

بررسی هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی مشهد و برخی عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن

رضا بیات ترک^۱، آلما علیخواه^۲، فاطمه علی تنه^۳، زهرا مصطفویان^۴، آرزو فرج‌پور^۵

تاریخ دریافت: 97/8/20

تاریخ پذیرش: 97/10/22

تاریخ انتشار: 97/12/25

مقاله‌ی پژوهشی

چکیده

امروزه تنها دانش و مهارت آکادمیک برای ارائه‌ی خدمات سلامت باکیفیت، کافی نیست. با وجود پیچیدگی‌های محیط درمانی، اخلاق بخش جدانشدنی تصمیم‌گیری‌های درمانی است و بی‌توجهی به آن می‌تواند بر کیفیت خدمات ارائه‌شده و سلامت سازمانی اثر سوء بگذارد. در این مطالعه‌ی مقطعی ۲۱۴ دانشجوی پزشکی و پرستاری به روش سرشماری، نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی چهل سؤالی لنینیک و کیل را که روایی صوری و محتوایی آن تأیید و پایایی آن ۰.۹۴ در مطالعات قبلی گزارش شده است، تکمیل نمودند. میانگین نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری به ترتیب 74.07 ± 8.26 و 76.44 ± 7.10 به دست آمد. میانگین نمرات هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری دارای اختلاف آماری معنادار ($p=0.025$) بود و نیز بین نمرات دانشجویان سال اول و آخر، تفاوت آماری معناداری ($p=0.002$) دیده شد. همچنین، در بین مؤلفه‌های هوش اخلاقی نمره‌ی مؤلفه‌ی درستکاری به‌طور معناداری در دانشجویان پزشکی ($p=0.003$) بالاتر بود. نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان در این مطالعه، در طبقه‌ی خوب قرار داشت؛ ولی این وضعیت می‌تواند به خیلی خوب و عالی هم ارتقا پیدا کند. وجود اختلاف معنی‌دار در نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان سال اول و آخر نشان‌دهنده‌ی تأثیر کوریکولوم آموزشی در این زمینه است. وجود اختلاف معنی‌دار نمره‌ی مذکور در بین گروه‌های پزشکی و پرستاری نیز نشان داد که برنامه و محیط آموزشی بر تکامل هوش اخلاقی اثر دارد؛ لذا با توجه به نقش کوریکولوم آموزشی بر هوش اخلاقی و تأثیر اثبات‌شده‌ی هوش اخلاقی بر کیفیت عملکرد حرفه‌ای، باید ابعاد اخلاقی و حرفه‌ای در آموزش بالینی، بیش‌ازپیش ارزشیابی شده و تحت نظارت و تأکید بیشتری واقع شوند.

واژگان کلیدی: پرستاری، پزشکی، دانشجویان، هوش، هوش اخلاقی

1. دانشکده‌ی پزشکی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

2. گروه پرستاری، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

3. گروه پرستاری، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

4. گروه پزشکی اجتماعی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

5. مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی، واحد مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

* نویسنده‌ی طرف مکاتبه: مشهد، خیابان امام خمینی ۱۴، دانشکده پزشکی دکتر محمد شاهین‌فر، تلفن: ۰۹۸۵۱۳۲۲۵۰۰۴۷.

Email: ar_farajpour@sbmu.ac.ir

مقدمه

سلامت سازمانی یکی از اصول بنیادی برای پایداری و گسترش توانایی‌های لازم برای بقا و پیشرفت است. اخلاق در بیمارستان‌ها، به عنوان جامع‌ترین مراکز فعال در حیطه‌ی سلامت، رکنی اساسی به شمار می‌آید؛ از این رو بی‌توجهی به آن می‌تواند بر کیفیت خدمات ارائه‌شده و سلامت سازمانی، اثر سوء بگذارد؛ بنابراین برخورداری از هوش اخلاقی و مؤلفه‌های دربرگیرنده‌ی آن می‌تواند نقشی انکارناپذیر در موفقیت سازمان‌ها و جوامع داشته باشد (۱ و ۲). «هوش اخلاقی» امروزه به دلیل اهمیت سازمانی و توانایی تبیین ویژگی‌های اخلاق‌مدارانه‌ی یک شخص، در کانون توجه پژوهشگران این حیطه قرار گرفته است (۳). نخستین بار، مایکل بوربا^۱ اصطلاح هوش اخلاقی را در علم روان‌شناسی وارد کرد و آن را توانایی بین انتخاب حق و باطل دانست. او هفت اصل یا فضیلت محوری را برای این هوش بیان کرده که عبارت‌اند از: همدلی، وجدان، کنترل خود، احترام، مهربانی، تحمل و عدالت. او همچنین، همدلی و وجدان و کنترل خود را بنیاد هوش اخلاقی می‌داند؛ زیرا سبب می‌شود انسان توانایی مبارزه با مشکلات و مسائل اخلاقی را داشته باشد (۴). تأکید هوش اخلاقی بر این نکته است که وراثت جایگاهی در رعایت اصول اخلاقی ندارد (۵)؛ اما باید این نکته را مدنظر داشت که رفتار اخلاقی در هر جامعه وابسته به چارچوب‌های فرهنگی و اجتماعی آنجا، می‌تواند رنگ و بویی متفاوت به خود گیرد (۶).

لنیک^۲ و کیل^۳ در سال ۲۰۰۵ مفهوم هوش اخلاقی را در ابعاد سازمانی مطرح و پرسش‌نامه‌ای برای بررسی آن تدوین کردند. از نظر آن‌ها هوش اخلاقی دارای چهار اصل اساسی است: الف. درستکاری (صداقت): نبود تضاد میان افکار، الفاظ

و اعمال افراد و راست‌گویی در هر موقعیت زمانی حتی اگر به ضرر شخص تمام شود؛ ب. دلسوزی: محبت و مهربانی به دیگران که جنبه‌ای متقابل دارد و احساس همدردی و همدلی با افراد در مواقع لزوم؛ ج. مسئولیت‌پذیری: تعهدی درونی از سمت فرد برای انجام درست تمامی اموری که به عهده‌ی او گذارده می‌شود؛ د. بخشش: تصمیم برای رهاکردن خشم و ناراحتی از دیگران در عین آگاهی از عیوب، که هم در روابط بین‌فردی و هم درون‌فردی کاربرد دارد (۷).

اخلاق حالتی نفسانی است که بدون نیاز به تفکر از انسان سر می‌زند و به رفتار، تصمیم‌گیری‌ها و روابط او جهت می‌دهد. رفتار اخلاقی نیز، رفتاری مطابق ارزش‌های والای انسانی است که او را به تعالی نزدیک می‌سازد (۸). اخلاق در زندگی انسان نقشی بسزا دارد و از آنجاکه آن را می‌توان بخشی از سرشت درونی انسان و یکی از دلایل اشرف مخلوقات بودن او دانست، نمی‌توان آن را کم‌رنگ یا حذف کرد (۹)؛ زیرا قرآن و آموزه‌های دینی از اخلاق به عنوان سازنده‌ی ابعاد دنیوی و اخروی انسان یاد می‌کنند و همواره انسان را به شناخت خداوند به عنوان منبع فضل و کمالات نامتناهی و کسب مفاهیمی چون: احسان، عفو، مهربانی، عطوفت و فعل عادلانه تشویق می‌کنند (۱۰).

بیمار، انسانی ارزشمند شناخته می‌شود و عملکرد اخلاقی در روابط با او، به دلیل ارتباط مستقیم و گاه طولانی اعضای کادر درمان با او، در میزان رضایتمندی آنان از مراقبت بیمارستانی نقشی بسزا دارد (۱۱). امروزه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به سمت حرفه‌ای‌شدن در حرکت هستند؛ لذا تأکید، تنها بر دانش و مهارت آکادمیک نیست. با توجه به پیچیدگی‌های محیط درمانی می‌توان از اخلاق، به عنوان بخش جدانشدنی تصمیم‌گیری‌های موجود در امور درمانی یاد کرد و به جایگاه ویژه‌ی آن در عرصه‌ی بهداشت و درمان پی برد (۶). مراقبت از بیمار تنها به بعد جسمی بیمار ختم نمی‌شود،

1. Michele Borba
2. lennik
3. kiel

طریق الگوسازی برای پرورش، تقویت و تدریس آن اقدام نمود؛ لذا افراد قادر هستند هوش اخلاقی خود را افزایش داده و مهارت‌های اخلاقی خود را تقویت نمایند (۱۵). هوش اخلاقی به‌عنوان یکی از فاکتورهای اصلی عملکرد اخلاقی سبب افزایش کیفی ارائه‌ی خدمات درمانی می‌شود و بر بهبود بیمار، کاهش هزینه‌های درمانی، افزایش انگیزه‌ی ادامه‌ی درمان و بهبود عملکرد سازمانی نیز تأثیر مستقیم دارد؛ ازاین‌رو، در مطالعه‌ی حاضر با مقایسه‌ی نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری و پزشکی، تأثیر کوریکولوم آموزشی گروه‌های پزشکی و پرستاری بر هوش اخلاقی دانشجویان بررسی شد.

روش کار

این مطالعه‌ی توصیفی مقطعی، در سال ۱۳۹۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد، بر روی دانشجویان پزشکی و پرستاری سال اول که واحد اخلاق را نگذرانده و تجربه‌ی کار بالینی نداشته‌اند و دانشجویان پزشکی و پرستاری سال آخر که واحد اخلاق را گذرانده و تجربه‌ی کار بالینی داشته‌اند، انجام شد. در این مطالعه ۲۱۴ نفر از دانشجویان پزشکی و پرستاری به روش سرشماری انتخاب شدند. رضایت برای شرکت در مطالعه، اشتغال به تحصیل در دانشگاه آزاد اسلامی مشهد در یکی از رشته‌های پزشکی و پرستاری، دارابودن حداقل یک سال کار بالینی به‌صورت کارآموزی و گذراندن واحد درسی اخلاق پزشکی برای دانشجویان سال آخر و عدم اشتغال به کار بالینی و نگذراندن واحد درسی اخلاق پزشکی برای دانشجویان سال اول، معیارهای ورود به این مطالعه بودند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل نارضایتی دانشجو برای شرکت در پژوهش و نداشتن معیارهای ورود بود. همه‌ی شرکت‌کنندگان درباره‌ی اهداف مطالعه، محرمانه‌بودن اطلاعات و خروج اختیاری از مطالعه توجیه شدند و از آنان رضایت آگاهانه گرفته شد. نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی استاندارد هوش اخلاقی لنینک و کیل (۲۰۰۵)

بلکه ابعاد روحی، معنوی، عاطفی و روانی او را نیز در بر می‌گیرد (۱۲)؛ لذا فعالیت در محیط‌های درمانی و مراقبتی، افراد را بیشتر در معرض مواجهه با دیسترس‌های اخلاقی قرار می‌دهد و می‌تواند اقدامات درمانی آن‌ها را محدود سازد؛ اما چنانچه آنان دارای بهره‌ی هوش اخلاقی بالا و مؤلفه‌های آن (ابزارهای زبان اخلاقی، مهارت‌های ارتباطی، مشاوره‌ی اخلاقی و سازگاری اجتماعی) باشند می‌توانند به‌عنوان پادزهری در مقابل این پریشانی‌ها عمل کنند (۱۳). بر اساس مطالعات عبدال رانی^۱ و استاپلتون^۲، میان هوش اخلاقی و عملکرد حرفه‌ای پرستاران ارتباط مستقیم وجود دارد و هرچه پرستاران دارای هوش اخلاقی بیشتری باشند، می‌توان از آنان ارائه‌ی خدمات بهداشت و درمان مطلوب‌تری را انتظار داشت (۱۴). علاوه‌برآن، مهارت‌های ارتباطی نیز یکی از شرایط اصلی خدمات مراقبتی است؛ کاهش درد و اضطراب، افزایش روحیه و انگیزه، بهبود علائم حیاتی و افزایش مشارکت در برنامه‌های درمان، برخی پیامدهای ارتباط مؤثر و حمایتی هستند (۱۲). سازگاری اجتماعی نیز به معنای تطبیق روحی و روانی با موقعیت جدید و ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه‌ای خاص است؛ لذا انتظار می‌رود مراقبین سلامت به کمک تقویت مهارت‌های اجتماعی ازجمله خوش‌اخلاقی، مهارت‌های ارتباطی غیرکلامی، خوب گوش دادن، برخورد مناسب با احساسات و عواطف بیماران بتوانند بهترین عملکرد را در برابر بیمارانشان داشته باشند (۱۲و۱۵). به عقیده‌ی صاحب‌نظران، هوش اخلاقی، اعتقاد راسخ و ارزش‌هایی است که به تمامی افکار و فعالیت‌های فرد جهت می‌دهد. به بیان دیگر، هوش اخلاقی ظرفیت تشخیص صحیح از غلط، داشتن باورهای اخلاقی و اقدام بر اساس آن‌ها به منظور انجام رفتار درست و شرافتمندانه است. همچنین اعتقاد بر این است که هوش اخلاقی ذاتی نیست؛ بلکه یاد گرفته می‌شود و باید از

1. Abdul Rani
2. Stapleton

ابزار این مطالعه بود. مارتین^۱ و آستین^۲ (۲۰۱۰) روایی و پایایی این پرسشنامه را بررسی و تأیید کرده‌اند (۱۶). مختاری و همکاران (۱۳۸۹) نیز پایایی این پرسشنامه را $r=0.94$ گزارش نموده‌اند (۱۶ و ۱۷). پس از آن، از این پرسشنامه در مطالعات متعدد داخلی استفاده شده است (۷، ۱۷-۲۰).

این پرسشنامه مشتمل بر چهل سؤال، بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌تایی است و به ترتیب، در همه‌ی مواقع پنج امتیاز، در بیشتر مواقع چهار امتیاز، بعضی اوقات سه امتیاز، به‌ندرت دو امتیاز و هرگز یک امتیاز دارد؛ بنابراین بیشترین امتیازدهی دویست و کمترین امتیاز آن چهل است. بنابر دستورالعمل پرسشنامه برای محاسبه، نمره‌ی نهایی بر دو تقسیم می‌شود و امتیاز نهایی هوش اخلاقی نمره‌ای بین بیست تا صد خواهد داشت که نمره‌ی ۹۰ تا ۱۰۰ عالی، نمره‌ی ۸۰ تا ۸۹ خیلی خوب، ۷۰ تا ۷۹ خوب و ۶۹ و کمتر ضعیف خواهد بود.

سوالات پرسشنامه ده بُعد رفتار مستمر در جهت اصول و ارزش‌ها (پرسش‌های ۱، ۱۱، ۲۱، ۳۱)، راست‌گویی (پرسش‌های ۲، ۱۲، ۲۲، ۳۲)، ایستادگی برای حقیقت (پرسش‌های ۳، ۱۳، ۲۳، ۳۳)، وفای به عهد (پرسش‌های ۴، ۱۴، ۲۴، ۳۴)، مسئولیت‌پذیری در برابر تصمیمات شخصی (پرسش‌های ۵، ۱۵، ۲۵، ۳۵)، اقرار به اشتباهات و شکست‌ها (پرسش‌های ۶، ۱۶، ۲۶، ۳۶)، قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران (پرسش‌های ۷، ۱۷، ۲۷، ۳۷)، فعالانه علاقه‌مند بودن به دیگران (پرسش‌های ۸، ۱۸، ۲۸، ۳۸)، توانایی در بخشش اشتباهات خود (۹، ۱۹، ۲۹، ۳۹) و توانایی در بخشش اشتباهات دیگران (۱۰، ۲۰، ۳۰، ۴۰) را سنجش و ارزیابی می‌کنند. همچنین این ده بعد به چهار دسته‌ی کلی تحت عنوان ابعاد کلی هوش اخلاقی شامل درستکاری (دارای چهار زیرمجموعه)، مسئولیت‌پذیری (دارای سه زیرمجموعه)،

بخشش (دارای دو زیرمجموعه) و دلسوزی (دارای یک زیرمجموعه) تقسیم می‌شوند. برای به‌دست‌آوردن امتیاز هر بعد، مجموع امتیازات سؤالات مربوط به آن بعد با هم جمع بسته می‌شوند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی توانایی بیشتر فرد پاسخ‌دهنده در آن بعد خواهد بود و برعکس. برای بررسی پایایی، هفده نفر از دانشجویان پرسشنامه را تکمیل کردند و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰.۹۳۸ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از نسخه‌ی ۱۶ نرم‌افزار SPSS انجام شد و آمار توصیفی (فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی تست، همبستگی) انجام و گزارش گردید و سطح معنی‌داری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این مطالعه ۲۳۰ پرسشنامه در بین دانشجویان پزشکی و پرستاری توزیع و ۲۱۹ پرسشنامه تکمیل و جمع‌آوری شد؛ البته از میان پرسشنامه‌های جمع‌آوری‌شده، پنج پرسشنامه به دلیل ناقص‌بودن، در مرحله‌ی تجزیه و تحلیل آماری حذف و در مجموع ۲۱۴ پرسشنامه بررسی شدند؛ لذا میزان پاسخ‌دهی ۹۳٪ محاسبه شد. دامنه‌ی سنی دانشجویان مورد مطالعه، هفده تا سی سال و با میانگین سنی 21.79 ± 2.82 بود؛ سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول زیر آمده است:

جدول شماره‌ی ۱- ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان

ویژگی دموگرافیک		فراوانی (درصد)
جنسیت	زن	146 (68.2%)
	مرد	68 (31.8%)
تأهل	مجرد	169 (79%)
	متأهل	45 (21%)
رشته‌ی تحصیل	پزشکی	110 (51.4%)
	پرستاری	104 (48.6%)
سال تحصیل	سال اول	118 (55.1%)
	سال آخر	96 (44.9%)

1. Martin
2. Austin

جدول شماره ۲- مقایسه‌ی نمره‌ی هوش اخلاقی در

دانشجویان پرستاری و پزشکی

رشته تحصیلی	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین نمره	SD	T	P value
پزشکی	58.5	90	76.44	7.10	2.25	0.025
پرستاری	54.5	94.5	74.07	8.26		

جدول شماره ۳- طبقه‌بندی نمره‌ی هوش اخلاقی به

تفکیک رشته‌ی دانشجویان

	عالی (90 تا 100)	خیلی خوب (80 تا 89)	خوب (70 تا 79)	ضعیف (≤69)
پزشکی	2 (2%)	30 (30%)	52 (52%)	16 (16%)
پرستاری	4 (4.2%)	18 (18.8%)	48 (50%)	26 (27%)
مجموع	6 (3.1%)	48 (24.5%)	100 (51%)	42 (21.4%)

جدول شماره ۴- مقایسه‌ی نمره‌ی هوش اخلاقی در دانشجویان سال اول و آخر

رشته	سال تحصیلی	میانگین نمره	SD	T	P value
پزشکی	سال اول	74.87	7.64	-3.76	0.0001
	سال آخر	80.17	30.44		
پرستاری	سال اول	71.59	8.57	-2.44	0.016
	سال آخر	75.56	7.75		
کلی	سال اول	73.80	8.07	-3.169	0.002
	سال آخر	77.11	6.97		

شماره‌ی ۵ است، در بین حیطه‌های بررسی‌شده، میانگین نمره‌ی حیطه‌ی درستکاری به‌شکلی معنی‌دار در دانشجویان پزشکی بالاتر است ($t=3.06$, $Pvalue=0.003$).
نمرات حیطه‌های مختلف هوش اخلاقی بر حسب سال تحصیل و به تفکیک رشته در جدول شماره‌ی ۶ نشان داده شده است.

دامنه‌ی نمره‌ی هوش اخلاقی به‌دست‌آمده 54.5-94.5 بود و میانگین آن در بین دانشجویان مورد مطالعه 75.29 ± 7.76 به دست آمد. میانگین نمره‌ی هوش اخلاقی در بین دانشجویان پزشکی و پرستاری تفاوت معنی‌داری نداشت ($t=2.25$, $Pvalue=0.025$).

وضعیت نمره‌ی هوش اخلاقی به‌طور کلی و به تفکیک رشته در جدول شماره‌ی ۳ نشان داده شده است.

مقایسه‌ی میانگین نمره‌ی هوش اخلاقی در بین دانشجویان سال اول و آخر، تفاوت آماری معنی‌داری را نشان می‌دهد ($t=-3.169$, $Pvalue=0.002$).

مقایسه‌ی میانگین نمرات هوش اخلاقی بر حسب سن ($r=0.189$, $Pvalue=0.006$)، بر حسب جنس ($t=-0.633$) ($Pvalue=0.527$) و بر حسب تأهل ($t=-1.897$) ($Pvalue=0.059$) تفاوت آماری معنی‌داری نشان نداد.
نمرات هوش اخلاقی در حیطه‌های درستکاری، بخشش، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی به تفکیک رشته، مطابق جدول

جدول شماره ۵- مقایسه‌ی نمرات حیطه‌های هوش اخلاقی بر حسب رشته‌ی تحصیلی دانشجویان

حیطه	رشته تحصیلی	حداقل	حداکثر	میانگین	SD	t	P value
درستکاری	پزشکی	47	72	62.25	5.43	3.06	0.003
	پرستاری	42	79	59.66	6.86		
بخشش	پزشکی	19	38	29.20	3.87	0.96	0.333
	پرستاری	16	37	28.65	4.36		
مسئولیت‌پذیری	پزشکی	33	56	45.84	5.39	1.42	0.155
	پرستاری	27	57	44.77	5.55		
دلسوزی	پزشکی	11	20	15.61	2.12	1.68	0.093
	پرستاری	7	20	15.07	2.56		

جدول شماره ۶- مقایسه‌ی نمرات حیطه‌های هوش اخلاقی به تفکیک رشته در دانشجویان سال اول و آخر

حیطه	رشته‌ی تحصیلی	سال تحصیلی	حداقل	حداکثر	میانگین	SD	t	P value
درستکاری	پزشکی	سال اول	47	72	61.41	6.09	-2.56	0.001
		سال آخر	59	71	64.28	2.35		
	پرستاری	سال اول	42	76	58.8	7.65	-1.015	0.313
		سال آخر	49	79	60.20	6.32		
بخشش	پزشکی	سال اول	19	38	28.62	4.22	-3.164	0.002
		سال آخر	25	36	30.63	2.36		
	پرستاری	سال اول	16	36	27	4.66	-3.190	0.002
		سال آخر	22	37	29.69	3.84		
مسئولیت‌پذیری	پزشکی	سال اول	33	35	44.54	5.40	-4.843	0.0001
		سال آخر	37	56	49	3.89		
	پرستاری	سال اول	27	56	43.18	5.76	-2.365	0.020
		سال آخر	36	57	45.77	5.21		
دلسوزی	پزشکی	سال اول	11	20	15.23	2.28	-3.734	0.0001
		سال آخر	14	19	16.53	1.31		
	پرستاری	سال اول	7	20	14.40	2.81	-2.135	0.035
		سال آخر	10	20	15.48	2.31		

می‌گردد؛ ولی در رشته‌ی پرستاری تنها در حیطه‌ی بخشش افزایش معنی‌دار آماری مشاهده می‌شود.

در رشته‌ی پزشکی میانگین نمره‌ی تمام حیطه‌ها در سال اول نسبت به سال آخر افزایش آماری معنی‌داری مشاهده

بحث

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد میانگین هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری و پزشکی دانشکده‌ی آزاد اسلامی واحد مشهد 75.29 ± 7.76 و از وضعیت خوبی برخوردار است؛ هرچند این وضعیت می‌تواند به خیلی خوب و عالی ارتقا یابد. میانگین نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی بالاتر از دانشجویان پرستاری (74.07) است و این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار است. عرشی‌ها و همکاران (1395) در مطالعه‌ی خود، ارتباط هوش اخلاقی و مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران را بررسی و نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری را 71.98 ± 12.7 گزارش کرده‌اند (19). رئیسی و همکاران (1393) نیز نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قم را 73.2 ± 8.2 گزارش نموده‌اند (21). رفعتی و همکاران (1392) نیز هوش اخلاقی را در دانشجویان پزشکی دانشگاه‌های شهر تهران بررسی و میانگین نمره‌ی هوش اخلاقی آنان را 73.89 ± 14.73 اعلام کرده‌اند؛ البته اغلب آنان در دسته‌ی هوش اخلاقی ضعیف قرار داشتند (22). صدیق و همکاران (1394) نیز با بررسی هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی در دانشگاه هرمزگان، نمره‌ی 72.99 ± 7.12 را گزارش نموده‌اند (23). داده‌های مطالعات مختلف مبین آن است که محدوده‌ی نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان در دانشگاه‌های مختلف داخلی اختلاف چندانی ندارد؛ زیرا در همه‌ی دانشگاه‌های داخلی یک کوریکولوم اجرا می‌شود و در روش‌ها و نحوه‌ی اجرای آن تنوع چندانی وجود ندارد.

در پژوهش حاضر میان هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی و پرستاری تفاوتی معنی‌دار مشاهده می‌شود. نمره‌ی بیشتر هوش اخلاقی دانشجویان پزشکی نسبت به دانشجویان پرستاری می‌تواند به دلیل دوره‌ی طولانی‌تر آموزش بالینی، کشیک‌های بیمارستان، ارتباط مداوم با بیماران و قرارگرفتن یا مشارکت در موقعیت‌های تصمیم‌گیری برای بیماران باشد.

در مطالعه‌ی حاضر، میان جنسیت و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار دیده نمی‌شود. در پژوهش آفاقی و همکاران (1392) که بر روی ۲۶۷ نفر از پرستاران بخش مراقبت‌های ویژه‌ی شهر تهران انجام شده، از رابطه‌ی معنادار جنسیت و هوش اخلاقی یاد شده است؛ بالاتر بودن سطح هوش اخلاقی مردان نسبت به زنان از یافته‌های پژوهش آنان است (24)؛ اما ویمالاسیری^۱ (2001) در پژوهش خود که به بررسی ارتباط میان متغیرهای جمعیتی و ملاحظات اخلاقی دانشجویان مدیریت استرالیا پرداخته، هوش اخلاقی را غیرمرتبط با جنسیت دانسته است (25). در این مطالعه میان افزایش سطح تحصیلات و میانگین هوش اخلاقی رابطه‌ای معنادار مشاهده شد. پژوهش آراسته و همکاران (1389) که با هدف بررسی وضعیت هوش اخلاقی برخی دانشجویان دانشگاه‌های امیرکبیر، تربیت معلم، تربیت مدرس، تهران، شهیدبهشتی و صنعتی شریف انجام و ۳۶۹ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و وارد جامعه‌ی آماری آن‌ها شده، حاکی از رابطه‌ی مثبت و معنادار میان سن و افزایش سطح تحصیلات و هوش اخلاقی است (26). نتایج حاصل از این تحقیق نشان می‌دهد میان هوش اخلاقی و وضعیت تأهل دانشجویان رابطه‌ی معناداری وجود ندارد که با بررسی آمینی و رحیمی که در سال ۹۲-۹۳ بر روی سیصد نفر از دانشجویان دانشکده‌ی مهندسی دانشگاه کاشان انجام شده غیرهمسوست؛ رابطه‌ی آماری معنادار موجود در پژوهش آن‌ها در ارتباط با افراد متأهل و مجرد حاکی از آن است که دیدگاه افراد پس از ازدواج تغییر کرده و به پختگی و بالندگی بیشتری می‌رسند؛ لذا می‌توان انتظار داشت افراد متأهل از وضعیت هوش اخلاقی مطلوب‌تری نسبت به افراد مجرد برخوردارند (27).

در بررسی حیطه‌های هوش اخلاقی، دانشجویان پزشکی و پرستاری مورد مطالعه از میزان درستکاری مطلوبی

1. Wimalasiri

برخوردارند. لنیک و کیل درستکاری را اولین اصل اخلاقی و ساختمان شخصیتی یک انسان می‌دانند و آن را هماهنگی و تطابق با اصول، ارزش‌ها و باورهای فردی تعریف می‌کنند. میان افزایش تعداد واحدهای گذرانده‌شده و مؤلفه‌ی درستکاری در دانشجویان پزشکی رابطه‌ی معناداری وجود دارد؛ اما چنین رابطه‌ای درباره‌ی دانشجویان پرستاری صادق نیست. پژوهش رفعتی و همکاران (۱۳۹۳) که بر روی ۳۵۹ نفر از دانشجویان پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران انجام شده، حاکی از ارتباط مستقیم و همسو میان افزایش سنوات تحصیلی و سطح هوش اخلاقی است و بیشترین امتیاز کسب‌شده توسط آنان راست‌گویی، استقامت برای حق و وفای به عهد و پیمان است (۲۲).

لنیک و کیل معتقدند مسئولیت‌پذیری یکی از شروط اصلی ارتباط با دیگران است؛ زیرا پیچیدگی جهان اطراف ما سبب وابستگی انسان‌ها به یکدیگر شده و آنان را در قبال یکدیگر مسئول می‌نماید. آن‌ها مسئولیت‌پذیری را مطلقاً فردی ندانسته و یکی از ابعاد آن را کمک به رفاه انسان‌ها و رساندن خدمات به آنان معرفی می‌کنند (۲۵ و ۲۸). میانگین مؤلفه‌ی مسئولیت‌پذیری در دانشجویان پزشکی و پرستاری بررسی‌شده نسبتاً رضایت‌بخش است؛ اما بهتر است برای اعتلای آن تدبیر بیشتری اندیشید. حاجلو و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود که بر روی بیست نفر از پرستاران استان آذربایجان غربی انجام داده بودند، مؤلفه‌ی مسئولیت‌پذیری و نگرش پرستاران نسبت به آموزش بیماران را معنی‌دار دانسته و معتقدند پرستارانی که از هوش اخلاقی بالاتری، به‌خصوص در مؤلفه‌ی مسئولیت‌پذیری، برخوردارند از نظر آموزش نحوه‌ی استفاده از داروها و مراقبت‌های فردی قوی‌تر عمل کرده و به‌راحتی خود را مسئول اعمال و پیامدهای اشتباهات خویش می‌دانند (۲۹).

لنیک و کیل دلسوزی را معادل مراقبت فعالانه از دیگران می‌دانند. از نظر آن‌ها مراقبت به بعد جسمی محدود نمی‌شود

و یکی از ابعاد آن حمایت از اهداف دیگران است که این تلاش می‌تواند در جهت ترغیب آنان یا فراهم‌آوردن امکانات و تدابیر لازم برای انجام بهترین عملکردشان باشد (۲۵). نمرات مربوط به حیطه‌ی دلسوزی در دانشجویان پزشکی و پرستاری تفاوت چشمگیری ندارد؛ ولی تفاوت نمره‌ی این حیطه در دانشجویان پزشکی سال اول و سال آخر دارای افزایشی معنی‌دار است که نشان می‌دهد در طول دوره‌ی آموزش بالینی به توانایی لازم برای سهیم‌شدن در احساسات دیگران و درک کافی از واکنش‌های عاطفی افراد دست می‌یابند.

یافته‌های فریدونی و همکاران (۱۳۹۲) در پیوند با ارتباط دلسوزی و سبک تدریس ۲۵۷ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه ارومیه حاکی از همسو بودن با نتایج مطالعه‌ی حاضر است که نشان می‌دهد احترام به دیگران یکی از جنبه‌های عملی دلسوزی است و در پرتو آن می‌توان تعاملات اجتماعی مثبت و مؤثری داشت (۳۰).

ورثینگتون^۱ و همکاران از بخشش به‌عنوان فرایند پیچیده‌ی شناختی یاد کرده، آن را تلاش برای جابه‌جایی هیجاناتی نظیر ترس و تنفر و گاه دشمنی با تمایلات مثبتی مانند عشق، همدلی، دلسوزی و مهربانی می‌دانند (۳۱). بخشش از دیدگاه لنیک و کیل به معنای گذشتن از اشتباهات فردی و اشتباهات دیگران است؛ اما مهم‌تر از آن، شجاعت پذیرش مسئولیت انتخاب‌ها و پیامدهای آن است؛ زیرا در اکثر مواقع انسان به‌راحتی از اشتباهات دیگران می‌گذرد، اما به دلیل کمال‌گرایی حاضر به قبول انتخاب خود نیست و از خطاهای شخصی چشم‌پوشی نکرده و سبب پیریشانی عاطفی طولانی‌مدت خویش می‌شود. نمرات حیطه‌ی بخشش، در دانشجویان پزشکی و پرستاری اختلاف معنی‌داری با هم ندارند؛ ولی این نمرات در دانشجویان سال آخر هر دو گروه به‌طور معنی‌داری افزایش یافته است که می‌تواند مبین اثرگذاری آموزش‌های

1. Worthington

نتیجه گیری

نتایج مبین این است که نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان در وضعیت خوب (ضعیف، خوب، خیلی خوب و عالی) قرار دارد؛ ولی این وضعیت می‌تواند به خیلی خوب و عالی ارتقا یابد. وجود اختلاف معنی‌دار در نمره‌ی هوش اخلاقی دانشجویان سال اول و آخر نشان‌دهنده‌ی تأثیر کوریکولوم آموزشی در این زمینه است. همچنین وجود اختلاف معنی‌دار نمره‌ی مذکور در بین گروه‌های پزشکی و پرستاری نشان‌داد برنامه و محیط آموزشی بر تکامل هوش اخلاقی دانشجویان مؤثر است؛ لذا با توجه به نقش کوریکولوم آموزشی بر هوش اخلاقی و تأثیر اثبات‌شده‌ی هوش اخلاقی بر کیفیت عملکرد حرفه‌ای، برای تربیت نیروهای حرفه‌ای باکیفیت در دانشگاه‌ها، در آموزش بالینی باید بر ابعاد اخلاقی و حرفه‌ای بیش‌ازپیش تأکید شود و این ابعاد تحت ارزشیابی و نظارت دقیق واقع گردند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همه‌ی دانشجویان عزیزی که در این مطالعه شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

بالینی در زمینه‌ی مهارت‌های ارتباط بین فردی و پروفشنالیسم باشد (۳۰ و ۳۱). همچنین در مطالعه‌ی حاضر، میان افزایش سنوات تحصیلی و میانگین هوش اخلاقی دانشجویان رابطه‌ای معنادار مشاهده شد که با مطالعه‌ی ویت و لیت^۱ و همکاران همسوست. آن‌ها مطالعه‌ای بر روی ۳۵ زن و ۳۶ مرد، در رابطه با واکنش‌های فوری عاطفی و فیزیولوژیکی هنگام مواجهه با خاطرات منفی در مقایسه با زمانی که دیدگاه بخشش را داشتند، انجام داده و نتایج مشابهی را نیز گزارش نموده‌اند (۳۲). دانشجویان با هوش اخلاقی بالا، کار درست را درست انجام می‌دهند؛ اعمال آن‌ها پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ است؛ عملکرد بالایی دارند و همیشه بین کارها و اصول اخلاقی ارتباط برقرار می‌کنند. در واقع هوش اخلاقی نوعی مکانیسم خودکنترلی است که دانشجو مسئول اعمال خویش است؛ لذا دانشگاه‌هایی که تربیت نیروهای حرفه‌ای باکیفیت را رسالت خود می‌دانند، باید بیش‌ازپیش به این مقوله توجه نمایند (۳۳).

منابع

- 1- Ghayumi A, Imani MN. Relationship between moral intelligence and organizational health from the perspective of managers of Islamic Azad Universities in Tehran. *International Journal of Learning and Development*. 2015; 5(4): 40-52.
- 2- 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. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 7(6): 59-68. [in Persian]
- 3- Taban M, Viseh M, Shiri A. The Effect of Responsibility and Employees' Ethical Intelligence on the Health of the Administrative System. *Management in Islamic university*. 2015; 3(2): 223-42.
- 4- Borba M. The step by step plan to building moral intelligence, nurturing kids' hearts & souls. San Francisco: National Educator Awards, National Council of Self Steam; 2005.
- 5- Sheidaee M. Comparison of moral intelligence in two group of social non-users' virtual networks. *Quarterly Journal of Law Enforcement of Police in the Capital*. 2015; 10(30): 49-58.
- 6- Mohammadi J. Cognitive evolutionary perspectives. *Ma'rifat-i Ākhlaqī*. 2011; 2(8): 101-22.
- 7- Mohamadi J, Ghazanfari F, Azizi A. Relationship between moral intelligence and nurses' quality of work life. *Iran Journal of Nursing*. 2014; 27(90): 54-64.
- 8- Mahdi FM. Moral concepts from the view of the Qur'an. *Akhlagh*. 2012; 2(8): 11-38. [in Persian]
- 9- Yousefi P, Heshmati H. Moral intelligence and its position in nursing profession. *Development Strategies in Medical Education*. 2015; 2(2): 65-73.
- 10- Ehsani H, Ahmadpour S. The study of the role of ethics in Islam and the views of past and contemporary religious leaders in this field. *Journal of Science and Engineering Elites*. 2016; 2(5): 48-55
- 11- Sadeghi A, Adeli Z, Moghim BA, Moghim BA. Relationship between nurses' moral intelligence and patients' satisfaction from nursing care. *Nuerisng Management*. 2016; 4(3): 65-76.
- 12- Mashreghi Kavijani SK, Hamidy Pour R, Mosalanejad L. The association between moral intelligence and social adjustment with coping style among medicines residents of universities of Tehran. *Education and Ethics in Nursing*. 2015; 4(4): 33-41.
- 13- Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. *American Journal of Nursing*. 2016; 116(7): 40-9.
- 14- Rezaee Gazki P, Norouzi M. Ethical intelligence in the field of medicine: A review of concepts. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2014; 8(7): 115.
- 15- Yazdani S, AkbariLakeh M, Ahmady S, Afshar L, Foroutan SA. Value-based curriculum model from the viewpoints of experts in education of Ethics and values in Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Iranian journal of medical education*. 2015; 15: 304-18.
- 16- Martin DE, Austin B. Validation of the moral competency inventory measurement instrument: Content, construct, convergent and discriminant approaches. *Management Research Review*. 2010; 33(5): 437-51.
- 17- Mokhtaripour MK. Studying and comparing the relationship between organizational intelligence and moral intelligence among academic and nonacademic administrators in Isfahan public universities. *Higher Education*. 2011; 3(12): 27-33.
- 18- 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. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2012; 5(6): 81-95. [in Persian]
- 19- Arshiha MS, Talari KL, Noghani F, Sedghi Goyaghaj N, Taghavi Larijani T. The relationship between moral intelligence and communication skills among nursing students. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2016; 9(3): 44-54.
- 20- Seyadat SA. Relationship between moral intelligence and leadership team leaders from the perspective of teaching and non teaching sfahan university faculty. *Health Management*. 2009; 36(12): 61-9.
- 21- Raisi M, Bakouei S, Jafarbegloo E, Momenuan S, Abedini Z. Evaluation of moral

- intelligence in nursing and midwifery students of Qom University of Medical Sciences. *J Educ Ethics Nurs*. 2016; 5(3): 9-16.
- 22- Rafaati Sh, Rejeh N, Ahmadvash M, Davati A. Ethical intelligence of medical students of universities of medical Sciences in Tehran. *Medical Ethics Journa*. 2013; 8(27): 71-91.
- 23- Seddigh SH, Bahmanyar B. Investigating the moral intelligence in medical students of Hormozgan University in 2016. *Journal of Medical Research and Healthcare*. 2017; 1(2): 108-21.
- 24- Afaghi S, Najafloo M. The relationship between moral intelligence and demographic characteristics of nurses in the intensive care units. *Journal of Military Caring Sciences*. 2018; 4(4): 281-7.
- 25- Wimalasiri JS. Moral reasoning capacity of management students and practitioners: An empirical study in Australia. *Journal of Managerial Psychology*. 2001; 16(8): 614-34.
- 26- Araste HR, Azizi M, Jafari A. Assessing students' ethical intelligence. *Journal of Strategy for Culture*. 2009; 3(1011): 201-14.
- 27- Amini M, Rahimi H. A survey on moral intelligence in engineering college at the University of Kashan. *Majallah-i Amuzih-i Muhandisi-i Iran*. 2015; 17(66): 1-14.
- 28- Peter E, Gallop R. The ethic of care: A comparison of nursing and medical students. *The Journal of Nursing Scholarship*. 1994; 26(1): 47-52.
- 29- Hajlo N, Ghaffari M, Movaghar M. Investigating the relationship between moral and social intelligence, and nurses' attitude to patient education. *Medical Ethics and History of Medicine*. 2015; 8(1): 67-79.
- 30- Freidooni M, Shikhzadeh M, Dehghani M. Exploring the relationship between moral intelligence and teaching styles among urmiauniversity faculties. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2014; 11(11): 854-62.
- 31- Worthington EL, Witvliet CVO, Pietrini P, Miller AJ. Forgiveness, health, and well-being: A review of evidence for emotional versus decisional forgiveness, dispositional forgivingness, and reduced unforgiveness. *Journal of Behavioral Medicine*. 2007; 30(4): 291-302.
- 32- Vanoyen Witvliet C, Ludwig TE, Vander Laan KL. Granting forgiveness or harboring grudges: Implications for emotion, physiology, and health. *Psychol Sci*. 2001; 12(2): 117-23.
- 33- Mahasneh AM. The level of moral competence among sample of Hashemite university students. *Canadian Social Science*. 2014; 10(1): 159-64.

Moral Intelligence and Its Relative Demographic Factors in Medical and Nursing Students Studying at Islamic Azad University of Mashhad

Reza Bayattork¹, Alma Alikhah¹, Fatemeh Alitaneh¹, Zahra Mostafavian¹, Arezou Farajpour^{*1}

¹Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran

Abstract

Today, health care providers are moving toward becoming professionals, so only academic knowledge and skills are not enough in complex medical environments, morality is an integral part of medical decision making and paying no attention to it may have adverse effects on quality of care. This Research investigated the moral intelligence and its relative demographic factors between medical and nursing students. In this descriptive cross-sectional study, 214 students were selected by census sampling. Data were collected by using Kiel & lennik questionnaire which its reliability is reported as $r=0.94$ and has been validated in previous studies. The mean age of students was 21.79 ± 2.82 years. The moral intelligence mean scores in medical and nurse students were 76.44 ± 7.10 and 74.07 ± 8.26 , respectively. There was no significant relation between demographic factors and moral intelligence scores but there was significant difference among nursing and medical ($p=0.025$) and the first and last year students ($p=0.002$). Trustworthy domain was significantly higher in medical students ($p=0.003$). Although the results indicate that the students' moral intelligence score is in good condition, this situation can be upgraded to be very good and excellent. The significant difference in the score of moral intelligence in first and last year students shows the effect of educational curriculum. There was significant difference in the scores of medical and nursing groups. So, the educational climate and curriculums can effect on moral intelligence development. Therefore, considering the proven effect of moral intelligence on the quality of professional performance, ethical dimensions, and professionalism in clinical education should be emphasized, evaluated, and monitored more than ever.

Keywords: Nursing, Medicine, Students, Moral intelligence

* Corresponding Author: Email: ar.farajpour@gmail.com