

بررسی ارتباط بین هوش اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت شناختی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه

یاسر سعید^۱، غفت آفاقی^۲، زینب تابانزاد^۳، محمد نجفلو^۴

چکیده

مقدمه: هوش اخلاقی به توانایی تشخیص درست از غلط، انتخاب درست و در نهایت رفتار مبتنی بر اخلاق اطلاق می‌شود. هوش اخلاقی به عنوان عامل مؤثر در افزایش تعهد، مسئولیت پذیری، عملکرد مطلوب و تحقق اهداف سازمان محسوب می‌شود. لنیک و کیل (Lennick and Kiel) ساختار هوش اخلاقی را شامل چهار مؤلفه اصلی درستکاری، مسئولیت‌پذیری، بخشش و همدلی عنوان می‌کنند که برای موفقیت مداوم سازمانی و شخصی ضروری است؛ بنابراین اعمال افراد با هوش اخلاقی بالا، پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ است، عملکرد بالایی دارند و همیشه کارها را با اصول اخلاقی پیوند می‌دهند. پرستاران نیز به خاطر نفوذ در خدمات بهداشتی-درمانی و قبول مسئولیت‌های عظیم، مسئول پذیرش عملکردهای خود می‌باشند.

هدف: این مطالعه با هدف تعیین ارتباط میان هوش اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت شناختی در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

مواد و روش‌ها: در یک مطالعه مقطعی (توصیفی-تحلیلی)، تعداد ۲۶۷ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۹۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و از نظر هوش اخلاقی مورد بررسی قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از نسخه فارسی پرسشنامه هوش اخلاقی لنیک و کیل که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است؛ استفاده شد. سپس داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی مورد تحلیل قرار گرفتند. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: تعداد کل نمونه‌ها ۲۶۷ نفر بودند که در محدوده‌ی سنی ۲۰-۵۰ سال قرار داشتند. از این تعداد ۶۵/۵۴ درصد زن بودند و اکثریت واحدهای پژوهش، متأهل (۷۳/۷۸ درصد) و دارای سطح تحصیلات کارشناسی (۸۰/۵۲ درصد) بودند. آزمون‌های آماری نشان دادند که هوش اخلاقی بیشتر پرستاران در حد متوسط (۶۲/۹) بود. همچنین بین متغیرهای جنس ($P=0/006$)، سطح تحصیلات ($P=0/004$) و میزان ساعات اضافه کار ($P=0/004$) با هوش اخلاقی پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه ارتباط آماری معناداری وجود داشت و بین متغیرهای سن ($P=0/01$)، سابقه‌ی کار ($P=0/09$) و وضعیت تأهل ($P=0/3$) ارتباط آماری معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به ماهیت حرفه پرستاری و با تکیه بر یافته‌های این پژوهش، ارائه راهکار مناسب در زمینه چینش نیروها، برگزاری کارگاه‌های اخلاق ضمن خدمت، جذب و حفظ پرستاران واجد شرایط و انجام مطالعات مداخله‌ای در این زمینه جهت ارتقاء هوش اخلاقی و در نهایت موفقیت سازمان نظام سلامت پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: بخش مراقبت‌های ویژه، پرستار، هوش اخلاقی.

مجله علوم مراقبتی نظامی ■ سال چهارم ■ شماره ۴ ■ زمستان ۱۳۹۶ ■ شماره مسلسل ۱۴ ■ صفحات ۲۸۱-۲۸۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۱۶

تاریخ انتشار: ۱۳۹۶/۱۲/۲۰

مقدمه

ارزش‌های اخلاقی می‌باشد و اخلاق در نوع اقدام و رفتار مثبت یا

امروزه ریشه و پایه بسیاری از رفتارها و اقدام‌های افراد، متأثر از منفی فرد نقش مهمی بازی می‌کند (۱، ۲). به طوری که اخلاق

۱- دانشجوی دکترای پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پرستاری.

۲- کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پرستاری، گروه داخلی-جراحی (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیک: Effat.afaghi@yahoo.com

۳- دانشجوی دکترای پرستاری، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده پرستاری.

از لحاظ تاریخی نیز، حرفه پرستاری به جهت اصل لزوم مراقبت از دیگران، ذاتاً حرفه‌ای اخلاقی قلمداد شده است. پرستاران نسبت به سایر گروه‌های ارائه کننده مراقبت سلامت در محیط کاری خود استعداد و زمینه‌ی بیشتری برای رویارویی با موضوعات اخلاقی دارند. در این خصوص پرستاران شاغل در بخش مراقبت ویژه به دلیل محیط کاری خاص و جامعه بیماران تحت مراقبت که گاهی در معرض بیماری یا آسیب‌های تهدید حیات می‌باشند، نسبت به پرستاران سایر بخش‌ها، بیشتر در معرض تنش‌ها و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی قرار دارند (۱۱). نتایج مطالعه‌ای که بهرامی و همکاران با هدف تعیین و مقایسه سطح هوش اخلاقی بر روی صد نفر از اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام دادند نشان داد که سطح هوش اخلاقی پرستاران در سطح مطلوب بود و همچنین بین سن و سطح هوش اخلاقی ارتباط آماری معناداری وجود داشت (۱). مطالعه‌ی استاپلتون (Stapleton) و همکاران نیز نشان داد که برای افزایش عملکرد شغلی پرستاران باید اخلاقیات و هوش اخلاقی به آن‌ها آموزش داده شود (۱۲). در همین راستا آموزش هوش اخلاقی طبق یافته‌های مطالعه‌ی دونکور (Donkor) و همکاران باعث بهبودی خدمات ارائه شده به بیماران و هم چنین افزایش همدردی پرستاران با بیماران می‌شود (۱۳). با توجه به ماهیت حرفه پرستاری و با تکیه بر یافته‌های مطالعات مختلف در خصوص رابطه معنی‌دار هوش اخلاقی با ویژگی‌های جمعیت شناختی از قبیل سن و سابقه‌ی کار (۱، ۷) و کمبود مطالعات در زمینه هوش اخلاقی پرسنل پرستاری که نقش مهمی در مراقبت از سلامت بیماران بر عهده دارند، بر آن شدیم تا رابطه بین هوش اخلاقی و برخی ویژگی‌های جمعیت شناختی را در پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی (همبستگی) است که در شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ بعد از اخذ مجوز از سازمان‌های مرتبط، کلیه‌ی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان‌های منتخب شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. تعداد حجم نمونه بر اساس جدول مورگان و در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش

به عنوان معیاری برای سنجش رفتار صحیح و غلط می‌باشد. بر این اساس هوش اخلاقی یکی از مقوله‌های مورد توجه پژوهشگران در بحث اخلاق در سال‌های اخیر می‌باشد. مفهوم هوش اخلاقی برای اولین بار توسط بوربا (Borba) مطرح شد (۳). هوش اخلاقی در واقع توانایی به کارگیری مبانی اخلاق جهانی در عمل و به عبارتی توانایی تشخیص صحیح از غلط و رفتار مبتنی بر اخلاق می‌باشد (۱-۵). در واقع این نوع هوش نشان دهنده ظرفیت ذهنی انسان می‌باشد که نه تنها چارچوبی قوی و قابل دفاع برای فعالیت انسان فراهم می‌کند؛ بلکه کاربردهای فراوانی در دنیای حقیقی نیز دارد و تمام انواع دیگر هوش انسان را در جهت کارهای ارزشمند هدایت می‌کند (۵، ۶). از طرفی برخورداری افراد از هوش اخلاقی مطلوب نقش غیر قابل انکاری در موفقیت جوامع و سازمان‌ها ایفا می‌کند و افزایش تعهد، مسئولیت پذیری، بهبود کارایی فردی و گروهی (۲، ۷) افزایش تنوع طلبی و احترام به آن، کاهش هزینه‌های ناشی از کنترل، بهبود روابط، ارتقاء تفاهم در محیط‌های کاری، کاهش تعارضات، افزایش تعهد سازمانی و افزایش مشروعیت سازمان را به دنبال خواهد داشت (۱، ۲). به طور خلاصه، مطالعات نشان می‌دهند که افراد با هوش اخلاقی بالا کار درست را انجام می‌دهند، اعمال آن‌ها پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ بوده، عملکرد بالایی داشته و همیشه کارها را با اصول اخلاقی پیوند می‌دهند (۱، ۷، ۸).

هوش اخلاقی دارای ۴ بعد اصلی و ۱۰ زیرمجموعه شامل درستکاری (انسجام، صداقت، شجاعت، رازداری)، مسئولیت‌پذیری (انجام تعهدات فردی و مسئولیت‌پذیری در برابر تصمیمات شخصی، خودکنترلی و خودمحدودسازی، کمک به دیگران)، دلسوزی (مراقبت از دیگران) و بخشش (درک احساسات دیگران، درک نیازهای روحی خود) می‌باشد. لنیک و کیل بر اساس مدل خود، پرسشنامه‌ای نیز برای تعیین سطح هوش اخلاقی و ابعاد زیرمجموعه آن در افراد تدوین کردند (۴). امروزه در تمامی جوامع، پرستاری به سوی حرفه‌ای شدن پیش می‌رود و یکی از مهم‌ترین ارکان عملکرد حرفه‌ای پرستاران، مسائل اخلاقی است که باید مورد توجه قرار گیرد (۹، ۱۰)؛ زیرا مراقبت از بیماران به لحاظ ابعاد جسمی، روحی، روانی و معنوی انسان با مقوله اخلاق و ملاحظات اخلاقی سؤال برانگیز زیادی مواجه است. به طوری که

نموده است (۱). همچنین در مطالعه‌ی مقدس و همکاران در سال ۲۰۱۳ روایی صوری و محتوایی این ابزار تأیید شد و پایایی آن، با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ به دست آمد که مورد تأیید است (۵). در این مطالعه مجدداً روایی پرسشنامه محاسبه شد که آلفا کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد که نشان دهنده روایی بالای پرسشنامه می‌باشد.

بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط پرستاران، داده‌ها وارد نرم‌افزار spss نسخه ۱۸ گردید و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار و...) و تحلیلی (آزمون آماری کای دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در کلیه تحلیل‌ها میزان ($P < 0/05$) به عنوان سطح معنی‌دار در نظر گرفته شد. رعایت نکات اخلاقی بیانیه هلسینکی، اخذ رضایت آگاهانه از واحدهای مورد پژوهش، توجیه پرستاران در مورد پژوهش و اهداف آن، رعایت اصل رازداری در انتشار اطلاعات و محرمانه نگه‌داشتن آن‌ها، آزادی واحدهای مورد پژوهش در ترک مطالعه و رعایت حقوق مؤلفین در استفاده از متون و منابع چاپی و الکترونیکی از جمله اصول اخلاقی بودند که در این پژوهش رعایت شدند.

یافته‌ها

تعداد کل نمونه‌ها ۲۶۷ نفر بودند که در محدوده‌ی سنی ۵۰-۲۰ سال قرار داشتند. از این تعداد ۶۵/۵۴ درصد زن بودند و اکثریت واحدهای پژوهش، متأهل (۷۳/۷۸ درصد) و دارای سطح تحصیلات کارشناسی (۸۰/۵۲ درصد) بودند. هوش اخلاقی بیشتر پرستاران شاغل در بخش مراقبت‌های ویژه در سطح متوسط قرار داشت. (جدول ۱)

یافته‌های حاصل از آزمون آماری کای دو ارتباط آماری معنی‌داری ($P < 0/05$) را بین هوش اخلاقی و متغیرهای جمعیتی شناختی از قبیل جنس، سطح تحصیلات و میزان ساعات اضافه کار نشان داد. به طوری که پرستاران مرد به نسبت پرستاران زن دارای سطح هوش اخلاقی بالاتری بودند ($P = 0/006$). همچنین پرستاران دارای سطح تحصیلات بالاتر به نسبت از سطح هوش اخلاقی بالاتری برخوردار بودند ($P = 0/004$) و پرستاران با ساعات اضافه کار کمتر دارای سطح هوش اخلاقی بالاتری بودند ($P = 0/004$). (جدول ۲)

نمونه، ۳۰۰ نفر برآورد شد که ۳۰۰ پرسشنامه بعد از توجیه نمونه‌های پژوهش، اطمینان از رعایت اصول اخلاقی و اخذ رضایت نامه آگاهانه شفاهی جهت تکمیل به پرستاران داده شد که ۲۶۷ پرسشنامه (میزان پاسخ: ۸۹ درصد) تکمیل گردید. معیارهای ورود شامل دارا بودن حداقل یک سال سابقه کار بالینی در بخش ویژه و مدرک تحصیلی حداقل کاردانی در رشته پرستاری بود. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه‌ای شامل دو بخش که بخش اول، پرسشنامه‌ای پژوهشگر ساخته مربوط به مشخصات فردی (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، سابقه‌ی کار و میزان ساعت اضافه کار) و بخش دوم، پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی لنیک و کیل جهت بررسی هوش اخلاقی پرستاران بود. پس از کسب رضایت، توضیح اهداف پژوهش و دادن اطمینان برای حفظ محرمانه اطلاعات، پرسشنامه‌ها در میان پرستاران منتخب توزیع و در مدت زمان معین جمع‌آوری شد. بخش دوم، پرسشنامه هوش اخلاقی بود که توسط لنیک و کیل در سال ۲۰۱۲ طراحی شده است. این پرسشنامه در برگرفته‌ی ۴ بعد اصلی شامل درستکاری، مسؤولیت پذیری، بخشش و دلسوزی و ۱۰ طبقه (شایستگی) شامل انسجام، صداقت، شجاعت، رازداری، انجام تعهدات فردی/ مسؤولیت پذیری در برابر تصمیمات شخصی، خود کنترلی و خود محدودسازی، کمک به دیگران (قبول مسؤولیت برای خدمت به دیگران)، مراقبت از دیگران (مهربانی)، درک احساسات دیگران (بشردوستی و رفتار شهروندی) و درک نیازهای روحی خود (ایمان، اعتقاد و تواضع) می‌باشد. این پرسشنامه ۴۰ سؤال با طیف لیکرت در پنج مقیاس (هرگز، به ندرت، بعضی اوقات، در بیشتر مواقع، در همه مواقع) می‌باشد. به گزینه هرگز امتیاز ۱ و نهایتاً به گزینه در همه مواقع امتیاز ۵ تعلق می‌گیرد. در نهایت حداقل امتیاز اکتسابی ۴۰ و حداکثر ۲۰۰ می‌باشد که به منظور تبدیل آن به حداکثر امتیاز ۱۰۰، بر دو تقسیم می‌شود. بر اساس نمره اکتسابی امتیاز بین ۱۰۰-۹۰ خیلی بالا (عالی)، ۸۹-۸۰ بالا (خیلی خوب)، ۷۹-۶۰ متوسط (خوب)، ۵۹-۴۰ پایین (ضعیف) در نظر گرفته می‌شود (۴). این پرسشنامه در ایران در چند مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است، به طوری که بهرامی در مطالعه خود پس از طی فرایند ترجمه و تأیید روایی محتوا و صوری پرسشنامه، پایایی آن را در روش باز آزمون با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش

جدول ۱- سطح بندی هوش اخلاقی در پرستاران بخش های مراقبت ویژه

جمع	هوش اخلاقی				متغیر
	خیلی بالا	بالا	متوسط	پایین	
۲۶۷(۱۰۰)	۶ (۲/۲)	۴۷ (۱۷/۶)	۱۶۸ (۶۲/۹)	۴۶ (۱۷/۲)	فراوانی (درصد)

جدول ۲- ارتباط میان هوش اخلاقی و ویژگی های جمعیت شناختی در پرستاران بخش های مراقبت ویژه

آزمون	جمع	فراوانی (درصد)				متغیر
		خیلی بالا	بالا	متوسط	پایین	
کای اسکوتر df=۳ P=۰/۰۰۶*	۹۲ (۳۴/۴۶)	۳ (۳/۳)	۲۶ (۲۸/۳)	۴۸ (۵۲/۲)	۱۵ (۱۶/۳)	مرد
	۱۷۵ (۶۵/۵۴)	۳ (۱/۷)	۲۱ (۱۲)	۱۲۰ (۶۸/۶)	۳۱ (۱۷/۷)	زن
کای اسکوتر df=۶ P=۰/۱	۷۵ (۲۸/۱)	۴(۵/۴)	۱۴(۱۸/۶)	۴۷(۶۲/۶)	۱۰(۱۳/۴)	۲۰-۲۹
	۱۲۱ (۴۵/۳۱)	۴(۳/۳)	۳۰(۲۴/۸)	۶۹(۵۷)	۱۸(۱۴/۹)	۳۰-۳۹
	۷۱ (۲۶/۵۹)	۳(۴/۲)	۱۴(۱۹/۷)	۴۰(۵۶/۴)	۱۴(۱۹/۷)	۴۰-۵۰
کای اسکوتر Df=۶ P=۰/۰۰۶*	۳۸ (۱۴/۲۳)	۱ (۲/۶)	۱ (۲/۶)	۲۲ (۵۷/۹)	۱۴ (۳۶/۸)	کاردان
	۲۱۵ (۸۰/۵۲)	۵ (۲/۳)	۴۴ (۲۰/۵)	۱۳۴ (۶۲/۳)	۳۲ (۱۴/۹)	کارشناس
	۱۴ (۵/۲۵)	۰	۲ (۱۴/۳)	۱۲ (۸۵/۷)	۰	ارشد
کای اسکوتر df=۹ P=۰/۰۹	۸۱ (۳۰/۳۴)	۴(۵)	۱۶(۱۹/۷)	۴۹(۶۰/۵)	۱۲(۱۴/۸)	۱-۴ سال
	۷۲ (۲۶/۹۶)	۲(۲/۷)	۱۴(۱۹/۵)	۴۴(۶۱/۱)	۱۲(۱۶/۷)	۵-۹ سال
	۷۲ (۲۶/۹۶)	۴(۵/۵)	۱۳(۱۸/۱)	۴۱(۵۶/۹)	۱۴(۱۹/۵)	۱۰-۱۴ سال
	۴۲ (۱۵/۷۴)	۱(۲/۴)	۱۱(۲۶/۲)	۱۹(۴۵/۲)	۱۱(۲۶/۲)	۱۵-۲۰ سال
کای اسکوتر df=۳ P=۰/۰۳	۷۰ (۲۶/۲۱)	۵(۷/۲)	۱۱(۱۵/۷)	۴۴(۶۲/۸)	۱۰(۱۴/۳)	مجرد
	۱۹۷ (۷۳/۷۹)	۱۰(۵/۱)	۴۱(۲۰/۸)	۱۱۵(۵۸/۴)	۳۱(۱۵/۷)	متاهل
کای اسکوتر df=۹ P=۰/۰۰۴*	۷۳ (۲۷/۳۵)	۲ (۲/۷)	۱۶ (۲۱/۹)	۴۵ (۶۱/۶)	۱۰ (۱۳/۷)	کمتر از ۵۰ ساعت
	۵۵ (۲۰/۵۹)	۲ (۳/۶)	۹ (۱۶/۴)	۳۶ (۶۵/۵)	۸ (۱۴/۵)	۵۰-۱۰۰ ساعت
	۱۰۳ (۳۸/۵۸)	۲ (۱/۹)	۹ (۸/۷)	۶۵ (۶۳/۱)	۲۷ (۲۶/۲)	۱۰۰-۱۵۰ ساعت
	۳۶ (۱۳/۴۸)	۱ (۲/۸)	۱۳ (۳۶)	۱۲ (۳۳/۴)	۱۰ (۲۷/۸)	۱۵۰-۲۰۰ ساعت

* موارد معنادار (سطح معنی دار $P < 0/05$ در نظر گرفته شده است).

بحث و نتیجه گیری

مطلوب گزارش نموده اند (۱). نتایج مطالعه آمینی و رحیمی نیز نشانگر بالا بودن سطح هوش اخلاقی دانشجویان دانشکده مهندسی دانشگاه کاشان می باشد (۱۷). نکته قابل توجه در این مطالعات تفاوت در جامعه و محیط پژوهش می باشد و این موضوع به نوعی نشان دهنده تأثیرات محیط بر هوش اخلاقی افراد می باشد. این مسئله در جامعه پرستاران بخش مراقبت ویژه با توجه به ماهیت محیط کاری و جامعه متفاوت بیماران از اهمیت بیشتری برخوردار می باشد و بایستی بیشتر مد نظر قرار گیرد. بر این اساس با تکیه

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ی بین هوش اخلاقی و ویژگی های جمعیت شناختی پرستاران بخش مراقبت های ویژه بیمارستان های منتخب شهر تهران انجام شده است. بر اساس یافته ها هوش اخلاقی پرستاران بخش مراقبت های ویژه در حد متوسط بود که با مطالعه ی آمینی (۱۴)، عرشی ها (۱۵) و تحریر (۱۶) همسو می باشد. از طرفی بهرامی و همکاران در مطالعه مشابه سطح هوش اخلاقی کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد را در سطح

بالای ۵۰ سال، نتایج حاکی از کاهش سطح هوش اخلاقی بوده است. مطالعه‌ی مختاری، لنگلوئز (langlois) نیز حاکی از ارتباط معنی‌دار سطح هوش اخلاقی و سابقه‌ی کار دارد (۲۰، ۷). امینی و همکاران نیز معتقدند که سطح هوش اخلاقی با جنسیت و وضعیت تأهل ارتباط معنی‌دار دارد و میزان تحصیلات و سابقه‌ی کار تفاوت معنی‌داری ندارد (۱۷). بر این اساس می‌توان گفت به تناسب میانگین سنی با توجه به برخورد‌های فرد و قرارگیری بیشتر در موقعیت‌های اجتماعی و متفاوت، فرد ملزم به چالش‌های اخلاقی و پرورش توانمندی‌های اخلاقی خواهد بود (۱). یافته‌های مختلف مطالعات بالا، نشان دهنده‌ی این است که هوش اخلاقی حاصل وراثت نیست و نوعی توانایی اکتسابی و قابل توسعه است و آموزش هوش اخلاقی به عنوان یک راهنما، افراد را یاری می‌کند تا عملکرد بهینه‌ای داشته باشند. تربیت یک پرستار خوب تنها وابسته به دانش نظری و مهارت‌های بالینی نیست؛ بلکه رشد تجارب اخلاقی در به‌کارگیری دانش و مسئولیت‌پذیری اخلاقی از ضروریات این حرفه است (۲۱).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه در جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد. از آنجایی که پرسشنامه جنبه‌ی خودسنجی و سوگیری در پاسخ دارد؛ استفاده از مصاحبه و مشاهده برای جمع‌آوری اطلاعات و استفاده از دیگر متغیرها جهت رابطه سنجی مثل رابطه‌ی هوش اخلاقی با فرسودگی شغلی، کیفیت زندگی و مواردی از این قبیل پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

نتایج این پژوهش حاصل یک طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) به شماره ثبت ۱۱۰/۳۴۰/ط بود که در مهر ماه سال ۱۳۹۴ به اتمام رسید. بدین وسیله پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند، از همه‌ی پرستاران و افرادی که در این مطالعه همکاری و مشارکت نمودند تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

بر این موضوع ضرورت آموزش‌های تخصصی در بحث اخلاق برای این گروه از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد.

در مطالعه‌ی حاضر بین جنسیت و سطح هوش اخلاقی ارتباط معنادار آماری وجود داشت به طوری که مردان به نسبت زنان سطح هوش اخلاقی بالاتری داشتند. این موضوع می‌تواند متأثر از تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی زن و مرد و درگیری زنان در امور مربوط به منزل در کنار مشغله حرفه‌ای آن‌ها باشد. نتایج مطالعه‌ی امینی (۱۷) و بوش (Bauch) (۱۸) نیز با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد. هر چند نتایج مطالعات ویمالاسیری (Wimalasiri) (۱۹) و بهرامی (۱) تفاوت معناداری را از نظر جنسیت، در سطح هوش اخلاقی زنان و مردان نشان نداد.

در مطالعه حاضر پرستارانی که دارای سطح تحصیلات بالاتر بودند به نسبت، سطح هوش اخلاقی بالاتری داشتند. در حالی که نتایج مطالعه ویمالاسیری (۱۹) و بهرامی (۱) مخالف نتایج حاضر می‌باشد این موضوع می‌تواند ناشی از تفاوت در جامعه و محیط پژوهش باشد و بایستی برای اطمینان بیشتر در مطالعات آتی به صورت هدفمند این موضوع مورد توجه قرار گیرد. از نظر میزان ساعات اشتغال نیز بین سطح هوش اخلاقی و میزان ساعات اضافه کار ارتباط معنادار معکوس وجود داشت به طوری پرستارانی که ساعات اضافه کار کمتری داشتند به نسبت دارای هوش اخلاقی بالاتری بودند. این موضوع می‌تواند ناشی از برخورد‌های متعدد و قرارگیری در موقعیت‌های بالینی بیشتر از نظر نیاز به تصمیم‌گیری و قضاوت‌های اخلاقی باشد. چرا که هر چقدر فرد زمان بیشتری را در محیط بالین و با بیمار بگذراند درگیری عاطفی و جسمی بیشتری متوجه او خواهد بود و این موضوع می‌تواند در موقعیت‌های ایجاد شده و تکرار شونده، عکس‌العمل متفاوت فرد را به دنبال داشته باشد.

در این مطالعه بین سطح هوش اخلاقی با سن، سابقه‌ی کار و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود نداشت. در حالی که نتایج مطالعه بهرامی و همکاران عنوان‌کننده ارتباط بین سن و سطح هوش اخلاقی می‌باشد البته این ارتباط به صورت نوسانی گزارش شده است به طوری که از نظر میانگین سنی، سطح هوش اخلاقی در افراد کمتر از ۵۰ سال افزایش داشته است و به تناسب در افراد

References

- 1- Bahrami MA, Asami M, Fatehpanah A, Dehghani Tafti A, Ahmadi Tehrani G. Moral intelligence status of the faculty members and staff of the Shahid Sadoughi University of Medical Sciences of Yazd. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 2012;5(6):81-95.
- 2- Flite CA, Harman LB. Code of ethics: principles for ethical leadership. *Perspect Health Inf Manag*. 2013;10(Winter):1d. PMID: 23346028
- 3- M B. The step-by-step plan to building moral intelligence. *Nurturing Kids Heart& Souls*. National Educator Award, National council of Selfesteem: Jossey-Bass. San Francisco: National Educator Awards, National Council of Self Steam; 2005.
- 4- Lennick D, Kiel F. *Moral intelligence: Enhancing business performance and leadership success in turbulent times*: Pearson Prentice Hall; 2011.
- 5- Moghadas M. Investigate of relationship between moral intelligence and distress tolerance in Isfahan staff. *Int J*. 2013;2(2):2307-27.
- 6- Beheshtifar M, Esmaeli Z, Moghadam MN. Effect of moral intelligence on leadership. *Eur J Econ Fin Adm Sci*. 2011;43(1):6-11.
- 7- Mokhtaripour M. Relationship between Moral Intelligence and the Team Leadership in Administrators from Faculty Members Point of View at the Medical Sciences University of Isfahan 2008-2009. *J Health Adm*. 2009;12(36):61-9.
- 8- Mohammadi S, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral intelligence in nursing: a cross-sectional study in East of Iran. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 2013;6(5):57-66.
- 9- Abasszadeh A. Design and evaluation of nurses ethical practice mode. *Tebb-va-Tazkieh*. 2002;47(1):59-66.
- 10- Parsons S, Barker PJ, Armstrong AE. The teaching of health care ethics to students of nursing in the UK: a pilot study. *Nurs Ethics*. 2001;8(1):45-56. DOI: 10.1177/096973300100800106 PMID: 16010908
- 11- Park M, Jeon SH, Hong HJ, Cho SH. A comparison of ethical issues in nursing practice across nursing units. *Nurs Ethics*. 2014;21(5):594-607. DOI: 10.1177/0969733013513212 PMID: 24449700
- 12- Stapleton P, Henderson A, Creedy DK, Cooke M, Patterson E, Alexander H, et al. Boosting morale and improving performance in the nursing setting. *J Nurs Manag*. 2007;15(8):811-6. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2007.00745.x PMID: 17944606
- 13- Donkor NT, Andrews LD. Ethics, culture and nursing practice in Ghana. *Int Nurs Rev*. 2011;58(1):109-14. DOI: 10.1111/j.1466-7657.2010.00852.x PMID: 21281302
- 14- Amini M, Rahimi H. A survey on moral intelligence in engineering college at the University of Kashan. *Iran Eng Educ J*. 2015;17(66):1.
- 15- Arshiha MS, Talari KL, Noghani F, Sedghi Goyaghaj N, Taghavi Larijani T. The Relationship between moral intelligence and communication skills among nursing students. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 2016;9(3):44-54.
- 16- Nehrir B, Saeid Y, Ebadi A, Najafloo M, Khoshab H, Mahmoodi H, et al. A comparison of the moral intelligence of nurses in civilian and military hospitals. *Iranian J Med Ethics Hist Med*. 2015;7(6):59-68.
- 17- Amini M, Rahimi M, Godali H, Montazer M. A study the status of moral intelligence in nurses across Kashan hospitals in 2015. *J Educ Ethics Nurs*. 2015;4(1):59-66.
- 18- Arredondo Rucinski D, Bauch PA. Reflective, ethical, and moral constructs in educational leadership preparation: effects on graduates' practices. *J Educ Adm*. 2006;44(5):487-508.
- 19- Wimalasiri JS. Moral reasoning capacity of management students and practitioners: an empirical study in Australia. *J Manage Psychol*. 2001;16(8):614-34.
- 20- Langlois L, Lapointe C. Ethical leadership in Canadian school organizations: Tensions and possibilities. *Educ Manage Adm Leadersh*. 2007;35(2):247-60.
- 21- Yousefi P, Heshmati H. Moral intelligence and its position in nursing profession. *Dev Strat Med Educ*. 2015;2(2):65-73.

The Relationship between Moral Intelligence and Demographic Characteristics of Nurses in the Intensive Care Units

Saied. Y¹, *Afaghi. E², Tabanejad. Z³, Najafloo. M⁴

Abstract

Introduction: Moral intelligence is the ability to distinguish true from false, choose appropriately, and ultimately show ethical behavior. Moral intelligence is considered as an effective factor in increasing commitment, accountability, desirable performance, and achieving the goals of the organization. Based on the results of the study by Lennick and Kiel, moral intelligence is comprised of 4 main components including integrity, responsibility, forgiveness, and compassion that are essential for the continuation of organizational and personal success. Therefore, there is a harmony between the values and beliefs in people with high moral intelligence; they have high performance and always link their actions with moral principles. Nurses are also responsible for their actions due to their highlighted role in health care practices and taking huge responsibilities. Objectives: The current study aimed at investigating the relationship between moral intelligence and some demographic characteristics in nurses of the intensive care units (ICUs).

Materials and Methods: The current cross sectional, descriptive-analytical study was conducted on 267 nurses working in the ICUs in Tehran in 2013 selected by the convenience sampling method and examined for moral intelligence. Persian version of the Lennick and Kiel moral intelligence, which its reliability and validity was confirmed previously, was used for data collection. Then, data were analyzed with SPSS version 18 using descriptive and analytical statistics. A P-value <0.05 was considered as significance level.

Results: The total number of samples was 267 in the age range of 20-50 years, of which 65.54% were female; the majority of study participants was married (73.78%) and had undergraduate education (80.52%). Statistical tests showed that the moral intelligence of most nurses (n=168; 62.9%) was moderate. Also, there was a significant relationship between the gender-dependent variables (P = 0.006), level of education (P = 0.004), overtime hours (P = 0.004), and moral intelligence of nurses in ICUs. There was no significant relationship among age (P = 0.1), work experience (P = 0.09) and marital status (P = 0.3).

Discussion and Conclusion: Based on the nature of nursing profession and relying on the findings of the current research, it is suggested to develop strategic plans, hold in-service ethics workshops, hire qualified nurses, and conduct interventional studies in the same field to enhance moral intelligence and consequently efficiency of health system.

Keywords: Intensive Care Unit, Moral Intelligence, Nurse

Saied Y, Afaghi E, Tabanejad Z, Najafloo M. The Relationship between Moral Intelligence and Demographic Characteristics of Nurses in the Intensive Care Units. *Military Caring Sciences*. 2018; 4(4). 281-287.

Submission: 3/11/2017 Accepted: 5/2/2017 Published: 11/3/2018

1- Ph.D., Nursing Student, Iran, Tehran, Baqiyatallah University of Medical Sciences.

2- (*Corresponding Author) MSc in Critical Care Nursing, Instructor, AJA University of Medical Sciences, Faculty of Nursing, Medical- Surgical Department. Email: Effat.afaghi@yahoo.com

3- Ph.D., Nursing Student, Iran, Tehran, Iran University of Medical Sciences.

4- MSc in Critical Care Nursing Student, Iran, Tehran, Baqiyatallah University of Medical Sciences.