

## ارزیابی هوش اخلاقی و مؤلفه‌های سازنده آن: دیدگاه حرفه‌مندان پرستاری شهرستان ملایر در سال ۱۳۹۵

نویسندگان:

مرجان مردانی حموله<sup>۱</sup>، معصومه ایرانشاهی<sup>۲\*</sup>، طلیعه خلیفی<sup>۲</sup>، معصومه احمدی<sup>۲</sup>

۱- گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- گروه روان پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.3, Fall 2016

### چکیده:

**مقدمه:** هوش اخلاقی، ظرفیت درک درست از نادرست و عمل نمودن بر پایه ارزشی است که به درست بودن یک رفتار، باور دارد. هدف این مطالعه، ارزیابی هوش اخلاقی و مؤلفه‌های سازنده آن در حرفه‌مندان پرستاری بود.

**روش کار:** در این پژوهش توصیفی، ۱۹۵ نفر از حرفه‌مندان پرستاری در بیمارستان‌های شهر ملایر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفتند. اطلاعات توسط فرم مشخصات فردی و پرسشنامه هوش اخلاقی گردآوری شدند. روایی این پرسشنامه به شیوه روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد ( $r=0/92$ )، مورد تأیید قرار گرفت. تحلیل داده‌ها به‌وسیله آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون‌های آنالیز واریانس و تی مستقل) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره هوش اخلاقی کلی حرفه‌مندان پرستاری از ۱۰۰-۲۰، در محدوده  $69/75 \pm 8/4$  به دست آمد. بیشینه نمره هوش اخلاقی ۷۸/۱۵ و کمینه آن ۶۱/۳۵ بوده و طیف کلی نمرات هوش اخلاقی در محدوده خوب تا ضعیف قرار داشت. از میان مشخصات فردی نمونه‌ها، بین مدرک تحصیلی با متغیر هوش اخلاقی ارتباط معنادار دیده شد ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** توجه به یافته‌ها، عنایت به مفهوم هوش اخلاقی در حرفه‌مندان پرستاری و تلاش برای ارتقای آن، ضروری است. این مهم، می‌تواند به مدد مدیران خدمات پرستاری در عرصه بالین و اساتید رشته پرستاری در حوزه آموزش، تحقق یابد.

**واژگان کلیدی:** هوش اخلاقی، حرفه‌مندان پرستاری، اخلاق پرستاری

J Educ Ethics Nurs 2016;5(3):27-34

### مقدمه:

کیفیت مراقبت ارائه‌شده به میزان زیادی به نحوه عملکرد پرستاران بستگی دارد و عملاً نمی‌توان بین اخلاق و عملکرد بالینی مرزی قائل شد و آن‌ها را از هم جدا کرد. در نتیجه، می‌توان رفتار اخلاقی پرستاران را عامل مؤثری در بهبود و بازگشت سلامتی مددجویان و بیماران دانست [۳]. در واقع، سلامت و بهبود بیماران در راستای ارائه مراقبت باکیفیت به آنان فراهم می‌گردد و اخلاق حرفه‌ای نیز به‌عنوان یک موضوع اساسی در عملکرد پرستاری مطرح است [۴]. بر این اساس، رعایت ضوابط اخلاقی در حرفه پرستاری به بهبود خدمات پرستاری منجر می‌شود و

در میان حرفه‌های مختلف علوم پزشکی، حرفه پرستاری می‌تواند، نمود واضحی از عملگرهای اخلاقی داشته باشد. هدف نهایی اصلی حرفه پرستاری تأمین و بهبودی انسان‌هاست و تحقق این امر از طریق مراقبت‌های علمی و اخلاقی و ارتباط صحیح با مددجو امکان‌پذیر است [۱]. عملکرد پرستاران به‌واسطه ماهیت انسانی و اخلاقی حرفه‌شان از اهمیت خاصی برخوردار است و چه‌بسا پایداری آن‌ها به اصول اخلاقی ضمن ارتقای کیفیت مراقبت، باعث بهبود عملکرد سازمانی نیز شود [۲]. عملکرد پرستاران در بطن خود امری ارزشی و انسانی بوده و

\*نویسنده مسئول، نشانی: تهران، خیابان ولیعصر (عج)، بالاتر از میدان ونک، خیابان رشیدباسمی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

پست الکترونیک: Email:ma.iranshahi@yahoo.com

تلفن تماس: ۰۹۱۸۳۵۳۵۶۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۲۰

است [۱۰]. برخی از مطالعات انجام شده در این حوزه نیز به بررسی ابعاد گوناگون هوش اخلاقی در پرستاران پرداخته‌اند، به طوری که نتایج پژوهشی در کشورمان نشان داد، کلیه ابعاد هوش اخلاقی پرستاران تحت مطالعه شامل دلسوزی، مسئولیت‌پذیری، بخشش و درستکاری در سطح مطلوبی قرار داشته‌اند [۲].

در این میان، برخی از ابعاد هوش اخلاقی، بیشتر مورد توجه پژوهشگران پرستاری بوده‌اند. به عنوان نمونه در خصوص مؤلفه دلسوزی، این پژوهشگران در مطالعات خود نوشته‌اند، هرچند؛ دلسوزی به عنوان یک ارزش اخلاقی تثبیت شده در ادبیات پرستاری شناخته شده است، اما مبحثی است که نیازمند توجهات بیشتر است [۱۱]. به باور این پژوهشگران، دلسوزی، آگاهی عمیق از رنج دیگران و آرزوی کاستن از آن است و این مهم، سنگ بنای پرستاری بالینی است [۱۲]. این پژوهشگران اعلام داشته‌اند که در سال‌های اخیر، علاقه‌مندی به موضوع مراقبت دلسوزانه در میان کارکنان مراقبتی رو به افزایش نهاده [۱۳] و غنا بخشیدن به فرهنگ مراقبت دلسوزانه، بر ارائه مراقبت‌های بیمار محور استوار شده است [۱۴]. هم‌چنین، به باور پژوهشگران پرستاری، بخشش که یکی از مؤلفه‌های هوش اخلاقی به شمار می‌رود، یکی از نیازهای معنوی بیماران است که باید در مراقبت از آنان دیده شود [۱۵].

موارد ذکر شده، ضرورت پرداختن به مفهوم هوش اخلاقی و مؤلفه‌های سازنده آن مشتمل بر دلسوزی، مسئولیت‌پذیری، بخشش و درستکاری را در حرفه مندان پرستاری؛ دوچندان می‌نماید. با عنایت به این که به نظر می‌رسد، مفهوم هوش اخلاقی در بافت حرفه پرستاری ریشه دارد و پرستاران به‌طور اجتناب‌ناپذیری در حرفه خود، نیازمند برخورداری از آن می‌باشند؛ ارزیابی این مفهوم ضروری است. هرچند مطالعاتی پیرامون مفهوم تحت مطالعه در نقاط مختلف کشور انجام شده‌اند، اما با توجه به این که تاکنون مطالعه مشابهی در شهر ملایر که شهری با جمعیت محدود می‌باشد، انجام نگردیده است؛ پژوهشگر بر آن شد تا مطالعه‌ای باهدف ارزیابی هوش اخلاقی و مؤلفه‌های سازنده آن در حرفه مندان پرستاری در این شهر که منتخب دیگری از جمعیت پرستاران کشور هستند، انجام دهد.

### روش کار:

این مطالعه توصیفی - مقطعی در زمستان سال ۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش، حرفه‌مندان پرستاری در بیمارستان‌های امام حسین (ع) و مهر در شهر ملایر بودند. منظور از حرفه مندان پرستاری، شاغلین مرتبط با حرفه پرستاری مشتمل بر پرستاران و بهیاران بوده‌اند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران و

بهبود کیفیت کار پرستاران تأثیر بسزایی در ارتقای فرآیند بهبودی بیماران دارد. موظف شدن پرستاران به رعایت اصول اخلاقی سبب می‌شود که مددجو با اطمینان و اعتماد بیشتری مراقبت‌های پرستاری را دریافت کند. در این راستا، هرگونه خلل در رعایت موازین اخلاق از سوی پرستاران می‌تواند علمی‌ترین و بهترین مراقبت پرستاری را تحت‌الشعاع قرار دهد. علاوه بر آن، توجه پرستاران به مسائل اخلاقی سبب افزایش توان و بهره‌وری هر چه بیشتر آن‌ها خواهد شد [۱]. در مقابل، هرگاه پرستاران به عنوان یک گروه از کارکنان درمانی مورد غفلت قرار گیرند یا صدای آن‌ها شنیده نشود و به حاشیه رانده شوند، این احتمال وجود دارد که دچار ناتوانی شده و به این سو تشویق شوند که از مسئولیت‌های اخلاقی خود کناره‌گیرند [۵].

طبق نتایج مطالعه‌ای که در ترکیه انجام شد، ویژگی‌های یک پرستار خوب شامل شایستگی حرفه‌ای، مسئولیت‌پذیری، صبر، درستکاری، علاقه‌مندی به حرفه، دلسوزی و عدم پایبندی به ارزش‌های مادی در مراقبت از بیمار می‌باشد [۶]. بسیاری از ویژگی‌های یادشده در مقوله هوش اخلاقی، نمود یافته‌اند. هوش اخلاقی با انجام درست‌کار و رعایت اصول اخلاقی پیوند دارد و ناظر بر ظرفیت و توانایی درک و فهم درست از نادرست، برخورداری از باورها و اعتقادات اخلاقی قوی و بروز رفتاری شایسته می‌باشد. این مفهوم دربردارنده مؤلفه‌های دلسوزی، مسئولیت‌پذیری، بخشش و درستکاری می‌باشد [۷]. واقع امر آن است که عملکرد اخلاقی افراد به میزان زیادی متأثر از معیارهای اخلاقی از جمله هوش اخلاقی آنان می‌باشد. لذا، نقش و جایگاه هوش اخلاقی و اهمیت آن در بهسازی روابط بین فردی و مناسبات اجتماعی به‌ویژه در حرفه پرستاری که مستقیماً با مردم و زندگی آن‌ها سروکار دارد، برجستگی بیشتری خواهد داشت [۳]. مطالعات محدودی درباره هوش اخلاقی در حرفه پرستاری انجام شده‌اند که نتایج این مطالعات حاکی از سودمندی برخورداری از هوش اخلاقی برای حرفه مندان این رشته می‌باشند. طبق نتایج حاصل از این پژوهش‌ها، برخورداری پرستاران از هوش اخلاقی بالا، منجر به ارتقای بهزیستی روان‌شناختی در آنان می‌گردد و به این ترتیب سلامت روان آنان نیز بهبود می‌یابد [۸]. در مطالعه دیگری بیان شد، هوش اخلاقی در محیط‌های درمانی که از نظر تفاوت‌های فردی و شخصیتی از تنوع بسیاری برخوردار هستند، باعث افزایش سازگاری پرستاران شده و عملکرد شغلی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱]. از طرفی، نتایج مطالعه دیگری گویای آن بود که با افزایش هوش اخلاقی پرستاران، مهارت‌های ارتباطی آنان ارتقا می‌یابد [۹]. به‌علاوه، در پژوهش دیگری مشخص شد، هوش اخلاقی در بهبود راهبردهای مقابله‌ای کارآمد در محیط بیمارستان نیز مؤثر

در پژوهش حاضر نیز پژوهشگر اقدام به سنجش روایی و پایایی ابزار نمود. برای تعیین روایی، ابزار مربوطه در اختیار ۷ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار گرفت و روایی محتوای آن تأیید شد. لازم به ذکر است به منظور انطباق نسخه انگلیسی ابزار با نسخه فارسی، علاوه بر نسخه فارسی که قبلاً توسط محققان ایرانی استفاده شده بود، نسخه انگلیسی نیز در اختیار اساتید ذکر شده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی آن نیز از روش آزمون مجدد استفاده شد. به این منظور، توسط ۱۵ نفر از افراد دارای مشخصات همسان با جامعه پژوهش، تکمیل گردید و دو هفته بعد توسط همان افراد مجدداً تکمیل شد، سپس ضریب همبستگی پیرسون برای دو بار برگزاری آزمون مورد محاسبه قرار گرفت و ضریب همبستگی ۰/۹۲ برای ابزار به دست آمد.

به منظور گردآوری داده‌ها، نخست، پژوهش حاضر به تصویب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران درآمد و مجوز انجام پژوهش از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مذکور گرفته شد. سپس، ضمن گرفتن معرفی‌نامه از این دانشگاه با مدیریت بیمارستان‌های مورد نظر در ملایر هماهنگی به عمل آمد. از نمونه‌ها رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و به آنان در خصوص اهداف پژوهش توضیحات لازم ارائه شد. همچنین، به آنان گفته شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و هرگاه بخواهند می‌توانند مطالعه را ترک کنند. در زمینه محرمانگی اطلاعات گردآوری شده نیز اطمینان لازم به آنان داده شد. پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های محل خدمت نمونه‌ها، به گردآوری داده‌ها در طی ۳ ماه اقدام نمود. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت. در این راستا از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس) استفاده گردید. در تحلیل داده‌ها نیز P-value کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها:

مشخصات فردی نمونه‌ها در جدول ۱ مشاهده می‌شوند. میانگین نمره هوش اخلاقی کلی حرفه مندان پرستاری از ۱۰۰-۲۰۰، در محدوده  $69/75 \pm 8/4$  به دست آمد. بر این اساس، بیشینه نمره هوش اخلاقی ۷۸/۱۵ و کمینه آن ۶۱/۳۵ بوده و طیف کلی نمرات هوش اخلاقی نمونه پژوهش، در محدوده خوب تا ضعیف قرار داشته است. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های هوش اخلاقی در حرفه مندان پرستاری در جدول ۲ نمایان شده است.

مطالعه مشرقی کاویجانی و همکاران [۱۰]، ۲۲۰ نفر برآورد شد. از این تعداد، ۱۳ نفر پرسشنامه‌ها را عودت ندادند و ۱۲ نفر نیز به صورت مخدوش بازگرداندند. بر این اساس، نمونه پژوهش ۱۹۵ نفر از حرفه مندان پرستاری بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از دو بیمارستان مذکور انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه، داشتن حداقل یک سال سابقه بالینی و اشتغال تمام‌وقت در حرفه پرستاری بود.

به منظور گردآوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی و ابزار هوش اخلاقی استفاده شد. فرم مشخصات فردی دربردارنده متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی، سابقه کار، بخش محل خدمت و نوبت کاری بود. جهت اندازه‌گیری هوش اخلاقی از ابزار ۴۰ گویه‌ای کین و لنینک (۲۰۰۶) با چهار مؤلفه درستکاری، بخشش، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی استفاده شد [۷]. هر مؤلفه دارای زیر مؤلفه‌هایی است و هر زیرمؤلفه شامل ۴ گویه می‌باشد. مؤلفه درستکاری مشتمل بر ۴ زیرمؤلفه (۱۶ گویه)، به شرح راست‌گویی و بیان حقیقت، پایداری برای حق و حقیقت، عمل بر طبق اصول، ارزش‌ها و باورها و وفای به عهد است. مؤلفه بخشش دربردارنده ۲ زیرمؤلفه (۸ گویه)، توانایی بخشش اشتباهات خود و توانایی بخشش اشتباهات دیگران می‌شود. مؤلفه مسئولیت‌پذیری شامل ۳ زیرمؤلفه (۱۲ گویه)، به شرح مسئولیت‌پذیری برای خدمت به انسان‌ها، مسئولیت‌پذیری برای تصمیمات فردی و اقرار به اشتباهات و قصورات می‌گردد. مؤلفه دلسوزی نیز دربردارنده ۱ زیرمؤلفه (۴ گویه)، یعنی علاقه‌مندی فعال به دیگران می‌شود. گویه‌های این ابزار، در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای با گزینه‌های خیلی زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم طراحی شده‌اند که به ترتیب دارای ۵، ۴، ۳، ۲ و ۱ امتیاز می‌باشند. نمره کلی ابزار ۲۰۰-۴۰ می‌باشد که جهت اخذ نمره نهایی، بر عدد ۲ تقسیم می‌گردد. بر این اساس، هر فرد می‌تواند نمره‌ای بین ۲۰ تا ۱۰۰ داشته باشد که در طیف عالی (۹۰-۱۰۰)، خیلی خوب (۸۰-۸۹)، خوب (۷۰-۷۹) و ضعیف (۶۰-۶۹) و کمتر از آن، تقسیم‌بندی می‌شود. ضمن آن‌که با در نظر داشتن محدوده نمره کلی ۱۰۰-۲۰، محدوده نمرات مؤلفه‌های ۴ گانه به ترتیب برای درستکاری، بخشش، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی شامل ۴۰-۸، ۲۰-۴، ۳۰-۶ و ۱۰-۲ می‌گردد.

بهرامی و همکاران، با انجام فرآیند ترجمه- بازترجمه به روایی محتوایی مطلوب برای ابزار اشاره نموده‌اند [۱۶]. افزون بر آن، روایی ابزار به شیوه روایی محتوا در سایر مطالعات ایرانی برای جامعه پرستاری مورد بررسی قرار گرفته است [۲-۱]. همچنین، پایایی ابزار در مطالعات ایرانی با بهره‌گیری از ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۹۶-۰/۸۵، دست آمده است [۳-۱، ۹-۱۷، ۱۶-۱].

جدول ۱: متغیرهای جمعیت شناختی واحدهای پژوهش

متغیر	تعداد	درصد	ارزش معناداری	آزمون آماری
جنس	مرد	۲۷	۱۳/۹	p=۰/۳۰۵
	زن	۱۶۸	۸۶/۱	
وضعیت تأهل	مجرد	۴۲	۲۱/۵	p=۰/۲۲۳
	متأهل	۱۵۳	۷۸/۵	
سن (سال)	کمتر از ۳۵	۴۵	۲۳	p=۰/۱۶۵
	۳۵-۴۵	۸۲	۴۲	
سابقه کار (سال)	کمتر از ۵	۵۵	۲/۲۸	p=۰/۲۴۰
	۵-۱۰	۷۹	۴۰/۵	
مدرک تحصیلی	دیپلم بهیاری	۴۶	۲۳/۶	*p=۰/۰۰۱
	کارشناس پرستاری	۱۴۹	۷۶/۴	
نوبت کاری	ثابت	۲۱	۱۰/۸	p=۰/۲۹۸
	در گردش	۱۷۴	۸۹/۲	
بخش محل خدمت	داخلی	۳۱	۱۵/۹	p=۰/۲۰۹
	جراحی	۲۲	۱۱/۳	
	اطفال	۳۵	۱۷/۹	
	زنان	۳۹	۲۰	
	اورژانس	۴۳	۲۲	
	ویژه	۲۵	۱۲/۹	

\*وجود ارتباط معنادار

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مؤلفه های هوش اخلاقی در واحدهای پژوهش

مؤلفه	زیرمؤلفه	میانگین و انحراف معیار مؤلفه	میانگین و انحراف معیار زیرمؤلفه
مسئولیت پذیری	مسئولیت پذیری برای خدمت به انسان ها	۲۳/۷۸±۲/۰۲	۲۱/۴۴±۲/۳۲
	مسئولیت پذیری برای تصمیمات فردی	۲۱/۰۴±۲/۴۲	
دلسوزی	علاقه مندی فعال به دیگران	۱۹/۵/±۲/۵۲	۶/۶۵±۱/۸
	توانایی بخشش اشتباهات خود	۶/۶۵±۱/۸	
بخشش	توانایی بخشش اشتباهات دیگران	۱۵/۲۸/±۲/۳۳	۱۴/۱۶±۲/۱۷
	توانایی بخشش اشتباهات خود	۱۳/۰۵±۲/۰۲	
درستکاری	راست گویی و بیان حقیقت	۳۰/۲۱±۲/۸	۲۷/۵±۲/۱۱
	پایداری برای حق و حقیقت	۲۸/۵±۲/۱۵	
	عمل بر طبق اصول، ارزش ها و باورها	۲۶/۰۳±۱/۸۲	
	وفای به عهد	۲۵/۰۲±۱/۷	

**بحث:**

آنان در حد متوسط به بالا بود [۲]. هوش اخلاقی پرستاران شهر کاشان بالاتر از حد متوسط اعلام شد [۱۷]. هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری شهر تهران، در سطح خوب گزارش شد [۹]. می توان گفت، هوش اخلاقی پرستاران، نیازمند ارتقا به سطوح بالاتر می باشد. شاید رساندن پرستاران به هوش اخلاقی در

در مطالعه حاضر، طیف کلی هوش اخلاقی، در محدوده ضعیف تا خوب قرار داشت. در مطالعه ای که پرستاران شاغل در شهرهای تهران و کرمان مورد بررسی قرار گرفتند، هوش اخلاقی در حد متوسط اعلام گردید [۳]. نتایج مطالعه هوش اخلاقی پرستاران در شرق ایران نیز نشان داد، هوش اخلاقی

احساس شخصی خوبی نداشتند [۳۱]. از طرفی طبق مطالعه‌ای در فنلاند، از آنجاکه دلسوزی با بار عاطفی زیادی همراه است، می‌تواند منجر به تنش شغلی زیاد در پرستاری شود. پس دلسوزی؛ همواره در پرستاری سودمند نیست [۳۲]. لیکن، نظر به سودمندی‌هایی که دلسوزی به همراه دارد، لازم است این ویژگی جهت ارتقای هوش اخلاقی پرستاران، پرورش یابد. شاید با ارائه آموزش‌های مدون مبتنی بر اخلاق بتوان به این هدف دست‌یافت، زیرا در تحقیقی مشخص شد، ظرفیت پرستاران استرالیایی برای ارائه مراقبت‌های دلسوزانه به دانش آنان در این زمینه، مرتبط است [۳۳].

در مطالعه حاضر پرستاران، حد متوسطی از بخشش داشتند. بخشش، سلامت جسمی و روانی افراد را ارتقا می‌دهد [۳۴]، به طوری که برخورداری از مهارت بخشش، خشم افراد را به حداقل می‌رساند [۳۵]. بخشش، متضمن کیفیت مراقبت‌های جامع توسط پرستاران است [۳۶]. پرستاران در هنگام مراقبت از بیماران با چالش‌هایی دست‌وپنجه نرم می‌کنند که بیماران در ارتباط با اطرافیان و اعضای خانواده خود در زمینه بخشش، مواجه هستند؛ بنابراین پرداختن به این مفهوم برای پرستاران مهم است [۳۷]. نتایج پژوهشی در ایالات متحده حاکی از آن بود که مهم‌ترین دشواری در زمینه مراقبت از بیمار، تسهیل بخشش بین بیماران و خانواده‌ها بود [۳۶]. لذا جهت رسیدن به سطح بالای بخشش در پرستاران می‌توان از مداخلاتی سود برد، زیرا مداخلات مبتنی بر بخشش منجر به ارتقای سلامت روان پرستاران می‌شود، از افسردگی و اضطراب آنان می‌کاهد و احساس امیدواری را در آنان بارور می‌نماید [۳۸].

در این مطالعه، شرکت‌کنندگان، در مؤلفه درستکاری، در حد متوسط به بالا، ارزیابی شدند. طبق پژوهشی در نروژ، درستکاری به‌عنوان یک ارزش اخلاقی در مراقبت از بیمار به شمار می‌آید [۲۰]. در حقیقت، درستکاری، یکی از راهبردهایی است که ارتقا دهنده مهارت‌های ارتباطی پرستاران است [۳۹]. نتایج مطالعه‌ای در انگلیس بیان داشت، پرستاری در بردارنده عناصری همچون درستکاری، می‌باشد [۴۰]. طبق مطالعه‌ای در استرالیا، یکی از ویژگی‌های پرستاران، درستکاری است که به توسعه حرفه‌ای آنان کمک می‌نماید [۴۱]. تحقیقات انجام‌شده، ضرورت ارتقای درستکاری در پرستاران، به‌منظور افزایش هوش اخلاقی آنان را مورد تأکید قرار می‌دهد.

در مطالعه حاضر از میان مشخصات فردی، بین متغیر مدرک تحصیلی و هوش اخلاقی ارتباط معنادار آماری دیده شد، ولی با سایر مشخصات این ارتباط مشاهده نشد. پرستاران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی از دارندگان مدرک تحصیلی دیپلم بهیاری، هوش اخلاقی بالاتری داشتند. مطالعه هوش اخلاقی پرستاران

سطح عالی ایده آل باشد، اما می‌توان تلاش نمود تا آنان در ابتدا به سطح خیلی خوب ارتقا یابند. این مهم، همکاری توأم و پیوسته در حوزه‌های پرستاری بالینی و آموزش پرستاری را می‌طلبد.

در مطالعه حاضر، مسئولیت‌پذیری پرستاران در حد متوسط به بالا بود. طبق پژوهشی در ایالات متحده، مسئولیت‌پذیری، یکی از مضامینی بود که می‌توانست پرستاران را از خطاهای حرفه‌ای دور نگهدارد [۱۸]. مطالعه‌ای در برزیل بیان داشت، مسئولیت‌پذیری، استقلال حرفه‌ای پرستاران را ارتقا می‌دهد [۱۹]. پژوهشی در نروژ نیز بیان داشت، مسئولیت‌پذیری، موجب کاستن از ناهماهنگی‌های بین بیماران و کارکنان مراقبتی می‌گردد [۲۰]. این یافته‌ها بر اهمیت پرداختن به مؤلفه مسئولیت‌پذیری و ارتقای آن در پرستاران جهت افزایش هوش اخلاقی آنان تأکید دارد.

در این مطالعه، سطح مؤلفه دلسوزی، در حد متوسط قرار داشت. پژوهشگران پرستاری در مطالعات خود، دلسوزی را یک عنصر اساسی و یک زبان جهانی در حرفه پرستاری معرفی نموده‌اند [۲۱-۲۲]. در مطالعه‌ای که نظرات پرستاران شاغل در سطح بین‌المللی انجام شد، نشان داد که علی‌رغم تفاوت‌های فرهنگی میان آنان، همگی، دلسوزی را عنصری مهم در پرستاری قلمداد می‌نمایند [۱۲]. به باور پرستاران در انگلیس، چگونگی تأثیر دلسوزی در زمینه پاسخ‌های عاطفی بین بیماران و کارکنان مراقبتی در محیط‌های بالینی، از پیچیدگی برخوردار است و دلسوزی به‌عنوان یک نیروی محرکه جهت ارائه مراقبت به شمار می‌آید [۲۳]. طبق تجارب پرستاران ایتالیایی، مراقبت دلسوزانه با عناصر مثبتی مانند دوست داشتن بیمار و حمایت از وی، درهم آمیخته است [۲۴]. مطالعه‌ای در آفریقای جنوبی نشان داد، پرستاران در هنگام مراقبت از بیمار، حس دلسوزی را گسترش می‌دهند و از این طریق راه نوینی برای جستجوی نیازهای بیمار، طی می‌کنند [۲۵]. در تجارب پرستاران نیوزلندی، دلسوزی یکی از اجزای مراقبت‌های معنوی از بیمار بوده است [۲۶]. مطالعات مذکور، دلسوزی را در مراقبت از بیمار مدنظر قرار داده‌اند. سایر پژوهش‌ها، دلسوزی را از منظر رفتار سازمانی دیده‌اند. مطالعات انجام‌شده در پرتغال و کره جنوبی بیان داشتند، دلسوزی در مراقبت از بیمار، کیفیت زندگی کاری پرستاران را بهبود بخشیده و فرسودگی شغلی آنان را کم می‌نماید [۲۷-۲۸]. مطالعات انجام‌شده در ایالات متحده و اسپانیا نشان دادند، رفتارهای دلسوزانه در مراقبت از بیماران، کیفیت مراقبت را ارتقا می‌دهد و ماندگاری در حرفه را برای پرستاران به ارمغان می‌آورد [۲۹-۳۰]. پژوهشی در پرتغال عنوان نمود، هرگاه پرستاران در مراقبت از بیمار، رفتار دلسوزانه کمتری داشته‌اند،

بیمارستان‌ها مانند بیمارستان‌های خصوصی نمی‌باشد. همچنین، انتخاب نمونه‌ها، به شیوه در دسترس بوده که از روش‌های نمونه‌گیری غیر احتمالی به شمار می‌آید؛ این امر از تعمیم‌پذیری نتایج می‌کاهد.

### نتیجه‌گیری:

نتایج مطالعه حاضر بیان داشت، هوش اخلاقی حرفه‌مندان پرستاری از سطوح ضعیف تا خوب برخوردار است. نظر به این‌که هوش اخلاقی دارای درجات بالاتر یعنی خیلی خوب و عالی نیز می‌باشد، ضروری است که اساتید و مدیران پرستاری به‌منظور ارتقای هوش اخلاقی پرستاران، در ایجاد محیط‌هایی که ارتقا‌دهنده هوش اخلاقی و یکایک مؤلفه‌های دلسوزی، مسئولیت‌پذیری، بخشش و درستکاری می‌باشند، بکوشند. این مهم می‌تواند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی اخلاق محور در دوره دانشجویی پرستاران و در ادامه با برگزاری آموزش‌های ضمن خدمت برای حرفه‌مندان پرستاری به‌صورت مستمر، تداوم داشته باشد.

### تشکر و قدردانی:

این مطالعه با کد ۲۷۹۵۲-۱۹۳-۰۱-۹۵ در مرکز کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی ایران ثبت شده است. پژوهشگر از مدیریت مرکز مربوطه و تمامی پرستاران شرکت‌کننده در تحقیق، سپاسگزاری می‌نماید.

### تعارض منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود نداشت.

## References:

- Hajlo N, Ghaffari M, Movaghar M. Investigating the relationship between moral and social intelligence, and nurses' attitude to patient education. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2015; 8 (1):67-79. (Persian)
- Mohammadi S, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral intelligence in nursing: a cross-sectional study in East of Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2013; 6 (5):57-66. (Persian)
- 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. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2015; 7 (6):59-68. (Persian)
- Khaki S, esmaeel poorzanjani S, mashouf S. The Relationship between of Professional Ethical Observance with Quality of Care from Nurse's Point of View. *J Educ Ethics Nurs* 2017; 5(2):24-32. (Persian)
- Mardani Hamooleh M, Iranshahi M, Seyedfatemi N, Haghani H. An evaluation of moral distress levels among the nursing staff of Malayer hospitals: A cross-sectional study. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2016; 9 (2):42-53. (Persian)
- Aydin Er R, Sehiralti M, Akpinar A. Attributes of a good nurse. *Nurs Ethics* 2017; 24(2):238-250.
- Lennick D, Kiel F. Moral intelligence for successful leadership. *Leader Leader* 2006; 2006(40): 13-16.
- Sotoodeh H, Shakerinia I, Kheyrafi M, Dargahi S, Ghasemi Jobaneh R. Surveying the relationship between spiritual and moral intelligence and the psychological well-being of nurses. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2016; 9 (1):63-73. (Persian)
- Arshiha M S, Talari K L, Noghani F, Sedghi Goyaghaj N, Taghavi Larjani T. The Relationship between moral intelligence and communication skills among nursing students. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2016; 9 (3):44-54. (Persian)

10. Mashreghi Kavijani S, Khodabakhshi-koolae A, Hamidypour R, Mosalanejad L. The association between moral intelligence and social adjustment with coping style among medicines residents of universities of Tehran. *J Educ Ethics Nurs* 2015; 4 (4):33-41. (Persian)
11. McCaffrey G, McConnell S. Compassion: a critical review of peer-reviewed nursing literature. *J Clin Nurs* 2015; 24(19-20):3006-15.
12. Papadopoulos I, Zorba A, Koulouglioti C, Ali S, Aagard M, Akman O, et al. International study on nurses' views and experiences of compassion. *Int J Palliat Nurs* 2017;23(1):18-26.
13. Tierney S, Seers K, Tutton E, Reeve J. Enabling the flow of compassionate care: a grounded theory study. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):174.
14. Quinn B, Thomas K. Using the Gold Standards Framework to deliver good end of life care. *Nurs Manag (Harrow)* 2017;23(10):20-25.
15. Taylor C. Rethinking hopelessness and the role of spiritual care when cure is no longer an option. *J Pain Symptom Manage* 2012;44(4):626-30.
16. Bahrami M, 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. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(6): 81-95. (Persian).
17. Amini M, Rahimi H, 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. (Persian).
18. Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *J Am Assoc Nurse Pract* 2017; 29(7):403-409.
19. Santos ÉID, Alves YR, Silva ACSSD, Gomes AMT. Professional autonomy and nursing: representations of health professionals. *Rev Gaucha Enferm* 2017; 38(1):e59033.
20. Browall M, Henoch I, Melin-Johansson C, Strang S, Danielson E. Existential encounters: nurses' descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 18(6):636-44.
21. Blomberg K, Griffiths P, Wengström Y, May C, Bridges J. Interventions for compassionate nursing care: A systematic review. *Int J Nurs Stud* 2016; 62:137-55.
22. Booth L. Compassion: a universal language. *Contemp Nurs* 2016; 52(2-3):366-8.
23. Barron K, Deery R, Sloan G. Community mental health nurses' and compassion: an interpretative approach. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2017; 24(4):211-220.
24. De Carlo P, Guerra D, Rega ML, Galletti C. Compassionate nursing care: the experience of italian nurses. *Prof Inferm* 2016; 69(4):197-204.
25. Temane A, Simelane L, Poggenpoel M, Myburgh CP. Lived experiences of student nurses caring for intellectually disabled people in a public psychiatric institution. *Curatonia* 2016; 39(1):1601.
26. Walker H, Waterworth S. New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *Int J Palliat Nurs* 2017; 23(1):18-26.
27. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Appl Nurs Res* 2017; 35:42-47.
28. Lee Y, Seomun G. Role of compassion competence among clinical nurses in professional quality of life. *Int Nurs Rev* 2016; 63(3):381-7.
29. Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47(6):522-8.
30. Gracia-Gracia P, Oliván-Blázquez B. Burnout and Mindfulness Self-Compassion in Nurses of Intensive Care Units: Cross-Sectional Study. *Holist Nurs Pract* 2017; 31(4):225-233.
31. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs* 2017; 28:114-121.
32. Mauno S, Ruokolainen M, Kinnunen U, De Bloom J. Emotional labour and work engagement among nurses: examining perceived compassion, leadership and work ethic as stress buffers *J Adv Nurs* 2016;72(5):1169-81.
33. Jones J, Winch S, Strube P, Mitchell M, Henderson A. Delivering compassionate care in intensive care units: nurses' perceptions of enablers and barriers. *J Adv Nurs* 2016; 72(12):3137-3146.
34. Quenstedt-Moe G, Popkess S. Forgiveness and health in christian women. *J Relig Health* 2014; 53(1):204-16.
35. Mefford L, Thomas SP, Callen B, Groer M. Religiousness/Spirituality and anger management in community-dwelling older persons. *Issues Ment Health Nurs* 2014; 35(4):283-91.
36. Wittenberg E, Ferrell B, Goldsmith J, Buller H. Provider Difficulties With Spiritual and Forgiveness Communication at the End of Life. *Am J Hosp Palliat Care* 2016; 33(9):843-848.
37. Ferrell B, Otis-Green S, Baird RP, Garcia A. Nurses' responses to requests for forgiveness at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(3):631-41.
38. Recine AC. Designing forgiveness interventions: guidance from five meta-analyses. *J Holist Nurs* 2015; 33(2):161-7.
39. Crawford D, Corkin D, Coad J, Hollis R. Educating children's nurses for communicating bad news. *Nurs Child Young People* 2013; 25(8):28-33.
40. Waugh A, Smith D, Horsburgh D, Gray M. Towards a values-based person specification for recruitment of compassionate nursing and midwifery candidates: a study of registered and student nurses' and midwives' perceptions of prerequisite attributes and key skills. *Nurse Educ Today* 2014; 34(9):1190-5.
41. Ennis G, Happell B, Reid-Searl K. Enabling professional development in mental health nursing: the role of clinical leadership. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015; 22(8):616-22.
42. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *J Trauma Nurs* 2017; 24(3): 158-163.

## Evaluation of moral intelligence and its constructive items: Malayer nursing professionals' perspectives in 2017

Marjan Mardani - Hamooleh<sup>1</sup>, Masoomeh Iranshahi\*<sup>2</sup>, Talieh Khalifi<sup>2</sup>,  
Masoomeh Ahmadi<sup>2</sup>

Received: 2017/11/11

Accepted: 2018/3/03

1. Dept of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept of Psychiatric Nursing, Students' Research Committee, Faculty of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.5, No.3, Fall 2016

J Educ Ethics Nurs 2016;5(3):27-34

### *Abstract:*

#### **Introduction:**

Moral intelligence is the capacity to understand right from wrong and to behave based on the value that is believed to be right. This study determined moral intelligence and its constructive items among nursing professionals.

#### **Materials and Methods:**

This research is a descriptive and cross-sectional study. In this study, 195 nursing professionals from Malayer city were selected. Data were collected by demographic form and moral intelligence scale. Validity and reliability of this scale were confirmed using content validity and test-retest ( $r=0.92$ ) methods. Data were analyzed by descriptive and analytical statistics using SPSS software.

#### **Results:**

The mean score of total moral intelligence among nursing professionals was  $69.75 \pm 8.4$  in the range of 20- 100. The maximum score of moral intelligence was 78.15 and the minimum was 61.35 and the overall range of moral intelligence scores ranged from good to poor. There was a significant relationship between the education level of the samples and the moral intelligence variable ( $p<0.05$ ).

#### **Conclusion:**

It is necessary pay attention to the findings, consider the concept of moral intelligence in nursing professionals and try to promote it. This can be achieved through nursing managers in practice and nursing professors in the field of education.

**Keywords:** Moral Intelligence, Nursing Professionals, Nursing Ethics