

## ابعاد هوش اخلاقی در حرفه پرستاری

### یک مطالعه توصیفی - مقطعی در شرق ایران

سمیه محمدی<sup>۱</sup>، نوذر نعی<sup>۲</sup>، فریبا برهانی<sup>۳</sup>، مصطفی روشن زاده<sup>۴\*</sup>

#### مقاله‌ی پژوهشی

#### چکیده

هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چارچوبی را برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورده و به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده رفتارشان محسوب شود. در این میان عملکرد پرستاران به‌واسطه‌ی ماهیت انسانی و اخلاقی حرفه‌شان از اهمیت خاصی برخوردار است و چه بسا پایداری آن‌ها به اصول اخلاقی ضمن ارتقای کیفیت مراقبت، باعث بهبود عملکرد سازمانی نیز شود. لذا با توجه به این‌که عملکرد اخلاقی افراد به میزان زیادی متأثر از معیارهای ذهنی اخلاقی از جمله هوش اخلاقی‌شان است، در مطالعه‌ی حاضر به بررسی هوش اخلاقی در پرستاران پرداخته شده است.

مطالعه‌ی توصیفی - مقطعی حاضر بر روی ۴۰۰ پرستار از بیمارستان‌های آموزشی استان خراسان جنوبی صورت گرفته است. واحدهای مورد پژوهش به روش سرشماری انتخاب شدند. داده‌ها توسط پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی Lennik & Kiel جمع‌آوری شده و سپس توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ و با استفاده از تست‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج مطالعه حاکی از آن است که نمره‌ی کل هوش اخلاقی  $4/39 \pm 0/56$  (از دامنه‌ی ۵-۱) بوده است. هم‌چنین، بین هوش اخلاقی و متغیرهای سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه‌ی مثبت معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

سطوح مطلوب هوش اخلاقی در پرستاران می‌تواند حاکی از اهمیت کسب ارزش‌های اخلاقی نزد آن‌ها و هم‌چنین، به‌طور غیر مستقیم، نمودی از عملکرد اخلاقی پرستاران در محیط‌های درمانی باشد.

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

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، پژوهشگر مرکز اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

<sup>۲</sup> استاد، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

<sup>۳</sup> استادیار، گروه داخلی - جراحی، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

<sup>۴</sup> مربی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

\* نشانی: خراسان جنوبی، بیرجند، خیابان غفاری، ساختمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، تلفن: ۰۹۳۹۷۹۵۲۵۲۲

Email: [mroshanzadeh62@bums.ac.ir](mailto:mroshanzadeh62@bums.ac.ir)

## مقدمه

هوش در معنای عام خود به توانایی تفکر، یادگیری و ظرفیت سازگاری با موقعیت جدید قلمداد شده که دارای ابعاد متفاوت عقلی، هیجانی، معنوی و اخلاقی است. در این میان، امروزه، هوش اخلاقی به واسطه‌ی تأثیرات وسیعش بر سایر حیطه‌ها مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۱).

هوش اخلاقی برای اولین بار توسط Borba و در رشته‌ی روانشناسی وارد شد. وی هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی درک درست از نادرست، داشتن اعتقادات قوی اخلاقی و عمل به آن‌ها و هم‌چنین، رفتار در جهت صحیح تعریف کرده است (۲). هوش اخلاقی به این نکته اشاره دارد که اصول اخلاقی حاصل وراثت نیست بلکه افراد یاد می‌گیرند که چگونه خوب باشند. هوش اخلاقی به مثابه‌ی یک راهنما برای رفتار و اعمال انسان عمل کرده و کمک می‌کند که اعمال هوشمندانه و بهینه‌ای داشته باشیم (۳). Kiel و Lennick بیان می‌کنند که هوش اخلاقی شامل چهار اصل درستکاری، مسئولیت‌پذیری، دلسوزی و بخشش است: (۱) اصل درستکاری به معنای ایجاد هماهنگی بین اعتقادات و اعمال افراد است. در حقیقت، انجام چیزی که می‌دانیم درست است و گفتن حرف درست در تمام زمان‌هاست. (۲) اصل مسئولیت‌پذیری به معنای پذیرش اعمال و پیامدهای آن و هم‌چنین، اشتباهات و شکست‌هاست. (۳) اصل دلسوزی به معنای توجه به دیگران بوده و دارای تأثیرات متقابل است. (۴) اصل بخشش نیز شامل آگاهی از عیوب و اشتباهات و هم‌چنین، بخشیدن خود و دیگران است (۴).

بسیاری از رفتارها و عملکردهای انسان ریشه در اصول و ارزش‌های اخلاقی دارد و از آن متأثر می‌شود (۵). هوش اخلاقی با رفتارهایی که افراد از خود نشان می‌دهند رابطه‌ی مستقیم دارد و نظامی از اصول و قواعد را ایجاد می‌کند که انسان‌ها را در تصمیم‌گیری درباره‌ی آنچه درست و نادرست است راهنمایی می‌کند (۶). افراد با هوش اخلاقی بالا همیشه

کارهایشان را با اصول اخلاقی پیوند می‌زنند که این خود باعث افزایش تعهد و مسئولیت‌پذیری بیش‌تر افراد و بهبود کارایی فردی و گروهی می‌شود (۵). 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 گوناگون، نپذیرفتن گزینه‌های غیراخلاقی، همدل بودن، مبارزه با بی‌عدالتی، درک دیگران و رفتار محترمانه با آن‌ها را به دنبال دارد (۷).

در میان حرفه‌های مختلف، پرستاری می‌تواند نمود واضحی از عملکرد اخلاقی باشد. هدف نهایی و اصلی حرفه‌ی پرستاری تأمین و بهبودی انسان‌هاست و تحقق این امر تنها از طریق مراقبت‌های علمی و اخلاقی و ارتباط صحیح با مددجو امکان‌پذیر است (۸). عملکرد پرستاران در بطن خود امری ارزشی و انسانی بوده و کیفیت مراقبت ارائه‌شده به میزان زیادی به‌نحوی عملکرد پرستاران بستگی دارد. عملاً نمی‌توان بین اخلاق و عملکرد بالینی مرزی قائل شد و آن‌ها را از هم جدا کرد (۹). در نتیجه، می‌توان رفتار اخلاقی و توأم با مسئولیت پرستاران را عامل مؤثری در بهبود و بازگشت سلامتی مددجویان و بیماران دانست (۱۰).

رعایت معیارهای اخلاقی در عملکرد پرستاران از سایر موارد مراقبت حساس‌تر و مهم‌تر است (۱۱). رعایت ضوابط اخلاقی در کار پرستاری به بهبود خدمات پرستاری منجر می‌شود و بهبود کیفیت کار پرستاران تأثیر بسزایی در ارتقای فرآیند بهبودی بیماران دارد (۸). 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

سیادت و همکاران نیز در مطالعه‌ای ارتباط بین هوش اخلاقی و رهبری تیمی در مدیران آموزشی و غیر آموزشی از دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را مثبت و معنی‌دار ارزیابی کرده‌اند (۲۰). حبیب‌زاده و همکاران در مطالعه‌ای کیفی، عوامل مؤثر بر عملکرد اخلاقی پرستاران را عاملی جهت افزایش روند حرفه‌ای شدن پرستاری می‌دانند (۸). Baille و همکاران نیز معتقدند که ماهیت پرستاری به‌گونه‌ای است که باید به اخلاقیات مراقبتی بیش از ملاحظات درمانی توجه داشته باشیم (۲۱).

با توجه به این‌که عملکرد اخلاقی پرستاران نقش مهمی در رابطه با کیفیت مراقبت ارائه‌شده، بهبودی بیماران و هم‌چنین، دستیابی به اهداف سلامتی دارد، توجه به بعد هوش اخلاقی در پرستاران به‌عنوان یک راهنمای اخلاقی برای عملکرد آن‌ها از اهمیت خاصی برخوردار بوده و می‌تواند در نگرش و دیدگاه آن‌ها نسبت به رعایت موازین اخلاقی در عملکردشان مهم باشد. لذا در مطالعه‌ی حاضر به بررسی هوش اخلاقی در پرستاران پرداخته‌ایم.

#### روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی - توصیفی است که در خرداد ماه سال ۱۳۹۲ انجام شده است. نمونه‌ی مطالعه‌ی حاضر شامل ۴۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های آموزشی شهرهای استان خراسان جنوبی (بیرجند، قاین، فردوس، طبس) بودند که به روش سرشماری انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و داشتن یک‌سال سابقه‌ی کار در بخش‌های بالینی در بیمارستان‌ها بوده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای دو قسمتی است. بخش اول اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، تعداد سال‌های خدمت، نوع استخدام و بخش محل خدمت است. بخش دوم پرسشنامه‌ی هوش اخلاقی Lennik و Kiel است. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال در ۴ بعد (درستکاری، مسؤلیت‌پذیری، بخشش و دلسوزی) هوش

تحت الشعاع قرار دهد (۱۲). علاوه بر آن، توجه پرستاران به مسائل اخلاقی سبب افزایش توان و بهره‌وری هر چه بیشتر آن‌ها خواهد شد (۱۳). قضاوت افراد در مورد درستی و نادرستی کارها بر کیفیت و کمیت عملکرد آن‌ها و به تبع آن، عملکرد سازمان و در نتیجه موفقیت آن تأثیر بسیاری دارد (۱۴). اخلاق کار می‌تواند از طریق تنظیم بهتر روابط، کاهش اختلاف و تعارض، افزایش جو تفاهم و همکاری و هم‌چنین کاهش هزینه‌های ناشی از کنترل عملکرد را تحت تأثیر قرار دهد. اخلاق و ارزش‌های اخلاقی می‌تواند سبب کاهش هزینه‌های ناشی از کنترل و بهبود روابط، افزایش جو تفاهم و کاهش تعارضات شود (۱۵). رعایت اخلاق در سازمان‌ها باعث تنظیم بهتر روابط در سازمان می‌شود که این به‌نوبه‌ی خود باعث افزایش جو تفاهم در سازمان و کاهش تعارضات بین افراد و گروه‌ها و بهبود عملکرد تیمی است (۱۶).

در زمینه‌ی هوش اخلاقی و اثرات آن مطالعات متفاوتی صورت گرفته است. ولی تاکنون هوش اخلاقی در پرستاران بررسی نشده است. مختاری‌پور و همکاران در مطالعه‌ای به بررسی هوش اخلاقی بیان شده توسط دانشمندان از دیدگاه قرآن و ائمه پرداخته‌اند. آن‌ها هوش اخلاقی را عامل مهمی در موفقیت سازمان‌ها برشمرده و تأثیر آن را بر کمیت و کیفیت عملکرد، قابل توجه دانسته‌اند (۱۷). Clarken نیز هوش اخلاقی را در دانشگاه‌ها مورد بررسی قرار داده و بیان می‌کند که ارتقای هوش اخلاقی در دانشجویان سبب ارتقای وضعیت دانشگاه‌ها و اجتماع خواهد شد (۱۸). Lenik و همکاران نیز هوش اخلاقی را به‌عنوان عامل مهمی در موفقیت اقتصادی و مدیریتی می‌دانند (۴). Rahim در مطالعه‌اش به بررسی ارتباط بین هوش اخلاقی و اثربخشی سازمان‌ها پرداخته و تأثیر هوش اخلاقی را در پیشرفت سازمان‌ها انکارناپذیر می‌داند (۱۹). بهرامی و همکاران در مطالعه‌شان به بررسی سطح هوش اخلاقی در کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد پرداخته و سطح هوش اخلاقی آن‌ها را مطلوب گزارش کرده‌اند (۱).

پیرسون، T-test و آنالیز واریانس استفاده شد.

### نتایج

نتایج به‌دست آمده حاکی از آن است که میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در این مطالعه  $33/12 \pm 3/51$  سال و دامنه‌ی سنی‌شان ۲۳-۴۷ سال بوده است. از نظر جنسی ۱۲/۷ درصد از پرستاران مرد و ۸۵/۹ درصد زن بودند. میانگین تعداد سال‌های خدمت پرستاران  $15/5 \pm 4/11$  بوده است. کم‌ترین تعداد سال خدمت ۱ سال و بیش‌ترین سال خدمت ۲۷ سال بوده است. واحدهای مورد پژوهش از نظر نوع استخدام در ۳ طبقه جای گرفتند. بیش‌ترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران رسمی (۴۷/۷) و کم‌ترین درصد فراوانی مربوط به پرستاران طرحی (۱۳/۲) بود. فراوانی نسبی پرستاران قراردادی نیز (۳۹/۱) بوده است. جدول شماره‌ی ۱ فراوانی واحدهای مورد پژوهش را بر حسب بخش محل خدمت نشان می‌دهد.

جدول شماره‌ی ۱- توزیع فراوانی پرستاران مورد مطالعه بر

#### اساس بخش محل خدمت

بخش محل خدمت	فراوانی	درصد فراوانی
جراحی	۱۴۰	۳۵
داخلی	۸۵	۲۱/۲۵
مراقبت ویژه	۷۲	۱۸
اورژانس	۳۵	۸/۷۵
زنان	۳۰	۷/۵
کودکان	۲۸	۷
روانپزشکی	۱۰	۲/۵
کل	۴۰۰	۱۰۰

میانگین کل نمره‌ی هوش اخلاقی در پرستاران  $4/39 \pm 0/56$  (از دامنه‌ی ۵-۱) بوده است. میانگین نمره‌ی ابعاد هوش اخلاقی در جدول شماره‌ی ۲ بیان شده است.

اخلاقی است. در هر بعد ۱۰ سوال مطرح شده است. گزینه‌های پاسخ پرسشنامه مطابق با مقیاس لیکرت ۵ تایی از هرگز (۱ امتیاز) تا همیشه (۵ امتیاز) مرتب شده است (۲۲). این پرسشنامه در مطالعات گذشته استفاده و مورد بررسی روایی و پایایی قرار گرفته است (۲۰، ۱). بهرامی و همکاران ضمن ترجمه‌ی پرسشنامه پایایی آن را مورد بررسی قرار داده و آلفای کرونباخ آن را ۸۹ درصد گزارش کرده‌اند (۱). هم‌چنین، در مطالعه‌ی حاضر نیز جهت اطمینان بیش‌تر روایی و پایایی این پرسشنامه ارزیابی شد. روایی این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی از نظر معیارهای وضوح، سادگی و مربوط بودن بررسی و شاخص روایی محتوا (CVI<sup>1</sup>) به‌صورت ۸۵ درصد محاسبه شد. پایایی آن نیز با استفاده از ضریب همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) ۸۷ درصد محاسبه شد. پرسشنامه پس از کسب مجوزهای قانونی و با رعایت موارد اخلاقی در اختیار واحدهای مورد پژوهش قرار گرفت. به واحدهای پژوهش در رابطه با پرسشنامه و نحوه‌ی پاسخگویی به آن اطلاعاتی داده شد. ضمناً به آن‌ها خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری بوده و آن‌ها برای شرکت یا کناره‌گیری از مطالعه آزادی کامل دارند. پرسشنامه‌ها توسط همکار پژوهشگر و با مراجعه به بخش‌های مربوطه توزیع و پس از یک‌هفته جمع‌آوری شد. طول مدت جمع‌آوری داده‌ها از کل بیمارستان‌ها چهار هفته بوده است. کلیه‌ی پرسشنامه‌ها نیز جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با توجه به هدف‌های مطالعه از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در این زمینه برای بررسی ویژگی‌های دموگرافیک از میانگین، فراوانی، درصد فراوانی و انحراف معیار و برای بررسی نمره‌ی هوش اخلاقی از میانگین و انحراف معیار و هم‌چنین، برای بیان ارتباط بین هوش اخلاقی و ویژگی‌های دموگرافیک از ضریب همبستگی

<sup>1</sup> Content Validity Index

## جدول شماره ۲ - میانگین و انحراف معیار ابعاد هوش

## اخلاقی در پرستاران

هوش اخلاقی	میانگین و انحراف معیار
درستکاری	۴/۱۴±۰/۴۸
مسئولیت‌پذیری	۴/۵۸±۰/۵
بخشش	۳/۶۹±۰/۶۱
دلسوزی	۴/۸۶±۰/۳۳
کل	۴/۳۹±۰/۵۶

در کارکنان و مدیران حاکی از سطح مطلوب هوش اخلاقی در آن‌ها بوده است. بهرامی و همکاران در مطالعه‌ای هوش اخلاقی کارکنان و اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد را مطلوب گزارش کردند (۱). سیادت و همکاران نیز در مطالعه‌شان ارتباط بین مؤلفه‌های هوش اخلاقی و رهبری تیمی را معنی‌دار گزارش کردند. آن‌ها هم‌چنین، بین بعد دلسوزی و رهبری تیمی کم‌ترین ارتباط را مشاهده کردند (۲۰). Krishnan نیز در مطالعه‌اش هوش اخلاقی بالای مدیران را عاملی جهت موفقیتشان بر شمرده است (۲۳). Turner و همکاران نیز ضمن بررسی هوش اخلاقی، توانایی استدلال اخلاقی در مدیران را عاملی برای مدیریت خلاق و موفق دانسته‌اند (۶). Lapointe و Langlois نیز در مطالعه-ای میزان هوش اخلاقی مدیران را مطلوب گزارش کرده‌اند (۲۴).

در تحلیل نتایج فوق می‌توان به این نکته اشاره نمود که میانگین هوش اخلاقی در پرستاران می‌تواند حاکی از توجه و اهمیت پرستاران به اصول اخلاقی خصوصاً در حیطه‌ی مراقبت از بیماران باشد. هر یک از ابعاد هوش اخلاقی به‌نوبه‌ی خود جزء اخلاقی مهمی محسوب شده که نقش مهمی در عملکرد مراقبتی پرستاران دارد. در این مطالعه تمامی ابعاد هوش اخلاقی از میزان بالایی برخوردار بود که نشان‌دهنده‌ی توجه پرستاران نسبت به این مسائل است. ماهیت انسانی بودن حرفه و در تماس بودن با حریم افراد سبب می‌شود که این ابعاد در بین پرستاران از اهمیت بالایی برخوردار باشد. در میان ابعاد هوش اخلاقی بعد دلسوزی میزان بالایی را به خود اختصاص داد. بعد دلسوزی به‌معنای مراقبت از دیگران و هم‌چنین، احترام به دیگران است که دارای اثر بازگشتی نیز می‌باشد. یعنی احترام به دیگران به‌طور متقابل احترام آن‌ها را نیز به‌دنبال دارد. بالاتر بودن این بعد در مطالعه‌ی حاضر می‌تواند شاید به این علت باشد که حرفه‌ی پرستاری حرفه‌ای انسانی بوده و بعد دلسوزی و احترام به

بین نمره‌ی کل هوش اخلاقی با سن ( $F=0/65$ ) و تعداد سال‌های خدمت ( $F=0/5$ ) رابطه‌ی مثبت معنی‌داری ( $P<0/05$ ) مشاهده شد. هوش اخلاقی با بخش محل خدمت، نوع استخدام و جنس رابطه‌ی معنی‌داری نداشت (جدول شماره ۳).

## جدول شماره ۳ - میانگین هوش اخلاقی بر اساس جنس

## و نوع استخدام در واحدهای مورد پژوهش

متغیر	هوش اخلاقی (Mean±SD)	سطح معنی‌داری
جنس	زن	۴/۹±۰/۸
	مرد	۴/۶۶±۰/۶۸
نوع استخدام	رسمی	۴±۰/۱۶
	قراردادی	۴/۳±۰/۱۱
	طرحی	۴/۵۱±۰/۸

## بحث

هدف این مطالعه تعیین سطح هوش اخلاقی در پرستاران بوده است. نتایج حاکی از آن است که نمره‌ی کل هوش اخلاقی در پرستاران از حد متوسط به بالا بوده است. در میان ابعاد هوش اخلاقی بیش‌ترین میانگین مربوط به بعد دلسوزی بود. در زمینه‌ی هوش اخلاقی در پرستاران مطالعه‌ای یافت نشده است. مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی هوش اخلاقی

رابطه‌ای بین هوش اخلاقی و تعداد سال‌های خدمت مشاهده کنند (۱). سیادت معتقد است که مدیران با سابقه‌ی خدمت بالاتر، هوش اخلاقی بالاتری دارند (۲۰). Wimalasiri نیز نتایج مطالعه‌ی حاضر را مورد تأیید قرار می‌دهد (۲۵). در این مورد می‌توان به این نکته اشاره نمود که هوش اخلاقی اکتسابی بوده و شاید افزایش سن و تعداد سال‌های خدمت در پرستاران سبب افزایش ابعاد هوش اخلاقی در آنان شود. در حقیقت، افزایش سن و تماس مکرر با مسائل و چالش‌های مختلف خود می‌تواند در تشخیص بین عملکرد درست و غلط در پرستاران مؤثر بوده و باعث گسترش ابعاد مربوط به هوش اخلاقی شود.

در این مطالعه بین هوش اخلاقی با جنس، نوع استخدام، بخش محل خدمت و هم‌چنین، تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری مشاهده نشد. Wimalasiri بر این باور است که هوش اخلاقی با جنس و سطح تحصیلات رابطه‌ی معنی‌داری ندارد (۲۵). Bauch و Rucinski در مطالعه‌شان رابطه‌ی جنس با هوش اخلاقی را معنی‌دار گزارش کردند در حالی که هوش اخلاقی مردان نسبت به زنان پایین‌تر بود (۲۶). Bauch و Rucinski نیز بیان کردند که بین جنس و تحصیلات با هوش اخلاقی رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد (۲۶). بهرامی و همکاران نیز بین هوش اخلاقی با مدرک تحصیلی و سن رابطه‌ی معنی‌داری را مشاهده نکردند (۱). در زمینه‌ی ارتباط بین هوش اخلاقی با نوع استخدام و نوع بخش مطالعه‌ی مشاهده نشده است. در زمینه‌ی ارتباط بین هوش اخلاقی و جنس می‌توان گفت که هوش اخلاقی اکتسابی است و می‌تواند توسط افراد با جنسیت متفاوت کسب شود. به عبارت دیگر، شاید بتوان گفت که ابعاد هوش اخلاقی بیش‌تر می‌تواند تحت تأثیر سایر ویژگی‌های افراد به غیر از جنسیت قرار گیرد. ولی شاید ویژگی‌های جنسیتی افراد در کسب ابعاد مختلف هوش اخلاقی مؤثر باشد.

دیگران در ابعاد مراقبتی اهمیتی خاص دارد. بالاتر بودن این بعد می‌تواند حاکی از این باشد که احترام به بیماران به‌عنوان یک انسان و اهمیت قائل شدن برای آن‌ها جدای از نوع بیماری‌شان از نظر اخلاقی از اهمیت خاصی در بین پرستاران برخوردار است. نمره‌ی هوش اخلاقی در ابعاد مسئولیت‌پذیری، درستکاری و بخشش نیز از متوسط به بالا بوده است. این ابعاد نیز در بطن خود به مسائلی همانند پایبند بودن به اصول درست، اعتراف به اشتباهات و توانایی بخشش خود و دیگران اشاره دارد که در عملکرد پرستاران به‌طور واضحی دیده می‌شود. از طرف دیگر، شاید بتوان به این نکته اشاره نمود که حضور پرستاران در محیط‌های درمانی و عملکرد مبتنی بر اصول اخلاقی می‌تواند باعث گسترش ابعاد هوش اخلاقی در آن‌ها شود. محیط‌های مراقبتی می‌توانند در گسترش هوش اخلاقی پرستاران مؤثر باشند. در زمینه‌ی درک عملکرد اخلاقی درست از نادرست نیز می‌توان گفت هوش اخلاقی که افراد آن را تدریجاً و در مواجهه با محیط کسب می‌کنند می‌تواند معیار مهمی در تشخیص اعمال اخلاقی درست باشد و شاید بتوان گفت که افرادی که هوش اخلاقی بالاتری دارند کم‌تر مرتکب خطاکاری اخلاقی شده و هم‌چنین، در مواجهه با چالش‌های اخلاقی نیز مؤثرتر عمل می‌کنند. این توانایی خصوصاً در پرستاران که با انسان‌ها و حیات آن‌ها سروکار دارند بسیار حائز اهمیت است و به‌طور مستقیم در اعمال آن‌ها نمود خواهد یافت (۴، ۲).

در زمینه‌ی ارتباط بین هوش اخلاقی و سن و تعداد سال‌های خدمت رابطه‌ی مثبت معنی‌داری مشاهده شده است. Langlois و Lapointe در مطالعه‌شان ارتباط بین سن و تعداد سال‌های خدمت را با هوش اخلاقی معنی‌دار و مثبت گزارش کرده‌اند (۲۴). سیادت و همکاران نیز رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار بین تعداد سال‌های خدمت و هوش اخلاقی مشاهده کردند (۲۰). بهرامی و همکاران نیز رابطه‌ی بین سن و هوش اخلاقی را مثبت و معنی‌دار گزارش کردند اما نتوانستند

**نتیجه گیری**

نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که کلیه ابعاد هوش اخلاقی در پرستاران مورد مطالعه در سطح مطلوبی بوده است و در بین ابعاد هوش اخلاقی، بعد مربوط به دلسوزی سطح بالاتری را به خود اختصاص داده است. در این زمینه می توان گفت که بالا بودن سطح هوش اخلاقی در پرستاران امری قابل پیش بینی و واضح است. زیرا پرستاری حرفه ای انسانی است که در ذات خود با مسائل اخلاقی همراه بوده و این امر سبب می شود که پرستاران روزانه با مسائل اخلاقی سرو کار داشته باشند که این خود، در گسترش هوش اخلاقی در آنها مؤثر است. به عبارت دیگر، می توان گفت که حضور پرستاران در محیط های بالینی و ارائه مراقبتی که با اصول اخلاقی همراه است می تواند توجه آنها را به اصولی همانند دلسوزی، درستکاری و بخشش افزایش داده و این اصول همان ابعاد هوش اخلاقی شان است.

در این مطالعه ارتباط بین هوش اخلاقی و متغیرهای سن و تعداد سال های خدمت معنی دار و مثبت گزارش شده است. بین سایر متغیرهای مورد بررسی و هوش اخلاقی رابطه ی معنی داری مشاهده نشده است.

سطح مطلوب هوش اخلاقی در پرستاران می تواند حاکی از اهمیت پرستاران به کسب موازین اخلاقی و همچنین، تاکید بر اخلاقی بودن محیط بالینی باشد. ولی لازم است مطالعات پیش تری در این زمینه و همچنین، ارتباط بین هوش اخلاقی و سایر حیطه های محیط های بالینی در پرستاران صورت پذیرد. لازم به ذکر است که مطالعه حاضر فقط در نقطه ی خاصی از ایران صورت گرفته و نیاز به مطالعات وسیع تری در سایر نقاط ایران وجود دارد.

**تشکر و قدردانی**

از کلیه پرستاران شرکت کننده در این مطالعه و همهی افرادی که در اجرای مطالعه همکاری داشتند کمال تشکر را داریم.

to profession development. *J Prof Nurs* 2002; 18(5): 271-5.

13- Van den Hoven J, Weckert J. *Information Technology and Moral Philosophy*. New York: Cambridge University Press; 2008.

14- Manallack S. Is honesty the best form of business risk management? [http://www.domain-b.com/management/general/20061024\\_honesty.html](http://www.domain-b.com/management/general/20061024_honesty.html) (accessed in 2012)

15- Lau HC, Idris MA. Soft foundations of the critical success factors on TQM implementation in Malaysia. *TQM Magazi* 2005; 13(4): 515-52.

16- Ofallon MJ, Butterfield KD. A review of the empirical ethical decision- making literature: 1996-2003. *J Bus Ethics* 2005; 59: 375- 413.

17- Mokhtaripoor M, Seadat SA. A comparative study of moral intelligence from the perspective of the scientists with Qur'an and the infallible Imams. *J Islamic Studies Prof Psychol* 1388; 3(4): 97-188. [In Persian]

18- Clarcken RH. Moral intelligence in the schools.

<http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508485.pdf>

(accessed in 2012)

19- Rahimi GR. The implication of moral intelligence and effectiveness in organization: are they interrelated? *Inter J Market Technol* 2011; 1(4): 62-76.

20- Siadat S, Kazemi I, Mokhtaripoor 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 Admin* 2009; 12(36): 61-69. [In Persian]

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

22- Lennick D, Kiel F. A worksheet for defining your code of ethics.

<http://troop351madison.org/MoralIQ.pdf>

(accessed in 2012)

23- Krishnan VR. Power and moral leadership: role of self-other agreement. *Leader Organiz Develop J* 2003; 24(6): 345-51.

## منابع

1- 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. [In Persian]

2- Borba M. *Building Moral Intelligence: The Seven Essential Virtues that Teach Kids to Do the Right Thing*. the University of Michigan: Jossey-Bass; 2005.

3- Karimi A. Development of intellectual and moral intelligence in the child. *Pevyand* 1389; 376: 20-23. [In Persian]

4- Lennick D, Kiel F. *Moral Intelligence*. USA: Wharton School Publishing; 2005.

5- Flite CA, Harman LB. *Code of ethics: principles for ethical leadership*. *Perspect Health Inf Manag* 2013; 10: 2-10.

6- Turner N, Barling J, Epitropaki O, Butcher V, Milner C. Transformational leadership and moral reasoning. *J Appl Psychol* 2002; 87(2): 304-310.

7- Kolen M. Development of moral intelligence in the child. Translated by Jahangir Zadeh MR, et al. *Islamic Science and Culture Research Centre*; 1389. [In Persian]

8- Habibzade H, Ahmadi F, Vanaki Z. Ethics in professional nursing in Iran. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2010; 3 (5): 26-36. [In Persian]

9- Abasszadeh A, Abedi HA, Ghofrani FA, Sharif F. Design and evaluation of nurses ethical practice mode. *Tebb & Tazkieh* 1381; 47: 59- 66. [In Persian]

10- Anonymouse. American Health Information Management Association code of ethics. [http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1\\_024277.hcsp?dDocName=bok1\\_024277](http://library.ahima.org/xpedio/groups/public/documents/ahima/bok1_024277.hcsp?dDocName=bok1_024277) (accessed in 2012).

11- Harman LB, Mullen VL. Professional values and the code of ethics. In: Harman LB ,ed. *Ethical Challenges in The Management of Health Information*, 2<sup>nd</sup> ed. Canada: Jones and Bartlett; 2006: 11-15.

12- Weis D, Schank MJ. Professional values: key



26- Rucinski DA, Bauch PA. Reflective, ethical and moral constructs in educational leadership preparation: effects on graduates' practices. J Educ Admin 2006; 44(5): 487-508

24- Langlois L, Lapointe C. Ethical leadership in Canadian school organizations. Educ Manag Admin Leadership 2007; 35(2): 247-60.

25- Wimalasiri JS. Moral reasoning capacity of management students and practitioners: an empirical study in Australia. J Manag Psychol 2000; 16(8): 614-34.

## Moral intelligence in nursing: a cross-sectional study in East of Iran

Somayeh Mohammadi<sup>1</sup>, Nozar Nakhaei<sup>2</sup>, Fariba Borhani<sup>3</sup>, Mostafa Roshanzadeh<sup>4\*</sup>

<sup>1</sup> MSc in Nursing, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>2</sup> Professor, Neurological Sciences Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran;

<sup>3</sup> Assistant Professor, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

<sup>4</sup> Mentor, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

### Abstract

Moral intelligence is one of the dimensions of intelligence that can provide a framework for the proper function of man, and be used as a predictor for people's conduct. Nurses' performance is of great importance because of the moral and human nature of their profession, and their adherence to ethical principles improves the nursing care quality as well as organizational performance. Therefore, the present study aimed to assess moral intelligence in nurses.

This cross-sectional study was conducted on 400 nurses from teaching hospitals in South Khorasan. Participants were selected through census method. Data were collected by Lennik & Kiel's moral intelligence questionnaire, and data analysis was performed using SPSS 16 software and descriptive and analytical statistics tests.

The results suggest that the nurses' moral intelligence score was  $4.35 \pm 0.56$  (range: 1-5). There was a direct and meaningful relationship between moral intelligence and age and years of practice ( $P < 0.05$ ).

Optimal levels of moral intelligence suggest the importance that nurses attribute to moral values, and can also be an indirect manifestation of their moral conduct in healthcare environments.

**Keywords:** moral intelligence, nursing care, nursing ethics

---

\*Email: [mroshanzadeh62@bums.ac.ir](mailto:mroshanzadeh62@bums.ac.ir)