

بررسی ارتباط هوش اخلاقی و اجتماعی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران

نادر حاجلو^۱، مظفر غفاری^{۲*} و منصور موقر^۳

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

هوش اخلاقی و اجتماعی 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 تاثیر قرار می‌دهد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط هوش اخلاقی و اجتماعی با میزان نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران است. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بوده و نمونه‌ی آماری این تحقیق شامل ۲۰۰ نفر از پرستاران استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۳ بودند که با استفاده از فرمول کوکران و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی Lennick و Kiel، مقیاس هوش اجتماعی Thet و مقیاس محقق ساخته‌ی نگرش پرستار نسبت به آموزش بیمار استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند. بین نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران با متغیر هوش اجتماعی ($P=0/001$ و $r=0/442$)، خرده مقیاس درستکاری هوش اخلاقی ($P=0/001$ و $r=0/554$)، خرده مقیاس بخشش هوش اخلاقی ($P=0/002$ و $r=0/283$)، خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری هوش اخلاقی ($P=0/001$ و $r=0/292$) و خرده مقیاس دلسوزی هوش اخلاقی ($P=0/001$ و $r=0/353$) رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار به‌دست آمد. نتایج ضریب همبستگی چند متغیری به روش Enter نشان داد که متغیر هوش اجتماعی و خرده مقیاس‌های هوش اخلاقی در تبیین متغیر نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران ($R^2=0/426$) سهمیم بودند. آموزش به بیمار از مسئولیت‌های اصلی پرستاران است. از آن‌جا که نتایج به‌دست آمده نشان داد بین هوش اجتماعی و خرده مقیاس‌های هوش اخلاقی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد، بنابراین، برای افزایش عملکرد آموزشی پرستاران لازم است هوش اخلاقی و اجتماعی آنان از طریق آموزش گروهی تقویت شود.

واژگان کلیدی: هوش اخلاقی، هوش اجتماعی، نگرش پرستاران

^۱ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

^۲ مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور

^۳ مربی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه پیام نور

* نشانی: نشانی: تهران، سازمان مرکزی دانشگاه پیام نور، صندوق پستی: ۳۶۹۷-۱۹۳۹۵، تلفن: ۰۹۱۴۱۵۹۲۶۴۷.

مقدمه

آموزش پیرامون مسائل مربوط به سلامت، برای سلامت روانی و جسمی بیماران لازم است (۱). مداخلات آموزشی که پرستاران انجام می‌دهند دانش مددجو را پیرامون سلامتی وی افزایش داده و اثرات منفی بیماری را بر کیفیت زندگی، کاهش می‌دهد (۲، ۳). آموزش به بیمار شامل مراحل مختلف و به هم پیوسته‌ای است که باید به صورت منظم و متوالی انجام شود تا به نتیجه‌ی مطلوب یادگیری مددجو منجر شود (۴). حیطه‌های آموزش به بیمار، بر اساس آموزش سلامتی و بر اساس آماده کردن بیمار برای همکاری در فرایند پرستاری، پرورش و توانبخشی است (۵). متغیرهای مختلفی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران رابطه دارد که یکی از این متغیرها، متغیر هوش اخلاقی است. Martin و همکاران هوش اخلاقی را اعتقاد عمیق و ارزش‌هایی می‌دانستند که قادر است تمامی افکار و رفتارهای فرد را هدایت کند (۶). این نوع هوش به مثابه‌ی نوعی جهت‌یاب برای اقدام به عمل درست و توانایی کاربرد اصول اخلاقی جهانی در تعامل با دیگران است (۷). هوش اخلاقی^۱ به معنی ظرفیت و توانایی درک درست از خلاف، داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آن‌ها و رفتار در جهت صحیح و درست است (۸). هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورده و به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار محسوب شود (۹). بسیاری از رفتارها و عملکردهای انسان ریشه در اصول و ارزش‌های اخلاقی دارد و از آن متاثر می‌شود (۱۰). در نظر گرفتن اصول اخلاقی نتایج مهمی از جمله توان تشخیص درد و رنج دیگران، توان مهار بی‌رحمی و وسوسه‌ها در خود، به تأخیر انداختن کام‌جویی، گوش کردن بی‌طرفانه و همه‌جانبه پیش از قضاوت کردن، پذیرش تفاوت‌ها و پی بردن به ارزش‌های

گونگون را به‌دنبال دارد (۱۱). به‌عنوان مثال، آموزش اخلاقیات و هوش اخلاقی در پرستاران، باعث بهبودی خدمات (آموزشی و درمانی) ارائه‌شده به بیماران توسط پرستاران در کشور غنا شد و هم‌چنین، میزان همدلی و همنوایی پرستاران را نسبت به بیماران افزایش داد (۱۲). در این راستا مطالعه‌ی Abdul Rani و همکاران نشان داد که تقویت هوش معنوی و اخلاقی پرستاران کشور مالزی در دوره‌ی دانشجویی، باعث بهبود عملکرد شغلی آن‌ها در دوره‌ی فعالیت‌شان می‌شود (۱۳). هم‌چنین، Stapleton و همکاران معتقد بودند که برای افزایش عملکرد شغلی پرستاران، لازم است که اخلاقیات و هوش اخلاقی به آن‌ها آموزش داده شود (۱۴). علاوه بر مطالعات اشاره شده، مطالعه‌ی Chen نیز نشان داد که بین اخلاقیات و هوش اخلاقی پرستاران با سلامت و بهزیستی روانی کودکان تحت مراقبت آنان (پرستاران) رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر، هوش اخلاقی در پرستاران باعث می‌شود که خدمات (درمانی و آموزشی) ارائه‌شده به کودکان در حد مطلوب باشد همین عامل هم منجر به افزایش سلامت روانی در کودکان می‌شود (۱۵). مطالعه‌ی دیگری که در زمینه‌ی هوش اخلاقی پرستاران انجام شده است پژوهش Updegraff است. این پژوهش، نشان داد که پایین بودن پرستاران و سایر کارکنان مراکز درمانی و بهداشتی به اخلاقیات، باعث بهتر شدن خدمات (آموزشی و درمانی) آن‌ها به بیماران و سایر مراجعه‌کنندگان می‌شود (۱۶). Baillie و همکاران اعتقاد داشتند که ماهیت پرستاری و خدماتی (درمانی و آموزشی) که توسط آن‌ها ارائه می‌شود به‌گونه‌ای است که باید به اخلاقیات توجه شود (۱۷). هوش اخلاقی و پایبندی به اخلاقیات باعث می‌شود که خدمات ارائه‌شده به بیمار، به شکل مطلوب باشد (۱۸). بالاخره بررسی و مطالعه‌ی کَریمی مونتقی و همکاران نشان داد که بین هوش معنوی پرستاران و

¹ Moral intelligence

هوش اجتماعی و هیجانی با نگرش پرستاران نسبت به ارائه‌ی خدمات آموزشی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۷). تحقیقات انجام‌شده در سایر گروه‌های شاغل در حوزه‌ی پزشکی و درمانی هم نشان‌دهنده‌ی این هستند که بین هوش اجتماعی و نگرش نسبت به آموزش بیماران رابطه وجود دارد. به‌عنوان مثال، Mayer دریافت که با افزایش هوش اجتماعی در پزشکان، می‌توان نگرش آن‌ها را نسبت به آموزش بیماران افزایش داد (۲۸).

با بازنگری ادبیات پژوهشی خارج از کشور و نظریه‌های موجود در این زمینه و سایر منابع، می‌توان چنین استدلال کرد که بین هوش اخلاقی و هوش اجتماعی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران رابطه وجود دارد. به‌عبارت دیگر، هوش اخلاقی و اجتماعی همان توانایی شناخت و آگاهی پرستاران از نیازهای آموزشی و درمانی بیماران است که آن‌ها (پرستاران) را نسبت به ارائه‌ی خدمات آموزشی به بیماران علاقه‌مند می‌سازد. با توجه به فرصت و طول زمان ارتباط پرستار با بیمار، مسؤلیت آموزش به بیمار بیش‌تر متوجه پرستاران است. ولی امروزه پرستاران، توجه کم‌تری به این نقش مهم خویش دارند (۲۹). به‌عنوان مثال، مطالعه‌ی سلطانی خبیبی و همکاران نشان داد در حیطه‌ی ماهیت بیماری در مجموع موارد، ۹ درصد آموزش کامل و ۱۰ درصد آموزش نسبی به بیماران داده شده بود و در ۸۰ درصد موارد هیچ‌گونه آموزشی توسط پرستاران به بیماران ارائه نشده بود (۳۰). از آن‌جا که در داخل کشور تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر صورت نگرفته بود، بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی ارتباط هوش اخلاقی و هوش اجتماعی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران بود.

روش کار

روش پژوهش در تحقیق حاضر از نوع همبستگی بوده است. جامعه‌ی آماری مورد نظر در این پژوهش را پرستاران استان آذربایجان غربی در سال ۱۳۹۳ تشکیل می‌دادند که در

صلاحیت‌های بالینی آن‌ها همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۱۹).

علاوه بر سازه‌ی هوش اخلاقی، توانایی دیگری که می‌تواند با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران رابطه داشته باشد توانایی هوش اجتماعی است. توانایی هوش اجتماعی^۱ در ابتدا فقط به‌عنوان یک مفهوم منفرد معرفی شد، اما بعدها دیگران آن را به‌عنوان دو نوع هوش فردی تعریف کردند که به دو جنبه‌ی هوش بین فردی^۲ و هوش درون فردی^۳ می‌پردازد که شامل دانش و آگاهی در مورد خود و دیگران است (۲۰). هوش اجتماعی به‌عنوان یک توانایی ضروری برای افراد به منظور ارتباط، درک و تعامل مؤثر با دیگران است (۲۱). هوش اجتماعی را می‌توان درک بهتر از روابط بین انسان‌ها، احساس‌ها، افکار و رفتار تعریف کرد (۲۲). بین هوش اجتماعی با مراقبت پرستاران از بیماران رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۳). در این زمینه رنگرز و همکاران اعتقاد داشتند که آموزش هوش اجتماعی باعث بهبودی عملکرد شغلی پرستاران می‌شود (۲۴). هم‌چنین، Larin و همکاران معتقد بودند که پرستاران و سایر افراد شاغل در حوزه‌ی بهداشت و درمان، برای این‌که بتوانند عملکرد مناسبی را از خود نشان دهند لازم است که هوش اجتماعی بالایی داشته باشند تا این‌که بتوانند نیازهای (آموزشی و درمانی) بیماران و سایر اطرافیان را تشخیص بدهند و در راستای آن نیازها، اقدامات لازم را از خود نشان دهند (۲۵). Larin و همکاران در مطالعه‌ی دیگر نشان دادند که آموزش هوش اجتماعی و هیجانی برای دانشجویان پرستاری و سایر دانشجویان علوم پزشکی در دوره‌ی دانشجویی، باعث بهبودی خدمات (آموزشی و درمانی) آن‌ها نسبت به بیماران در دوره‌ی فعالیت‌شان می‌شود (۲۶). علاوه بر نتایج تحقیقات اشاره شده، Singh نیز دریافت که بین

^۱ Social intelligence

^۲ Interpersonal intelligence

^۳ Intrapersonal intelligence

محدوده‌ی سنی ۲۲ الی ۶۰ سال قرار گرفته بودند. نمونه‌ی آماری پژوهش حاضر با توجه طرح پژوهش و تعداد متغیرها شامل ۲۱۰ نفر (۱۴۰ نفر پرستار زن و ۷۰ نفر پرستار مرد) از پرستاران بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و با استفاده از فرمول کوکران انتخاب شدند. با توجه به بالا بودن جامعه‌ی آماری زنان نسبت به جامعه‌ی آماری مردان در بین پرستاران، از بین پرستاران زن ۱۴۵ نفر و از بین پرستاران مرد ۷۵ نفر انتخاب شدند. برای گزینش اعضای نمونه، ابتدا خوشه‌ها (بیمارستان‌ها) به‌صورت تصادفی انتخاب شدند یعنی از بین بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی، ۷ بیمارستان (بیمارستان عباسی میاندوآب، بیمارستان شهدای تکاب، بیمارستان انقلاب اسلامی بوکان، بیمارستان قدس ماکو، بیمارستان قمر بنی هاشم خوی، بیمارستان مطهری ارومیه و بیمارستان امام رضا ارومیه) به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. بعد از بین پرستاران بیمارستان‌های انتخاب شده (خوشه‌ها)، نمونه‌های مورد نیاز به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند؛ که از بین پرستاران بیمارستان عباسی میاندوآب، بیمارستان قدس ماکو، بیمارستان قمر بنی‌هاشم خوی، بیمارستان مطهری ارومیه و بیمارستان امام رضا ارومیه هر کدام ۳۲ نفر (پرستار) و به‌علت کوچک بودن جامعه‌ی آماری بیمارستان‌های شهدای تکاب و انقلاب اسلامی بوکان، برای هر کدام ۳۰ نفر (پرستار) به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

محقق در وقت کاری، در محل کار پرستاران حاضر شده، بعد از جلب نظر و توجیه آنان به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌نامه‌های مربوطه در همان زمان و مکان اقدام کرد. در مدت چهار هفته تمامی داده‌ها گردآوری شدند. ۲۰ پاسخ‌نامه به دلیل ناقص بودن یا پاسخ‌دهی توأم با بی‌دقتی کنار گذاشته شد و تحلیل نتایج بر روی ۲۰۰ مجموعه پاسخ‌نامه‌ی باقی‌مانده (۱۳۰ پاسخ‌نامه‌ی پرستاران زن و ۷۰ پاسخ‌نامه‌ی پرستاران مرد) انجام گرفت.

در مورد علل انتخاب ۲۰۰ نفر برای نمونه‌ی آماری باید اشاره کرد که در روش‌های همبستگی حداقل نمونه باید ۳۰ نفر باشد تا نمونه‌ی انتخاب شده نماینده‌ی واقعی جامعه باشد و اعتبار بالایی داشته باشد لذا تعداد نمونه‌ی آماری ۲۰۰ نفر انتخاب شدند (۳۱).

قبل از جمع‌آوری اطلاعات، به پرستاران در مورد هدف و روش مطالعه توضیح داده شد و ذکر شد که مشارکت و عدم مشارکت در ارزشیابی شغلی آنان تاثیری نخواهد داشت و پاسخ‌های آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی Liennick و Kiel، مقیاس هوش اجتماعی Thet و مقیاس محقق‌ساخته‌ی نگرش پرستار نسبت به آموزش بیمار استفاده شد.

مقیاس هوش اخلاقی Liennick و Kiel

این آزمون از ۴۰ سؤال تشکیل شده است و چهار خرده مقیاس (درستکاری، بخشش، مسوولیت‌پذیری و دلسوزی) دارد و هم‌چنین، این پرسشنامه ۱۰ شایستگی را اندازه می‌گیرد. پاسخ‌دهندگان به هر پرسش بر روی طیف پنج درجه‌ای (هرگز تا تمام اوقات) پاسخ می‌دهند که به‌ترتیب به این گزینه‌ها امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. بر این اساس، هر پاسخ‌دهنده در کل ۴۰ سؤال، امتیازی بین ۲۰۰-۴۰ کسب می‌کند پس از محاسبه‌ی امتیازها، به منظور تبدیل آن‌ها به حداکثر ۱۰۰ امتیاز، امتیاز هر شایستگی و نیز امتیاز کل پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی بر عدد ۲ تقسیم می‌شود. به‌عنوان مثال، سؤالات ۱، ۱۱، ۲۱، ۳۱ مربوط به شایستگی انسجام در گفتار و کردار هستند. بنابراین، هر پاسخ‌دهنده در این شایستگی، امتیازی بین حداقل ۴ و حداکثر ۲۰ کسب می‌کند که با تقسیم آن (امتیاز کسب شده) بر عدد ۲، امتیاز نهایی شایستگی انسجام در گفتار و کردار به‌دست می‌آید. هم‌چنین، در کل پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی، امتیازی بین ۴۰ تا ۲۰۰ کسب می‌کند که با تقسیم آن بر عدد ۲، امتیاز نهایی هوش اخلاقی وی مشخص خواهد شد. در نهایت، امتیاز ۹۰-۱۰۰

پرسشنامه با پرسشنامه‌ی هوش هیجانی، روایی هم‌زمان پرسشنامه مناسب ارزیابی شد (۲۰).

پرسشنامه‌ی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران

برای جمع‌آوری اطلاعات مربوط به متغیر نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران، از پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ی مصاحبه‌ای که مشتمل بر ۱۹ سؤال و بر طبق مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (همیشه، معمولاً، گاهی اوقات، به‌ندرت) به‌ترتیب از صفر تا ۳ امتیازدهی شده بود استفاده شد. لازم به ذکر است که سؤالات پرسشنامه براساس منشور اخلاقی پرستاری طراحی شده بودند که دامنه‌ی امتیازات از صفر تا ۵۷ در نوسان بود. برای بررسی پایایی پرسشنامه از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن‌ها به‌ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ به‌دست آمد. همچنین، برای بررسی اعتبار پرسشنامه، علاوه بر مطالعه‌ی مقدماتی (۱۵ نمونه)، توسط ۵ نفر از اساتید متخصص و کارشناس مورد بازبینی قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات پیشنهاد شده پرسشنامه به‌صورت نهایی تدوین شد (۳۴).

در این مطالعه هم‌روایی صوری و محتوایی و هماهنگی درونی مؤلفه‌های آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، برای بررسی روایی آزمون، از روایی هم‌زمان استفاده شد. به‌علت همبستگی بالای پرسشنامه با پرسشنامه‌های نگرش به اهدای عضو و اهدای خون، روایی هم‌زمان پرسشنامه، مناسب ارزیابی شد.

در این پژوهش داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی Pearson و تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان یا استاندارد از طریق برنامه‌ی نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تحلیل قرار گرفتند و $P < 0/05$ به‌عنوان ارتباط معنی‌داری در نظر گرفته شد.

در کل سؤالات پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی، معادل عالی و امتیازهای ۸۹-۸۰، ۷۹-۷۰ و ۶۹ و کم‌تر از آن، معادل خیلی خوب، خوب و ضعیف ارزیابی می‌شوند. همچنین، امتیاز هر خرده‌مقیاس، از میانگین امتیاز شایستگی‌های زیر مجموعه‌ی آن به‌دست می‌آید (۳۲). پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به‌دست آمد. همچنین، روایی صوری و محتوایی و همسانی درونی پرسشنامه مطلوب بود (۷). ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ترجمه‌شده در ایران، ۰/۹۴ به‌دست آمد.

روایی صوری و محتوایی و هماهنگی درونی مؤلفه‌های آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. بیش‌ترین همبستگی درونی بین بخشش و دلسوزی و درستکاری با هوش اخلاقی به‌ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۶۶ است. نتایج تحلیل عاملی مؤلفه‌های هوش اخلاقی نیز نشان داد که درستکاری با بار عاملی ۰/۶۴، مسؤلیت‌پذیری ۰/۸۱، دلسوزی ۰/۸۴ و بخشش ۰/۸۳ که دارای ۰/۸۰ درصد اشتراک هستند که این عامل مشترک را می‌توان هوش اخلاقی نامید (۳۳).

مقیاس هوش اجتماعی Thet

این پرسشنامه دارای ۴۵ سؤال دو گزینه‌ای (بلی و خیر) است که گزینه‌های آن با صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی هر آزمودنی بین ۰ تا ۴۵ است. امتیاز بیش‌تر به‌معنی هوش اجتماعی بالاست (۲۰). در ایران صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۰) پرسشنامه‌ی مذکور را بر روی دانشجویان استفاده کردند. بررسی همسانی درونی پرسشنامه نشان داد که همه‌ی سؤالات به‌جز سؤالات ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۲۶، ۳۳، ۳۹ و ۴۰ همبستگی بالایی با نمره‌ی کل دارند؛ بنابراین، از ۴۵ سؤال پرسشنامه ۹ سؤال حذف شدند و آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۸، همبستگی دو نیمه‌ی آن ۰/۷۶ و قابلیت باز آزمایی آن را ۰/۷۵ به‌دست آوردند. همچنین، برای بررسی روایی آزمون، از روایی هم‌زمان استفاده شد. به‌علت همبستگی بالای

نتایج

همان‌طور که از جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود از بین ۲۰۰ نفر پرستار، ۷۰ نفر مرد و ۱۳۰ نفر زن بودند که ۱۲۰ نفر متأهل و ۸۰ نفر مجرد بوده‌اند. همچنین، ۶۴ نفر به صورت طرحی، ۱۰۵ نفر به صورت پیمانی و ۳۱ نفر به شکل رسمی با بیمارستان‌ها همکاری می‌کردند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی و درصد فراوانی نمونه‌ی آماری پرستاران برحسب جنسیت، وضعیت تاهل و نوع استخدام

متغیر	گروه‌ها	فراوانی	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۷۰	۳۵
	زن	۱۳۰	۶۵
وضعیت تاهل	مجرد	۸۰	۴۰
	متاهل	۱۲۰	۶۰
وضعیت استخدامی	طرحی	۶۴	۳۲
	پیمانی	۱۰۵	۵۲/۵
	رسمی	۳۱	۱۵/۵

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران، هوش اجتماعی، خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی، سن و سابقه‌ی کار را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲- میانگین و انحراف معیار نگرش پرستاران

نسبت به آموزش بیماران، هوش اجتماعی، خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی، سن و سابقه‌ی کار

انحراف معیار	میانگین	مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌ها
۶/۹	۵۰/۱۱	نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران
۵/۰۵	۴۰/۱۳	هوش اجتماعی
۵/۱	۳۵/۶۶	مؤلفه‌ی درستکاری هوش اخلاقی
۳/۷۵	۱۷/۱۶	مؤلفه‌ی بخشش هوش اخلاقی
۴/۱۴	۲۶/۸۴	مؤلفه‌ی مسؤلیت‌پذیری هوش اخلاقی
۱/۸	۸/۱۳	مؤلفه‌ی دلسوزی هوش اخلاقی
۶/۹۸	۳۸	سن
۷/۳	۱۵/۱۸	سابقه‌ی کار

نتایج ارائه‌شده در جدول شماره ۳ نشان داد بین نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران با متغیر هوش اجتماعی ($F=0/442$ و $P=0/001$)، خرده مقیاس درستکاری هوش اخلاقی ($F=0/554$ و $P=0/001$)، خرده مقیاس بخشش هوش اخلاقی ($F=0/283$ و $P=0/002$)، خرده مقیاس مسؤلیت‌پذیری هوش اخلاقی ($F=0/292$ و $P=0/001$) و خرده مقیاس دلسوزی هوش اخلاقی ($F=0/353$ و $P=0/001$) رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. به عبارت دیگر، میزان نگرش مثبت نسبت به آموزش بیماران، در پرستارانی که از هوش اخلاقی و اجتماعی بالایی برخوردار بودند بیش تر بوده است.

جدول شماره ۳- ضرایب همبستگی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیمار با هوش اجتماعی و مؤلفه‌های هوش اخلاقی

مؤلفه	مؤلفه مسؤلیت پذیری	مؤلفه بخشش	مؤلفه درستکاری	هوش اجتماعی	نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران
$r=0/353^{**}$ $P=0/001$	$r=0/292^{**}$ $P=0/001$	$r=0/283^{**}$ $P=0/002$	$r=0/554^{**}$ $P=0/001$	$r=0/442^{**}$ $P=0/001$	
$P < 0/05$ و $P < 0/01$ (**)					

(آزمون دو دامنه)

بوده است (مقدار بحرانی مجذور کای از طریق برنامه آماری Minitab با در نظر گرفتن تعداد متغیرها به مقدار ۲۰/۵۲ به دست آمد) که نشان داد در این مطالعه داده‌های پرت وجود ندارد. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد نشان داد که مؤلفه‌های درستکاری، مسؤولیت‌پذیری و دلسوزی هوش اخلاقی و متغیر هوش اجتماعی در پرستاران قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیمار است ($R^2=0/412$ ؛ $R^2=0/426$ ؛ $R=0/653$) تعدیل شده؛ $F=28/846$ ؛ $P<0/000$). جدول شماره‌ی ۴ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بتا را برای متغیرهای معنی‌دار در پیش‌بینی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران را نشان می‌دهد.

برای تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌های هوش اخلاقی (درستکاری، بخشش، مسؤولیت‌پذیری و دلسوزی) و متغیر هوش اجتماعی در پیش‌بینی میزان نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران از تحلیل رگرسیون چندگانه هم‌زمان یا استاندارد استفاده شد که در مطالعه‌ی حاضر برای بررسی توزیع نمرات متغیر ملاک (نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران) از آزمون Kolmogorov-Smirnov استفاده شد که میزان Sig بیش‌تر از ۵ صدم به دست آمد که نشان از نرمال بودن توزیع متغیر ملاک (نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیمار) است. برای بررسی داده‌های پرت از آزمون Mahalanobis استفاده شد که میزان ۲۰/۴۶ به دست آمد که میزان آن کم‌تر از مقدار بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۰۱

جدول شماره‌ی ۴ - ضریب رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش‌بینی نگرش پرستاران

نسبت به آموزش بیماران با توجه به مؤلفه‌های هوش اخلاقی و هوش اجتماعی

Tolerance	VIF	سطح معنی‌داری	t	ضرایب استاندارد		هوش اجتماعی
				بتا	خطای استاندارد	
۰/۳۷۱	۲/۷۰۵	۰/۰۰۰	۳/۷۳۳	۰/۳۳۵	۰/۰۶۶	۰/۲۴۵
۰/۲۹۶	۳/۳۸۱	۰/۰۰۰	۷/۶۵۳	۰/۵۸۵	۰/۰۷۰	۰/۵۳۹
۰/۵۴۱	۱/۹۵۵	۰/۳۰۱	۱/۰۳۶	۰/۰۸۰	۰/۰۳۸	۰/۰۴
۰/۱۲۸	۵/۳۳	۰/۰۰۰	۵/۷۰۵	۰/۶۱۱	۰/۱۱۶	۰/۶۵۹
۰/۱۳۷	۵/۴۷	۰/۰۰۰	۳/۷۷۶	۰/۳۱۳	۰/۰۸۹	۰/۳۳۵

مسؤولیت‌پذیری هوش اخلاقی ($I=0/292$ و $P=0/001$) و خرده مقیاس دلسوزی هوش اخلاقی ($I=0/353$ و $P=0/001$) رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار مشاهده شد. در این راستا یافته‌ی محمدی و همکاران نشان داد که هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورده و به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتار محسوب شود (۹). یافته‌های مطالعات دیگر نیز بیان داشتند که برای افزایش عملکرد آموزشی پرستاران و سایر

بحث

هدف اول این مطالعه، به دنبال دستیابی بر ارتباط مؤلفه‌های هوش اخلاقی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران بوده است. که در این مطالعه بین نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران با خرده مقیاس درستکاری هوش اخلاقی ($I=0/554$ و $P=0/001$)، خرده مقیاس بخشش هوش اخلاقی ($I=0/283$ و $P=0/002$)، خرده مقیاس

کارکنان لازم است هوش اخلاقی آنان تقویت شود (۱۵، ۱۲، ۱۰). می‌توان گفت که هوش اخلاقی یکی از کاراترین ابزارها برای انجام اثربخش وظایف در مراکز درمانی دارای تنوع و ناهمگون مراجعه‌کنندگان بوده است؛ این نوع از هوش توانایی و مهارت ویژه‌ای بوده که به پرستاران این امکان را می‌دهد تا در مراکز درمان، آموزش‌های لازم را به بیماران قومیت‌ها و زبان‌های متفاوت ارائه کنند که سطح مطلوب آن (هوش اخلاقی) می‌تواند منجر به ایفای نقش مؤثر توسط پرستاران در بیمارستان شود (۳۵).

هم‌چنین، معنی‌دار بودن ارتباط مؤلفه‌های هوش اخلاقی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران می‌تواند حاکی از توجه و اهمیت پرستاران به اصول اخلاقی خصوصاً در حیطه‌ی آموزش نسبت به بیماران باشد. هر یک از ابعاد هوش اخلاقی به نوبه‌ی خود جزء اخلاقی مهمی محسوب شده که نقش مهمی در عملکرد پرستاران خصوصاً در حیطه‌ی آموزش نسبت به بیمار دارند. در این مطالعه تمام ابعاد هوش اخلاقی با متغیر ملاک (نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران)، همبستگی معنی‌دار داشتند که نشان‌دهنده‌ی توجه پرستاران نسبت به این مسائل است. ماهیت انسانی بودن حرفه‌ی پرستاری و در تماس بودن با حریم بیماران سبب می‌شود که این مؤلفه‌ها در بین پرستاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد. در میان مؤلفه‌های هوش اخلاقی، مؤلفه‌ی درستکاری همبستگی بالایی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران داشت. می‌توان گفت که درستکاری یعنی توانایی درک درست از خلاف، داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آن‌هاست. پرستاران توانمند به این ویژگی، کار درست را درست انجام می‌دهند، اعمال آن‌ها پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ است، عملکرد بالایی در ارائه‌ی خدمات آموزشی به بیماران دارند و همیشه کارها را با اصول اخلاقی پیوند می‌زنند. در خصوص معنی‌دار بودن ارتباط مؤلفه‌ی مسئولیت‌پذیری هوش اخلاقی و نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران

می‌توان نتیجه گرفت که پرستاران مسئولیت‌پذیر، مسئولیت اعمال و پیامدهای آن اعمال، هم‌چنین، اشتباهات و شکست‌های خود را نیز می‌پذیرند. به همین علت سعی می‌کنند که به بیماران آموزش درست در مورد نحوه‌ی مصرف دارو و مراقبت از خود ارائه دهند. هم‌چنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد نشان داد مؤلفه‌های درستکاری، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی هوش اخلاقی در پرستاران قوی‌ترین متغیرها برای پیش‌بینی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیمار هستند. اما مؤلفه‌ی بخشش هوش اخلاقی پیش‌بینی‌کننده‌ی معنی‌دار نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران نیست.

هدف بعدی مطالعه، بررسی ارتباط متغیر هوش اجتماعی با نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران بوده است که نتایج به‌دست آمده نشان از معنی‌دار و مثبت بودن ارتباط بین متغیرهاست. بیان رابطه‌ی مثبت در فرضیه بدین معنا بود که با کاهش یا افزایش مقدار عددی هوش اجتماعی، نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران نیز کاهش یا افزایش می‌یافت. این نتیجه‌گیری با یافته‌ی Wessel و همکاران که نشان دادند بین هوش اجتماعی با مراقبت پرستاران از بیماران رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۳)؛ هم‌سو بود. هم‌چنین، Larin و همکاران معتقد بودند که پرستاران و سایر افراد شاغل در حوزه‌ی بهداشت و درمان برای این‌که بتوانند عملکرد مناسبی را از خود نشان دهند لازم است که هوش اجتماعی بالایی داشته باشند تا این‌که بتوانند نیازهای (آموزشی و درمانی) بیماران و سایر اطرافیان را تشخیص بدهند و در راستای آن نیازها، اقدامات لازم را از خود نشان دهند (۲۵). در تمامی مطالعات، افرادی که از هوش اجتماعی بالاتری برخوردار بودند نسبت به سایر گروه‌ها عملکرد بهتری داشتند (۲۸-۲۶). می‌توان گفت که پرستاران توانمند به هوش اجتماعی به‌دلیل دارا بودن ویژگی‌های شخصیتی نظیر اعتماد، صداقت، حسن تفاهم، هم‌دردی و منبعی برای تحرک

اول این که پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بوده و نمی‌توان گفت که متغیرهای پیش‌بین علت اصلی متغیر ملاک است؛ بنابراین، در تحقیقات بعدی لازم است اثرات سایر هوش‌ها نظیر هوش شخصی و بدنی بر نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران بررسی و مطالعه شود.

دوم این که در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد؛ از این رو، با توجه به این که پرسشنامه‌ها جنبه‌ی خودسنجی داشته‌اند ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود.

سوم این که در این مطالعه به جای عملکرد آموزشی پرستاران، نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران بررسی شده است که پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، عملکرد آموزشی پرستاران، به‌عنوان متغیر ملاک یا وابسته در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از پرستاران شرکت‌کننده در پژوهش و مسؤولان بیمارستان‌های استان آذربایجان غربی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

اجتماعی؛ به برقراری ارتباط و انتقال دانش (دانش مورد نیاز حفظ و نگه‌داری سلامت روان و بدن) به بیماران نگرش مثبت داشته‌اند، در حالی که پرستاران دارای هوش اجتماعی پایین، چنین نگرشی را نسبت به بیماران نداشتند؛ زیرا این افراد با شرایط و افراد اندکی که با آن‌ها انس گرفته بودند راحت‌تر بودند و به هیچ‌وجه از تجربه‌ی موقعیت‌های تازه با افراد جدید استقبال نمی‌کردند. هم‌چنین، نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه‌ی استاندارد نشان داد که متغیر هوش اجتماعی در پرستاران قوی‌ترین متغیر برای پیش‌بینی نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران است.

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که هوش اخلاقی و اجتماعی همانند هوش شناختی و هیجانی، از عوامل تأثیرگذار بر نگرش پرستاران نسبت به آموزش بوده است. بنابراین، برای تقویت نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران، پیشنهاد می‌شود با آموزش‌های گروهی و سایر روش‌ها در افزایش هوش اخلاقی و اجتماعی پرستاران تلاش شود؛ حتی در این زمینه پیشنهاد می‌شود که واحدهای درسی اختیاری یا اجباری تحت عنوان هوش اخلاقی و اجتماعی در دانشگاه‌ها ارائه شود. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت.

2(3): 46-59.

14- Stapleton P, Henderson A, Creedy DK, et al. Boosting morale and improving performance in the nursing setting. *J Nurs Manag* 2007; 15(8): 811-6.

15- Chen JY. Morale and role strain of undergraduate nursing students in a pediatric clinical setting. *J Nurs Res* 2010; 18(2): 144-53.

16- Updegraff Marketing S. Counteracting the high cost of low morale in the health care sector. *Health Care Manag* 2013; 32(3): 287-9.

17- Baillie L, Ford P, Gallagher A, Wainwright P. Nurses' views on dignity in care. *Nurs Older People* 2009; 21(8): 22-9.

18- Nicolaidis PA. The critical role of ethics training in medical education. *Afr J Hosp Tourism Leis* 2014; 3(1):1-13.

19- Karimi Moonghi H, Gazrani A, Gholami H, Saleh Moghaddam A, Ashoury A, Vaghei S. Relationship between spiritual intelligence and nurses' clinical competency. *Quart J Sabzevar Univ Med Sci* 2011; 18(2):132-9. [in Persian]

20- Safarinia M, Solgi Z, Tavakkoli S. Investigating validity and reliability of social Intelligence Questionnaire Among university students in Kermanshah. *Soc Psychol Res* 2011; 1(3): 57-70. [in Persian]

21- Nijholt A, Stock O, Nishida T. Social intelligence design in ambient intelligence. *AI & Soc* 2009; 24(1): 1-3.

22- Wallenius M, Punamäki RL, Rimpelä A. Digital game playing and direct and indirect aggression in early adolescence: the roles of age, social intelligence, and parent-child communication. *Adolescence* 2007; 36(3): 325-36.

23- Wessel J, Larin H, Benson G, et al. Emotional-social intelligence in health science students and its relation to leadership, caring and moral judgment. *Inter J Allied Health Sci Pract* 2008; 6(1): 1-9.

24- Rangrazian F, Rezaii A, Izaddoust F. Occupational (job) performance of nurses and their social intelligence (a study in the hospital ward of Shafa Hospital in Rasht). *Engineering* 2014; 2(3): 73-9.

25- Larin H, Benson G, Wessel J, Martin L, Ploeg J. Changes in emotional-social intelligence, caring, leadership and moral judgment during health science education programs. *J Scholar*

منابع

1- Walling MA, Maliski S, Bogorad A, Litwin MS. Assessment of content completeness and accuracy of prostate cancer patient education material. *Patient Educ Couns* 2004; 54(3): 337-43.

2- Johansson K, Leino-Kilip H, Salanterä S, et al. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Educ Couns* 2003 ;51(3): 239-45.

3- Nolan J, Nolan M, Booth A. Developing the nurse's role in patient education: rehabilitation as a case example. *Int J Nurs Stud* 2001; 38(2): 163-73.

4- Nouhi AS, Pooraboly B. Educational requirements of the discharged patients and their satisfaction about nursing educational performance, Kerman, Iran. *Hormozgan Med J* 2009; 13(3): 206-12. [in Persian]

5- Slusarska B, Zarzycka D, Wysokiński M, Sadurska A. Patient education in nursing-Polish literature condition. *Patient Educ Couns* 2004; 53(1): 31-40.

6- Martin DE, Rao A, Sloan LR. Plagiarism, integrity, and workplace deviance: a criterion study. *Ethics Behav* 2009; 19(1): 36-51.

7- Lennick D, Kiel F. *Moral Intelligence: Enhancing Business Performance and Leadership Success*. Pennsylvania: Wharton School Publications; 2008.

8- Borba M. *Building Moral Intelligence*. San Francisco: Jossey-Bass Publications; 2001.

9- Mohammadi S, Nakhai 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. [in Persian]

10- Flite CA, Harman LB. *Code of ethics: principles for ethical leadership*. *Perspect Health Inf Manag* 2013; 10: 1-11.

11- Coles R. *The Moral Intelligence of Children: How to Raise a Moral Child*. New York: Plume Publishing; 1998.

12- Donkor NT, Andrews LD. Ethics, culture and nursing practice in Ghana. *Int Nurs Rev* 2011; 58(1): 109-14.

13- Abdul Rani A, Abidin I, Ab Hamid MA. The impact of spiritual intelligence on work performance: case studies in government hospitals of East Coast of Malaysia. *Macrotheme Rev* 2013;

- 31- Pallant J. SPSS Survival Manual: a Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows. Australia: Allen & Unwin Publication; 2007.
- 32- 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. Iran J Med Ethics Hist Med 2012; 5(6): 81-95. [in Persian]
- 33- Siadat S, kazemi I, 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 Administr 2009; 12(36): 61-9. [in Persian]
- 34- Khani L, Ghaffari M. Relationship between bridging social capital and cultural intelligence, and nurses' attitudes toward patient education. J Nurs Educ 2013; 2(3):58-67. [in Persian]
- 35- Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. Relationship between moral intelligence and nurses' quality of work life. Iran J Nurs 2014; 27(90 and 91): 54-64. [in Persian]
- Teach Learn 2014; 14(1): 26-41.
- 26- Larin HM, Benson G, Martin L, Wessel J, Williams R, Ploeg, J. Examining change in emotional-social intelligence, caring, and leadership in health professions students. J Allied Health 2011; 40(2): 96-102.
- 27- Singh S. Emotional Intelligence, Social Intelligence with Nurses' Attitudes to Patient Education [dissertation]. Chandigarh (India). Panjab University; 2007.
- 28- Mayer J. Dose Enhances Doctors' Attitudes to Patient Education with Social Intelligence [dissertation]. Chandigarh (India). Panjab University; 2014.
- 29- Kalantari S, Najafi M, Abbaszadeh A, Sanagoo A, Borhani F. Nurses' perception of performance of patient education. Jentashapir J Health Educ 2011; 2(4): 167-74. [in Persian]
- 30- Soltani Khabisi A, Azizzadeh forozi M, Haghdoost A, Mohammad Alizadeh S. Nurses' performance in training patients from the point of view of patients discharging from medical-surgical wards of hospitals affiliated to kerman university of medical sciences. J Strides Dev Med Educ 2006; 3(1): 51-7. [in Persian]

Investigating the relationship between moral and social intelligence, and nurses' attitude to patient education

Nader Hajlo¹, Mozafar Ghaffari^{*2}, Mansoor Movaghar³

¹Associate Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran;

²Mentor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran;

³Mentor, Department of Social Science, Payame Noor University, Iran.

Abstract

Social and moral intelligence can enhance nurses' amenability and affect their professional performance in treatment settings, where there is considerable personality and individual diversity. The aim of this research is to investigate the relationship between nurses' social and moral intelligence, and their attitude to patient education. This was a descriptive-analytic correlation study conducted on a statistical sample of 200 nurses selected from West Azerbaijan province during 2014 using the Cochran formula and cluster sampling. Lennick & Kiel's Moral Competency Inventory, Thet's Social Intelligence Scale and a researcher-compiled questionnaire on nurses' attitude to patient education were used for data collection. The data were analyzed by Pearson's correlation coefficient and multiple regression analysis. A positive relationship was found between nurses' attitude to patient education and the social intelligence variable ($r=0.422$, $P=0.001$), subscale integrity ($r=0.554$, $P=0.001$) subscale responsibility ($r=0.292$, $P=0.001$), subscale forgiveness ($r=0.283$, $P=0.002$) and subscale compassion ($r=0.353$, $P=0.001$) of moral intelligence. The results of multi-variable correlation coefficient using input method indicated that social intelligence and the subscales of moral intelligence influence nurses' attitude to patient education ($R^2 = 0.426$).

Patient education is among the main responsibilities of nurses. The results of this study showed that there is a positive and significant relationship between social intelligence and the subscales of moral intelligence, and nurses' attitude to patient education. It is therefore necessary to improve nurses' social and moral intelligence through group training in order to enhance their educational role.

Keywords: moral, social intelligence, nurses' attitude

*Email: mozaffar.ghaffari@yahoo.com