تبع آن وابستگی دوسویه افراد و سازمان را نشان می دهد و در روابط کاری طولانی مدت افراد به لحاظ شغلی احساس امنیت و حمایت خواهند داشت، افرادی که از حمایت سازمانی برخوردار هستند رفتارهای شجاعانه بیشتری از خود نشان می دهند درحالیکه ناامنی شغلی مانعی برای رفتارهای شجاعانه محسوب می شود (۳۸).

خودشکوفایی از ویژگی های عالی انسانی است که با دستیابی به سطح رضایت بخش در هریک از استعداد های فردی حاصل می شود، و زمانی که خودشکوفایی در بعد اخلاقی رخ می دهد از آن به خودشکوفایی اخلاقی تعبیر می شود، به بیانی دیگر دستیابی به حد اعلای اخلاق است که از طریق آن فرد به رضایتمندی اخلاقی می رسد

(۳۹). خودشکوفایی، میل فردی به بهتر و بهتر شدن نسبت به قبل است. در واقع فرایند رشدی است که، بواسطه آن، وابستگی به دیگران، کم کاری و کمرویی کنار گذاشته می شود و ارزیابی های معقول، جرات آفرینی و تحقق بخشیدن به استعدادها و توانایی ها شکل می گیرد (۴۰). حضور پرستار در حرفه پرستاری موجب رشد ویژگی هایی منحصری در وی می شود که برگرفته از تجارب حرفه ای و رویارویی وی با موقعیت های خاص در مراقبت از بیماران می شود. همچنین ماهیت انسانی پرستار در توسعه ابعاد خودشکوفایی و از جمله خودشکوفایی اخلاقی اثرگذار است. بعد عامل اخلاقی در مطالعه موسوی و همکاران در پرستاران بیشترین نمره را به خود اختصاص داده است و با توجه به اینکه این بعد، آمادگی و تمایل قلبی فرد برای پرداختن و مواجه شدن و حل مسایل اخلاقی و در نتیجه تمایل به انجام رفتار اخلاقی را نشان می دهد، می تواند با بعد خودشکوفایی اخلاقی شباهت داشته باشد (۳۰).

در مطالعه حاضر میانگین نمره خطر پذیری با افزایش سن و سابقه کاری افزایش معناداری داشت در حالیکه در مطالعه موسوی و همکاران میانگین بعد تحمل تهدید کمتر بود و ارتباط معناداری با سن و سابقه کاری نداشت. خطر بخش جدایی ناپذیر زندگی بشر است و بدون مواجه با آن پیشرفتی حاصل نخواهد شد (۱۶). هرچند اولین تصویری که از خطر در ذهن انسان شکل می گیرد خطر فیزیکی است، ولی خطر می تواند به شکل های زیستی، شیمیایی، فیزیکی، روانی-اجتماعی درک شود. اشکال مختلف خطر در محیط های کاری پرستاران مشاهده می شود و پرستاران با حمایت و هوشیاری از بیماران مراقبت می کنند (۴۱). خطرپذیری افراد در سنین مختلف از جنبه های زیستی، اقتصادی، و انسان شناسی مورد توجه قرار گرفته است. افزایش سن با تغییراتی در کنترل شناختی، احساسی و انگیزشی انسان همراه است و می تواند بر میزان خطر پذیری آنها تاثیر گذارد. درحالیکه مطالعات متعدد بیانگر کاهش خطرپذیری افراد در سنین بالا در موقعیت های اقتصادی و زیستی است نتایج متاآنالیز مطالعات مرتبط با خطرپذیری نشان داد که الگوی خطرپذیری افراد در سنین مختلف متناسب با نوع خطر تغییر می کند و از الگوی پیش بینی شده ای که توسط متخصصین توصیف شده، پیروی نمی کند (۴۲). مطالعه حاضر نیز نشان داد با افزایش سن، خطرپذیری در موقعیت های اخلاقی افزایش می باشد. این ویژگی به فرد

بیشتری می یابد. اخلاق حرفه ای از مفاهیم بنیادی در حرفه پرستاری محسوب می شود زیرا پرستاران در موقعیت های مختلف با موضوعات اخلاقی مواجه می شوند و عملکرد اخلاقی نیازمند دانش اخلاقی است (۳۷). دانش اخلاقی موجب بهبود حساسیت اخلاقی پرستاران در مواجهه با موضوعات اخلاقی در محیط حرفه ای می شود و در تصمیم گیری اخلاقی آنها را توانمند می سازد (۴۶). دانش پرستاری تحت تاثیر فلسفه حرفه است و سهم عمده ای در عملکرد حرفه پرستاری دارد. توسعه و گسترش آن، موجب پیشرفت حرفه ای می شود، لذا توسعه بنیان های اخلاقی می تواند عملکرد اعضای حرفه را بهبود بخشد (۴۷).

یافته های مطالعه حاضر در حوزه های مختلف پرستاری کاربرد دارد. در این مطالعه ارتباط آموزش اخلاق حرفه ای و شجاعت اخلاقی آشکار شد. بنابراین پیشنهاد می شود در آموزش پرستاری علاوه بر تاکید بر آموزش اخلاق حرفه ای، به محتوای برنامه های آموزشی و راهکارهای آموزشی توجه شود. همچنین از پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه برای بررسی اثربخشی شیوه های مختلف آموزشی استفاده شود. یافته های مطالعه حاضر پایه ای را برای طراحی و اجرای پژوهش های آتی فراهم می کند و علاوه بر آن ابزار مطالعه حاضر در سایر مطالعات استفاده شود. همچنین در طراحی مطالعات بعدی می توان به متغیرها توجه بیشتری کرد و با انجام مداخلات رابطه متغیرها را مطالعه کرد. مدیران پرستاری در تصمیم گیری های خود می توانند از نتایج مطالعات مشابه استفاده کرده و در برنامه های خود توجه کنند. استفاده از پرستاران باتجربه در ترکیب پرسنل بخش ها توصیه می شود.

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی شامل موارد زیر است. در این مطالعه شجاعت اخلاقی مورد سنجش قرار گرفت و با توجه به اینکه مفاهیم اخلاقی بیشتر بر معیارهای شخصی، ذهنی، و درونی تمرکز دارند لذا می تواند در پاسخگویی افراد به سوالات تاثیر داشته باشد. ابزار جمع آوری داده ها در این مطالعه پرسشنامه بود و محدودیت های مربوط به تکمیل پرسشنامه به روش خودگزارشی در این بخش اجتناب ناپذیر بود. در این مطالعه از نمونه گیری در دسترس در شهر تهران استفاده شد و توصیه می شود با حجم نمونه بزرگتر و وسعت بیشتری انجام شود.

کمک می کند تا در مواجهه با خطر، از آن استقبال کند. همچنین تحلیل یافته ها نشان داد پرستاران متاهل در مقایسه با پرستاران مجرد خطرپذیری بیشتری دارند و این تفاوت معنادار است، در حالیکه شجاعت اخلاقی و سایر ابعاد آن تفاوتی در افراد مجرد و متاهل نشان نداد. در مطالعه مهدوی سرشت و موسوی (۳۰، ۳۱)، ابعاد شجاعت اخلاقی با وضعیت تاهل افراد ارتباط معنادار نداشت. افراد متاهل تجربه رویارویی با استرس های زندگی را داشته اند و بهتر می توانند آنها را مدیریت کنند لذا به استقبال خطر می روند (۳۳). در خطرپذیری افراد، دو عامل شامل درک شخصی افراد از موقعیت ها، و شرایط تحمیلی از سوی اجتماع یا محیط کار نقش دارند (۴۳)، لذا تفسیر و تحلیل متفاوت افراد متاهل از وضعیت های مشابه نسبت به افراد مجرد می تواند در عملکردشان تاثیر گذار باشد. همچنین شرایطی که برای افراد متاهل در محیط کار در نظر گرفته می شود در پاسخ آنها به خطر درک شده متفاوت خواهد بود.

یافته دیگر این مطالعه ارتباط معنادار بین سمت واحدهای مورد پژوهش و میانگین نمره شجاعت اخلاقی بود. در این مطالعه میانگین نمره شجاعت اخلاقی سرپرستاران در مقایسه با پرستاران بالاتر بود. این یافته با نتایج مطالعه نومینن و همکاران همسو بود (۱۰). در مطالعه موسوی و ایزدی میانگین نمره شجاعت اخلاقی مدیران پرستاری کمی بیشتر از پرستاران بود ولی تفاوت معنادار نبود (۳۲). سرپرستاری یکی از سطوح مدیریتی در حرفه پرستاری محسوب می شود و برای انتصاب آنان به مهارت هایی از جمله اعتماد به نفس، قاطعیت، خلاقیت، خطرپذیری، هوش هیجانی، تمامیت شخصی، مشکل گشایی و تصمیم گیری، تفکر انتقادی، آینده نگری، رعایت اخلاق حرفه ای، توجه خاص می شود تا بتوانند فعالیت های مدیریتی و رهبری خود را به نحوه اثربخشی انجام دهند (۴۴، ۴۵)، بنابراین بالا بودن شجاعت اخلاقی سرپرستاران یافته دور از انتظاری نیست.

از دیگر یافته های این مطالعه، افزایش معنادار نمره شجاعت اخلاقی پرستاران شرکت کننده در دوره های اخلاق حرفه ای بود که با یافته های مطالعه نومینن و همکاران همسو بود (۱۰) ولی با یافته های مطالعه موسوی و همکاران متفاوت بود (۳۰). هرچه دانش اخلاقی از سطح عالی تری برخوردار باشد، میزان شجاعت اخلاقی افزایش

سپاسگزاری

مطالعه حاضر بخش کمی از یک مطالعه ترکیبی بزرگ است که در قالب رساله دکتری تخصصی پرستاری نویسنده اول در دانشگاه علوم پزشکی تهران از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴

برای طراحی و اعتباریابی ابزار سنجش شجاعت اخلاقی پرستاران انجام شده است، لذا از معاونت پژوهشی آن دانشگاه به دلیل حمایت های مالی و از پرستاران شرکت کننده در مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

References

- Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2013; 18 (1):1-8.
- GREGG MF, MAGILVY JK. Values in clinical nursing practice and caring. Japon Journal of Nursing Sciences. 2004;1(1):11-8. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2004.00005.x>
- Blasdel ND. The Meaning of Caring in Nursing Practice. International Journal of Nursing & Clinical Practices. 2017;4(238):1-5. <https://doi.org/10.15344/2394-4978/2017/238>
- Walston SF. Courage and Caring Step Up to Your Next Level of Nursing Excellence. 2004.
- Chadwick D. Care, compassion, courage, commitment, communication and competence: the 6 Cs. Journal of perioperative practice. 2017; 27 (10): 209-11. <https://doi.org/10.1177/175045891702701001> PMID:29642739
- Thorup CB, Rundqvist E, Roberts C, Delmar C. Care as a matter of courage: vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2012; 26 (3):427-35. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x> PMID:22070455
- Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Development and validation of Nurses' Moral Courage Scale. Nurs Ethics. 2018;969733018791325. <https://doi.org/10.1037/t74384-000>
- Bickhoff L, Levett-Jones T, Sinclair PM. Rocking the boat - nursing students' stories of moral courage: A qualitative descriptive study. Nurse education today. 2016; 42: 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.03.030> PMID:27237350
- Sadooghiasl A, Parvizy S, Ebadi A. Concept analysis of moral courage in nursing: A hybrid model. Nursing Ethics. 2018; 25 (1):6-19. <https://doi.org/10.1177/0969733016638146> PMID:27098415
- Numminen O, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Development and validation of Nurses' Moral Courage Scale. Nurs Ethics. 2018. <https://doi.org/10.1037/t74384-000>
- Hawkins SF, Morse J. The Praxis of Courage as a Foundation for Care. the journal of nursing scholarship. 2014; 46 (4):263-70. <https://doi.org/10.1111/jnu.12077> PMID:24841322
- Fry ST, Veatch RM, Taylor C. Case studies in nursing ethics. 4th ed: Jones & Bartlett Learning, LLC; 2011.
- LINDH I-B, SILVA ABD, BERG A, SEVERINSSON E. Courage and nursing practice:A theoretical analysis. Nursing ethics. 2010; 17 (5): 551-65. <https://doi.org/10.1177/0969733010369475> PMID:20801958
- Hamric A, Arras J, Mohrmann M. Must we be courageous. Hastings Cent Rep. 2015;45:33-44. <https://doi.org/10.1002/hast.449> PMID:25944207
- Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. online journal of issue in nursing. 2010;16 (2):1-8.
- Lachman VD. Doing the right thing: pathways to moral courage. American nurse today. 2012;7(5):24-9.
- Shareinia H, Khodadadi E, Nedaei H, Hosseini M. Professional and Ethical Values in Providing Nursing Care from Nurses' Perspective. Iran Journal of Nursing. 2018; 31 (112): 44-55. <https://doi.org/10.29252/ijn.31.112.44>
- Schmidt BJ, McArthur EC, editors. Professional nursing values: A concept analysis. Nursing forum; 2018: Wiley Online Library.
- Aminizadeh M, Arab M, Mehdipour R. Relationship Moral Courage to Moral Distress in Nurses the Intensive Care Unit. Medical in Ethics and History of Medicine. 2017; 10 (1):131-40.
- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and moral courage in nurses. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2014; 7 (3): 26-35.

21. 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):410-7.
22. Mahdaviseresht R, Atashzadeh-Shoorideh F, Borhani F, Baghestani hR. Correlation between moral sensitivity and moral courage in nurses of selected hospitals affiliated to Tabriz University of Medical Sciences in 2014. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;8(3):27-39.
23. Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Hayat*. 2016; 22 (4):339-49.
24. Taraz Z, Loghmani L, Abbaszadeh A, Ahmadi F, Safavibiat Z, Borhani F. The relationship between ethical climate of hospital and moral courage of nursing staff. *Electronic Journal of General Medicine*. 2019;16(2):1-6. <https://doi.org/10.29333/ejgm/93472>
25. Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and moral courage in nurses Iranian journal of medical history & ethics 2014; 7 (3):26-36.
26. Musschenga AW. Empirical Ethics, Context-Sensitivity, and Contextualism. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2005;30 (5):467-90. <https://doi.org/10.1080/03605310500253030> PMID:16282140
27. Sadooghiasl A. Designing and psychometric properties testing of Moral Courage Questionnaire for Nurses. Tehran: Teheran University of Medical Sciences 2016
28. Dinndorf-Hogenson GA. preoperative nurses perceptions of moral courage. USA: South Dakota State University; 2013.
29. 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.
30. Moosavi S, 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*. 2016; 22 (4):339-49.
31. Mahdaviseresht R, Atashzadeh-shoorideh F, Borhani F, Baghestani H. Correlation between moral sensetivity and morsl courage in nurses of selected hospital affiliated to Tabriz University of medical sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2014;8(3):27-39.
32. Moosavi S, Izadi A. Comparison of moral courage of the nurses and nursing managers working in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Medical Ethics Journal*. 2017;11(41):17-24.
33. 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):131-40.
34. Association AN. What is nursing? 2016 [Available from: <http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>.
35. Namadi F, Khalkhali H, Shabbazi A. MORAL COURAGE OF NURSES IN EDUCATIONAL AND THERAPEUTIC CENTERS OF URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES. *The J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2019;17(7):574-81.
36. Murray CJS. Moral courage in healthcare: acting ethically even in the presence of risk. *online journal of issue in nursing*. 2010; 15 (3).
37. Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics*. 2017;24(8):878-91. <https://doi.org/10.1177/0969733016634155> PMID:27005953
38. Abadi NE, Rahimzadeh M, Omid A, Farahani F, Malekian L, Jalayer F. The relationship between moral courage and quality of work life among nursing staff in Bam hospitals. *Journal of Advanced Pharmacy Education & Research*. 2020;10(S1):127-32.
39. Mazaheri H. Derasat fi akhlagh va shoon hekmat elmieh. Tehran: Mohamad; 2006.
40. Ranjbardar S. self-actualization. *roshde moshavereh madrese*. 2011; 6 (53): 4-7.
41. Abdollahpour I, Nedjat S, Noroozian M, Majdzadeh R. Performing Content Validation Process in Development of Questionnaires. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2011; 6 (4):66-74.
42. Mata R, Josef AK, Samanez-Larkin GR, Hertwig R. Age differences in risky choice: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*. 2011(1235):18-29. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06200.x>

PMid:22023565 PMCID:PMC3332530

43. Zinn JO. Critical study in risk and uncertainty Understanding Risk-Taking. Brown P, Olofsson A, Zinn JO, editors: Palgrave Macmillan; 2020. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-28650-7>
44. Marquis BL, Huston CJ. Leadership roles and management functions in nursing : theory and application: Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 643 p.
45. Tkachenko O, Quast LN, Song W, Jang S. Courage in the workplace: The effects of organizational level and gender on the relationship between behavioral courage and job performance. Journal of Management & Organization. 2018;1-17. <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.12>
46. Sadeghi K, Alavi A. The Relationship between Moral Knowledge, Sensitivity and Performance of Nurses Working in Emergency Units. Bioethics Journal. 2018; 8 (30):35-44.
47. Sadooghiasl A, Salsali M. Nursing knowledge development in the age of postmodernism. Iranian Journal of Nursing Research. 2014;9 (2): 38-45.