

Original Article

Relationship between Moral Distress and Moral Courage in Nurses Working in Selected Hospitals of Hamadan University of Medical Sciences during the Covid-19 Pandemic

Arezou Karampourian¹, Rezvan Nasirizadeh^{2*}, Mahnaz Khatiban³, Salman Khazaei⁴

¹ Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urology and Nephrology Research Center, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran

² Department of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Department of Medical Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Mother and Child Care Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Department of Epidemiology, School of Public Health, Reseach Center for Health Sciences, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article history:

Received: 05 April 2022

Revised: 28 December 2022

Accepted: 04 February 2023

ePublished: 19 March 2023

*Corresponding author:

Rezvan Nasirizadeh, Department of Medical-Surgical Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urology and Nephrology Research Center, Hamadan University of Medical Science, Hamadan, Iran.

Email:

nasirirezvan199@gmail.com



Abstract

Background and Objective: Moral distress is a harmful factor in nursing and nursing care. Ethical courage helps nurses to perform nursing care. The present study aimed to determine the relationship between moral distress and moral courage of nurses working in selected hospitals of Hamadan University of Medical Sciences during the Covid-19 pandemic.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted with the participation of 204 nurses working in selected educational hospitals by random sampling method. Data were collected by the self-report method using a demographic checklist, as well as Corelli Moral Distress and Sekerka Moral Courage questionnaires. The data were analyzed in SPSS software (version 21) using independent t-test, ANOVA, and regression analysis. A $P \leq 0.050$ was considered statistically significant.

Results: The results demonstrated that the majority of nurses were male (55.40%) with a mean age of 41.96 ± 9.53 years, working in the emergency department (43.20%), with 5-10 years of work experience (51.38%), and contract employment (57.45%). Moral distress was significantly correlated with gender, place of service, and work experience; moreover, moral courage and age were significantly associated ($P \leq 0.050$). Nevertheless, no significant relationship was detected between moral distress and the type of employment. Moral courage was not correlated with the type of employment, work experience, gender, and place of service ($P \geq 0.050$). There was a significant negative relationship between moral distress and moral courage ($R = -0.863$, $P \leq 0.050$). The results of the adjusted regression model illustrated that with each unit increase in the moral distress score, the moral courage score decreases by 0.33. This relationship was statistically significant ($\beta = -.033$, $P < 0.001$). The mean scores of moral distress and moral courage were 57.61 ± 3.32 and 36.92 ± 2.46 , respectively.

Conclusion: Since there is a significant negative relationship between moral distress and moral courage, it is recommended to hold moral motivation workshops to reduce moral distress and increase moral courage for nurses.

Keywords: Behavior Mechanisms; COVID-19; Moral Status; Nurses

Extended Abstract

Background and Objective

Nurses were facing moral distress due to continuous contact and care of patients with Covid-19, lack of manpower, time, and medical equipment. Moral distress negatively affects nurses and nursing care. Moral courage in nurses helps them to implement appropriate measures to face the challenges arising from the Covid-19 pandemic and provide nursing care. The present study aimed to assess the relationship between moral distress and moral courage of nurses working in selected hospitals of Hamedan University of Medical Sciences during the Covid-19 pandemic.

Materials and Methods

This cross-sectional study was conducted on 204 nurses working in selected teaching hospitals in Hamedan. Firstly, three hospitals were selected from hospitals in Hamedan by cluster sampling method; thereafter, according to the total number of nurses in the three hospitals, a quota of nurses was allocated to each hospital by stratified sampling method. The inclusion criteria were as follows: a minimum of six months of work experience caring for a patient with Covid-19, willingness to participate in the study, the age range of 60-23, not experiencing severe stress in the last six months (divorce, death of a first-degree relative, illness, accident). On the other hand, the exclusion criteria entitled partial completion of questionnaires. Data were collected by a self-report method using a demographic checklist, as well as Corelli Moral Distress and Sekerka Moral Courage questionnaires. The reliability scores of moral distress and moral courage questionnaires were calculated at 0.75 and 0.97, respectively. Moreover, the content validity of the demographic information questionnaire was confirmed by 10 members of the

faculty of Hamedan University of Medical Sciences. The data were analyzed in SPSS software (version 21) using independent t-test, ANOVA, and regression analysis. A $P \leq 0.050$ was considered statistically significant.

Results

The results demonstrated that the majority of nurses were male (55.40%) with a mean age of 41.96 ± 9.53 years, working in the emergency department (43.20%), with 5-10 years of work experience (51.38%), and contract employment (57.45%). Moral distress was significantly correlated with gender, place of service, and work experience; moreover, moral courage and age were significantly associated ($P \leq 0.050$). Nevertheless, no significant relationship was detected between moral distress and the type of employment. Moral courage was not correlated with the type of employment, work experience, gender, and place of service ($P \geq 0.050$). There was a significant negative relationship between moral distress and moral courage ($R = -0.863$, $P \leq 0.050$). The results of the adjusted regression model illustrated that with each unit increase in the moral distress score, the moral courage score decreases by 0.33. This relationship was statistically significant ($\beta = -.033$, $P < 0.001$). The mean scores of moral distress and moral courage were 57.61 ± 3.32 and 36.92 ± 2.46 , respectively.

Conclusion

Since there is a significant negative relationship between moral distress and moral courage, it is recommended to hold moral motivation workshops to reduce moral distress and increase moral courage for nurses. These workshops are effective in dealing with ethical issues and decisions, especially in critical situations. They can strengthen nurses' moral courage, reduce moral distress, and pave the ground for effective nursing care.

ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی همدان در پاندمی کووید ۱۹

آرزو کریمپوریان^۱، رضوان نصیری زاده^{۲*}، مهناز خطیبیان^۳، سلمان خزایی^۴

^۱ گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات ارولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۲ گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۳ مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن (مراقبت در منزل)، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۴ گروه اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: دیسترس اخلاقی عاملی آسیب‌زا در پرستار و مراقبت پرستاری است. شجاعت اخلاقی به پرستاران برای انجام مراقبت پرستاری کمک می‌کند. این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی همدان در طول پاندمی کووید ۱۹ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی، با مشارکت ۲۰۴ پرستار شاغل در بیمارستان‌های منتخب آموزشی و با روش تصادفی ندی انجام شد. داده‌ها به روش خودگزارشی و با چک‌لیست دموگرافیک، پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی Corley و شجاعت اخلاقی Sekerka جمع‌آوری شد. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تی مستقل، آنووا و تحلیل رگرسیون استفاده شد و تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیشتر پرستاران مرد ($55/40\%$) با میانگین سنی $41/96 \pm 9/53$ سال، شاغل در بخش اورژانس ($43/20\%$)، دارای سابقه کار ۵ تا ۱۰ سال ($51/38\%$) و قراردادی ($57/45\%$) بودند. بین دیسترس اخلاقی با جنس، محل خدمت و سابقه کار و همچنین بین شجاعت اخلاقی با سن ارتباط معنی‌داری وجود داشت ($P \leq 0/05$)، اما بین دیسترس اخلاقی با نوع استخدام و نیز بین شجاعت اخلاقی با نوع استخدام، سابقه کار، جنسیت و محل خدمت ارتباطی وجود نداشت ($P \geq 0/05$). بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی ارتباط منفی معنی‌دار وجود داشت ($R = -0/863$ ، $P \leq 0/05$). نتایج حاصل از مدل رگرسیون تطبیق داده‌شده نشان داد با هر واحد افزایش نمره دیسترس اخلاقی، نمره شجاعت اخلاقی $0/33$ نمره کاهش می‌یابد که این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($\beta = -0/33$ ، $P < 0/001$). میانگین نمره کل دیسترس اخلاقی $57/61 \pm 3/32$ و میانگین نمره کل شجاعت اخلاقی $36/92 \pm 2/46$ بود.

نتیجه‌گیری: از آنجاکه بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی ارتباط معنی‌دار منفی وجود دارد، لذا برگزاری کارگاه‌های انگیزش اخلاقی به‌منظور کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش شجاعت اخلاقی پرستاران پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: پرستاران؛ کووید ۱۹؛ مکانیسم‌های رفتاری؛ وضعیت اخلاقی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۱۶

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۱۵

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۱۲/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: رضوان نصیری زاده، گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات ارولوژی و نفرولوژی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
ایمیل: nasirirezvan199@gmail.com

استناد: کریمپوریان، آرزو؛ نصیری زاده، رضوان؛ خطیبیان، مهناز؛ خزایی، سلمان. ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی همدان در پاندمی کووید ۱۹. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، زمستان ۱۴۰۱؛ ۳۱(۱): ۲۸-۱۸.

مقدمه

از خانواده کرونا ویروس است که قدرت سرایت بسیار زیادی دارد. این بیماری طی مدت کوتاهی، عالم‌گیر [۱] و باعث

پاندمی کووید ۱۹ اولین بار در دسامبر ۲۰۱۹ در شهر ووهان چین گزارش شد. عامل این بیماری، ویروسی تغییر ژنتیک یافته

پژوهش‌های مختلفی ارتباط شجاعت اخلاقی و دیسترس اخلاقی را بررسی کرده‌اند. امینی‌زاده بین شجاعت اخلاقی و دیسترس اخلاقی رابطه‌ای معنادار و منفی یافت؛ به این معنی که تقویت شجاعت اخلاقی پرستاران در کنترل و کاهش دیسترس اخلاقی نقش مهمی دارد [۱۹]. نتیجه پژوهش محمدی حاکی از آن بود که ایجاد سطوح بالای شجاعت اخلاقی در پرستاران، نقش مهمی در کنترل شدت دیسترس اخلاقی دارد [۲۰]. در واقع، تعیین عوامل مؤثر در شجاعت اخلاقی و یافتن راهکارها و فراهم کردن زمینه مناسب برای ایجاد جوّ کاری اخلاقی نقش مهمی در افزایش رفتارهای شجاعانه و کنترل سطح دیسترس اخلاقی دارد [۲۱، ۲۲]. نتیجه پژوهش صفیپور گویای این بود که تشویق مدیران مراقبت های بهداشتی و ایجاد سیستم‌های حمایتی در کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش میزان شجاعت اخلاقی کارکنان مؤثر است [۲۳]. مطالعات زیادی در زمینه ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی انجام شده است، اما در پاندمی کووید ۱۹ ارتباط این دو مؤلفه و تأثیر پاندمی بر این مؤلفه‌ها به‌طور گسترده بررسی نشده است. پاندمی کووید ۱۹ موجب افزایش حجم کاری، فشارهای روانی، استرس حرفه‌ای و دیسترس اخلاقی پرستاران شده و شجاعت اخلاقی را در پرستاران تحت‌الشعاع قرار داده است. این موارد تأثیر بسزایی بر کیفیت زندگی کاری پرستاران دارد، زمینه‌ساز افت عملکرد پرستاران است و بر دستیابی به اهداف سلامتی در مراقبت تأثیرگذار است. با توجه به اهمیت پدیده دیسترس اخلاقی و شیوع رو به رشد آن در کادر درمانی در شرایط پاندمی کرونا، به تحقیقات بیشتری در ایران نیاز است؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران در پاندمی کووید ۱۹ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی است که به بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرداخته است. مشارکت‌کنندگان در این مطالعه شامل ۲۰۴ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۴۰۰ بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. بدین صورت که بر اساس تعداد پرستاران شاغل در هر بیمارستان، به هر بیمارستان تعداد مشخصی پرستار اختصاص یافت.

معیارهای ورود شامل رضایت کامل پرستاران برای مشارکت در پژوهش، داشتن تحصیلات کارشناسی یا بالاتر در رشته پرستاری، داشتن حداقل ۶ ماه سابقه کار بالینی، بازه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال، نداشتن تجربه استرس شدید در ۶ ماه گذشته (نداشتن سابقه بیماری شدید در خود یا اعضای درجه یک خانواده، مرگ بستگان نزدیک، طلاق و غیره) بود. معیار خروج نیز عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها یا تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود. ابزار استفاده‌شده در این پژوهش شامل چک‌لیست اطلاعات

مرگ‌ومیر گسترده‌ای در تمامی کشورها ازجمله ایران شد. گسترش این بیماری بر تمامی جنبه‌های زندگی افراد و جوامع ازجمله جنبه‌های اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و نظامی تأثیر داشت. در این میان، تأثیر این بیماری بر سلامت روان افراد در سطوح مختلف جامعه اهمیت بسزایی دارد. سازمان بهداشت جهانی این بیماری را به‌عنوان یک تهدید بزرگ برای سلامت جسمانی و روانی معرفی کرده است؛ چراکه کووید ۱۹ منجر شد زندگی روزانه و عادی تغییر یابد. تغییر در شیوه زندگی سبب افزایش استرس و دیگر مشکلات روانی شد [۲].

یکی از نگرانی‌هایی که امروزه با گسترش جهانی بیماری کووید ۱۹ به وجود آمده است، دیسترس اخلاقی ناشی از آن است که یک تجربه منفی است که در آن، فرد راه درست انجام کار را می‌داند، ولی به دلیل محدودیت‌های سازمانی، انجام عملکرد صحیح برای او تقریباً غیرممکن می‌شود [۳]. شیوع بیماری‌های عفونی جدید و بدون درمان شناخته‌شده، باعث افزایش اضطراب و افسردگی در مراقبان بهداشتی و بخصوص پرستاران می‌شود و در ایجاد دیسترس اخلاقی در آن‌ها مؤثر است [۴-۶]. این مسئله سبب ایجاد عوارضی چون ناراضی‌تی و فرسودگی شغلی، بیزاری از کار، کاهش ماندگاری در شغل، تغییر وضعیت شغلی و نداشتن تعامل با بیمار می‌شود [۷، ۸] و عاملی آسیب‌زا برای حرفه پرستاری است که پیامدهای منفی از قبیل افزایش تعداد روزهای بستری در بیمارستان و ارائه مراقبت نامطلوب و ناکافی برای بیمار و نظام سلامت به همراه دارد [۹-۱۱]. در شرایط ویژه کرونا، دیسترس اخلاقی پرستاران زیاد است و دیسترس اخلاقی زیاد بر عملکرد حرفه‌ای پرستاران تأثیرات منفی دارد [۱۲].

با وجود چالش‌هایی که پرستاران با آن مواجه هستند، از پرستار به‌عنوان عامل اخلاقی و عضو کلیدی تیم سلامت، انتظاری جز عملکرد اخلاقی و حرفه‌ای و شجاعت مواجهه با این چالش‌ها نمی‌رود [۱۳]. پرستاران نیازمند شجاعت در زمینه عملکرد اخلاقی هستند. در واقع، شجاعت اخلاقی یعنی ایستادگی در برابر آنچه درست است. از این نظر، شجاعت اخلاقی مستلزم تعهد ثابتی در زمینه اصول اخلاقی با وجود خطرات بالقوه‌ای است که موقعیت شغلی پرستار را تهدید می‌کند [۱۴]. پرستارانی که شجاعت اخلاقی دارند، تعهد به بیماران برای آن‌ها مهم‌تر از نگرانی‌هایی است که ممکن است در رابطه با خطر مربوط به خودشان داشته باشند [۱۵]. نبود شجاعت اخلاقی در پرستاران موجب بروز مشکلاتی چون واکنش منفی همکاران و از دست دادن جایگاه شغلی می‌شود و در نتیجه پرستاران را از انجام عمل اخلاقی صحیح باز می‌دارد [۱۴]. همچنین، پرستاران برای اینکه بتوانند در دنیای متغیر کنونی، عملکرد مناسب، امن و قانونی خود را انجام دهند، باید از ارزش‌های اخلاقی حرفه‌ای آگاه شوند؛ زیرا عملکرد آنان تحت تأثیر ارزش‌های حرفه‌ای قرار دارد [۱۶، ۱۷]. شجاعت اخلاقی شامل پنج بعد عامل اخلاقی، ارزش‌های متعدد، تحمل تهدیدها، فراتر از حد اطاعت و اهداف اخلاقی است [۱۸].

دموگرافیک، پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی Corley و شجاعت اخلاقی Sekerka بود.

چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک پرستاران شامل سن، جنس، نوع بخش محل خدمت، سنوات خدمت و نوع استخدام بود. روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه‌های پژوهش با استفاده از نظرات ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری همدان ارزیابی و پایایی آن‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵۸ محاسبه شد.

پرسش‌نامه دیسترس اخلاقی Corley شامل ۱۸ گویه از موقعیت‌هایی است که شدت و تکرار دیسترس اخلاقی فرد را با قرار گرفتن در آن موقعیت‌ها نشان می‌دهد. به منظور ارزیابی شدت دیسترس از مقیاس لیکرت ۵ قسمتی استفاده شد. در این مقیاس عدد ۴ نشانه بیشترین میزان دیسترس اخلاقی و عدد صفر نشانه نبود دیسترس اخلاقی است. در مورد تکرار، از هرگز (صفر) تا خیلی به کرات (۴) مرتب شده است [۲۴]. میانگین نمرات در هر بعد شدت و تکرار و در کل به عنوان نمره دیسترس اخلاقی در نظر گرفته شد که حداقل صفر (دسترس اخلاقی کم) و حداکثر ۱۴۴ (دسترس اخلاقی زیاد) است. روایی و پایایی این ابزار در مطالعه عباس‌زاده و همکاران به دست آمد. میزان روایی محتوای این پرسش‌نامه با استفاده از نظر ۱۰ تن از اساتید اخلاق پزشکی ۰/۸۸ به دست آمد و پایایی آن نیز از طریق ضریب همبستگی درونی ۹۳ درصد محاسبه شد [۲۵]. همچنین، در این پژوهش پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۷۵ درصد محاسبه شد و روایی محتوایی پرسش‌نامه به تأیید ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان رسید.

پرسش‌نامه شجاعت اخلاقی Sekerka و همکاران شامل ۱۵ گویه است که در پنج حیطه عامل اخلاقی (Moral Agency) (۳) آیتم، ارزش‌های چندگانه (Multiple Values) (۳) آیتم، تحمل تهدید (Endurance of Threats) (۳) آیتم، فراتر از انطباق (Going Beyond Compliance) (۳) آیتم و اهداف اخلاقی (Moral Goals) (۳) آیتم طبقه‌بندی می‌شود. به هر عبارت با مقیاس ۵ درجه‌ای از هرگز درست نیست تا همیشه درست است، از صفر تا ۴ نمره داده شده است. نمرات از صفر تا ۶۰ در نظر گرفته شده است [۱۵]. محمدی و همکاران این پرسش‌نامه را به فارسی برگردانده‌اند. روایی پرسش‌نامه از طریق ۱۰ نفر صاحب نظر در حیطه اخلاق زیستی بررسی شد و شاخص روایی محتوا ۸۱ درصد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد [۲۱]. در این پژوهش، پایایی پرسش‌نامه از طریق ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۹۷ درصد محاسبه شد. همچنین روایی محتوایی پرسش‌نامه به تأیید ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان رسید. پرسش‌نامه‌ها پس از گرفتن کد اخلاق، در اختیار واحدهای پژوهش قرار گرفت. ابتدا به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسش‌نامه و نحوه پاسخ‌دهی، اطلاعاتی داده و خاطرنشان شد

که شرکت در مطالعه اختیاری است و برای شرکت یا کناره‌گیری از پژوهش آزادی کامل دارند. با توجه به شیوع ویروس کرونا، تمام پروتکل‌های بهداشتی هنگام جمع‌آوری اطلاعات رعایت شد. همچنین، در تمام مراحل مطالعه، محقق به اصل محرمانه بودن اطلاعات پایبند بود. پژوهشگر در شیفت‌های مختلف به بخش‌های داخلی، جراحی و اورژانس مراکز آموزشی درمانی منتخب مراجعه و پرسش‌نامه‌ها را بین پرستاران واجد شرایط توزیع کرد. علت انتخاب این بخش‌ها این بود که در زمان نمونه‌گیری، با توجه به شرایط بیماری کووید ۱۹، بیماران بیشتر در این بخش‌ها بستری بودند و درگیری پرستاران با آن‌ها بیشتر بود. به دلیل نوع و حجم کار پرستاران در بخش‌های محیط پژوهش و برای اینکه پرکردن پرسش‌نامه‌ها با وظایف شغلی نمونه‌ها تداخلی نداشته باشد، تاریخی با توافق طرفین تعیین شد و محقق در مراجعات بعدی پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده را جمع‌آوری کرد. داده‌ها پس از جمع‌آوری داده‌های با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل آنووا در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار استفاده شد.

نتایج

در این مطالعه ۲۰۴ پرستار از سه بیمارستان آموزشی شهر همدان شامل بیمارستان‌های بهشتی (۵۲ نفر)، سینا (۵۸ نفر) و بعثت (۹۴ نفر) شرکت کردند. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که بیشتر پرستاران مرد (۵۵/۴۰ درصد) با میانگین سنی $41/96 \pm 9/53$ سال، شاغل در بخش اورژانس (۴۳/۲۰ درصد)، دارای سابقه کار ۵ تا ۱۰ سال (۵۱/۳۸ درصد) و قراردادی (۵۷/۴۵ درصد) بودند. بر اساس آزمون تی مستقل، میانگین دیسترس اخلاقی در بین زنان بیشتر از مردان بود ($P < 0/005$). نتایج آزمون تحلیل آنووا نشان داد بین دیسترس اخلاقی در سطوح متفاوت جنسیت، سن، سابقه کار و محل خدمت تفاوت معنی‌دار آماری وجود داشت، ولی بین دیسترس اخلاقی با سطوح مختلف نوع استخدام، تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت ($P = 0/378$). همچنین بر اساس آزمون تی مستقل، میانگین شجاعت اخلاقی در بین زنان و مردان چندان متفاوت نبود ($P = 0/333$). آزمون تحلیل آنووا نشان داد بین شجاعت اخلاقی در سطوح متفاوت سن تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/002$)، اما بین شجاعت اخلاقی در سطوح مختلف نوع استخدام ($P = 0/419$)، سابقه کار ($P = 0/117$) و محل خدمت ($P = 0/729$) تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین نمره کل دیسترس اخلاقی $57/61 \pm 3/32$ و میانگین نمره کل شجاعت اخلاقی $22/46 \pm 36/92$ بود (جدول ۱).

جدول ۱: ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت با متغیرهای دموگرافیک

شجاعت اخلاقی		دیسترس اخلاقی		تعداد		جنسیت	
معنی داری	آماره	معنی داری	آماره	معنی داری	آماره		
P=۰/۳۳۳	t=۰/۹۵۸	P<۰/۰۰۵	t=۵/۳۷۹	P=۰/۳۳۳	t=۰/۹۵۸	زن	۹۱ (۴۴/۶۰)
						مرد	۱۱۳ (۵۵/۴۰)
						داخلی	۷۰ (۳۴/۳۰)
P=۰/۷۲۹	F=۰/۳۱۷	P=۰/۰۱۳	F=۳/۶۸۱	P=۰/۷۲۹	F=۰/۳۱۷	جراحی	۴۶ (۲۲/۵۰)
						اورژانس	۸۸ (۴۳/۲۰)
						۵-۱۰	۱۰۴ (۵۱/۰۰)
						۱۱-۱۵	۲۰ (۹/۸۰)
P=۰/۱۱۷	F=۱/۸۶۹	P=۰/۰۳۴	F=۲/۶۵۱	P=۰/۱۱۷	F=۱/۸۶۹	۱۶-۲۰	۴۱ (۲۰/۱۰)
						۲۱-۲۵	۲۶ (۱۲/۷۰)
						۲۶-۳۰	۱۳ (۶/۴۰)
						رسمی	۳۷ (۱۸/۱۰)
P=۰/۴۱۹	F=۰/۸۷۳	P=۰/۳۷۸	F=۰/۹۷۸	P=۰/۴۱۹	F=۰/۸۷۳	پیمانی	۵۰ (۲۴/۵۰)
						قراردادی	۱۱۷ (۵۷/۴۰)
						۳۰<	(۹/۸۰)۲۰
P=۰/۰۰۲	F=۵/۲۷۷	P=۰/۰۱۳	F=۳/۶۸۱	P=۰/۰۰۲	F=۵/۲۷۷	۳۱-۴۰	۱۲۴ (۶۰/۷۸)
						۴۱-۵۰	۵۶ (۲۷/۴۵)
						< ۵۰	۴ (۱/۹۷)
نمره کل							۵۷/۶۱ ± ۳/۳۲
دیسترس اخلاقی							
نمره کل							۳۶/۹۲ ± ۲/۴۶
شجاعت اخلاقی							

کار تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. بین مؤلفه‌های شجاعت اخلاقی، عمل اخلاقی، ارزش چندگانه، تحمل تهدید، فراتر از انطباق و اهداف اخلاقی با نوع استخدام تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت. بین مؤلفه‌های شجاعت اخلاقی، عمل اخلاقی، ارزش چندگانه، تحمل تهدید، فراتر از انطباق و اهداف اخلاقی در سطوح مختلف سن تفاوت آماری معنی داری وجود داشت (جدول ۲).

آزمون تی مستقل و تحلیل آنووا نشان داد بین مؤلفه‌های شجاعت اخلاقی، عمل اخلاقی، ارزش چندگانه، تحمل تهدید، فراتر از انطباق بر حسب جنسیت و محل خدمت تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت، اما بین اهداف اخلاقی بر حسب جنسیت تفاوت آماری معنی داری وجود داشت. بین مؤلفه‌های شجاعت اخلاقی، عمل اخلاقی، ارزش چندگانه، تحمل تهدید، فراتر از انطباق و اهداف اخلاقی در سطوح مختلف سابقه

جدول ۲: ارتباط بین حیطه‌های شجاعت اخلاقی و خصوصیات دموگرافیک پرستاران

متغیر	عمل اخلاقی		ارزش چندگانه		تحمل تهدید		فراتر از انطباق		اهداف اخلاقی	
	تعداد (درصد)	میانگین (SD)	آماره	میانگین (SD)	آماره	میانگین (SD)	آماره	میانگین (SD)	آماره	میانگین (SD)
زن	۹۱ (۴۴/۶۰)	۲۵/۱۰	T=۱/۶۵۷	۳۴/۵	T=۱/۹۱۴	۳۴/۵۰	T=۱/۷۷۴	۳۴/۹۵	T=۲/۲۱۴	۳/۶۰
مرد	۱۱۳ (۵۵/۴۰)	۳۷/۹۵	P=۰/۰۹۹	۳۸/۵۵	P=۰/۰۵۷	۳۸/۵۵	P=۰/۰۷۸	۳۸/۵۵	P=۰/۰۲۸	۳۸/۴
داخلی	۷۰ (۳۴/۳۰)	۳۷/۳۵		۳۷/۹۵		۳۸/۱۰		۳۷/۹۵		۳۶/۹۰
جراحی	۴۶ (۲۲/۵۰)	۳۶/۱۵	P=۰/۸۳۶	۳۶/۳۰	P=۰/۳۴۵	۳۶/۳۰	P=۰/۲۶۵	۳۶/۳۰	P=۰/۰۹۳۷	۳۶/۱۵
اورژانس	۸۸ (۴۳/۲۰)	۳۶/۰۰		۳۶/۱۵		۳۶/۱۵		۳۶/۴۵		۳۶/۱۵

ادامه جدول ۲.

نمره شجاعت اخلاقی	۵-۱۰	(۵۱/۰۰) ۱۰۴	۳۸/۵۵	۳۹/۰۰	۳۹/۱۵	۳۹/۳۰	۳۸/۴۰
	۱۱-۱۵	(۲۹/۸۰) .	۳۶/۹	۳۸/۲۵	۳۸/۲۸	۳۸/۲۵	۳۸/۲۵
	۱۶-۲۰	(۲۰/۱۰) ۴۱	۳۵/۲۵	F=۰/۱۷۹ P=۰/۸۳۶	۳۴/۹۵	F=۱/۸۵۲ P=۰/۱۲۰	۳۴/۹۵
	۲۱-۲۵	(۱۲/۷۰) ۲۶	۳۱/۹۵	۳۱/۹۵	۳۱/۹۵	۳۱/۹۵	۳۱/۹۵
	۲۶-۳۰	(۱۶/۴۰) ۳	۳۲/۱۰	۳۲/۱۰	۳۲/۱۰	۳۲/۱۰	۳۱/۵
نمره امیدواری	رسمی	(۱۸/۱۰) ۳۷	۳۹/۱۵	۳۹/۱۵	۳۹/۱۵	۳۹/۱۵	۳۹/۱۵
	پیمانی	(۲۴/۵۰) ۵۰	۳۷/۸	F=۱/۳۳۱ P=۰/۲۶۷	۳۷/۹۵	F=۰/۹۹۸ P=۰/۳۷۵	۳۶/۷۵
	قراردادی	(۵۷/۴۰) ۱۱۷	۳۵/۱۰	۳۵/۵۵	۳۵/۵۵	۳۵/۸۵	۳۵/۴۰
	۳۰<	(۹/۸۰) ۲۰	۳۵/۵۵	۳۶/۳۰	۳۶/۳۰	۳۶/۳۰	۳۶/۳۰
	۳۱-۴۰	(۶۰/۷۸) ۱۲۴	۳۲/۷	F=۴/۸۵۲ P=۰/۰۰۳	۳۲/۸۵	F=۵/۴۶۵ P=۰/۰۰۱	۳۱/۹۵
نمره تابایی	۴۱-۵۰	(۲۷/۴۵) ۵۶	۴۰/۶۵	۴۱/۱۰	۴۱/۲۵	۴۱/۲۵	۴۰/۹۵
	< ۵۰	۴(۱/۹۷)	۳۲/۷۰	۳۲/۱۰	۳۲/۱۰	۳۳/۱۵	۳۲/۲۵

مردان ۰/۲۵ بیشتر است، بین جنسیت با نمره شجاعت اخلاقی ارتباط معناداری مشاهده نشد ($\beta=۰/۲۵$ ، $P=۰/۰۶۸$). همچنین با وجودی که نمره شجاعت اخلاقی در کارکنان شاغل در بخش جراحی و اورژانس کمتر از کارکنان داخلی بود، نمره شجاعت اخلاقی با محل خدمت پرستاران هیچ رابطه معناداری نداشت ($P \geq ۰/۰۵۰$).

نمره شجاعت اخلاقی در کارکنان با سابقه خدمت بین ۲۱ تا ۲۵ سال به طور معناداری کمتر از کارکنان با سابقه ۵ تا ۱۰ سال بود ($\beta=-۰/۴۸$ ، $P=۰/۰۲۷$). ارتباط معناداری بین نمره شجاعت اخلاقی با نوع استخدام پرستاران و همچنین سن پرستاران مشاهده نشد ($P > ۰/۰۵۰$) (جدول ۴).

جدول ۳: ارتباط دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی

متغیر	شجاعت اخلاقی	درجه آزادی	سطح معناداری
دیسترس اخلاقی	-۰/۸۶۳	۲۰۲	۰/۰۰۰

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی ارتباط منفی معنی دار وجود دارد ($R=-۰/۸۶۳$ ، $P \leq ۰/۰۵۰$) (جدول ۳).

نتایج پیش‌بینی‌کننده شجاعت اخلاقی با استفاده از مدل رگرسیون خطی نشان داد با وجود اینکه نمره شجاعت اخلاقی در

جدول ۴: رگرسیون خطی خام پیش‌بینی‌کننده‌های شجاعت اخلاقی

متغیر	β (شیب خط)	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	P
جنسیت	زن مرد	۰/۵۳ ، ۰/۰۲	۰/۰۶۸
محل خدمت	داخلی جراحی اورژانس	۰/۲۵ ، ۰/۴۹ ۰/۲۰ ، ۰/۴۳	۰/۵۳۰ ۰/۴۷۰
سابقه کاری	۵-۱۰ ۱۱-۱۵ ۱۶-۲۰ ۲۱-۲۵ ۲۶-۳۰	۰/۴۱ ، ۰/۵۴ ۰/۰۹ ، ۰/۶۲ ۰/۰۶ ، ۰/۰۹ ۱/۰۴ ، ۰/۰۹	۰/۷۸۰ ۰/۱۵۰ ۰/۰۲۷ ۰/۱۰۰

ادامه جدول ۴.

نوع استخدام	رسمی	گروه رفرنس		
	پیمانی	۰/۰۸	۰/۵۰ ، ۰/۳۴	۰/۷۱۰
	قراردادی	۰/۲۲	۰/۵۹ ، ۰/۱۴	۰/۲۳۰
سن	کمتر از ۳۰	رفرنس	۰/۷۵ ، ۳/۰۱	۰/۴۰۰
	۳۱-۴۰	۰/۲۳	۰/۱۸ ، ۰/۸۴	۰/۲۰۰
	۴۱-۵۰	۰/۳۳	۰/۸۲ ، ۰/۳۷	۰/۴۵۰
	بیشتر از ۵۰	۰/۲۳	۰/۴۵ ، ۰/۱۹۸	<۰/۰۰۱
دیسترس اخلاقی		۰/۳۳		

جدول ۵: رگرسیون خطی تطبیق یافته پیش‌بینی‌کننده‌های شجاعت اخلاقی

متغیر	β	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	P
سابقه	۵-۱۰	۰/۱۱ ، ۰/۸۳	۰/۱۳۰
	۱۱-۱۵	۰/۰۱ ، ۰/۷۴	۰/۰۴۰
	۱۶-۲۰	۰/۰۹ ، ۰/۹۸	۰/۰۱۷
	۲۱-۲۵	۰/۲۴ ، ۰/۹۱	۰/۲۶۰
سن	کمتر از ۳۰	۰/۴۸ ، ۰/۵۸	۰/۸۵۰
	۳۱-۴۰	۰/۰۶ ، ۰/۰۷	۰/۰۹۰
	۴۱-۵۰	۰/۶۸ ، ۰/۴۹	۰/۷۴۰
	بیشتر از ۵۰	۰/۱۹ ، ۰/۴۵	<۰/۰۰۱
دیسترس اخلاقی		۰/۳۳	

پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه بیشترین نمره دیسترس اخلاقی را در مقایسه با سایر بخش‌ها داشتند که با توجه به حساسیت و فشار کاری زیاد و شرایط مراقبتی بیماران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه این نتیجه دور از انتظار نیست. همچنین، نتایج پژوهش همی [۲۷] بیانگر وجود دیسترس زیاد بود که متغیرهای دموگرافیک بر آن‌ها تأثیری نداشته است. با وجود گذراندن درس اخلاق پرستاری، پرستاران سطح زیادی از دیسترس را تجربه کردند. از دلایل تفاوت نتایج این مطالعات با نتایج مطالعه حاضر می‌توان به شرایط و تغییرات پیش‌آمده به دلیل بیماری کووید ۱۹ و تأثیرات آن بر زندگی و روان افراد اشاره کرد. برای رسیدن به یک نتیجه کلی، انجام مطالعات بیشتر در این زمینه ضروری است.

همسو با یافته‌های این پژوهش، در پژوهش رحمانیان [۲۹]، جنسیت بر دیسترس اخلاقی پرستاران تأثیر داشت. بر اساس نتایج پژوهش برخورداری [۳۰]، بین نمره دیسترس اخلاقی با سن، جنس، وضعیت تأهل، سابقه کار، وضعیت استخدامی و نوع نوبت کاری ارتباط معنی‌داری وجود دارد. همچنین بنابر یافته‌های O'Connell [۳۱]، تفاوت معناداری بین جنسیت و پریشانی اخلاقی وجود دارد. زنان از نظر آماری نمرات پریشانی اخلاقی بیشتری را نسبت به مردان گزارش کردند.

در راستای بررسی ارتباط شجاعت اخلاقی با ویژگی

بر اساس نتایج حاصل از مدل رگرسیون تطبیق داده‌شده، نمره شجاعت اخلاقی در کارکنان با سابقه کار ۱۶ تا ۲۰ سال ($\beta = -0.38$)، $P = 0.040$ و کارکنان با سابقه کار ۲۱ تا ۲۵ سال ($\beta = -0.54$)، $P = 0.017$ به‌طور معناداری کمتر از کارکنان با سابقه ۵ تا ۱۰ سال بود. همچنین نتایج نشان داد با هر واحد افزایش نمره دیسترس اخلاقی، نمره شجاعت اخلاقی ۰/۳۳ واحد کاهش می‌یابد که این ارتباط از نظر آماری معنادار بود ($\beta = -0.33$)، $P < 0.001$ (جدول ۵).

بحث

هدف کلی این مطالعه تعیین ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران در پاندمی کووید ۱۹ بود. نتایج حاکی از آن است که بین دیسترس اخلاقی در سطوح متفاوت جنسیت، سن، سابقه و محل خدمت تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد، اما بین دیسترس اخلاقی در سطوح مختلف نوع استخدام تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد.

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده در خصوص رابطه دیسترس اخلاقی با ویژگی دموگرافیک، نتایج این پژوهش با پژوهش‌های McAndrew [۲۶]، امینی‌زاده [۱۹] و همی [۲۷] همسو است. در پژوهش امینی‌زاده [۱۹] و محمدی [۲۸]، بخش محل خدمت ارتباط معنی‌داری با دیسترس اخلاقی داشت. در این مطالعات،

دموگرافیک پرستاران در پاندمی کووید ۱۹، میزان میانگین ها حاکی از آن است که میانگین در بین زنان و مردان چندان متفاوت نیست. بنابراین، می توان ادعا کرد که بین شجاعت اخلاقی برحسب جنسیت تفاوت آماری معنی داری وجود ندارد. بین شجاعت اخلاقی در سطوح متفاوت گروه سنی تفاوت معنی دار آماری وجود دارد. با توجه به پژوهش های انجام شده در خصوص رابطه شجاعت اخلاقی با ویژگی های دموگرافیک، یافته های پژوهش حاضر با پژوهش امینی زاده [۱۹] همسو نیست. در پژوهش امینی زاده، شجاعت اخلاقی بر اساس سمت، نوع بخش و وضعیت تأهل متفاوت بود. از دلایل تفاوت نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر می توان به تفاوت جنسیت و سابقه کار در بخش های ویژه اشاره کرد.

در پژوهش حاضر، بیشتر شرکت کنندگان مرد بودند. همسو با نتایج پژوهش حاضر، پژوهش خشوعی [۲۲] حاکی از آن بود که شجاعت اخلاقی به غیر از سن، با سایر ویژگی های دموگرافیک (جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات و سابقه شغلی) ارتباط ندارد. در پژوهش عبادی [۱۴]، متغیرهای سن، سابقه کاری، وضعیت استخدامی، شیفت کاری و سمت با شجاعت اخلاقی پرستاران ارتباط داشت. پژوهش های Gallagher [۲۳]، محمدی [۲۸]، موسوی [۱۳] و مهدوی سرشت [۲۴] نیز نتایج مشابهی را نشان دادند. از دلایل تفاوت نتایج این پژوهش ها با پژوهش حاضر می توان به تفاوت در ابزار اندازه گیری شجاعت اخلاقی و تعداد متفاوت نمونه ها اشاره کرد.

در بررسی ارتباط بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی، نتایج حاکی از وجود ارتباط منفی معنی دار بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی پرستاران در پاندمی کووید ۱۹ است. این بدان معنی است که هرچه سطح شجاعت اخلاقی در پرستاران افزایش یابد، دیسترس اخلاقی در آن ها کاهش می یابد. با توجه به پژوهش های انجام شده در رابطه با فرضیه فوق، پژوهش های محمدی [۲۸] و امینی زاده [۲۶] با پژوهش حاضر همسو است. همچنین، همسو با پژوهش حاضر، در پژوهش های امینی زاده [۱۹]، محمدی [۲۱]، مهدوی سرشت [۳۴]، موسوی [۱۳]، طراز [۳۵] و حسینی [۳۶]، شجاعت اخلاقی پرستاران در بخش های مختلف اندازه گیری شد. نتایج نشان داد شجاعت اخلاقی با دیسترس اخلاقی ارتباط معکوس دارد و با افزایش شجاعت اخلاقی، میزان دیسترس اخلاقی درک شده توسط پرستاران در محیط های مختلف کاهش می یابد. این یافته با نتایج پژوهش Gibson [۳۷] ناهمسو است. در پژوهش Gibson، شرکت کنندگانی که شجاعت اخلاقی بیشتری داشتند، دیسترس اخلاقی کمتری گزارش نکردند. از دلایل تفاوت نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه حاضر می توان به تفاوت در ابزار پژوهش و همچنین تجربه کاری جامعه آماری اشاره کرد [۳۷].

مطالعه Gibson روی دانشجویان کارشناسی پرستاری انجام شد، در حالی که مطالعه حاضر روی پرستاران بوده است. مقایسه نتایج مطالعه حاضر با مطالعات قبلی، حاکی از این نکته است که

رفتار شجاعانه پرستاران هنگام مواجهه با تعارضات اخلاقی، از ایجاد دیسترس در آن ها پیشگیری می کند و باعث راحتی اخلاقی در آن ها می شود. به عبارت دیگر، شجاع بودن در اجرای اخلاقیات با وجود موانع ذهنی و سازمانی، تأثیرات منفی تعارضات اخلاقی را در پرستاران کاهش می دهد و باعث دستیابی به اهداف اخلاقی می شود.

Gallagher [۲۳] شجاعت اخلاقی را به عنوان یک عامل ضروری برای پیشگیری از دیسترس اخلاقی در محیط های بالینی معرفی می کند. او به این نکته اشاره می کند که اگر افراد توانایی و شجاعت عدم انجام اقدام مخالف با موازین اخلاقی را داشته باشند، دیسترس اخلاقی را کمتر تجربه خواهند کرد. از آنجاکه تقویت شجاعت اخلاقی پرستاران در کنترل و کاهش دیسترس اخلاقی نقش مهمی دارد، لذا پرستاران می توانند با تقویت شجاعت اخلاقی، از دیسترس اخلاقی خود بکاهند و در مقابل، کیفیت مراقبت از بیماران را افزایش دهند [۱۹]. نتایج پژوهش حسینی مبین این است که برای ماندگاری شجاعت اخلاقی در پرستاران برای برخورد با مسائل اخلاقی پیش رو در بالین، نیاز به برنامه مداوم آموزشی است [۳۶] در رابطه با ارتباط دیسترس اخلاقی، شجاعت اخلاقی و مشخصات دموگرافیک، مدل رگرسیون تطبیق داده شده در مطالعه حاضر، نمره شجاعت اخلاقی در کارکنان با سابقه کار بیشتر به شکل معناداری کمتر از کارکنان با سابقه کار کمتر بود. همسو با مطالعه حاضر، مطالعه Melhado نشان داد مجموع سال های تجربه در بخش انکولوژی، پیش بینی کننده ضعیفی برای شجاعت اخلاقی محسوب می شود [۳۸]. شاید دلیل این باشد که افراد با سابقه کار کمتر، جسارت بیشتری به خرج می دهند، در حالی که افراد با سابقه کار بیشتر، محتاط تر عمل می کنند. برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه حنیفی، پیشنهاد شده است که برای کاهش دیسترس اخلاقی و داشتن رویکرد شجاعانه در چالش ها، از افراد تازه کار و جوان در بخش های استرس زا کمتر استفاده شود [۳۹]. علت این تفاوت شاید این باشد که مطالعه حنیفی در شرایط عادی انجام شده است، اما مطالعه حاضر در زمان پاندمی کووید ۱۹ انجام شده است.

از جمله محدودیت های این مطالعه، تعداد کم نمونه ها، خودگزارشی بودن پرسش نامه توسط پرستاران، افزایش بار کاری پرستاران و امکان کاهش دقت در پاسخگویی به سؤالات و محدودیت در بخش های انتخابی بود.

نتیجه گیری

یافته های مطالعه حاضر نشان داد بین دیسترس اخلاقی و شجاعت اخلاقی ارتباط معنی دار منفی وجود دارد؛ لذا برگزاری کارگاه های انگیزش اخلاقی به منظور کاهش دیسترس اخلاقی و افزایش شجاعت اخلاقی برای کمک به تصمیم گیری در شرایط بحرانی، بخصوص بحران شیوع بیماری هایی چون کووید ۱۹ پیشنهاد می شود. در راستای گسترش رفتار شجاعانه و افزایش آگاهی پرستاران از اصول اخلاقی،

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه با شماره ۱۴۰۰۶۱۶۴۸۹۱ و کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1400.323 در دانشگاه علوم پزشکی همدان تصویب شده است. از شرکت کنندگان در مطالعه رضایت نامه کتبی گرفته شد.

سهیم نویسندگان

تمام نویسندگان در نگارش مقاله سهیم بوده‌اند.

حمایت مالی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی مصوب دانشگاه علوم پزشکی همدان به شماره ۱۴۰۰۶۱۶۴۸۹۱ است.

می‌توان از راهکارهایی چون برداشتن موانع سازمانی (تنبیه و اخراج به خاطر رفتار شجاعانه) و ترغیب پرستاران به انجام بحث باز در زمینه چالش‌های اخلاقی نام برد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان به خاطر حمایت مالی و از تمام پرستارانی که در انجام این مطالعه همکاری داشتند، تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

REFERENCES

- Zangrillo A, Beretta L, Silvani P, Colombo S, Scandroglio A, Dell'Acqua A, et al. Fast reshaping of intensive care unit facilities in a large metropolitan hospital in Milan, Italy: facing the COVID-19 pandemic emergency. *Crit Care Resusc.* 2020;**22**(2):91-4. PMID: 32227819
- Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;**17**(6):2032. PMID: 32204411 DOI: 10.3390/ijerph17062032
- Jafari M, Ebadi A, Khankeh HR, Maddah SS, Hosseini M. Development and validation of moral distress scale in pre-hospital emergency service providers. *Int J Emerg Serv.* 2022;**11**(2):195-202. DOI: 10.1108/IJES-05-2021-0028
- Erdoğan A, Hocaoglu A. Psychiatric aspect of infectious diseases and pandemic: A review. *Klin Psikiyatr Derg.* 2020;**23**(1):72-80. DOI: 10.5505/kpd.2020.90277
- Huang X, Wei F, Hu L, Wen L, Chen K. Epidemiology and clinical characteristics of COVID-19. *Arch Iran Med.* 2020;**23**(4):268-71. PMID: 32271601 DOI: 10.34172/aim.2020.09
- Fancourt D, Steptoe A, Wright L. The Cummings effect: politics, trust, and behaviours during the COVID-19 pandemic. *Lancet.* 2020;**396**(10249):464-5. PMID: 32771083 DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31690-1
- Zhu H, Wei L, Niu P. The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. *Glob Health Res Policy.* 2020;**5**(1):1-3. PMID: 32226823 DOI: 10.1186/s41256-020-00135-6
- Borhani F, Ismaili Abdar M, Razban F, Roshanzadeh M. Ethical distress in nurses and its relationship with burnout. *SBMU.* 2013;**7**(25):1-10.
- Zarei Nodee Y, Sheikhi MR, HosseinKhani Z, Soleimani MA. The predictive factors of job performance in nurses' moral distress. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2021;**29**(1):61-71. DOI: 10.30699/ajnm.29.1.61
- Eslami-Panah M, Torabi M, Borhani F, Abbaszadeh A. Relationship of moral climate and moral distress with job involvement among nurses working in hospitals affiliated with Hamadan university of medical sciences in 2020. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2022;**30**(4):259-69. DOI: 10.32592/ajnm.30.4.259
- Parvin A, Sadeghiyan E, Tapak L, Shamsaei F. Comparison of death anxiety and of nurses working in corona wards with those of nurses working in other wards in educational-medical centers of Shiraz, Iran, In 2020. *Avicenna J Nurs Midwifery Care.* 2022;**30**(4):270-9. DOI: 10.32592/ajnm.30.4.270
- Mosalanezhad L, Abiri S, Kalani N. Moral distress level in nurses and physicians caring for patients with COVID-19: A cross-sectional descriptive study in 2020. *EEN.* 2020;**9**(3):1-8.
- 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.
- Khajevandi H, Ebadi A, Aghaiani Chavoshi A, Khaghanizade M. Investigation of Moral Courage and Its predictive factors in nurses of Baqiyatallah Hospital in 2019. *IJMEHM.* 2020;**13**(1):131-41.
- Sekerka LE, Bagozzi RP, Charnigo R. Facing ethical challenges in the workplace: Conceptualizing and measuring professional moral courage. *J Bus Ethics.* 2009;**89**(4):565-79. DOI: 10.1007/s10551-008-0017-5
- Shareinia H, Khodadadi E, Nedaei H, Hosseini M. Professional and ethical values in providing nursing care from nurses' perspective. *Iran J Nursing.* 2018;**31**(112):44-55. DOI: 10.29252/ijn.31.112.44
- Schmidt BJ, McArthur EC. Professional nursing values: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2018;**53**(1):69-75. PMID: 29419942 DOI: 10.1111/nuf.12211
- Christodoulou-Fella M, Middleton N, Papathanassoglou ED, Karanikola MN. Exploration of the association between nurses' moral distress and secondary traumatic stress syndrome: implications for patient safety in mental health services. *Biomed Res Int.* 2017;**2017**:1908712. PMID: 29209622 DOI: 10.1155/2017/1908712
- Aminizadeh M, Arab M, Mehdipour R. Relationship moral courage to moral distress in nurses the intensive care unit. *IJMEHM.* 2017;**10**(1):131-40.
- Mohammadi S, Borhani F, Roshanzadeh M. Relationship between moral distress and moral courage in nurses. *IJMEHM.* 2014;**7**(3):26-35.
- Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. The effectiveness of ethics training on nurses ethical distress. *ZUMS.* 2016;**8**(20):99-105.
- Imani B, Karamporian A, Hamidi Y. The relationship between quality of work life and job stress in employees the foundation of martyrs and veterans affairs of Hamadan. *Mil Med.* 2014;**15**(4):253-7.
- Safarpour H, Ghazanfarabadi M, Varasteh S, Bazayr J, Fuladvandi M, Malekyan L. The association between moral distress and moral courage in nurses: A cross-sectional study in Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020;**25**(6):533. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR.156.19
- Corley MC, Minick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics.* 2005;**12**(4):381-90. PMID: 16045246 DOI: 10.1191/0969733005ne809oa
- Abbaszadeh A, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. The relationship between moral distress and retention in nurses in Birjand teaching hospitals. *IJMEHM.* 2013;**6**(2):57-66.
- McAndrew NS, Leske J, Schroeter K. Moral distress in critical care nursing: the state of the science. *Nurs Ethics.* 2018;**25**(5):552-70. PMID: 27660185 DOI: 10.1177/0969733016664975
- Hemmati N, Ersali H, Hezarian M. Investigating the relationship between moral sensitivity, moral distress and moral courage in nursing students of Shushtar university of medical sciences in 2019. 19th Annual Research Congress of Medical Students, Hamadan; 2019.
- Mohamadi N, Fakoor F, Haghighi H, Khanjari S. The association of moral distress and demographic characteristics in the nurses of critical care units in

- Tehran, Iran. *Iran J Nursing*. 2019;**32**(121):41-53. DOI: [10.29252/ijn.32.121.41](https://doi.org/10.29252/ijn.32.121.41)
29. Rahmanian A, Mirzaei T, Sabzevari S. The relationship between moral development and moral distress in Bam. *EEN*. 2019;**8**(3):37-43.
 30. Barkhordari-Sharifabad M, Hekayati M, Nasiriani K. The relationship between moral distress and resiliency in nurses. *J Med Ethics*. 2020;**14**(45):6.
 31. O'Connell CB. Gender and the experience of moral distress in critical care nurses. *Nurs Ethics*. 2015;**22**(1): 32-42. PMID: [24482261](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24482261/) DOI: [10.1177/0969733013513216](https://doi.org/10.1177/0969733013513216)
 32. Khoshouee MS. Psychometric properties of the Professional Moral Courage Scale and its measurement according to demographic characteristics. *JCOC*. 2016; **8**(26):44-58.
 33. Gallagher A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *Online J Issues Nurs*. 2011; **16**(2):8. PMID: [22088157](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22088157/)
 34. 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. *IJMEHM*. 2015;**8**(3):27-39.
 35. 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. *Electron J Gen Med*. 2018;**16**.
 36. Hoseini M, Ebadi M, Farsi Z. The effect of ethical motivational program on nurses' moral courage in Mashhad's military hospital. *J Mil Med*. 2019;**21**(4):410-7.
 37. Gibson E, Duke G, Alfred D. Exploring the relationships among moral distress, moral courage, and moral resilience in undergraduate nursing students. *J Nurs Educ*. 2020;**59**(7):392-5. PMID: [32598009](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32598009/) DOI: [10.3928/01484834-20200617-07](https://doi.org/10.3928/01484834-20200617-07)
 38. Melhado L. Evaluating moral distress, moral distress residue and moral courage in oncology nurses. [PhD Thesis]. University of Central Florida; 2016.
 39. Hanifi N, Moqaddam M. The amount of moral courage and moral distress of nurses and their related factors in educational and medical centers of Zanjan. *PCNM*. 2022;**12**(3):41-9.