

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e10

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Moral Courage Among Nurses Working at Zahedan University of Medical Sciences

Mahdieh Sarhadi¹

1. Department of Medical-Surgical, School of Nursing & Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Moral courage is a very critical aspect in the nursing profession that can significantly affect the quality of nursing care. Given the limited number of studies on the moral courage of nurses working in border regions of Iran, as well as its vital role in managing context-specific ethical challenges, this study aimed to determine the level of moral courage among nurses working at Zahedan University of Medical Sciences.

Methods: The present research is a descriptive cross-sectional study conducted among 300 nurses working in educational hospitals affiliated with Zahedan University of Medical Sciences. Participants were selected using proportionate stratified random sampling. Data were collected using the Sekerka Moral Courage Questionnaire from April 2026 to May 2026, which had been culturally adapted and validated for the Iranian context by Mohammadi et al. Data were analyzed using SPSS version 22 through independent-samples t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), Tukey's test, and multiple linear regression. A p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Ethical Considerations: This study was conducted following the approval of the Research Ethics Committee of Zahedan University of Medical Sciences. Written informed consent was obtained from all participants, and the confidentiality of their information was maintained.

Results: The results of the present study showed that the majority of participants were female (75%) and married (62%). The mean age of participants was (38.8±8.63) years, and the mean work experience was (15.1±3.60) years. The mean moral courage score among the nurses was (73.9±9.24). The results of the independent-samples t-test and one-way analysis of variance (ANOVA) showed significant associations between moral courage and age (P=0.02), work experience (P=0.05), educational level (P=0.04), employment status (P=0.03), and workplace unit (P=0.04). However, in the multiple linear regression analysis, participation in ethics-related training courses remained the only significant predictor of moral courage (P=0.003). The highest scores were observed in the dimensions of moral agency and multiple values, whereas the lowest score was observed in the and the lowest in tolerance for threat dimension. No statistically significant associations were found between the moral courage score and sex, marital status, and work shift variables (P≥0/05).

Conclusion: Given that the nurses' mean moral courage score was at a moderate level, with the lowest score observed in the tolerance for threat dimension, and that nurses with non-permanent employment had lower moral courage scores, the need for multi-level interventions, including targeted training programs, strengthening organizational support, enhancing job security for non-permanent nurses, and promoting ethical leadership in hospital management, is suggested as essential solutions. Conducting interventional studies to determine the effectiveness of these solutions is recommended.

Keywords: Moral Courage; Nurse; Ethics

Corresponding Author: Mahdieh Sarhadi; **Email:** Sarhadi.Nurssing@gmail.com

Received: July 03, 2026; **Accepted:** September 01, 2026; **Published Online:** September 30, 2026

Please cite this article as:

Sarhadi M. Moral Courage Among Nurses Working at Zahedan University of Medical Sciences. Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e10.



شجاعت اخلاقی پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

مهديه سرحدی^۱

۱. گروه پرستاری داخلی - جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: شجاعت اخلاقی یک جنبه بسیار حیاتی در حرفه پرستاری است که به طور قابل توجهی بر کیفیت مراقبت‌های پرستاری تأثیر می‌گذارد. با توجه به کمبود مطالعات در حوزه شجاعت اخلاقی پرستاران در مناطق مرزی ایران و نقش حیاتی آن در مدیریت چالش‌های اخلاقی بومی، این مطالعه با هدف تعیین میزان شجاعت اخلاقی پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام گرفت.

روش: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی است که بر روی ۳۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبتی انتخاب شدند، انجام گرفت. جمع‌آوری داده‌ها در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد ۱۴۰۵ انجام شد. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه شجاعت اخلاقی Sekerka که توسط محمدی و همکاران بومی‌سازی شده بود، جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 22 و آزمون‌های تی‌تست مستقل، تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA)، توکی و رگرسیون خطی چندگانه در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ تحلیل شد. **ملاحظات اخلاقی:** این مطالعه با تأیید کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان انجام شد. رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد و محرمانگی اطلاعات آنان حفظ گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اکثریت شرکت‌کنندگان زن (۷۵ درصد) و متأهل (۶۲ درصد) با میانگین سنی $(38/8 \pm 8/63)$ و میانگین سابقه کاری $(15/1 \pm 3/60)$ بودند. میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران $(73/9 \pm 9/24)$ بود. آزمون‌های ANOVA و تی‌تست ارتباط معنی‌داری با سن $(P=0/02)$ ، سابقه کار $(P=0/05)$ ، تحصیلات $(P=0/04)$ ، وضعیت استخدامی $(P=0/03)$ و بخش محل کار $(P=0/04)$ نشان دادند، اما در رگرسیون خطی تنها شرکت در دوره‌های اخلاقی $(P=0/03)$ به عنوان پیش‌بین معنی‌دار باقی ماند. بیشترین نمرات در ابعاد عامل اخلاقی و ارزش‌های چندگانه و کمترین نمره در بعد تحمل تهدید بود. همچنین بین نمره شجاعت اخلاقی با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و نوبت کاری ارتباط معنی‌داری یافت نشد $(P \geq 0/05)$.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران در سطح متوسط قرار دارد و پایین‌ترین نمره مربوط به بعد تحمل تهدید و همچنین پرستاران غیر رسمی نمرات پایین‌تری داشتند، نیاز به مداخلات چند سطحی، شامل برگزاری دوره‌های آموزشی هدفمند، تقویت حمایت سازمانی، ایجاد امنیت شغلی برای پرستاران غیر رسمی و به کارگیری رهبری اخلاق محور در مدیریت بیمارستان‌ها به عنوان راهکارهای ضروری پیشنهاد می‌شود. انجام پژوهش‌های مداخله‌ای برای تعیین اثر بخشی این راهکارها توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: شجاعت اخلاقی؛ پرستار؛ اخلاق

نویسنده مسئول: مهديه سرحدی؛ پست الکترونیک: Sarhadi.Nurssing@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۱۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۷/۰۸

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Sarhadi M. Moral Courage Among Nurses Working at Zahedan University of Medical Sciences. Faşlnāmah-i akhlāq-i pizishkī, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e10.

مقدمه

با توجه به رویکردهای عقلانی و اخلاقی در تأمین نیازهای مادی و معنوی انسان، اخلاق مرکز و کانون تحولات آینده می‌باشد که از خلیقات درونی انسان منشأ می‌گیرد و شامل اصول و ارزش‌هایی است که بر رفتارهای فردی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارد و تحت عنوان درست یا غلط، بر رفتار حاکمیت دارد و بر بسیاری از رشته‌ها که در ارتباط با ارائه خدمات به انسان‌ها هستند، تأثیر گذاشته است (۱، ۲). در سازمان‌های دولتی به ویژه نظام سلامت، مسائل اخلاقی از فراگیری خاصی برخوردارند و تمامی ابعاد سازمان را دربر می‌گیرند، به گونه‌ای که در پس هر تصمیم مدیریتی و هر اقدام حرفه‌ای، انبوهی از مسائل اخلاقی قابل رصد است. این امر به دلیل آن است که فعالیت‌های سازمان‌های دولتی به طور مستقیم با حقوق، منافع و سلامت افراد گوناگون (شهروندان، کارکنان و سایر ذی‌نفعان) در ارتباط است. از این رو در چنین بسترهایی، شایستگی اخلاق حرفه‌ای نه یک فضیلت اضافی، بلکه هم‌ارز و تفکیک‌ناپذیر از شایستگی حرفه‌ای تلقی می‌شود، بدین معنا که یک متخصص کارآمد بدون پایبندی به اصول اخلاقی، نمی‌تواند عملکرد شایسته‌ای در عرصه سلامت داشته باشد (۳). این هم‌ارزی در حرفه پرستاری که همواره با جان و سلامت انسان‌ها سروکار دارد، از جلوه‌ای بارزتر برخوردار است، زیرا پرستاران در مواجهه مستقیم با بیماران، ناگزیر از اتخاذ تصمیمات اخلاقی در عین حفظ شایستگی‌های بالینی خود هستند (۱، ۲).

اخلاق همچنین هسته مرکزی ارزش‌های پرستاری و جزئی جدایی‌ناپذیر از کلیه ابعاد مراقبت محسوب می‌شود (۴، ۵)، اما امروزه عوامل مختلفی، از جمله عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و پیشرفت مداخلات بالینی و دارویی باعث بروز مسائل و چالش‌های اخلاقی متعددی در مراقبت‌های پرستاری شده است (۶). به عنوان مثال می‌توان از چالش‌های اخلاقی بین پرستاران و سازمان‌های مراقبت سلامت، تنش‌های اخلاقی بین همکاران، چالش اخلاقی بین پرستاران و پزشکان و همچنین تنش اخلاقی بین پرستاران و بیماران و یا سایر افراد مهم نام برد (۷)، به طوری که نتایج مطالعات مختلف در این

زمینه نشان می‌دهد ۱۱ درصد پرستاران روزانه و ۳۶ درصد به‌صورت هر چند روز یک‌بار با مسائل اخلاقی رو به رو شده و از هر سه پرستار یک نفر دچار تنیدگی اخلاقی بوده است (۸)، (۹). موقعیت‌های چالش‌برانگیز بالینی، مانند اعلام خبر بد، تذکر به همکاران، رویارویی با خویشاوندان عصبانی و آگاهی از اقدامات غیر اخلاقی است (۷). برای غلبه بر این تنش‌ها و حل مشکلات اخلاقی و تحقق اهداف اخلاق حرفه‌ای، پرستاران به شجاعت اخلاقی به عنوان عنصری از شایستگی اخلاقی برای ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت بر اساس کدهای اخلاق حرفه‌ای خود نیاز دارند (۱، ۶، ۱۰، ۱۱).

شجاعت اخلاقی به عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی شایستگی اخلاقی در حرفه‌مندان مراقبت سلامت شناخته می‌شود که نقش بی‌بدیلی در مواجهه با دوره‌های اخلاقی و حفظ کرامت بیماران ایفا می‌کند (۴، ۵). تحلیلگران مفهوم، شجاعت اخلاقی را فضیلتی می‌دانند که پرستار را قادر می‌سازد تا علیرغم ترس از پیامدهای منفی، بر اساس ارزش‌های حرفه‌ای خود عمل نماید (۱۲، ۱۳). با توجه به ماهیت تنش‌زای محیط‌های بالینی و افزایش معضلات اخلاقی در نظام‌های سلامت، تبیین ابعاد مختلف این مفهوم و عوامل مرتبط با آن، برای سیاست‌گذاری در حوزه اخلاق پرستاری از اولویت ویژه‌ای برخوردار است (۴، ۵).

فردی که دارای شجاعت اخلاقی است، به طور مداوم، آگاهانه و از روی اراده شخصی، علیرغم همه پیامدهای منفی در پرتو آنچه برای دیگران خوب است با قوت قلب و اطمینان تصمیم‌گیری و عمل می‌کند (۱۱). به بیان دیگر شجاعت اخلاقی، یک قدرت درونی است که شخص هنگام مواجهه با تعارضات اخلاقی با وجود پیامدهای منفی بر اساس اصول اخلاقی، ارزش‌ها و باورهای شخصی خود علیرغم سختی‌ها و خطرات در چالش‌ها و دوره‌های اخلاقی عمل می‌کند؛ بنابراین شجاعت اخلاقی برای پاسخگویی مناسب به این موقعیت‌ها و غلبه بر آن‌ها ضروری است (۱۴، ۱۵). به عبارت دیگر هدف نهایی از رفتار شجاعانه اخلاقی، حفظ ارزش‌های اخلاقی در معرض خطر است و فضیلتی برای همه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی به شمار می‌رود (۱۲، ۱۳).

اما بسیاری از افراد به دلیل موانع شخصی و یا موانع سازمانی، مانند ترس از انتقام، تمسخر یا شرم، احساس می‌کنند که در انجام اعمال اخلاقی موجه ناتوان هستند و این امر منجر به مجموعه‌ای از احساسات منفی و پیامدهای جسمی می‌شود و باعث می‌شود پرستاران نتوانند به وظایف اخلاقی خود در قبال بیماران عمل کنند (۱۹-۱۶). نقض ارزش‌ها و باورهای اخلاقی، منجر به ناراحتی روان‌شناختی و رفتاری و در نهایت آسیب اخلاقی می‌شود (۲۰). در محیط‌های فاقد شجاعت اخلاقی، حقوق بیماران نادیده گرفته می‌شود و پرستاران ممکن است انگیزه خود را از دست بدهند و عواقب نامطلوبی مانند استرس، اضطراب، انزوای اجتماعی و از دست دادن شغل را تجربه کنند (۱۱، ۲۱). این پیرایشانی همچنین می‌تواند منجر به الگوهای سکوت، اجتناب، کمبود خودآگاهی و عدم مهارت‌های خود تنظیمی مورد نیاز برای عبور از موقعیت‌های اخلاقی پرخطر و احساسی شود (۱۹).

پرستاران در همه زمینه‌ها و در تمام سطوح پرستاری به شجاعت اخلاقی نیاز دارند. شجاعت اخلاقی به پرستاران کمک می‌کند تا بر موانع موجود در مسیر رعایت اصول اخلاقی در محیط غلبه کنند و در نتیجه بتوانند خوبی از بیمار حمایت کنند (۲۲). تقویت شجاعت اخلاقی همچنین می‌تواند باعث رشد فردی و حرفه‌ای، توانمندسازی و آرامش پرستاران شود. علاوه بر این می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از عواقب نامطلوب چالش‌های اخلاقی داشته باشد که به طور معمول در محیط‌های درمانی به وجود می‌آیند (۲۱، ۲۳).

تحقیقات در مورد شجاعت اخلاقی در پرستاری مورد توجه قرار گرفته است، اما نتایج به دست آمده تا حدودی متفاوت است (۶). به عنوان مثال، Koskinen در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۲۰ و به منظور تحلیل شجاعت اخلاقی در شش کشور اروپایی انجام داد، بیان نمود که تفاوت معنی‌داری بین شجاعت اخلاقی در بین کشورها وجود دارد (۲۳). مطالعات متفاوت دیگری در حوزه‌های ارتباط شجاعت اخلاقی با تجربه کاری پرستاران (۱۲)، مسئولیت‌پذیری (۱۲، ۲۴)، مهارت‌های تصمیم‌گیری اخلاقی (۲۵) و کدهای اخلاقی واضح در سازمان (۲۴) انجام شده است، در سال‌های اخیر در ایران نیز مطالعات

متعددی به بررسی سطح شجاعت اخلاقی پرستاران در مراکز مختلف آموزشی - درمانی کشور پرداخته‌اند. به عنوان مثال، موسوی و همکاران (۱۳۹۶ ش.) در بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران را در $(65/10 \pm 9/3)$ گزارش کردند (۱۳)، در حالی که عبادی و همکاران (۱۳۹۹ ش.) در مطالعه‌ای در تهران، سطح شجاعت اخلاقی پرستاران را بالاتر $(84/9 \pm 4/7)$ و مرتبط با عواملی مانند سن، سابقه کار، وضعیت استخدامی و شرکت در دوره‌های اخلاقی گزارش کردند (۲۶). در مقابل، حسینی و همکاران (۱۳۹۸ ش.) در بیمارستان‌های نظامی مشهد، سطح شجاعت اخلاقی پرستاران را در دامنه همکاران (۶۸/۸ $\pm$ ۴/۹) گزارش کردند (۲۷). همچنین امینی‌زاده و همکاران (۱۳۹۶ ش.) در مطالعه‌ای در بخش‌های مراقبت ویژه، میانگین شجاعت اخلاقی را در سطح متوسط یافتند (۲۸). این یافته‌های متناقض نشان می‌دهد که سطح شجاعت اخلاقی پرستاران تحت تأثیر عوامل زمینه‌ای متعددی، از جمله بستر فرهنگی، ساختار سازمانی، حمایت مدیریتی و ویژگی‌های فردی و شغلی قرار دارد (۷، ۲۳، ۲۹، ۳۰).

با وجود اهمیت این مفهوم در ارائه مراقبت‌های پرستاری باکیفیت و با عنایت به نتایج متفاوت مطالعات انجام شده در ایران، همچنان خلأ پژوهشی در برخی مناطق کشور به‌ویژه مناطق مرزی نظیر استان سیستان و بلوچستان و به طور خاص دانشگاه علوم پزشکی زاهدان احساس می‌شود. منطقه زاهدان با توجه به ویژگی‌های اقلیمی، فرهنگی، اقتصادی و ساختاری خاص خود (از جمله چالش‌های کمبود منابع، تنوع قومی و فرهنگی) می‌تواند بستری متفاوت برای بروز و ظهور شجاعت اخلاقی پرستاران فراهم آورد؛ در جستجوی انجام شده مشخص گردید، مطالعات محدودی در ایران به بررسی همزمان عوامل فردی و سازمانی مرتبط با شجاعت اخلاقی پرداخته‌اند (۱۲، ۳۰). بنابراین ضرورت انجام مطالعه‌ای جامع با هدف تعیین سطح شجاعت اخلاقی، ابعاد آن و ارتباط با متغیرهای فردی و شغلی در بستر پرستاری زاهدان، به عنوان گامی اساسی در جهت برنامه‌ریزی برای ارتقای اخلاق حرفه‌ای در این منطقه احساس می‌شود.

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش را، کلیه پرستاران دارای مدرک کارشناسی و بالاتر شاغل در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی زاهدان (بیمارستان‌های خاتم الانبیا و علی ابن ابیطالب (ع) در سال ۱۴۰۵ تشکیل می‌دادند. برای تعیین حجم نمونه، ابتدا یک مطالعه پایلوت بر روی ۳۰ پرستار از جامعه هدف انجام شد. بر اساس نتایج پایلوت (میانگین $75/2$ و انحراف معیار $12/8$ برای شجاعت اخلاقی و ضریب همبستگی $0/19$ بین متغیرها)، حجم نمونه با استفاده از فرمول مطالعات همبستگی و با در نظر گرفتن توان 80 درصد، سطح معنی‌دار $0/05$ و احتمال ریزش 10 درصد، معادل 300 نفر برآورد گردید. نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای نسبتی انجام شد. به این صورت که ابتدا بیمارستان‌های آموزشی به عنوان طبقه‌های اصلی در نظر گرفته شدند و بر اساس تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان، سهم نمونه مربوط به هر بیمارستان مشخص گردید. به دلیل تفاوت در حجم پرستاران شاغل، حدود 60 درصد نمونه‌ها از بیمارستان علی ابن ابیطالب (ع) و حدود 40 درصد از بیمارستان خاتم الانبیا انتخاب شدند، سپس در هر بیمارستان، با تفکیک بخش‌های مختلف ویژه (ICU، CCU و اورژانس) و بخش‌های عمومی (داخلی، جراحی، اطفال و...) و با استفاده از لیست کامل پرستاران هر بخش، نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده و به نسبت تعداد پرستاران هر بخش انتخاب شدند. از آنجا که تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه به طور طبیعی کمتر از بخش‌های عمومی است حدود 35 درصد از نمونه‌ها از بخش‌های مراقبت ویژه و حدود 65 درصد از بخش‌های عمومی انتخاب گردیدند تا توزیع نمونه‌ها متناسب با جمعیت پرستاری هر بخش باشد. شایان ذکر است که بخش‌های مراقبت ویژه به دلیل ماهیت مراقبتی خاص، سطح تنش بالا و چالش‌های اخلاقی متفاوت با بخش‌های عمومی، به عنوان یک طبقه مستقل در نمونه‌گیری لحاظ گردیدند و این متغیر در تحلیل‌های آماری به عنوان یک متغیر زمینه‌ای در

نظر گرفته شد. در نهایت، با توجه به تکمیل کامل پرسشنامه‌ها توسط تمامی شرکت‌کنندگان، 300 پرسشنامه کامل مورد تحلیل قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: دارا بودن مدرک کارشناسی یا بالاتر در رشته پرستاری با حداقل 2 سال سابقه کار، تمایل به شرکت در مطالعه، نداشتن وضعیت بحرانی نظیر طلاق، فوت نزدیکان، بیماری یا بستری فرد یا اقوام درجه یک در بیمارستان طی سه ماه گذشته و عدم وجود سابقه بیماری‌های روانی یا مصرف داروهای روان‌گردان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و عدم تمایل به همکاری در ادامه مطالعه بود.

نحوه انجام کار به این صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوزها و معرفی‌نامه‌های لازم، در نوبت‌های مختلف صبح عصر و شب به بیمارستان‌های منتخب مراجعه و پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت‌نامه آگاهانه، پرسشنامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داد و پس از تکمیل داده‌ها از اردیبهشت تا خردادماه 1405 جمع‌آوری نمود.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سه‌بخشی استفاده شد: بخش اول این پرسشنامه شامل فرم مشخصات دموگرافیک پرستاران؛ بخش دوم پرسشنامه شجاعت اخلاقی بود که توسط Comer و Sekerka در سال 2009 طراحی شده است. این پرسشنامه دارای 15 عبارت در پنج بعد عامل اخلاقی، ارزش‌های چندگانه، تحمل تهدید، فراتر از حد اطاعت و اهداف اخلاقی است. هر عبارت با مقیاس 7 درجه‌ای از هرگز درست نیست تا همیشه درست است، نمره داده می‌شود. دامنه نمرات گویه‌ها در هر یک از ابعاد حداقل 3 و حداکثر 21 و نمره کل، حداقل 15 و حداکثر 105 می‌باشد. نمرات بیشتر، نشان‌دهنده شجاعت اخلاقی بالاتر است (31 ، 32). شایان ذکر است که کلیه نمرات گزارش‌شده در این مطالعه، بر اساس نمرات خام محاسبه گردیده است، بدین معنا میانگین نمرات گویه‌ها در هر بعد به عنوان نمره هر بعد و حاصل جمع نمرات در کل عبارات به عنوان نمره شجاعت اخلاقی در نظر گرفته شد. بر این اساس، در صورتی که امتیاز کل بین $50-0$ باشد، دارای شجاعت اخلاقی کم، $75-50$ شجاعت اخلاقی متوسط و $105-100$

۷۵ دارای شجاعت اخلاقی زیاد می‌باشد (۲۷). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۲ به روش ترجمه و بازترجمه به فارسی برگردانده شده است و سپس روایی آن از طریق ۱۰ نفر از صاحب‌نظران در زمینه اخلاق زیستی سنجیده شده است. همچنین پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/85$ محاسبه شده است (۳۳). پایایی این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران نیز، $0/80$ تعیین گردیده است (۳۴)، در مطالعه حاضر، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/81$ ، تأیید شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 22 استفاده شد. نتایج با استفاده از آمار توصیفی برای ارزیابی درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آمار تحلیلی مانند t-test، ANOVA، توکی و رگرسیون خطی چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ملاحظات اخلاقی

تحقیق حاضر از سوی کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی زاهدان به تأیید رسیده است (کد کمیته اخلاق: IR.ZAUMS.REC.1405.148).

اطلاعات جامع در رابطه با دلایل تحقیق، نتایج، حفظ محرمانگی و نحوه انجام تحقیق به افراد داده شد و رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان اخذ گردید.

یافته‌ها

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که از مجموع ۳۰۰ پرستار شرکت‌کننده، اکثریت آن‌ها زن (۲۲۵ نفر، ۷۵ درصد) و متأهل (۱۸۶ نفر، ۶۲ درصد) و دارای مدرک لیسانس (۲۷۰ نفر، ۹۰ درصد) بودند. میانگین سن و سابقه کاری پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه به ترتیب $38/8 \pm 8/63$ و $15/1 \pm 3/60$ بود. میانگین شجاعت اخلاقی پرستاران $73/9 \pm 9/24$ به دست آمد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد پنج‌گانه شجاعت اخلاقی در کل نمونه به ترتیب عبارت بود از: عامل اخلاق $15/7 \pm 2/55$ ، ارزش‌های چندگانه $14/4 \pm 2/60$ ، تحمل

تهدید $8/2 \pm 2/20$ ، حرکتی فراتر از ظرفیت $12/7 \pm 2/50$ و اهداف اخلاقی $13/2 \pm 9/80$. جهت ارزیابی توزیع داده‌های کمی در نمونه‌های مورد مطالعه از آزمون آماری تک‌نمونه‌ای کولموگروف - اسمیرونوف استفاده شد. نتایج نشان داد که متغیرهای کمی دارای توزیع نرمال هستند ($P \geq 0/05$).

بررسی میانگین نمرات شجاعت اخلاقی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی نیز نشان داد که بین سطح تحصیلات، شرکت در دوره‌های اخلاقی و نوع استخدام از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). به این ترتیب که پرستاران با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و بالاتر، میانگین نمره شجاعت اخلاقی بالاتری نسبت به پرستاران با مدرک کارشناسی داشتند ($P = 0/04$). این یافته نشان می‌دهد که افزایش سطح تحصیلات با افزایش شجاعت اخلاقی همراه است. پرستارانی که سابقه شرکت در دوره‌های اخلاقی داشتند، میانگین نمره شجاعت اخلاقی بالاتری نسبت به پرستاران بدون سابقه شرکت در این دوره‌ها کسب کردند ($P = 0/02$). پرستاران با وضعیت استخدامی رسمی، میانگین نمره شجاعت اخلاقی بالاتری نسبت به پرستاران غیر رسمی (طرحی، قراردادی و پاره‌وقت) داشتند ($P = 0/03$).

همچنین بررسی میانگین نمرات شجاعت اخلاقی بر حسب جنس ($P = 0/56$)، وضعیت تأهل ($P = 0/27$) و بخش محل کار ($P = 0/44$) نشان داد که تفاوت آماری معنی‌داری بین گروه‌ها وجود ندارد؛ به این معنا که نمرات شجاعت اخلاقی در پرستاران زن و مرد، مجرد و متأهل و شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه و عمومی تقریباً مشابه بوده و جنسیت، تأهل و نوع بخش تأثیر قابل توجهی بر شجاعت اخلاقی ندارند ($P \geq 0/05$).

بررسی میانگین نمرات شجاعت اخلاقی در گروه‌های سنی و سنوات کاری نیز تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد ($P < 0/05$). در گروه‌های سنی، پرستاران با سن بیشتر از ۴۰ سال بالاترین میانگین نمره را داشتند. در گروه‌های سابقه کاری نیز الگوی مشابهی مشاهده شد، به گونه‌ای که پرستاران با سابقه کاری بیشتر از ۲۰ سال بالاترین میانگین نمره را داشتند. به عبارتی، با افزایش سن و سابقه کار، سطح شجاعت

اخلاقی پرستاران افزایش می‌یابد، هرچند این افزایش عمدتاً در دهه بالای ۴۰ سال رخ می‌دهد. نتیجه آزمون Anova نیز نشان داد که بین این گروه‌ها از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). نتیجه آزمون توکی نیز نشان داد که در بین افراد باسابقه کاری کمتر از ۱۰ سال و بیشتر از ۲۰ سال و سن کمتر از ۳۰ سال و بیشتر از ۴۰ سال از نظر آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$). جدول ۱ میانگین و انحراف معیار را بر حسب متغیرهای دموگرافیک نشان می‌دهد. میانگین نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران به تفکیک متغیرها در جدول ۱ گزارش و مقایسه شدند. شرکت در دوره اخلاق،

اثر معنی‌داری بر نمره شجاعت اخلاقی داشت، به طوری که پرستاران باسابقه حضور در دوره اخلاق، نمره بالاتری از نظر شجاعت اخلاقی کسب کردند. سایر متغیرها اثر معنی‌داری بر نمره شجاعت اخلاقی نداشتند. همان‌طور که در این جدول مشخص است، بیشترین نمره شجاعت اخلاقی به ابعاد عامل اخلاقی و ارزش‌های چندگانه و کمترین نمره شجاعت اخلاقی به بعد تحمل تهدید تعلق داشت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد نمره شجاعت اخلاقی اکثر پرستاران در سطح متوسط قرار داشت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات شجاعت اخلاقی پرستاران شرکت بر حسب مشخصات جمعیت‌شناختی پرستاران به همراه نتایج آزمون‌های آماری مقایسه‌ای

متغیر	عامل اخلاقی	ارزش‌های چندگانه	تحمل تهدید	فراتر از حد اطاعت	اهداف اخلاقی	شجاعت اخلاقی
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
سن	۱۵/۱±۱/۶۷	۱۶/۶±۱/۲۴	۷/۶±۱/۲۲	۱۲/۴±۲/۱۱	۱۴/۳±۲/۴۳	۶۸/۶±۷/۳۲
کمتر از ۳۰	۱۷/۴±۲/۱۴	۱۷/۳±۱/۱۵	۸/۱۲±۲/۱۱	۱۳/۸±۲/۴۴	۱۴/۶±۱/۲۳	۶۸/۶±۷/۵۶
۳۰-۴۰	۱۹/۳±۲/۳۲	۱۸/۲±۱/۳۲	۸/۱۳±۲/۳۲	۱۴/۳±۱/۱۲	۱۵/۴±۲/۳۵	۷۴/۳±۳/۴۲
بیشتر از ۴۰	۱۴/۴±۱/۲۷	۱۴/۴±۲/۲۱	۸/۹±۲/۵۵	۱۳/۷±۱/۶۶	۱۱/۶±۲/۸۸	۶۳/۰±۲/۸۹
جنس	۱۵/۸±۲/۵۵	۱۵/۱±۱/۶۷	۸/۱۲±۲/۳۹	۱۳/۹±۱/۴۵	۱۱/۲±۱/۹۹	۶۴/۱±۷/۸۸
مرد	۱۴/۷±۲/۴۷	۱۴/۲±۱/۳۳	۶/۳±۲/۱۳	۱۲/۸±۲/۰۶	۱۳/۷±۱/۹۸	۶۳/۶±۸/۸۹
زن	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۳/۹±۱/۹۹	۶/۱۹±۲/۹۹	۱۲/۶±۱/۰۵	۱۳/۱±۲/۰۹	۶۲/۹±۷/۶۸
وضعیت	۱۰/۸±۱/۵۷	۱۳/۹±۱/۲۳	۶/۲۷±۲/۴۷	۱۲/۷±۲/۴۷	۱۱/۸±۲/۲۲	۶۲/۴±۸/۳۷
مجرد	۱۳/۹±۱/۵۴	۱۴/۱±۲/۱۴	۹/۴±۲/۲۳	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۱/۲±۲/۴۵	۶۱/۸±۸/۹۴
متاهل	۱۳/۹±۱/۵۴	۱۴/۱±۲/۱۴	۹/۴±۲/۲۳	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۱/۲±۲/۴۵	۶۱/۸±۸/۹۴
کارشناسی	۱۳/۹±۱/۵۴	۱۴/۱±۲/۱۴	۹/۴±۲/۲۳	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۱/۲±۲/۴۵	۶۱/۸±۸/۹۴
تحصیلات	۱۳/۹±۱/۵۴	۱۴/۱±۲/۱۴	۹/۴±۲/۲۳	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۱/۲±۲/۴۵	۶۱/۸±۸/۹۴
ارشد و بالاتر	۱۳/۹±۱/۵۴	۱۴/۱±۲/۱۴	۹/۴±۲/۲۳	۱۴/۲±۱/۵۴	۱۱/۲±۲/۴۵	۶۱/۸±۸/۹۴
کمتر از ۱۰ سال	۱۳/۱±۲/۴۵	۱۱/۲±۱/۱۶	۶/۷±۱/۵۷	۱۰/۷±۱/۶۷	۱۱/۸±۱/۶۷	۶۱/۵±۶/۵۴
سابقه کار ۱۰-۲۰ سال	۱۳/۵±۱/۲۳	۱۳/۳±۱/۸۷	۶/۷±۱/۱۴	۱۰/۳±۱/۵۱	۱۳/۱±۱/۷۸	۶۰/۹±۵/۳۴
بیشتر از ۲۰ سال	۱۶/۸±۱/۲۰	۱۶/۱±۱/۱۷	۹/۸±۱/۹۰	۱۲/۸±۲/۱۴	۱۴/۸±۱/۹۰	۶۳/۳±۵/۲۳
نوبت	۱۴/۸±۱/۱۴	۱۳/۳±۱/۲۵	۶/۷±۲/۲۴	۱۱/۶±۲/۸۹	۱۴/۱±۱/۷۵	۶۳/۵±۷/۹۳
ثابت	۱۳/۹±۱/۷۶	۱۳/۸±۱/۶۷	۶/۰±۱/۹۰	۱۲/۸±۱/۳۳	۱۳/۸±۱/۱۵	۶۳/۳±۵/۶۷
کاری	۱۳/۹±۱/۷۶	۱۳/۸±۱/۶۷	۶/۰±۱/۹۰	۱۲/۸±۱/۳۳	۱۳/۸±۱/۱۵	۶۳/۳±۵/۶۷
بخش عمومی	۱۳/۹±۱/۵۲	۱۳/۱±۱/۸۷	۸/۱۹±۱/۳۴	۱۱/۷±۱/۶۲	۱۴/۱±۱/۸۰	۶۰/۹±۵/۷۰
ویژه	۱۳/۲±۲/۹۸	۱۳/۴±۱/۱۳	۸/۱۸±۱/۷۸	۱۲/۶±۱/۹۹	۱۳/۷±۱/۱۲	۶۱/۳±۶/۷۸
شرکت در دوره	۱۵/۹±۲/۷۲	۱۶/۷±۱/۱۲	۱۰/۹±۲/۹۹	۱۴/۹±۱/۵۱	۱۷/۹±۱/۷۷	۷۶/۳±۷/۸۶
بله	۱۱/۸±۱/۹۸	۱۴/۲±۱/۹۸	۸/۲۴±۱/۳۸	۱۱/۲±۲/۹۸	۱۳/۲±۲/۹۸	۵۸/۶±۷/۲۴
خیر	۱۴/۱±۱/۶۲	۱۳/۹±۲/۷۲	۱۲/۱±۲/۷۲	۱۵/۲±۱/۰۲	۱۵/۹±۱/۹۲	۷۳/۷±۷/۱۲
نوع استخدام	۱۱/۱±۱/۳۰	۱۱/۸±۱/۰۸	۸/۸۴±۱/۳۸	۱۱/۳±۱/۱۲	۱۲/۸±۱/۲۸	۵۳/۷±۳/۱۲
رسمی	۱۱/۱±۱/۳۰	۱۱/۸±۱/۰۸	۸/۸۴±۱/۳۸	۱۱/۳±۱/۱۲	۱۲/۸±۱/۲۸	۵۳/۷±۳/۱۲
قراردادی	۱۱/۱±۱/۳۰	۱۱/۸±۱/۰۸	۸/۸۴±۱/۳۸	۱۱/۳±۱/۱۲	۱۲/۸±۱/۲۸	۵۳/۷±۳/۱۲

مدل رگرسیون خطی چندگانه با استفاده از روش Enter و با وارد کردن هم‌زمان متغیرهای سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت استخدامی، شرکت در دوره‌های اخلاقی، نوبت کاری، بخش محل کار، وضعیت تأهل و جنسیت انجام شد. ضریب تعیین تعدیل‌شده (R^2 Adjusted) برابر با ۰/۱۹ بود که نشان می‌دهد متغیرهای واردشده در مدل، حدود ۱۹ درصد از واریانس نمره شجاعت اخلاقی را تبیین می‌کنند. آماره F مدل برابر با ۴/۵۲ با سطح معنی‌داری آماری ($P=0/001$) به دست

آمد که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. بر اساس نتایج، از میان متغیرهای واردشده در مدل، تنها شرکت در دوره‌های اخلاقی دارای ضریب استانداردشده معنی‌دار ($Beta=-0/46$)، فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۰/۶۳ تا -۰/۲۹ و $P=0/003$ که نشان می‌دهد این متغیر به طور معنی‌دار نمره شجاعت اخلاقی را پیش‌بینی می‌کند. سایر متغیرها در مدل رگرسیونی ارتباط معنی‌داری نداشتند (جدول ۲).

جدول ۲: عوامل مؤثر بر نمره شجاعت اخلاقی با استفاده از رگرسیون خطی

متغیر	غیر استاندارد B	استاندارد شده Beta	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای Beta	سطح معنی‌داری
سن	-۰/۰۱	-۰/۰۳	۰/۰۷	-۰/۰۱ تا ۰/۰۶	۰/۷۱
سابقه کاری	-۰/۰۷	-۰/۰۴	۰/۴۲	-۰/۰۲ تا ۰/۰۹	۰/۷۸
شرکت در دوره اخلاق	-۰/۰۱	-۰/۴۶	-۰/۰۱ تا ۰/۰۶	-۰/۲۹ تا ۰/۶۳	۰/۰۰۳
نوبت کاری	۰/۷۷	۰/۱۲	۰/۵۷	۰/۲۹ تا ۰/۰۵	۰/۱۷۳
بخش	۰/۵۱	۰/۰۹	۰/۷۱	۰/۲۲ تا ۰/۰۴	۰/۴۴۲
نوع استخدام	-۰/۰۱	-۰/۱۳	-۰/۰۱ تا ۰/۰۶	-۰/۰۴ تا ۰/۳۰	۰/۱۸۲
تحصیلات	۱/۰۲	۰/۱۰	۰/۷۸	۰/۲۴ تا ۰/۰۴	۰/۲۰
وضعیت تأهل	-۰/۰۱	۰/۰۷	-۰/۰۱ تا ۰/۰۶	۰/۱۸ تا ۰/۰۴	۰/۵۵
جنس	-۰/۰۱	۰/۰۵	-۰/۰۱ تا ۰/۰۶	۰/۱۶ تا ۰/۰۶	۰/۴۵

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران شاغل در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان ($73/9 \pm 9/24$) بود که در دامنه متوسط قرار می‌گیرد. همچنین یافته‌ها نشان داد که بیشترین نمرات شجاعت اخلاقی به ترتیب مربوط به ابعاد «عامل اخلاقی» ($15/7 \pm 2/55$) و «ارزش‌های چندگانه» ($14/4 \pm 2/60$) و کمترین نمره مربوط به بعد «تحمل تهدید» ($8/3 \pm 2/20$) بود. میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران در مطالعه حاضر ($73/9$) با نتایج محسنی پویا و همکاران (2024 م.) که میانگین $75/2 \pm 4/37$ را در پرستاران مازندران گزارش کردند (۶). همچنین با مطالعه امینی‌زاده و همکاران (2017 م.) با

میانگین $74/1 \pm 9/67$ در بخش‌های مراقبت ویژه (۲۸) و حسینی و همکاران با میانگین $68/05 \pm 11/9$ در بیمارستان‌های نظامی مشهد (2019 م.) (27) هم‌سو بوده و همگی سطح متوسطی از شجاعت اخلاقی را نشان می‌دهند. با این حال، نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های شرفیه و همکاران مطالعات شرفیه و همکاران (2021 م.) که میانگین $90/38 \pm 11/48$ را در پرستاران زنجان گزارش کردند (۳۵)، موسوی و همکاران با میانگین $83/72 \pm 5/91$ در بیمارستان‌های شهید بهشتی (2017 م.) (۱۳) و عبادی و همکاران (2020 م.) با میانگین $412/4 \pm 46/6$ در تهران (۲۶) و خواجه‌وندی و همکاران (2020 م.) که سطح بالایی از شجاعت اخلاقی را گزارش نمودند (۲۵)، تفاوت دارد. این

اختلافات را می‌توان به تفاوت در محیط کار (از جمله حمایت سازمانی)، ویژگی‌های فردی و شخصیتی هر پرستار، اختلافات در فرهنگ‌ها، ساختارهای سازمانی، تجربیات شخصی هر فرد و امنیت شغلی و شرایط کاری کارکنان مرتبط دانست (۶، ۳۶). در بررسی ارتباط با متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت استخدامی، شرکت در دوره‌های اخلاقی و بخش محل کار ارتباط معنی‌داری با نمره شجاعت اخلاقی داشتند، به طوری که پرستاران با سن بیشتر از ۴۰ سال، سابقه کاری بالای ۲۰ سال، تحصیلات تکمیلی، استخدام رسمی، سابقه شرکت در دوره‌های اخلاقی و شاغل در بخش‌های عمومی، نمرات بالاتری کسب کردند. این تفاوت قابل توجه نشان‌دهنده تأثیر امنیت شغلی و حمایت سازمانی بر شجاعت اخلاقی پرستاران است.

همچنین بین نمره شجاعت اخلاقی با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و نوبت کاری ارتباط معنی‌داری یافت نشد. نتایج رگرسیون خطی نیز نشان داد که از میان متغیرهای مورد بررسی، تنها «شرکت در دوره‌های اخلاقی» به عنوان عامل پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار باقی ماند ($P=0/02$).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که ارتباط معنی‌داری بین سن و سابقه کاری با نمره شجاعت اخلاقی پرستاران وجود دارد، به طوری که با افزایش سن و سابقه کاری پرستاران میزان شجاعت اخلاقی آن‌ها افزایش می‌یافت که با نتایج مطالعه خواجه‌وندی و همکاران (۲۰۲۰ م.) (۲۵)، صادقی و همکاران (۲۰۲۵ م.) (۷)، عبادی و همکاران (۲۰۲۰ م.) (۲۶) هم‌سوست. بی‌شک پرستارانی که این نوع شجاعت را تجربه می‌کنند، بهتر قادرند در مواجهه با وضعیت‌ها و شرایطی که ممکن است اخلاقیات و ارزش‌های حرفه‌ای آن‌ها را تهدید کند، اصول اخلاقی خود را حفظ کرده و عمل کنند. از این رو توسعه و تقویت مهارت‌های شجاعت اخلاقی در پرستاران می‌تواند به بهبود روابط حرفه‌ای در محیط کار بالینی کمک کند (۶). فلاح کریمی و همکاران (۱۴۰۵ ش.) نیز در این زمینه در پژوهش خود نشان دادند که پرستاران مسن‌تر، توانایی بیشتری در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی دارند (۱۰). نتایج مطالعه بردبار و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۳۷) و موسوی و

همکاران (۲۰۱۷ م.) نیز نشان داد که سابقه کاری و تجربه می‌تواند باعث افزایش شجاعت در موقعیت‌های دشوار شوند (۱۳). Huang و همکاران (۲۰۲۳ م.) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سن و تجربه نقش مهمی در افزایش شجاعت اخلاقی پرستاران دارد. احتمالاً می‌تواند به دلیل افزایش توانایی‌های حرفه‌ای، آگاهی بیشتر از اصول اخلاقی و مهارت‌های تصمیم‌گیری در شرایط دشوار باشد (۳۸).

همچنین ارتباط معنی‌دار تحصیلات با شجاعت اخلاقی در مطالعه حاضر، با یافته‌های محسنی‌پویا و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۶)، حکیمی و همکاران (۲۹) که نشان دادند پرستاران با تحصیلات بالاتر، شجاعت اخلاقی بیشتری دارند، هماهنگ است. این یافته‌ها نشان می‌دهند که افزایش دانش اخلاقی، مهارت‌های تصمیم‌گیری بهتر و مسئولیت‌پذیری بیشتر در پرستاران با تحصیلات تکمیلی، می‌تواند توجیه‌گر این ارتباط باشد.

این در حالی است که مطالعه Bickhoff و همکاران (۲۰۱۷ م.) نشان داد که بی‌تجربگی، دانش اخلاقی محدود، عدم اعتماد به نفس در نشان دادن رفتارهای اخلاقی، از مهم‌ترین موانع بروز شجاعت اخلاقی در پرستاران هستند (۳۹، ۴۰). در همین راستا، Escolar-Chua (۲۰۱۸ م.) نیز ترس از تلافی یا حتی ترس از دعاوی قضایی و نگرانی از واکنش همکاران را به عنوان منابع موانع روانشناختی مؤثر بر تردید پرستاران در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای اخلاقی شناسایی نمود (۳۹، ۴۰). به طور کلی، این یافته‌ها نشان می‌دهند که موانع فردی و سازمانی توأمان می‌توانند مانع از بروز رفتار شجاعانه اخلاقی در پرستاران گردند.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که شرکت در دوره‌های اخلاقی می‌تواند به طور معنی‌داری میزان شجاعت اخلاقی در پرستاران را افزایش دهد که هم‌سو با نتایج مطالعه Hauhio و همکاران (۳۰)، شرفیه و همکاران (۲۰۲۱ م.) (۳۵)، عبادی و همکاران (۲۰۲۰ م.) (۲۶)، محسنی‌پویا و همکاران (۲۰۲۴ م.) (۶) است. با توجه به ماهیت رشته پرستاری و چالش‌های اخلاقی‌بسیاری که در این رشته وجود دارد، آموزش این اصول و مسائل به پرستاران در موقعیت‌های

مختلف کاری باعث افزایش سطح شجاعت اخلاقی پرستاران، بهبود و ارتقای کیفیت مراقبت و امنیت بیماران می‌شود (۴۱). کشمیری نیز در این زمینه و در مطالعه خود و در یک مدل مفهومی مرتبط با بروز رفتار اخلاقی بیان کرده است که آگاهی اخلاقی به عنوان آغازکننده فرایند رفتار اخلاقی است (۲۲). در این مدل شجاعت اخلاقی به عنوان آخرین عامل تأثیرگذار بر رفتار اخلاقی تبیین شده است که تحت تأثیر حساسیت، آگاهی و تصمیم‌گیری اخلاقی است (۴۲).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بیشترین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران در مطالعه حاضر به ابعاد عامل اخلاقی و ارزش‌های چندگانه تعلق داشت که هم‌سو با نتایج محسنی پویا و همکاران (۲۰۲۴) م. (۶)، موسوی و همکاران (۲۰۱۷) م. (۱۳) و نمدی و همکاران (۲۰۱۹) م. (۴۳) است. عامل اخلاقی بیانگر حس مسئولیت‌پذیری، مدیریت موقعیت‌های سخت و داشتن عزمی راسخ برای داشتن رفتار و عملکرد اخلاقی است. به نظر می‌رسد این بعد برای پرستاران بالارزش باشد و هنگامی که پرستار با رویکرد اخلاقی در سازمان فعالیت می‌کند، قطعاً پرستار، بیمار و سازمان از آن سود خواهند برد (۶). کمترین نمره شجاعت اخلاقی در مطالعه حاضر مربوط به بعد تحمل تهدید بود که هم‌سو با یافته‌های محسنی پویا و همکاران (۲۰۲۴) م. (۶)، موسوی و همکاران (۲۰۱۷) م. (۱۳) بود. پایین بودن نمره بعد «تحمل تهدید» نشان‌دهنده ترس پرستاران از واکنش همکاران، اهمیت حفظ شغل و ویژگی‌های شخصیتی مؤثر بر تحمل شرایط است (۱۳).

در حوزه وضعیت استخدامی نیز، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که پرستاران رسمی به طور معنی‌داری شجاعت اخلاقی بالاتری نسبت به پرستاران غیر رسمی دارند که هم‌سو با نتایج عبادی و همکاران (۲۶)، صادقی و همکاران (۲۰۲۵) م. (۷) و فلاح کریمی و همکاران (۱۴۰۵) م. است (۱۰). این تفاوت ممکن است به دلیل ثبات شغلی، تجربه بیشتر، امنیت شغلی بالاتر پرستاران رسمی و احساس حمایت سازمانی بالاتر در این گروه از پرستاران باشد (۲۶). همچنانکه Lesley (۲۰۲۱) م. نیز در مطالعه خود نشان دادند که نحوه مواجهه پرستاران با

موقعیت‌های اخلاقی تا حد زیادی به شرایط کاری و سابقه کاری آن‌ها بستگی دارد (۴۴). Guo & Meng (۲۰۲۵) م. نیز در مطالعه خود نشان دادند که محیط کاری حمایت‌کننده تأثیر مستقیم و معنی‌داری بر شجاعت اخلاقی پرستاران دارد (۴۵).

همچنین عدم ارتباط معنی‌دار بین متغیرهای جنس، وضعیت تأهل، نوبت کاری و نوع بخش با شجاعت اخلاقی در مطالعه حاضر، با نتایج شرفیه و همکاران (۲۰۲۳) م. (۴۸) هم‌سو است (۳۵). مطالعه عبادی و همکاران (۲۰۲۰) م. (۲۶) و Luo و همکاران (۲۰۲۳) م. (۴۶) و موسوی و همکاران (۲۰۱۷) م. (۱۳) نیز تفاوتی در افراد مجرد و متأهل در شجاعت اخلاقی نشان ندادند. این در حالی است که مطالعه خطیبیان و همکاران ارتباط معنی‌داری بین شجاعت اخلاقی با وضعیت تأهل، نوع بخش و نوع شیفت مشاهده کردند (۲۱). مطالعه خواجه‌وندی و همکاران (۲۰۲۰) م. نیز ارتباط معنی‌داری را بین نوبت کاری و شجاعت اخلاقی نشان دادند (۲۵). مطالعه Hauhio و همکاران نیز بین شجاعت اخلاقی پرستاران با جنسیت و موقعیت کار فعلی آنان ارتباط معنی‌داری را نشان دادند این موضوع نشان می‌دهد سایر عوامل، ممکن است در بروز شجاعت اخلاقی نقش بیشتری داشته باشند (۳۰).

نتیجه‌گیری

شجاعت اخلاقی نقش مهمی در تصمیم‌گیری‌های پرستاران در مواجهه با وضعیت‌های دشوار دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میانگین نمره شجاعت اخلاقی پرستاران در سطح متوسط قرار دارد. بررسی ابعاد پنج‌گانه شجاعت اخلاقی نشان داد که بیشترین نمرات به ترتیب مربوط به ابعاد «عامل اخلاقی» و «ارزش‌های چندگانه» و کمترین نمره مربوط به بعد تحمل تهدید بود.

در بررسی ارتباط با متغیرهای دموگرافیک، نتایج نشان داد که متغیرهای سن، سابقه کار، تحصیلات، وضعیت استخدامی، شرکت در دوره‌های اخلاقی و بخش محل کار دارای ارتباط

تضاد منافع

نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

تأمین مالی

نویسنده اظهار می‌نماید که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده است.

بیانیه هوش مصنوعی

در نگارش، تحلیل داده‌ها و آماده‌سازی این مقاله، از هیچ‌گونه ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده است.

معنی‌دار با نمره شجاعت اخلاقی بودند، به طوری که پرستاران با سن بیشتر از ۴۰ سال، سابقه کاری بالای ۲۰ سال، تحصیلات تکمیلی، استخدام رسمی، سابقه شرکت در دوره‌های اخلاقی و شاغل در بخش‌های عمومی، نمرات بالاتری کسب کردند. همچنین بین نمره شجاعت اخلاقی با متغیرهای جنس، وضعیت تأهل و نوبت‌کاری ارتباط معنی‌داری یافت نشد. با توجه به ماهیت مقطعی همبستگی مطالعه، این یافته‌ها نشان‌دهنده همبستگی و همراهی متغیرها بوده و قابل تعمیم به رابطه علت و معلولی (علیت) نمی‌باشد.

با عنایت به اینکه میانگین شجاعت اخلاقی در سطح متوسط و بعد تحمل تهدید پایین‌ترین نمره را داشته و همچنین پرستاران غیر رسمی نمرات پایین‌تری کسب کردند، نیاز به مداخلات چندسطحی، شامل برگزاری دوره‌های آموزشی هدفمند، تقویت حمایت سازمانی، ایجاد امنیت شغلی و به کارگیری رهبری اخلاق‌محور در بیمارستان‌ها احساس می‌شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با طراحی مداخله‌ای، اثربخشی این راهکارها را به صورت قطعی‌تر مورد سنجش قرار دهند.

در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر می‌بایست به محدودیت‌هایی از جمله دامنه جغرافیایی محدود و طراحی مقطعی اشاره نمود که هر دو می‌توانند تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش دهد، لذا پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی در سطح گسترده‌تر و در محیط‌های کاری متنوع‌تری انجام شوند تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد.

مشارکت نویسندگان

مهدیه سرحدی تمامی مراحل پژوهش را به انجام رسانده و ضمن تأیید نسخه نهایی، مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته است.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

References

1. Mardanian Dehkordi L KS, Hashemi N, Yaghoobzadeh A. Explaining the nursing students lived experience of moral courage in clinical environments. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2024;32(1):39-50. [Persian]
2. Sharifi S, Ebrahimi H, Elyaszadeh S, Latifi A, Khodayari MT, Alizadeh M. Inhibitors and facilitators of compliance with professional ethics standards: nurses' perspective. *BMC Nursing*. 2024;23(1):158.
3. Soleimani M, Memarzadeh Tg, Ataei M, Kazemi A. Identify And Prioritize Components Of Ethical Leadership And Providing Optimal Model. *Journal of Urban and Rural Management*. 2017;16(3):226-40. [Persian]
4. Goli R, Jasemi M, Esmaeili R, Khalkhali H. Nursing codes of ethics education based on lecture on moral performance of nursing students: A quasi-experimental study. *Nursing and Midwifery Journal* 2020;18(5):369-78. [Persian]
5. Pajakoski E, Rannikko S, Leino-Kilpi H, Numminen O. Moral courage in nursing—An integrative literature review. *Nursing & Health Sciences*. 2021;23(3):570-85.
6. Mohsenipouya H, Mohammadpour M, Hosseinnataj A, Mollaei F. Moral Courage and its Related Factors in Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2024;34(235):90-8. [Persian]
7. Sadeghi A, Hasani H, Kaviani M, Mohammadi R, Rosta A. The Relationship between Nurses' Moral Courage and Spiritual Health in Amirul Mominin Hospital, Gerash, Iran. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2025;28(5): 341-47. [Persian]
8. Mohammadian Z, Kalroozi F, Nezamzadeh M, Pishgooie SA. Comparison of the Effect of Teaching Ethical Principles through Multimedia and Virtual Methods on the Moral Sensitivity of Nurses in Selected Hospitals of Aja. *Military Caring Sciences*. 2025;12(2):120-30. [Persian]
9. Mostafavian Z, Gholampour J, Faraj Pour A, Akbari Farmad S, Rahchamani MA. Comparison of moral sensitivity among last year nursing students and nurses working at teaching hospitals of islamic azad university of mashhad. *Education and Ethics in Nursing*. 2019;8(3-4):30-6. [Persian]
10. Fallah-Karimi S, Khalilzadeh-Farsangi Z, Arbabisarjou A, Etemadinia F. The relationship between moral injury and moral courage in nurses working in intensive care units. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2025;18(9):1-11. [Persian]
11. Nasiriani K, Barati KM, Fazljoo SE. Ethical Climate in Hospitals Affiliated to Shahid Sadoghi University of Medical Sciences and its relationship with Nurses' Moral Courage. *Iranian Journal of Medical Ethics and History Of Medicine*. 2021;14:291-302. [Persian]
12. Numminen O, Repo H, Leino-Kilpi H. Moral courage in nursing: A concept analysis. *Nursing Ethics*. 2017;24(8):878-91.
13. Moosavi SS, Borhani F, Abbaszadeh A. The moral courage of nurses employed in hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Hayat*. 2017;22(4):339-49. [Persian]
14. Robina Ramirez R, Palos-Sanchez PR. Willingness to comply with corporate law: An interdisciplinary teaching method in higher education. *Sustainability*. 2018;10(6):1991.
15. Fazljoo SE, Nasiriani K, Zamani N, Azimpor S. Nurses' perceptions of ethical climate, ethical reasoning, and moral courage in the Hospital. *Iran Journal of Nursing*. 2021;34(133):28-39.
16. Broom A, Parker RB, Kirby E, Kokanović R, Woodland L, Lwin Z, et al. A qualitative study of cancer care professionals' experiences of working with migrant patients from diverse cultural backgrounds. *BMJ Open*. 2019;9(3):e025956.
17. Rushton CH, Swoboda SM, Reller N, Skarupski KA, Prizzi M, Young PD, et al. Mindful ethical practice and resilience academy: equipping nurses to address ethical challenges. *American Journal of Critical Care* 2021;30(1):e1-e11.
18. Peters R, Rogge A, Dunst J, Freitag-Wolf S, Schmalz C. Moral Distress in Radiation Oncology: Insights From Residents in Germany. *Advances in Radiation Oncology*. 2024;9(2):101378.
19. Storaker A, Nåden D, Sæteren B. From painful busyness to emotional immunization: nurses' experiences of ethical challenges. *Nursing Ethics*. 2017;24(5):556-68.
20. Rushton CH, Thomas TA, Antonsdottir IM, Nelson KE, Boyce D, Vioral A, et al. Moral injury and moral resilience in health care workers during COVID-19 pandemic. *Journal of Palliative Medicine*. 2022;25(5):712-9.
21. Khatiban M, Falahan SN, Soltanian AR. Professional moral courage and moral reasoning

among nurses in clinical environments: a multivariate model. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2021;14:20.

22. Keshmiri F, Fazljoo SE. Investigating the Effect of Educational Intervention Using the Case based Learning Method on the Sensitivity and Moral Courage of Nursing Students. *Journal of Medical Education and Development*. 2024;19(2):811-23. [Persian]

23. Koskinen S, Pajakoski E, Fuster P, Ingadottir B, Löytyniemi E, Numminen O, et al. Analysis of graduating nursing students' moral courage in six European countries. *Nursing Ethics*. 2021;28(4):481-97.

24. Kleemola E, Leino-Kilpi H, Numminen O. Care situations demanding moral courage: content analysis of nurses' experiences. *Nursing Ethics*. 2020;27(3):714-25.

25. Khajevandi H, Ebadi A, Aghaiani CA, Khaghanizade M. Investigation of Moral Courage and Its predictive factors in nurses of Baqiyatallah Hospital in 2019. *Iranian Journal of Medical Ethics and History Of Medicine*. 2020;13(1):131-41. [Persian]

26. Ebadi A, Sadooghiasl A, Parvizy S. Moral courage of nurses and related factors. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(2):24-34. [Persian]

27. 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. [Persian]

28. 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; 10:131-40. [Persian]

29. Hakimi H, Mousazadeh N, Sharif-Nia H, Nazari R, Dehghani M. The predictive factors of moral courage among hospital nurses. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2023;18(1):13.

30. Hauhio N, Leino-Kilpi H, Katajisto J, Numminen O. Nurses' self-assessed moral courage and related socio-demographic factors. *Nursing Ethics*. 2021;28(7-8):1402-15.

31. Salimi MM, Karampourian A, Solgi S, Bajelan S, Rangchian M, Khazaei S. Investigating the Relationship between Forgotten Nursing Care and Moral Courage of Nurses during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Health & Care*. 2024;26(2):122-31. [Persian]

32. Comer DR, Sekerka LE. Keep calm and carry on (ethically): durable moral courage in the workplace. *Human Resource Management Review*. 2018;28(2):116-30.

33. 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]

34. Montazeri M, Rahgoi A, Fallahi M, Vahedi M. The relationship between clinical competence and moral courage of nurses in Intensive care units of hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: a multicenter cross-sectional study. *Journal of Critical Care Nursing*. 2022;15(4):11-9. [Persian]

35. Sharafieh S, Khaleghparast S, Dehkordi FG, Mazloomzadeh S. Relationship between moral courage of nurses and their participation in clinical decision-making. *Hayat*. 2021;27(3):233-44. [Persian]

36. Begjani J, Jafari M, Khajezadeh A, Rajabi MM. The relationship between job burnout and missed nursing care in nurses from the selected hospitals in Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2024;37(141):78-89. [Persian]

37. Bordbar S, Bahmaei J, Rad HF, Yusefi AR. Investigate the state of critical thinking and its impact on moral courage and moral sensitivity; evidence from nurses' perspective. *BMC Nursing*. 2024;23(1):825.

38. Huang M, Dong W, Zhao Q, Mo N. Factors associated with the moral courage of nurses in China: A cross-sectional study. *Nursing Open*. 2023;10(7):4305-12.

39. Bickhoff L, Sinclair PM, Levett-Jones T. Moral courage in undergraduate nursing students: A literature review. *Collegian*. 2017;24(1):71-83.

40. Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nursing Ethics*. 2018;25(4):458-69.

41. Taghavi MR, Zibaei A, Hesari MJ, Razazan P, Jafarimoghadam A. Evaluation of the Moral Courage and Moral Sensitivity and Factors Affecting them in the Nurses of Selected Hospitals in Bojnourd. *Journal of North Khorasan Medical Sciences*. 2021;13(4):35-41. [Persian]

42. Gibson E. Longitudinal learning plan for developing moral courage. *Teaching and Learning in Nursing*. 2019;14(2):122-4.

43. Namadi F, Shahbazi A, Khalkhali H. Moral courage of nurses in educational and therapeutic centers of urmia university of medical sciences.

Nursing and Midwifery Journal. 2019;17(7):574-81.
[Persian]

44. Lesley M. Psychoanalytic perspectives on moral injury in nurses on the frontlines of the Covid-19 pandemic. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 2021;27(1):72-6.

45. Meng J, Guo X. The relationship between ethical leadership, moral sensitivity, and moral courage among head nurses. BMC Nursing. 2025;24(1):538.

46. Luo Z, Tao L, Wang CC, Zheng N, Ma X, Quan Y, et al. Correlations between moral courage, moral sensitivity, and ethical decision-making by nurse interns: a cross-sectional study. BMC Nursing. 2023;22(1):260.