

## ارتباط هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری پرستاران

جواد محمدی<sup>۱</sup>

فیروزه غضنفری<sup>۲</sup>

\*امیر عزیزی<sup>۳</sup>

### چکیده

زمینه و هدف: هوش اخلاقی با انجام درست کار و رعایت اصول اخلاقی پیوند دارد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران بیمارستان‌های تبریز انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند و با روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای تعداد ۱۸۶ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از دو پرسشنامه هوش اخلاقی لنینک و کیل (۲۰۰۵) و کیفیت زندگی کاری بروکس و آندرسون (۲۰۰۵) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها بین مولفه‌های هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری - خانگی، کیفیت زمینه کاری و کیفیت دنیای کاری ارتباط مثبت معنی‌داری وجود دارد ( $P = 0/001$ ). بین هوش اخلاقی با کیفیت برنامه کاری رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. نتایج رگرسیون نیز نشان داد که هوش اخلاقی می‌تواند مولفه‌های کیفیت زندگی کاری- خانگی، کیفیت زمینه کاری و کیفیت دنیای کاری را پیش‌بینی کند اما سهم معناداری در پیش‌بینی مولفه کیفیت برنامه کاری ندارد.

نتیجه‌گیری کلی: با توجه به اینکه کیفیت زندگی کاری پرستاری از طریق هوش اخلاقی قابل پیش‌بینی است، به نظر می‌رسد سطح مطلوب هوش اخلاقی می‌تواند منجر به ایفای مؤثر نقش توسط پرستاران در بیمارستان گردد. در عین حال می‌توان از طریق رهیافت‌هایی نظیر تشویق رفتار مثبتی بر اخلاق، وضعیت موجود را ارتقاء داد.

**کلیدواژه‌ها:** هوش، اخلاق، کیفیت، زندگی، پرستاران

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۷/۲۲

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، باشگاه پژوهشگران جوان، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد، خرم‌آباد، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول) شماره تماس: ۰۹۱۴۱۰۲۶۰۵۸

Email: amir28144@gmail.com

## مقدمه

از دهه ۱۹۷۰ بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات در بسیاری از سازمان‌ها از جمله سازمان‌های بهداشتی- درمانی مطرح شد<sup>(۱)</sup>. به خاطر اجتناب‌ناپذیر بودن برخی از عوامل تنش‌زا در سازمان‌های خدمات بهداشتی- درمانی و لزوم پیشگیری از آثار روانی استرس‌زا، یکی از وظایف مدیران این سازمان‌ها به کارگیری تمهیدات و اقداماتی جهت بهبود کیفیت زندگی کاری و آموزش روش‌های مقابله‌ای است<sup>(۲)</sup>.

اگرچه هیچ تعریف رسمی از کیفیت زندگی کاری وجود ندارد، با این حال نظریه Walton جامع‌ترین مؤلفه‌های برنامه کیفیت زندگی کاری را ارائه داده است<sup>(۳)</sup>. وی مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی کاری را در چهار بعد شامل معنی‌دار بودن و با مفهوم بودن کار، تناسب سازمانی و اجتماعی کار، چالش‌انگیز بودن، غنی بودن و پربار بودن کار، امنیت و زمینه پرورش مهارت‌ها و یادگیری مستمر در کار معرفی کرده است<sup>(۴)</sup>.

برنامه‌های کیفیت زندگی کاری به حوزه‌های مختلف عینی و ذهنی مسائل کارکنان می‌پردازد. کیفیت زندگی کاری فرایندی است که به وسیله آن، اعضای سازمان از راه‌های ارتباطی باز و متناسبی که برای این مقصود ایجاد شده است؛ در تصمیم‌هایی که به حرفه آنها به خصوص بر محیط شغلی‌شان به طور کلی اثر می‌گذارد، به نوعی دخالت می‌یابند و در نتیجه مشارکت و خشنودی آنها از کار بیشتر شده و فشار عصبی ناشی از کار در آنان کاهش می‌یابد. سازمانی که به کیفیت زندگی کاری کارکنان خود توجه دارد از مزایای داشتن نیروی کار توانمند برخوردار خواهد بود که از نشانه‌های آن می‌توان به تمایل همکاری با مدیریت و بهبود عملکرد بیشتر نیروی کار اشاره کرد<sup>(۵)</sup>. در سازمان‌هایی چون بیمارستان که بزرگ‌ترین بخش کارکنان آن را پرستاران تشکیل می‌دهند، اهمیت جذب و ابقای کارکنان امری ضروری و حیاتی به نظر می‌رسد<sup>(۶)</sup>. پرستاران بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه دهنده خدمات در

سیستم بهداشتی بوده و دارای نیروی بالقوه قابل توجهی هستند که می‌تواند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در حال ارائه تأثیر بگذارد. می‌توان گفت کیفیت پرستاری به طور مستقیم بازده سیستم سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد<sup>(۷)</sup>.

کیفیت زندگی کاری پرستاران، به این معنی است که پرستاران قادر باشند نیازهای ضروری و شخصی خود را از طریق کار کردن در مراکز درمانی ارضاء نموده و در نهایت به اهداف سازمانی نائل شوند<sup>(۸)</sup>. درک و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران عامل مهمی در دستیابی به سطوح بالای کیفیت مراقبت از بیماران می‌باشد. کیفیت زندگی کاری پرستاران بدین معنی است که آنان بتوانند نیازهای مهم فردی را از راه تجربه و آزمون خود در سازمان رفع نمایند<sup>(۹)</sup>.

با توجه به اینکه تاکنون مطالعات داخلی و خارجی مشابهی که ارتباط هر دو مؤلفه‌ی مورد بحث را بررسی کرده باشد، یافت نشده است، بنابراین به تحقیقاتی که تنها یک مؤلفه را مورد بررسی قرار داده اند اشاره می‌شود. مطالعات صورت گرفته در خصوص مؤلفه‌ی کیفیت زندگی کاری نشان داده‌اند که فشار کاری بالا در پرستاران سبب کاهش کیفیت زندگی کاری می‌شود؛ به طوری که پرستاران پس از اتمام کار، انرژی اندکی داشته و نمی‌توانند زندگی کاری خویش و زندگی خانوادگی را متعادل سازند<sup>(۱۰)</sup>. همچنین بین کیفیت زندگی کاری با کاهش میزان شکایت کارکنان، نرخ غیبت از کار، میزان اعمال مقررات انضباطی، افزایش نگرش مثبت کارکنان، مشارکت آنان در برنامه‌ها، بهره‌وری و عملکرد منابع انسانی، تعهد و وفاداری سازمانی و رشد و تعالی کارکنان رابطه معنی‌داری وجود دارد<sup>(۱۱،۱۲)</sup>.

امروزه بیمارستان‌ها به صورت فزاینده‌ای خود را درگیر مسئله‌ای می‌بینند که آن را معمای اخلاقی می‌نامند؛ بیمارستان‌ها در دنیای پویا و پر مخاطره‌ی امروزی برای اینکه بتوانند بقای خود را تحکیم بخشند، باید مدیران و کارکنان خود را ملزم به رعایت اصول اخلاقی و فراگیری

انجام دادند، عنوان کردند که مولفه‌های هوش اخلاقی ثبات عملکرد، راستگویی و بیان حقیقت، استقامت برای حق و حقیقت، پایبندی به عهد، مسئولیت‌پذیری برای انتخاب‌های شخصی، اعتراف به اشتباهات و قصورها، قبول مسئولیت برای خدمت به انسان‌ها، علاقه فعالانه داشتن به دیگران، توانایی در بخشش اشتباهات خود و دیگران در میان دانشجویان پزشکی در حد مطلوبی قرار ندارد<sup>(۱۵)</sup>. همچنین بهرامی و همکاران در مطالعه‌ای به منظور بررسی سطح هوش اخلاقی نشان دادند که سطح هوش اخلاقی اعضای هیأت علمی و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یزد در مولفه‌های درستکاری، بخشش و مسئولیت‌پذیری در سطح بسیار مطلوبی قرار داشته است. از سوی دیگر متغیر سن رابطه‌ی معنی‌داری با سطح هوش اخلاقی دارد؛ به طوری که با افزایش سن، هوش اخلاقی افراد تا ۵۰ سال افزایش یافته و در افراد بالای ۵۰ سال مجدداً کاهش می‌یابد<sup>(۱۶)</sup>.

با در نظر گرفتن اهمیت کیفیت زندگی کاری در افزایش بهره‌وری پرستاران در محیط شغلی، تأثیرات مثبت آن در ارائه‌ی خدمات سیستم‌های بهداشتی و در نهایت ارتقای سطح توانمندی و بازدهی بیمارستان‌ها و با توجه به اینکه ارتباط مؤثر بین مولفه‌های کیفیت زندگی کاری و هوش اخلاقی برای اولین بار است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد و آگاهی و تشخیص روابط متغیرهای مورد بحث و اثرات آنها بر توسعه‌ی بیمارستان‌ها از اهمیت فوق‌العاده و معنی‌داری برخوردار است؛ یافته‌های مطالعه‌ی حاضر اطلاعات دست اولی را در سطح ملی و منطقه‌ای برای برنامه‌ریزان، مسئولین اداری- اجرایی و توسعه‌ی مؤسسات درمانی و آموزشی فراهم می‌سازد؛ به همین منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران بیمارستان‌های تبریز انجام شد. در پژوهش حاضر سئوالات زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد: سؤال اول: توزیع فراوانی مولفه‌های کیفیت زندگی کاری برحسب سابقه کار در بین پرستاران بیمارستان‌های تبریز چگونه

هوش اخلاقی نمایند. چرا که رعایت آنها باعث دلگرمی کارکنان و به تبع آن افزایش کیفیت خدمات و در نهایت جلب رضایت بیماران و تثبیت بقای بیمارستان‌ها خواهد شد<sup>(۱۲)</sup>.

پرستاران با داشتن هوش اخلاقی بالا، می‌توانند با سالم‌سازی و بهینه‌کردن عملکرد امروز بیمارستان‌ها، موقعیت و جایگاه آنها را تضمین کنند. از سوی دیگر پرستاران با ارتقای هوش اخلاقی خود می‌توانند در برقراری ارتباط با سایر همکاران و بیماران به صورت مؤثر عمل نمایند<sup>(۱۳)</sup>.

Borba هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی درک درست از غلط، داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آنها و رفتار در جهت صحیح و درست تعریف می‌کند<sup>(۱۴)</sup>. چهار اصل هوش اخلاقی شامل این موارد است: درستکاری (یعنی ایجاد هماهنگی بین آنچه که به آن معتقدیم و آنچه که به آن عمل می‌کنیم. انجام آنچه که می‌دانیم درست است و گفتن حرف راست در تمام زمان‌ها)، مسئولیت‌پذیری (یعنی کسی که هوش اخلاقی بالایی دارد، مسئولیت اعمال خود و پیامدهای آن اعمال، همچنین اشتباهات و شکست‌های خود را نیز می‌پذیرد)، دلسوزی (یعنی توجه به دیگران که دارای تأثیر متقابل است؛ به عبارت دیگر اگر نسبت به دیگران مهربان و دلسوز باشیم، آنان نیز موقع نیاز با ما همدردی می‌کنند)؛ و بخشش (یعنی آگاهی از عیوب و اشتباهات خود و دیگران و بخشیدن خود و دیگران) که تمامی اینها برای موفقیت مداوم سازمانی و شخصی ضروری است<sup>(۱۴)</sup>. بنابراین پرستاران با هوش اخلاقی بالا کار درست را درست انجام می‌دهند، اعمال آنها پیوسته با ارزش‌ها و عقایدشان هماهنگ است، عملکرد بالایی دارند و همیشه امور را با اصول اخلاقی پیوند می‌دهند.

بسیاری از مطالعات صورت گرفته در زمینه‌ی مولفه‌ی هوش اخلاقی بر روی مدیران، کارکنان و پرسنل آموزشی و غیرآموزشی انجام گرفته است. به عنوان مثال رفعتی و همکاران در پژوهشی که به منظور بررسی هوش اخلاقی

است؟

سؤال دوم: ارتباط میان مولفه‌های هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری و مولفه‌های آن در بین پرستاران بیمارستان‌های تبریز چگونه است؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری مورد مطالعه کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دولتی شهر تبریز بودند و تعداد نمونه براساس جدول جی. مورگان ۱۸۶ نفر انتخاب شد. به طوری که از بیمارستان محلاتی ۳۸ نفر، مدنی ۱۱۲ نفر، شهداء ۹ نفر و رازی ۲۱ نفر انتخاب شدند. برای انتخاب حجم نمونه از هر بیمارستان از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. پژوهشگران پس از کسب مجوز از بیمارستان‌ها، با مراجعه به بخش‌های فوق و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران تهیه کرده و سپس به شیوه‌ی قرعه‌کشی تعدادی پرستار مبتنی بر حجم نمونه انتخاب نموده و پس از توضیح هدف کلی و جلب رضایت آنها با استفاده از فرم انتخاب نمونه، واجدین شرایط پژوهش را انتخاب می‌نمود. در مدت ۲ ماه تمامی داده‌ها گردآوری شدند. حضور پژوهشگران در بیمارستان و تاکید مکرر به پرستاران باعث شد که تمام پرستاران انتخاب شده به سؤالات پرسشنامه‌ها به صورت کامل و دقیق پاسخ دهند. همچنین قبل از ورود شرکت‌کنندگان از کلیه آنها رضایت‌نامه اخلاقی اخذ گردید. مشخصات نمونه مطالعه عبارت بود از: دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی، حداقل چهار سال سابقه کاری، نداشتن اختلال جدی پزشکی و روان‌پزشکی از جمله صرع، لکنت زبان و میل و رغبت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. در این پژوهش به منظور گردآوری اطلاعات از دو ابزار شامل مقیاس کیفیت زندگی کاری پرستاری و مقیاس هوش اخلاقی استفاده شد. مقیاس کیفیت زندگی کاری پرستاری (quality of nursing work life) توسط (Brooks & Anderson) ساخته شده است<sup>(۱۰)</sup>

و دارای ۳۹ عبارت به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد که به هر گویه نمره ۵-۱ اختصاص می‌یابد، به طوری که نمره ۵ برای کاملاً موافقم و نمره ۱ برای کاملاً مخالفم در نظر گرفته می‌شود. این مقیاس دارای چهار خرده مقیاس در بررسی کیفیت زندگی کاری پرستاری شامل ۱- زندگی کاری- زندگی خانگی؛ ۲- برنامه کاری؛ ۳- زمینه کاری و ۴- دنیای کاری می‌باشد. اولین زیر مقیاس زندگی کاری- خانگی یا واسط بین کار و زندگی خانگی پرستار نام دارد. از آنجا که پرستاران بیشتر زنان هستند این بعد نقش مادر (مراقبت از فرزند)، دختر (مراقبت از والدین سالمند) و همسر (نیازهای خانواده) پرستاران در تقابل با محیط کاری را نشان می‌دهد. خرده مقیاس برنامه کاری؛ ترکیب کار پرستاری می‌باشد و کار واقعی که پرستاران انجام می‌دهند؛ را شرح می‌دهد. خرده مقیاس زمینه کاری شامل محیط‌های عملکردی می‌شود که در آن پرستاران کار می‌کنند و تأثیر محیط کار را بر روی بیمار و پرستار بررسی می‌کند. این بعد بیانگر عوامل انسانی و محیطی مرتبط با زمینه‌ی کاری است و به عبارتی نشان‌دهنده موقعیت‌ها و فرصت‌های ارتقای موقعیت شغلی، امکانات رفاه کاری، فرصت‌های آموزش جهت بهبود اجرای کار و روابط بین فردی همکاران است. بدیهی است که بهبود کیفیت زمینه کاری، شرایط لازم جهت افزایش اثربخشی کارکنان را فراهم می‌آورد. خرده مقیاس دنیای کاری نشان دهنده زمینه‌های اجتماعی شغلی و بازخورد اجتماعی موقعیت شغلی در فرد به شکل رضایت شغلی می‌باشد. این بعد سبب اثرات اجتماعی بر روی عملکرد پرستاران می‌شود. پایایی درونی پرسشنامه توسط Brooks و همکاران در ابعاد مختلف بین ۰/۵۶ و ۰/۸۸ گزارش گردیده است<sup>(۱۷)</sup>. خانی و همکاران پایایی پرسشنامه فوق را در پژوهشی بین ۰/۹۳ تا ۰/۷۵ اعلام کرده‌اند<sup>(۱۸)</sup>. برای ارزیابی هوش اخلاقی از مقیاس هوش اخلاقی (Intelligence Moral Questionnaire) استفاده شد که توسط (Lennick & Kiel) ارائه شده است<sup>(۱۹)</sup> این مقیاس ۴۰ سؤالی به

بررسی وضعیت ابعاد زیرمجموعه‌ی (شایستگی‌های) هوش اخلاقی می‌پردازد. این سؤالات به صورت مساوی بین ۱۰ بعد زیرمجموعه‌ی هوش اخلاقی شامل انسجام، صداقت، شجاعت، رازداری، انجام تعهدات فردی/مسئولیت‌پذیری در برابر تصمیمات شخصی، خودکنترلی و خود محدودسازی، کمک به دیگران (قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران)، مراقبت از دیگران (مهربانی)، درک احساسات دیگران (بشر دوستی و رفتار شهروندی) و درک نیازهای روحی خود (ایمان، اعتقاد و تواضع) تقسیم شده و هر یک دارای ۴ سؤال می‌باشد. همچنین، این ۱۰ شایستگی به ۴ دسته‌ی کلی تحت عنوان ابعاد کلی هوش اخلاقی شامل درستکاری (دارای ۴ بعد زیرمجموعه)، مسئولیت‌پذیری (دارای ۳ بعد زیرمجموعه)، بخشش (دارای ۲ بعد زیرمجموعه) و دلسوزی (دارای یک بعد زیرمجموعه) تقسیم می‌شوند. پاسخ‌دهندگان، به هر پرسش بر روی طیف ۵ گزینه‌ای هرگز تا همیشه پاسخ می‌دهند که به ترتیب به این گزینه‌ها امتیاز ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. بر این اساس، هر پاسخ‌دهنده در هر یک از ابعاد زیرمجموعه‌ی (شایستگی‌های) هوش اخلاقی که دارای ۴ سؤال می‌باشد، امتیازی بین ۴۰-۲۰ و در مجموع 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 (بین ۲۰-۴) در ۵ ضرب شده و امتیاز کل (بین ۲۰۰-۴۰) بر ۲ تقسیم می‌شود. بنابراین هر پاسخ‌دهنده با توجه به امتیاز گزینه‌های پاسخ هر سؤال (هرگز تا همیشه معادل ۱ تا ۵ امتیاز) امتیازی بین حداقل ۴ و حداکثر ۲۰ کسب می‌نماید. در نهایت، امتیاز ۱۰۰-۹۰ معادل عالی و امتیازهای ۸۹-۸۰، ۷۹-۷۰ و ۶۹ و کمتر معادل خیلی خوب، خوب و ضعیف ارزیابی می‌شوند. همچنین، امتیاز هر بعد کلی هوش اخلاقی نیز از میانگین امتیاز شایستگی‌های زیرمجموعه‌های آن به دست می‌آید. پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ برآورد شد و روایی صوری و محتوایی و

همانگی درونی مؤلفه‌های آن توسط متخصصان مورد تأیید قرار گرفت؛ به طوری که بیشترین همبستگی درونی بین بخشش و دلسوزی با هوش اخلاقی (۰/۸۶) و کمترین همبستگی بین درستکاری با هوش اخلاقی (۰/۶۶) می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی مؤلفه‌های هوش اخلاقی نیز نشان داد که درستکاری با بار عاملی (۰/۶۴)؛ مسئولیت‌پذیری (۰/۸۱) و بخشش (۰/۸۳) دارای ۸۰ درصد اشتراک هستند که این عامل مشترک را می‌توان هوش اخلاقی نامید<sup>(۱۹)</sup>. سیادت، مختارپور و کاظمی پایایی مقیاس هوش اخلاقی را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند<sup>(۲۰)</sup>. اعتبار مقیاس‌های فوق به روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که در دو مرحله توسط ۱۶ نفر از اساتید صاحب‌نظر در دانشگاه روان‌شناسی و علوم تربیتی تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش باز آزمون استفاده شد؛ به این منظور مقیاس‌ها توسط ۱۰ نفر از پرستاران که دارای مشخصات یکسان با نمونه‌های پژوهش بودند تکمیل و به فاصله ۷-۱۰ روز بعد مجدداً مقیاس‌ها توسط همان پرستاران تکمیل و سپس ضریب همبستگی آنها محاسبه شد. ضریب همبستگی برای مقیاس کیفیت زندگی کاری ۰/۸۳ و مقیاس هوش اخلاقی ۰/۶۹ به دست آمد. سطح معنی‌داری برای پرسشنامه‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. سپس نمره پرستاران در هر دو مقیاس محاسبه و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از آمار توصیفی و سپس ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده گردید و کلیه مراحل آماری توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ محاسبه شد.

#### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۶ پرستار شرکت داشتند که ۶۰ درصد آنها را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سنی آنها ۲۶ سال بود و ۳۶/۶ درصد آنها مجرد و ۶۳/۳ درصد متاهل بودند. نتایج بدست آمده در جدول شماره ۱ نشان می‌دهد ۷۰ درصد پرستاران با سابقه کاری

۵۳ درصد پرستاران بین ۲۰-۳۰ سال خدمت، برنامه کاری خود را که مبین ترکیب کاری پرستاران است، متوسط ارزیابی می‌کنند.

بین ۰-۱۰ سال خدمت برنامه کاری خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و ۵۰ درصد پرستاران با سابقه کاری بین ۱۰-۲۰ سال برنامه کاری را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی کیفیت برنامه کاری برحسب سابقه کاری

سال	۰-۱۰	۲۰-۱۰	۲۰-۳۰	جمع
کیفیت برنامه کاری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مطلوب	۳	۴	۰	۲/۷
متوسط	۱۹	۲۶	۹	۳۹/۸
نامطلوب	۵۱	۷۰	۸	۵۷/۵
کل	۷۳	۱۰۰	۱۷	۱۰۰

بین ۱۰-۲۰ سال خدمت، ۵۰ درصد متوسط و بین ۲۰-۳۰ سال خدمت، ۵۳ درصد نامطلوب گزارش شده است.

براساس جدول شماره ۲ کیفیت دنیای کاری برحسب سابقه کار بین ۰-۱۰ سال خدمت، ۶۳ درصد متوسط؛

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی کیفیت دنیای کاری برحسب سابقه کاری

سال	۰-۱۰	۱۰-۲۰	۲۰-۳۰	جمع
کیفیت دنیای کاری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مطلوب	۳	۴	۲	۱۱/۳
متوسط	۴۶	۶۳	۶	۵۳/۷
نامطلوب	۲۴	۳۳	۹	۳۵
کل	۷۳	۱۰۰	۱۷	۱۰۰

سنی ۴۵-۵۵ سال و ۵۱/۲ درصد آنها در گروه سنی بین ۴۵-۵۵ سال کیفیت زندگی کاری خود را متوسط ارزیابی می‌کنند.

یافته‌های جدول شماره ۳ بیانگر این مطلب است که ۷۵ درصد پرستاران در گروه سنی ۲۵-۳۵، کیفیت زمینه کاری خود را نامطلوب؛ ۵۶/۵ درصد پرستاران در گروه

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی کیفیت زمینه کاری برحسب سن

سال	۲۵-۳۵	۳۵-۴۵	۴۵-۵۵	جمع
کیفیت زمینه کاری	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مطلوب	۳	۷	۵	۴۱/۳
متوسط	۸	۱۸	۲۲	۴۶/۳
نامطلوب	۳۳	۷۵	۱۶	۴۰/۳
کل	۴۴	۱۰۰	۴۳	۱۰۰

بین ۲۰-۳۰ سال خدمت، ۶۵ درصد متوسط گزارش شده است.

براساس جدول شماره ۴ کیفیت زندگی کاری- خانگی برحسب سابقه کار بین ۰-۱۰ سال خدمت، ۵۶/۲ درصد متوسط؛ بین ۱۰-۲۰ سال خدمت، ۶۰/۴ درصد متوسط و

جدول شماره ۴: توزیع فراوانی کیفیت زندگی کاری - خانگی برحسب سابقه کاری

سال	۰-۱۰	۱۰-۲۰	۲۰-۳۰	جمع
زندگی کاری- خانگی	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مطلوب	۴	۵/۴	۱۱	۱۱/۵
متوسط	۴۱	۵۶/۲	۵۸	۶۰/۴
نامطلوب	۲۸	۳۸/۴	۲۷	۲۸/۱
کل	۷۳	۱۰۰	۹۶	۱۰۰

این تحلیل در جدول شماره ۶ ارائه شده است. نتایج حاصل نشان می‌دهد که بین کلیه مولفه‌های کیفیت زندگی کاری به غیر از مولفه کیفیت برنامه کاری با هوش اخلاقی در پرستاران همبستگی معناداری وجود دارد.

در جدول شماره ۵ میانگین و انحراف معیار مولفه‌های ده گانه هوش اخلاقی درج شده است.

جدول شماره ۵: میانگین و انحراف معیار مولفه‌های ده گانه هوش اخلاقی

هوش اخلاقی	میانگین	انحراف معیار
انسجام در گفتار و کردار	۷۹	۱۱/۳
صداقت	۸۳	۹/۶
شجاعت	۸۱	۸/۲
رازداری	۷۶	۷/۹
انجام تعهدات فردی	۷۹	۱۰/۵
خودکنترلی و خود	۸۷	۹/۳
محدودسازی		
خدمت	۷۸	۱۲/۱
مهربانی	۸۷	۷/۶
درک احساسات دیگران	۸۶	۸/۶
درک نیازهای روحی خود	۷۹	۱۲/۴
نمره کل هوش	۸۱/۵	۹/۷۵

جدول شماره ۶: ضریب همبستگی هوش اخلاقی و کیفیت زندگی کاری

هوش اخلاقی	ضریب همبستگی	معناداری
کیفیت برنامه کاری	۰/۱۱۱	۰/۱۶۳
کیفیت زندگی کاری- خانگی	۰/۳۹۷	۰/۰۰۱
کیفیت زمینه کاری	۰/۳۱۱	۰/۰۰۲
کیفیت دنیای کاری	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱

نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون که در جدول شماره ۷ درج شده اند، نشان می‌دهد که هوش اخلاقی می‌تواند مولفه‌های کیفیت زندگی کاری- خانگی، کیفیت دنیای کاری و کیفیت زمینه کاری را پیش‌بینی کند اما سهم معناداری در پیش‌بینی مولفه کیفیت برنامه کاری ندارد.

برای بررسی رابطه هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج مربوط به

جدول شماره ۷: نتایج تحلیل رگرسیون مولفه‌های هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری

معناداری	T	Beta	B	هوش اخلاقی
۰/۰۰۱	۵/۴۴	۰/۳۹۷	۰/۰۳۰	کیفیت زندگی کاری- خانگی
۰/۰۰۱	۴/۷۷	۰/۳۵۵	۰/۰۲۳	کیفیت دنیای کاری
۰/۰۰۲	۴/۱۱	۰/۳۱۱	۰/۰۱۹	کیفیت زمینه کاری
۰/۱۶۳	۱/۴۰	۰/۱۱۱	۰/۰۰۷	کیفیت برنامه کاری

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد پرستاران با سابقه کاری بین ۲۰-۳۰ سال، دنیا کاری خود را که بیانگر میزان مطلوبیت کیفیت رضایت‌مندی اجتماعی و اقتصادی از موقعیت شغلی است، ۵۳ درصد نامطلوب ارزیابی می‌کنند. موقعیت ضعیف پرستاری این یافته مطابق با نتایج پژوهش خانی و همکاران است که نشان دادند که اکثریت مردم، پرستاران را به عنوان دستیاران پزشکی قلمداد می‌کنند و بسیاری از پزشکان نیز پرستاران را کمک‌های خویش محسوب نموده و آنان را به عنوان متخصصان در زمینه پزشکی به حساب نمی‌آورند<sup>(۱۸)</sup>. Anderson & Brooks بیان می‌دارند که بیشترین علت عدم رضایت پرستاران مستقیماً به حقوق دریافتی آنان مربوط می‌شود<sup>(۱۹)</sup>.

نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر در رابطه با کیفیت زمینه کاری بیانگر این است که پرستاران بین سنین ۲۵-۳۵ سال، ۷۵ درصد زمینه‌های کاری خود را نامطلوب ارزیابی کردند. آذرنگ و همکاران با یافته‌ای مشابه در مطالعه خود نشان داده‌اند که پرستاران بین سنین ۳۰-۲۰ سال، ۸۲/۸ درصد کیفیت زمینه کاری خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند<sup>(۲۱)</sup>. بنابر تعریف، زمینه کاری شامل محیط‌های عملکردی می‌شود که در آن پرستاران کار می‌کنند و تأثیر محیط کار را بر روی بیمار و پرستار بررسی می‌کند. این بعد بیانگر عوامل انسانی و محیطی مرتبط با زمینه کاری است<sup>(۱۰)</sup> و با توجه به اینکه پرستاران در سال‌های ابتدایی استخدام و شروع به کار، انتظارات بالایی داشته و به دنبال موقعیت‌ها و فرصت‌های ارتقای شغلی، امکانات رفاه کاری، و فرصت‌های آموزش

جهت بهبود اجرای کار هستند<sup>(۲۱)</sup>، این مسئله به خودی خود می‌تواند زمینه‌ساز ارزیابی کمتر از حد معمول و موقعیت اجتماعی نامطمئن و در نهایت نامطلوب شود. بدیهی است که بهبود کیفیت زمینه کاری شرایط لازم جهت افزایش اثربخشی کارکنان را فراهم می‌آورد.

یافته‌ها در خصوص مولفه کیفیت زندگی کاری- خانگی نشان داد تمام پرستاران با سابقه خدمتی متفاوت، زندگی کاری و خانگی خود را متوسط ارزیابی می‌کردند. در این میان پرستاران با بالاترین سابقه کاری (۲۰-۳۰ سال) شکایت بیشتری از وضعیت زندگی کاری- خانگی خود داشتند. این یافته مطابق با نتایج مطالعات خانی و همکاران و علایی و همکاران می‌باشد که دریافتند میزان کار زیاد پرستاران سبب کاهش انرژی در آنان می‌گردد و این امر باعث می‌شود که پرستاران نتوانند بین زندگی کاری و زندگی خانوادگی خویش تعادل برقرار سازند<sup>(۱۱،۱۸)</sup>. در تبیین این یافته به این نکته می‌توان اشاره کرد که پرستاران خصوصاً زنان پرستار علاوه بر فعالیت در محیط بیمارستان، در زندگی شخصی و خانوادگی مسؤولیت‌های سنگین همسررداری، تربیت کودکان و ... را به دوش دارند و با قرار گرفتن در معرض محیط شغلی استرس‌زا به مدت طولانی، دچار فرسودگی شغلی شده و قادر به برقراری تعادل مطلوبی میان زندگی کاری و خانوادگی خود نمی‌باشند<sup>(۱۱)</sup>. بنابراین بهبود و ارتقای سطح کیفیت خانگی- کاری که شرایط لازم جهت افزایش اثربخشی پرستاران را فراهم می‌آورد، ضروری به نظر می‌رسد.

در این مطالعه تمام پرستاران با سابقه خدمتی متفاوت، برنامه کاری خود را نامطلوب ارزیابی کردند. در این میان



به جای اینکه جالب، چالش‌برانگیز، فعالانه و خلاق باشد بسیار خسته کننده می‌شود و این موضوع باعث شکست و کاهش عزت نفس پرستاران خواهد شد<sup>(۱۱)</sup>.

به طور کلی پژوهش حاضر نشان داد میان اکثر مولفه‌های کیفیت زندگی کاری و هوش اخلاقی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد؛ به طوری که پرستاران با هوش اخلاقی بالا از کیفیت زندگی کاری بهتری برخوردار بودند و هوش اخلاقی می‌توانست اکثر مولفه‌های کیفیت زندگی کاری پرستاران را پیش‌بینی کند. لذا باید در امر افزایش مؤلفه‌هایی که موجب ارتقای هوش اخلاقی می‌شوند، تلاش کرد. همچنین توجه به ارتقای هوش اخلاقی در آموزش‌های عمومی به پرستاران و سایر پرسنل، اعتماد به نهادهای عمومی و سیاسی، نقش بسیار مهمی در ایجاد اعتماد و هوش اخلاقی در جامعه دارد. با توجه به اینکه هوش اخلاقی مسأله‌ای ناهمگون است که تحت تأثیر متغیرهای متعددی قرار دارد بی‌شک عوامل ارثی، روان‌شناختی و اجتماعی زیادی در بروز و تشدید آن نقش دارند و شاید یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، بررسی صرف هوش اخلاقی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای موثر در کیفیت زندگی کاری پرستاران باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تاثیرگذار بر کیفیت زندگی کاری به عنوان مثال فرسودگی شغلی یا صلاحیت بالینی پرستاران را مدنظر قرار داده و ارتباط آن با سایر عوامل روان‌شناختی موثر بر هوش اخلاقی را مورد بررسی قرار دهند. علاوه بر این پژوهش حاضر تنها بر روی پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شده و تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. ضمناً با توجه به اینکه مطالعه حاضر از نوع مشاهده‌ای است نه مداخله‌ای، برای تایید رابطه علی و معلولی نیاز به مطالعات گسترده‌تری احساس می‌شود.

#### تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌بینند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و مسئولین و

پرستاران با کمترین سابقه کاری (۱۰-۰ سال) شکایت بیشتری از وضعیت برنامه کاری خود داشتند. علت این امر را می‌توان به سن پایین و نوع استخدام پرستاران نسبت داد<sup>(۲۲)</sup>. این یافته با نتایج Hegney و همکاران و آذرنگ و همکاران مطابقت داشت. این محققان خاطر نشان می‌سازند که میزان زیاد کار پرستاران تأثیر به‌سزایی در کیفیت ارائه خدمات پرستاری دارد و به همین خاطر پرستاران نمی‌توانند کار خویش را در زمان موجود به پایان برسانند و این امر منجر به ترک کار پرستاران شده است<sup>(۲۱،۲۲)</sup>.

بین کلیه مولفه‌های هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری به غیر از مولفه کیفیت برنامه کاری رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. مطابق نتایج رگرسیون هوش اخلاقی می‌توانست مولفه‌های کیفیت زندگی کاری-خانگی، کیفیت زمینه کاری و کیفیت دنیای کاری را پیش‌بینی کند اما سهم معناداری در پیش‌بینی مولفه کیفیت برنامه کاری نداشت. با توجه به اینکه تاکنون هیچ یک از مطالعات رابطه مؤلفه‌ی هوش اخلاقی با کیفیت زندگی کاری پرستاری مورد بحث در پژوهش حاضر را بررسی نکرده است، بنابراین پژوهشگر به ارائه تبیین یافته‌های پژوهش خود بسنده می‌کند. هوش اخلاقی عبارت است از توانایی ایجاد تمایز بین درست و غلط بر اساس اصول جهان‌شمول تعریف شده. این نوع هوش، در محیط جهانی مدرن کنونی می‌تواند به مثابه نوعی جهت‌یاب برای اقدامات عمل نماید<sup>(۲۳)</sup>. پرستارانی که از هوش اخلاقی پایینی برخوردارند، به این معنی که از مسئولیت‌پذیری، دلسوزی، درستکاری و بخشش کمتری برخوردارند؛ معمولاً از لحاظ جسمانی، عاطفی و ذهنی خسته هستند و این امر تأثیر گسترده‌ای در کیفیت مراقبت از بیمار بر جای می‌گذارد. به گونه‌ای که پرستاران به تدریج احساس می‌کنند که نمی‌توانند با بیمار مواجه شوند و کار کردن با بیمار برایشان سخت و دشوار می‌شود و در نتیجه نگرش‌های منفی نسبت به بیماران پیدا می‌کنند. به تدریج رابطه درمانی رنج‌آور می‌شود و برنامه کاری درمان

پرسنل بیمارستان‌های شهر تبریز، که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

### فهرست منابع

- 1- Khaghanizade M, Ebadi A, Siratinayer M, Rahmani M. [The Study of Relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals]. *Mil Med* 2008; 10 (3):175-84. Persian
- 2- McVicar A. Workplace stress in nursing: a literature review. *J Adv Nurs*. 2003;44(6):633-42.
- 3- Organization WH. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. 2001.
- 4- Conklin MH, Desselle SP. Snapshot of pharmacy faculty quality of work life and productivity. *Journal of Pharmacy Teaching*. 2007;14(1):53-77.
- 5- Ballou B, Norman H, Goodwin NH. Quality of work life. *Strategic Finance*. 2007; 89 (4): 40-51.
- 6- Bahramzadeh H, Seraj SH. [The role of human resource productivity and sustainable development]. *Journal of Management* ,2007;65,.20-5. Persian.
- 7- Dargahi H, Gharib M, Goodarzi M. [Quality of work life in nursing employees of Tehran University of Medical Sciences hospitals]. *Hayat*. 2007;13(2):13-21. Persian
- 8- Chiu M-C, Wang M-JJ, Lu C-W, Pan S-M, Kumashiro M, Ilmarinen J. Evaluating work ability and quality of life for clinical nurses in Taiwan. *Nurs Outlook*. 2007;55(6):318-26.
- 9- Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadinoghaby AA. [Quality of work life an productivity of clinical nurses and their relationship with each other]. *Nurse Res*. 2009;(8):-37-7. Persian.
- 10- Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*. 2005;23(6):319-26.
- 11- Alaae F, Safolahee M, Yaghmaei F. [Assessment nurse of pediatric ward experience about death of patients: A qualitative study]. Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2004. Persian.
- 12- Jazani N. Human resource management. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Ney; 2009. 9-25.
- 13- Eskandari G, Eskandari K, Beikzadeh J, Kordbacheh Sh. [The effect of managers moral intelligence on their communication skills in social welfare organization]. *Beyond Management*. 2012,6 (21), 105-28. Persian.
- 14- Borba, M. The step-by-step plan to building moral intelligence, Nurtuing Kids Heart & Souls, National Educator Award, National council of self-esteem. Jossey-Bass. 2005.
- 15- Rafati Sh, Rezheh N, Ahmadvash T, Davati A. [The moral intelligence of medical students of Medical Sciences Tehran]. *Journal of Medical Ethics*, 2012; 22. Persian.
- 16- 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]. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2012;5(6):81-95. Persian.
- 17- Brooks B, Omoike O, Stemler I, Brown A. Assessing the quality of work nursing life. *Nurs Admin Q*. 2007; 31(2):71-98.
- 18- Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadam A. [Quality of nursing work life]. *J Clin Diagn Res*. 2008;2(6):1169-74. Persian.
- 19- Lennick D, Kiel F. Linking strong moral principles to business success. Pennsylvania: Wharton School of the University of Pennsylvania; 2005
- 20- Seyadat, SA., Mokhtaripour, M. Kazemi, I. [Relationship between Moral Intelligence and leadership team Leaders from the perspective of teaching and non teaching sffahan university faculty ; 1999-2000]. *Health Management*, 2009: 36(12):61-9. Persian
- 21- Azarrang S, Yaghmaei F, Shiri M. [Paper: Correlation Dimensions Of Quality Of Work Life Of Nurses And Demographic Characteristics]. *Research in Nursing* . 2012. 7(27). 18-24. Persian.
- 22- Hegney D, Eley R, Plank A, Buikstra E, Parker V. Workforce issues in nursing in Queensland: 2001 and 2004. *J Clin Nurs*. 2006;15(12):1521-30.
- 23- Beheshtifar M, Esmaili Z, Nekoie. Moghadam M. [Effect of moral intelligence on leadership]. *Eur J Econ Finan Admin Sci*. 2011; 43: 1-7. Persian.

## Relationship between Moral Intelligence and Nurses' Quality of Work Life

Mohamadi J., PhD Cand<sup>1</sup>.

Ghazanfari F<sup>2</sup>.,Ph.D

\*Azizi A<sup>3</sup>., PhD Cand.

### Abstract

**Background & Aim:** Moral intelligence is linked with doing right work and adherence to ethics. This study aimed to investigate the relationship between moral intelligence and quality of work life of nurses in Tabriz hospitals.

**Material & Methods:** It was a cross-sectional descriptive correlational study. The study population consisted of all nurses working in hospitals of Tabriz in 2014. Using stratified random sampling, 186 nurses were recruited as the research sample. Lennick and Kiel's (2005) moral intelligence questionnaire and Brooks and Anderson's (2005) quality of work life survey were used to collect the data. The data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistical methods including Pearson's correlation coefficient and regression analysis using SPSS-PC (v. 20).

**Results:** According to findings, there was significant positive relationships between the elements of moral intelligence and quality of work life - home , quality of work context and quality of work world (P = 0.001). There was no significant relationship between moral intelligence and quality of work design. The regression analysis showed that moral intelligence could predict the quality of work life/home life, the quality of work context and the quality of work world. However, it did not have a significant role in the prediction of quality of work design.

**Conclusion:** Considering that the quality of nursing work life is predictable through moral intelligence, it seems that appropriate levels of moral intelligence could lead nurses to play a significant role in hospitals. Meanwhile, approaches such as encouraging moral behavior would improve the present situation.

**Key Words:** Intelligence, Ethics, Quality, Life, Nurses

Received: 12 Jul 2014

Accepted: 14 Oct 2014

---

<sup>1</sup> General Psychology PhD candidate at, Young Researchers Club, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Khorramabad, Iran.

<sup>2</sup> Assistant professor, Department of Psychology, University of Lorestan , Khorramabad, Iran.

<sup>3</sup> Ph.D Student of General Psychology, Lorestan University, Khorramabad , Iran. (\*Corresponding Author).

Tel: 09141026058

Email: amir28144@gmail.com