

## هوش اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه: یک مطالعه توصیفی-همبستگی

مریم دهقانی<sup>۱</sup>، نوشین موسی‌زاده\*<sup>۲</sup>، حمیده حکیمی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۰/۰۸/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۱/۰۵/۲۵

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** هوش اخلاقی یکی از ابعاد هوش است که می‌تواند چهارچوبی برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم نماید و به‌طور نظری یک عامل پیش‌بین‌کننده رفتار محسوب می‌شود. مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط هوش اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** مطالعه حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شد جمعیت این پژوهش، ۱۱۲ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دولتی شهر آمل بودند که به روش تمام شماری انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم مشخصات فردی و پرسشنامه استاندارد هوش اخلاقی استفاده شد. تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آمار توصیفی و تحلیلی و محاسبه میانگین، انحراف معیار، آزمون همبستگی پیرسون و آزمون تی مستقل انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمره هوش اخلاقی در پرستاران شاغل در مراقبت ویژه  $80/20 \pm 7/40$  و خیلی خوب بود. بیشترین نمره مربوط به بعد درستکاری و کمترین نمره مربوط به بعد دلسوزی بود. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد. بین نمره کلی هوش اخلاقی و متغیرهای تأهل ( $P=0/03$ )، سن ( $P=0/02$ )، سابقه کار ( $P=0/02$ ) و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ( $P=0/02$ ) ارتباط مثبت و معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین ابعاد درستکاری، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی با متغیرهای سن، تأهل، سابقه کار و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه نیز ارتباط مثبت و معنی‌داری دیده شد. همچنین بین میزان ساعات اضافه‌کاری و ابعاد پرسشنامه هوش اخلاقی ارتباط معکوس وجود داشت. بین نمره کلی هوش اخلاقی و جنسیت، و نیز شرکت در سمینار اخلاقی ارتباط معنی‌دار وجود نداشت. افراد متأهل به‌طور متوسط مسئولیت‌پذیری و بخشش و هوش اخلاقی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به شرایط خاص بخش‌های مراقبت ویژه و لزوم حضور پرستاران توانمند در این واحدها شایسته است که پرستاران متأهل با سن، سابقه کار بالاتر و تجربه کار بیشتر در این بخش‌ها فعالیت نمایند. همچنین بر عهده مدیران و برنامه‌ریزان واحدهای درمانی است که با کاهش ساعات کاری پرستاران شاغل در این بخش‌ها و انجام نیازسنجی صحیح قبل از برگزاری برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت به ارتقاء هوش اخلاقی در این پرستاران کمک شود.

**کلیدواژه‌ها:** هوش اخلاقی، پرستاران، بخش مراقبت ویژه

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیستم، شماره سوم، پی‌درپی ۱۵۲، خرداد ۱۴۰۱، ص ۱۷۷-۱۷۰

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران، تلفن: ۹۸۹۱۱۲۲۱۰۷۳۲

Email: somaye87@gmail.com

### مقدمه

مربوط به حمایت کامل بیماران درگیر هستند (۵-۳). از سوی دیگر به دلیل شرایط بحرانی و خاص بیماران در این بخش‌ها، پرستاران شاغل در معرض تنش‌ها و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی بیشتری قرار دارند (۸-۶). از جمله تصمیماتی که پرستاران شاغل در این بخش‌ها نیاز است که در آن شرکت نمایند جداسازی بیمار از ونتیلاتور،

بخش مراقبت ویژه سیستمی سازمان‌یافته برای ارائه مراقبت از بیماران با شرایط بحرانی می‌باشد که در این بخش‌ها نظارت بیشتر بیماران در جهت حمایت ارگان‌ها و حفظ حیات صورت می‌گیرد (۱)، کارکنان شاغل در این بخش‌ها با حجم بالای کار و مراقبت

<sup>۱</sup> مربی پرستاری کودکان، دانشکده پیراپزشکی نهاوند، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> مرکز تحقیقات بیمارستان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

بیماران بستری در این بخش‌ها، پرستاران در موقعیت‌های بالینی زیادی جهت تصمیم‌گیری اخلاقی قرار می‌گیرند، که برای شناسایی به‌موقع مشکلات بیماران و اتخاذ بهترین تصمیم باید هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن مانند درستکاری، مسئولیت‌پذیری، دلسوزی و احترام به دیگران را دارا باشند. بنابراین مطالعه حاضر باهدف بررسی ارتباط هوش اخلاقی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت ویژه انجام شد.

### مواد و روش کار

مطالعه حاضر نوعی مطالعه توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ در تمامی بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان‌های دولتی شهر آمل انجام شد. نمونه‌های پژوهش ۱۱۲ پرستار بودند که به روش تمام‌سرشماری و بر اساس معیار ورود انتخاب و وارد مطالعه شدند. داشتن تحصیلات کارشناسی پرستاری و حداقل یک سال سابقه کار در بخش مراقبت ویژه به‌عنوان معیارهای ورود و تکمیل ناقص سؤالات پرسشنامه به‌عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران و تأیید کمیته اخلاقی با شماره IR.MAZUMS.REC.1398.4812 و انجام هماهنگی‌های لازم با مدیران بیمارستان‌های مورد نظر، پژوهشگر با مراجعه به بخش‌های مراقبت ویژه و معرفی خود، هدف از انجام مطالعه و نحوه پاسخگویی به پرسشنامه را برای شرکت‌کنندگان توضیح داده و در صورت تمایل به شرکت در مطالعه و کسب رضایت آگاهانه شفاهی از آن‌ها، پرسشنامه جهت پاسخگویی در اختیار آن‌ها قرار داده می‌شد و در رابطه با حفظ بی‌نامی به آن‌ها اطمینان خاطر داده می‌شد. همچنین بیان می‌شد که شرکت در پژوهش هیچ‌گونه پیامد منفی بر شرایط کاری آن‌ها نخواهد داشت و در هر زمانی که تمایل داشتند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

فرم جمع‌آوری داده‌ها از دو بخش تشکیل شد. بخش اول ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی و بخش دوم پرسشنامه استاندارد هوش اخلاقی بود. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مشتمل بر سن، جنس، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در بخش مراقبت‌ویژه، ساعات اضافه‌کار در ماه و شرکت در کنگره‌ها با موضوعات اخلاقی بود.

پرسشنامه هوش اخلاقی توسط لنینک و کیل<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۵ تدوین شد. این پرسشنامه با ۴۰ سؤال در ۴ مؤلفه درستکاری (۱۶ سؤال)، بخشش (۸ سؤال)، مسئولیت‌پذیری (۱۲ سؤال) و دلسوزی (۴ سؤال) و در قالب طیف پنج درجه‌ای مقیاس لیکرت ۵ خیلی زیاد، ۴ زیاد، ۳ متوسط، ۲ کم و ۱ خیلی کم تنظیم شده

تصمیم‌گیری‌های پایان عمر و اجرای داروهای آرام‌بخش‌ها و ضد دردها می‌باشد (۵، ۹). که لازم است پرستاران ادراک قابل قبولی از موضوعات اخلاقی داشته باشند تا با شناسایی به‌موقع و صحیح آن نسبت به حل آن اقدام نمایند (۱۰). زیرا که تصمیم‌گیری‌های به‌موقع در تسریع فرآیند درمان و کاهش هزینه‌ها تأثیرگذار است (۱۱).

پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات سلامت، برای انجام دادن کار درست ممکن است با ارزش‌ها و اعتقادات متناقض روبه‌رو شوند که ارائه‌ی مراقبت باکیفیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۱) از طرفی دیگر سیستم مراقبت سلامت نیازمند پرستارانی با قابلیت فنی و توانایی تمرکز بالا بر روی ابعاد اخلاقی در انجام مراقبت هستند. اخلاق برای پرستاران فرایند پیچیده‌ای از استدلال، تصمیم‌گیری و اجرای آن در عمل است که باعث افزایش سازگاری بیشتر فرد در مراقبت، خواهد شد تأکید بر هوش اخلاقی و اخلاق به‌نوعی ارائه پیشنهادها برای بالا بردن تصمیم‌گیری‌های اخلاقی در عمل است (۱۲).

هوش اخلاقی، توانایی درک درست، داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آن‌ها بوده و برخورداری از سطح هوش اخلاقی بالا، انجام درست کارها و هماهنگی پیوسته یا عمل با عقاید و ارزش‌ها را به دنبال خواهد داشت (۱۳، ۱۴). 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 افراد با هوش اخلاقی بالا کارهایشان را با اصول اخلاقی پیوند می‌زنند که این خود باعث افزایش تعهد و مسئولیت‌پذیری بیشتر افراد و بهبود کارایی فردی و گروهی می‌شود (۱۵).

پرستاران با داشتن هوش اخلاقی بالا، می‌توانند با سالم‌سازی و بهینه کردن عملکرد خود در سیستم مراقبت و درمان، موقعیت و جایگاه خود را تضمین کنند. از سوی دیگر پرستاران با ارتقای هوش اخلاقی قادر خواهند بود در برقراری ارتباط با سایر همکاران و بیماران به‌صورت مؤثر عمل نمایند (۱۶). اگرچه مطالعات مختلفی در زمینه ابعاد هوش اخلاقی (۱۶) ارتباط هوش اخلاقی با حساسیت اخلاقی (۱۰) خودپنداری (۱۲) و ارتباط هوش اخلاقی با رفتار حرفه‌ای در پرستاران (۱۷) انجام شد اما با نگاهی به مطالعات و پژوهش‌های انجام شده می‌توان دریافت که به مقوله هوش اخلاقی کمتر از موارد دیگر پرداخته شده است، لذا این مفهوم مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از طرفی دیگر تجربه پژوهشگران در بخش‌های مراقبت ویژه نشان می‌دهد با توجه به شرایط خاص

<sup>1</sup> Lennick & Kiel

بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و همچنین از آزمون تی مستقل برای مقایسه میانگین دو گروه استفاده گردید.

### یافته‌ها

نتایج نشان داد میانگین سنی پرستاران شرکت‌کننده در مطالعه ۳۳/۶۷±۶/۹۴، میانگین سابقه کار ۹/۵۵±۶/۱۰ سال، میانگین سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ۶/۲۱±۴/۹۲ سال و میانگین اضافه‌کار در ماه ۷۰/۳۹±۴۰/۹۳ ساعت بوده است. اکثر نمونه‌های مورد پژوهش زن (۹۲ درصد) و متأهل (۷۲/۳ درصد) بودند. ۶۰/۷ درصد نمونه‌ها سابقه شرکت در سمینار و یا کنگره اخلاق را نداشتند. میانگین نمره کلی هوش اخلاقی ۸۰/۲۰±۷/۴۰ و خیلی خوب بود و بیشترین نمره مربوط به بعد درستکاری ۸۰/۳±۳/۳۳ و کمترین امتیاز مربوط به بعد دلسوزی ۸۰/۳±۱/۰۵ بود (جدول ۱).

است. در این پرسشنامه هر پاسخ‌دهنده در مجموع، امتیازی بین ۲۰۰-۴۰ را کسب می‌کند که با تقسیم آن بر ۲، امتیاز نهایی هوش اخلاقی وی امتیازی بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود. در نهایت امتیاز ۹۰ الی ۱۰۰ به‌عنوان عالی، ۸۰ الی ۸۹ خیلی خوب، ۷۰ الی ۷۹ خوب و ۶۹ و کمتر از آن، به‌عنوان هوش اخلاقی ضعیف در نظر گرفته می‌شود (۱۸) ضریب آلفا کرونباخ آن در مطالعه لنیک و همکاران ۹۴ صدم بود و ضریب آلفا کرونباخ پرسشنامه در مطالعه حاضر ۹۰ صدم بود. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS و آمار توصیفی و استنباطی و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی آزمون نرمالیتی از تست کلموگروف-اسمیرنوف<sup>۱</sup> استفاده شد همچنین برای ارزیابی ارتباط

جدول (۱): میانگین و انحراف معیار هوش اخلاقی و مؤلفه‌های آن در پرستاران مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
هوش اخلاقی	نمره کل	۸۰/۲۰	۷/۴۰
	درستکاری	۳۱/۸۴	۳/۳۳
	مسئولیت‌پذیری	۲۴/۶۹	۲/۳۳
	بخشش	۱۵/۶۳	۱/۸۲
	دلسوزی	۸/۰۳	۱/۰۵

ارتباط مثبت و معنی‌داری نشان داد. این در حالی بود که بین میزان ساعات اضافه‌کار و ابعاد پرسشنامه هوش اخلاقی ارتباط معکوس وجود داشت. بطوری‌که با افزایش ساعات اضافه‌کار پرستاران نمره کلی هوش اخلاقی و ابعاد درستکاری، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی به‌طور معنی‌داری در آنان کاهش می‌یافت (جدول ۲).

نتیجه آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بیانگر توزیع نرمال داده‌ها بود ( $p > 0.05$ ). همچنین نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین متغیرهای سن، سابقه کار و سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و نمره کلی هوش اخلاقی و ابعاد درستکاری، مسئولیت‌پذیری و دلسوزی

جدول (۲): همبستگی بین نمره کلی هوش اخلاقی و ابعاد آن با متغیرهای سن، سابقه کار و ساعات اضافه‌کار در پرستاران مورد مطالعه

متغیر هوش اخلاقی	سن	سابقه کار	سابقه کاردر ICU	ساعات اضافه‌کار
نمره کلی	$r=0.22$	$r=0.22$	$r=0.25$	$r=-0.21$
	$P=0.02$	$P=0.02$	$P=0.008$	$P=0.02$
درستکاری	$r=0.24$	$r=0.25$	$r=0.25$	$r=-0.19$
	$P=0.01$	$P=0.009$	$P=0.008$	$P=0.04$
مسئولیت‌پذیری	$r=0.24$	$r=0.22$	$r=0.27$	$r=-0.25$
	$P=0.01$	$P=0.02$	$P=0.004$	$P=0.008$
بخشش	$r=0.08$	$r=0.04$	$r=0.11$	$r=-0.07$

<sup>1</sup>Kolmogorow-Smirnov

P=۰/۴۴	P=۰/۲۷	P=۰/۶۵	P=۰/۴۱	
r= -۰/۱۸	r=۰/۲	r=۰/۲	r=۰/۲	دلسوزی
P=۰/۰۶	P=۰/۰۴۹	P=۰/۰۴	P=۰/۰۴	

ارتباط معنی‌دار مشاهده شد... بطوریکه افراد متأهل به‌طور متوسط مسئولیت‌پذیری و بخشش و در کل هوش اخلاقی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند (جدول ۳).

تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که بین نمره کلی هوش اخلاقی در دو گروه مجرد و متأهل ارتباط معنی‌دار وجود داشت. همچنین بین ابعاد مسئولیت‌پذیری و وضعیت تأهل و بخشش و وضعیت تأهل نیز

**جدول (۳): میانگین و انحراف معیار نمره کلی هوش اخلاقی و ابعاد آن در پرستاران مورد مطالعه**

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	p-value
نمره کلی	مجرد	۳۱	۷۷/۷۹	۶/۶۲	۲/۱۷	۰/۰۳۰
	متأهل	۸۱	۸۱/۱۲	۷/۵۲		
مسئولیت‌پذیری	مجرد	۳۱	۲۳/۷۰	۲/۳۰	۲/۸۵	۰/۰۰۵
	متأهل	۸۱	۲۵/۰۷	۲/۲۵		
بخشش	مجرد	۳۱	۱۵/۰۸	۱/۷۲	۱/۹۹	۰/۰۴۹
	متأهل	۸۱	۱۵/۸۴	۱/۸۴		

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که میانگین نمره کلی هوش اخلاقی در پرستاران بالا بود. همچنین بین نمره کل هوش اخلاقی و سن، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ارتباط معنی‌دار وجود داشت. تحلیل داده‌ها بیانگر آن بود که میانگین هوش اخلاقی در افراد متأهل بالاتر از افراد مجرد است. این در حالی است که بین جنس، شرکت در سمینار اخلاق و نمره هوش اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده نمره کل هوش اخلاقی در پرستاران خیلی خوب بود. میانگین بالای نمره هوش اخلاقی در این مطالعه می‌تواند حاکی از آن باشد که پرستاران بخش مراقبت‌ویژه توانایی تشخیص درست از نادرست را بر اساس اعتقادات و ارزش‌های اخلاقی خود دارند. در مطالعه حاضر بالاترین میانگین نمره به ترتیب مربوط به ابعاد درستکاری و مسئولیت‌پذیری و کمترین میانگین نمره مربوط به ابعاد بخشش و دلسوزی بود. درستکاری به معنای ایجاد هماهنگی بین ارزش‌های خود و آنچه انجام می‌دهیم و در حقیقت انجام چیزی است که می‌دانیم درست است (۱۴).

در راستای پژوهش حاضر در مطالعه خسروانی و همکاران (۱۳۹۶) نمره کل هوش اخلاقی در پرستاران خوب و خیلی خوب گزارش شده است و در میان ابعاد هوش اخلاقی، بیشترین میانگین نمره مربوط به بعد درستکاری و کمترین نمره مربوط به بعد دلسوزی بود (۱۵). در مطالعه نوحی بزنجانی و همکاران (۱۳۹۸) نیز تمام

مؤلفه‌های هوش اخلاقی میانگین بالایی داشته و وضعیت مطلوبی را نشان دادند و مؤلفه‌های مسئولیت‌پذیری و صداقت به ترتیب بالاترین میانگین نمره را داشتند (۱۶). همچنین نتایج مطالعه عسگری و همکاران (۱۳۹۶) نیز هوش اخلاقی پرستاران بخش اورژانس در حد خوب نشان داده است و بیشترین میانگین نمره مربوط به مؤلفه مسئولیت‌پذیری و کمترین نمره مربوط به مؤلفه دلسوزی بود (۱۷). همچنین یافته دیگر مطالعه حاکی از بالا بودن میانگین نمره هوش اخلاقی در بعد دلسوزی نسبت به سایر ابعاد هوش اخلاقی بود (۱۹). احترام به بیمار به‌عنوان یک انسان و اهمیت قائل شدن برای آن‌ها جدای از نوع بیماری‌شان از نظر اخلاقی از اهمیت خاصی در بین پرستاران برخوردار است. با توجه به بررسی‌های انجام شده در ارتباط با پژوهش‌های مرتبط با هوش اخلاقی، نتایج نشانگر این است که پرستاران از هوش اخلاقی خوبی برخوردارند. شاید بتوان علت خوب بودن نمره هوش اخلاقی در پرستاران بخش‌های ویژه را اقتضای کار در این بخش‌ها مانند وجود بیماران بدحال و بدون همراه که نیازمند توجه جدی دارند، دانست. این موضوع باعث شده پرستاران شاغل در این بخش‌ها توجه بیشتری به موضوعات هوش اخلاقی مانند درستکاری، بخشش، دلسوزی و مسئولیت‌پذیری داشته باشند. پرستارانی که در بعد درستکاری از هوش اخلاقی بالایی برخوردارند، کار صحیح را درست انجام می‌دهند، اعمال آن‌ها پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ است. در بعد مسئولیت‌پذیری نیز، پرستارانی که هوش اخلاقی بالایی دارند مسئولیت نتایج اقدامات و همچنین

اشتباهات یا شکست‌های خود را می‌پذیرند و این امر منجر به عملکرد بالای آن‌ها خواهد شد.

اما از طرف دیگر نتیجه مطالعه مجیدی و همکاران (۲۰۱۸)، نتایجی متفاوت از مطالعه حاضر را نشان می‌دهد یافته‌ها بیانگر آن بود که اکثریت پرستاران از هوش اخلاقی متوسط برخوردار بودند (۱۹). نکته قابل توجه، تفاوت در جامعه و محیط پژوهش می‌باشد و این می‌تواند به نوعی نشان‌دهنده تأثیرات محیط بر هوش اخلاقی افراد باشد. این مسئله در جامعه پرستاران بخش مراقبت ویژه با توجه به ماهیت محیط کاری و جامعه متفاوت بیماران از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد و باید بیشتر مدنظر قرار گیرد. بر این اساس با تکیه بر این موضوع ضرورت آموزش‌های تخصصی در بحث اخلاق برای این گروه از اهمیت بیشتری برخوردار می‌باشد.

در مطالعه حاضر بین نمره کل هوش اخلاقی با سن، سابقه کار پرستاری، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه ارتباط معنی‌دار مثبت وجود داشت. همچنین افراد متأهل هوش اخلاقی بالاتری نسبت به افراد مجرد داشتند. در راستای پژوهش حاضر، یافته‌های دیگر مطالعات، نتایج مطالعه را مورد تأیید قرار می‌دهند (۱۶، ۱۹، ۲۰). این موضوع می‌تواند ناشی از این باشد که هوش اخلاقی در طول زندگی افراد تغییر می‌کند. با توجه به اینکه هوش اخلاقی بر پایه اصول، ارزش‌ها و باورهای افراد استوار می‌باشد، هرچه ارزش‌ها و باورهای افراد پخته‌تر شود هوش اخلاقی نیز افزایش خواهد یافت. لذا افزایش سن و تأهل باعث تجربه‌های بیشتر فرد در بعد اخلاق می‌شود بنابراین یادگیری رخ داده و هوش اخلاقی افزایش می‌یابد. هوش اخلاقی اکتسابی بوده و 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 (۱۶) همچنین نتیجه پژوهشی دیگر نشان داد که بین سابقه خدمتی پرستاران با میزان هوش اخلاقی ارتباط معنی‌دار وجود دارد در یک محیط کاری افراد با سن و سابقه خدمتی بیشتر نقش سرپرست و هدایت‌کننده را ایفا کرده که عملکرد صحیح و هوش اخلاقی آن‌ها منجر به هدایت و راهنمایی دیگران و رعایت سیاست کلی محیط می‌گردد (۱۴).

اما در این مطالعه بین جنسیت و شرکت در سمینار اخلاق و هوش اخلاقی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. این در حالی است که نتیجه مطالعه سعید و همکاران نشان داد بین جنسیت و هوش اخلاقی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. به طوری که مردان به نسبت زنان سطح هوش اخلاقی بالاتری داشتند. از دیدگاه نویسندگان مطالعه، این موضوع می‌تواند متأثر از تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی زن و مرد و درگیری زنان در امور مربوط به منزل در کنار مشغله حرفه‌ای آن‌ها باشد (۱۹). این در حالی است که یافته پژوهش دیگر

نشان‌دهنده آن است که، هوش اخلاقی، اکتسابی است و می‌تواند توسط هر دو جنس کسب شود و ابعاد هوش اخلاقی بیشتر تحت تأثیر و ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد (۲۱)

یافته‌ها بیانگر عدم ارتباط آماری معنی‌دار بین نمره هوش اخلاقی و شرکت در سمینارهای اخلاق بود. هم‌راستا با نتایج مطالعه حاضر، یافته مطالعه‌ای در سال ۲۰۲۰ نیز نشان داد که بین هوش اخلاقی و گذراندن دوره‌های آموزش ضمن خدمت ارتباطی وجود ندارد (۱۷). این یافته می‌تواند ناشی از این باشد که، برگزاری کلاس‌های آموزشی برای پرستاران اغلب بدون نیازسنجی صحیح انجام شده و یافته پژوهش‌ها نیز نشان داد که پرستاران از دوره‌های آموزشی ضمن خدمت خود رضایت نداشته و استفاده از رویکردی‌های آموزشی نامناسب و نامناسب بودن محتوای آموزشی را از علل عدم رضایت خود بیان نمودند (۲۲، ۲۳).

هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر، یافته‌های مطالعه دیگری نشان داد که بین ساعات اضافه‌کار و نمره هوش اخلاقی ارتباط معنی‌دار منفی مشاهده شد (۲۴). توجه این یافته می‌تواند در نتیجه قرارگیری متعدد فرد در شرایط بالینی مختلف که نیازمند انتخاب و تصمیم‌گیری است، باشد زیرا که هر چه میزان قرارگیری فرد در محیط بالین بیشتر باشد درگیری عاطفی و احساسی بیشتری متوجه او خواهد شد که این موضوع می‌تواند منجر به ایجاد پاسخ‌های بعضاً متفاوت در شرایط مشابه گردد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از پرسشنامه خودگزارش‌دهی برای بررسی متغیرها و محدود بودن نمونه‌های پژوهش به بیمارستان‌های مربوط به یک شهر و بررسی مقطعی آن می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌گردد جهت پایایی بهتر نتایج، مطالعات آینده در چندین استان کشور با حجم نمونه بیشتر انجام شود و علاوه بر پرسشنامه از دیگر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه و مشاهده استفاده گردد. همچنین وجود تفاوت‌های فردی بین پرستاران ممکن است، بر میزان هوش اخلاقی آن‌ها تأثیر بگذارد که در این مطالعه مورد بررسی قرار نگرفت.

نتیجه مطالعه بیانگر ارتباط مثبت معنی‌داری بین نمره هوش اخلاقی و سن، سابقه کار، سابقه کار در بخش مراقبت ویژه و وضعیت تأهل بود. بنابراین بهتر است در انتخاب پرستاران جهت اشتغال در این بخش‌ها به این متغیرها توجه شود همچنین بین میزان ساعات اضافه‌کار پرستاران و ابعاد هوش اخلاقی ارتباط معکوس وجود داشت، که در این راستا مدیران و برنامه ریزان سیستم مراقبت-درمان باید از اعمال فشار پرستاران به انجام اضافه‌کار خودداری نمایند. از طرفی دیگر ارتباطی بین شرکت در سمینارهای اخلاق و میزان هوش اخلاقی وجود نداشت بنابراین ارائه آموزش‌های ضمن خدمت به پرستاران باید بر اساس نیازسنجی صحیح و با تمرکز بر

عوامل ارثی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی در بروز و تشدید آن نقش دارند و همین امر باعث شده در زمینه ارتباط خصوصیات جمعیت‌شناختی با هوش اخلاقی تفاوت‌هایی در مطالعات مشاهده شود.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر منتج از طرح تحقیقاتی به شماره ۴۸۱۲ و کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.4812 مصوب دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران بر خود می‌دانند مراتب قدردانی خود را از کلیه پرستاران شرکت‌کننده، معاونت پژوهشی دانشگاه و همچنین سایر مسئولینی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند اعلام نمایند.

### تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان وجود ندارد.

### References

1. Marshall JC, Bosco L, Adhikari NK, Connolly B, Diaz JV, Dorman T, et al. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care* 2017;37:270-6.
2. Nouhi Bezanjani K, Manzari Tavakoli H, Salajeghe S, Sheikhi A. Authentic Leadership and Moral Intelligence of Nurses in Kerman University of Medical Sciences Hospitals. *Payavard Salamat* 2019;13(1):13-23.
3. Abdollahi Loreastani H. The relationship between exposure to ethical conflicts with individual-Social characteristics and perception of the environment in nurses working in intensive care units of hospitals Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, 2018. *J Educ Ethics Nurs* 2020;9(3):38-46.
4. Gorzin H, Nehrir B, Moradian ST, Spandi M. Nurses' Moral Intelligence in a Selected Military Hospital. A Descriptive-Analytical Study. *J Crit Care Nurs* 2019;12(2):28-34.
5. Barwise AK, Nyquist MCA, Suarez NRE, Jaramillo MC, Thorsteinsdottir B, Gajic O, et al. End of life decision making for ICU patients with limited English proficiency: A qualitative study of healthcare team insights. *Crit Care Med* 2019;47(10):1380.
6. 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.
7. Moon JY, Kim J-O. Ethics in the intensive care unit. *Tuberc Respir Dis* 2015;78(3):175-9.
8. Mousazadeh S, Yektatabal S, Momennasab M, Parvizy S. Job satisfaction and related factors among Iranian intensive care unit nurses. *BMC Res Notes* 2018;11(1):1-5.
9. Gopalan PD, Pershad S. Decision-making in ICU—a systematic review of factors considered important by ICU clinician decision makers with regard to ICU triage decisions. *J Crit Care* 2019;50:99-110.
10. Dehghani M, Mousazadeh N, Hakimi H, Hajhosseini F, Faghhih M, Mohseni R. Relationship between moral sensitivity and moral intelligence in nurses working in intensive care units. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2020;30(184):148-53.
11. Shahvali EA, Mohammadzadeh H, Hazaryan M, Hemmatipour A. Investigating the relationship between nurses' moral sensitivity and patients'

- satisfaction with the quality of nursing care. *Eurasian J Anal Chem* 2018;13(3):7-11.
12. Shahandeh A, Abdoljabbari M, Olyanasab S, Rahmani R. The relationship between moral intelligence and demographic features of Payame Noor University students of Khoy and Mahabad with special emphasis on Quranic and psychological teachings. *J Relig Health* 2019;5(3):72-83.
13. Beil M, Proft I, van Heerden D, Sviri S, van Heerden PV. Ethical considerations about artificial intelligence for prognostication in intensive care. *Intensive Care Med Exp* 2019;7(1):1-13.
14. Culha Y, Acaroglu R. The relationship amongst student nurses' values, emotional intelligence and individualised care perceptions. *Nurs Ethics* 2019;26(7-8):2373-83.
15. Alhazmi F. The Ethical Challenge of Conflicts of Interest in Healthcare. *Electronic Theses And Dissertations* 2019. <https://dsc.duq.edu/etd/1780/>
16. Asgari Tarazoj A, Ali Mohammadzadeh K, Hejazi S. Relationship between moral intelligence and anger among nurses in emergency units of hospitals affiliated to Kashan university of medical sciences. *J Healthc* 2018;19(4):262-71.
17. Khajavi Z, Vaezzadeh N, Mousavinasab SN, Azimi Lolaty H. Relationship between Ethical Intelligence and Professional Behavior in Nurses. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2020;30(185):86-95.
18. Lennickm D, F K. principles to business success: Wharton School of the University of Pennsylvania 2005.
19. Majidi SA, Kouchakzadeh S, Safarmohammadi H, Kazemnezhad Leyli E. Assessment of Hospital Nurses' Moral Intelligence: A Cross-Sectional Study in Guilan Province, North of Iran. *Shiraz EMed J* 2018;19(10): 13-20.
20. Lapointe C, Langlois L, Tanguay D. How Are You Managing, Ethically Speaking? A Typology Proposal of Ethical Culture. *Can J Educ Adm Policy* 2020;194:64-77.
21. Khosravani M, Khosravani M, Rafiei F, Mohsenpour M. Organizational commitment and its dimensions in nurses working in Arak's hospitals. *J Med Ethics* 2017;11(39):37-44.
22. Yektatalab S, Momennasab M, Parvizy S, Mousazadeh N. Intensive care unit nurses' perception of the barriers to effective in-service education: A qualitative study. *J Nurs Midwifery Sci* 2020;7(4):241-49.
23. Yektatalab S, Momennasab M, Parvizy S, Mousazadeh N. Improving Nurses' Job Satisfaction: An Action Research Study. *Syst Pract Action Res* 2021:1-18.
24. Saied Y, Afaghi E, Tabanejad Z, Najafloo M. The relationship between moral intelligence and demographic characteristics of nurses in the intensive care units. *Mil Caring Sci* 2018;7(4):241-49.

## MORAL INTELLIGENCE AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF THE NURSES WORKING IN INTENSIVE CARE UNITS: A DESCRIPTIVE-CORRELATIONAL STUDY

Maryam Dehghani<sup>1</sup>, Noushin Mousazadeh\*<sup>2</sup>, Hamideh Hakimi<sup>3</sup>

Received: 01 November, 2021; Accepted: 16 August, 2022

### Abstract

**Background & Aim:** Moral intelligence is one of the dimensions of intelligence that can provide a framework for the correct functioning of humans and is theoretically considered as a predictor of behavior. The aim of this study was to investigate the relationship between moral intelligence and demographic characteristics of nurses working in intensive care units.

**Materials & Methods:** The present study is a descriptive-correlational one conducted in 2009. The study population included 112 nurses working in the ICU wards of public hospitals in Amol city who were selected by census method. For data collection, demographic information form and standard moral intelligence questionnaire were used. Analysis was done using SPSS version 19 software and descriptive and analytical statistics, calculation of mean, standard deviation, Pearson correlation test, and Independent T-test were performed.

**Results:** The results showed that the mean score of moral intelligence in the nurses working in ICU was  $80.20 \pm 7.40$  and very good. The highest score was related to the honesty and the lowest score was related to the compassion. The results of the Pearson's correlation test showed that there was a positive and significant relationship between the general score of moral intelligence and the variables of marital status ( $P=0.03$ ), age ( $P=0.02$ ), work experience ( $P=0.02$ ), and work experience in the ICU ( $P=0.02$ ). There was also a positive and significant relationship between honesty, responsibility, and compassion with the variables of age, marital status, and work experience in the ICU. There was also an inverse relationship between the overtime hours and the dimensions of the moral intelligence questionnaire. There was not a significant relationship between the overall score of moral intelligence with gender and with participation in the ethics seminar. On average, married people had higher responsibility, forgiveness, and moral intelligence than single people.

**Conclusion:** Considering the particular conditions of the special care units and the necessity of the presence of capable nurses in these units, it is superlative that married nurses with older age, higher work experience, and more work experience work in these units. It is also the responsibility of the managers and planners of the treatment units to reduce the working hours of the nurses working in these units and to carry out a correct assessment of needs before holding in-service training programs to help improve the moral intelligence of these nurses.

**Keywords:** Moral Intelligent, Nurses, Critical Care Unit

**Address:** Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

**Tel:** +989112210732

**Email:** somaye87@gmail.com

Copyright © 2022 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

<sup>1</sup> Instructor of Pediatric Nursing, Department of Pediatric Nursing, School of Nahavand Paramedical, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Clinical Research Development Unit of Poursina Hospital, Guilan University of Medical Science, Rasht, Iran