

Relationship between Moral Intelligence and Anger among Nurses in Emergency Units of Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences

Asgari Tarazoj A¹, Ali Mohammadzadeh K^{*2,3}, Hejazi S¹

1. Department of Medical-Surgical, School of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University of Medicine, Tehran Branch, Tehran, Iran.

2. Department of Health Services Management, Islamic Azad University, Tehran North Branch, Tehran, Iran.

3. Health Policy Research Center, Islamic Azad University, Tehran Branch, Tehran, Iran.

* *Corresponding author.* Tel: +982122614827, E-mail: Alimohammadzadeh@iautmu.ac.ir

Received: Jul 24, 2017

Accepted: Dec 26, 2017

ABSTRACT

Background & Aim: Anger is an internal stressor associated with health issues. Moral intelligence is one of the factors that can affect psychological well-being and control of anger. Therefore, the aim of this study was to determine the relationship between moral intelligence and anger among nurses in emergency units of hospitals affiliated to Kashan University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive correlational study was done on 261 nurses working at emergency units of Kashan hospitals that selected by census sampling. Lennick and Kiel's moral intelligence questionnaire and Perry and Bass's anger survey were used to collect the data. Data were analyzed by descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistical methods including Spearman's correlation coefficient and multivariable regression analysis using SPSS v.24.

Results: According to the findings of this study, the mean scores of moral intelligence and anger among participants in the study were 73.06 ± 8.08 and 39.18 ± 12.37 , respectively. Spearman correlation test showed that there is a significant negative relationship between the moral intelligence and the anger of the participants in the study ($p < 0.001$).

Conclusion: According to the results, the level of anger reduces among nurses as their moral intelligence increases. Considering that ethical intelligence is a type of acquired ability, the level of anger can be reduced by promoting it among nurses.

Keywords: Moral Intelligence, Anger, Nurse, Emergency.

ارتباط هوش اخلاقی و خشم در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

عابد عسگری ترازوج^۱، خلیل علی محمدزاده^{۲*}، شیرین حجازی^۱

۱. گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، تهران، ایران

۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، تهران، ایران

۳. مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی واحد تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۲۱۲۲۶۱۴۸۲۷ ایمیل: Alimohamadzadeh@iautmu.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: خشم یک عامل تنش زای درونی است که با سلامتی ارتباط دارد. هوش اخلاقی از جمله عواملی است که می‌تواند روی سلامت روانشناختی و کنترل خشم تاثیر بگذارد. لذا هدف این مطالعه تعیین ارتباط هوش اخلاقی و میزان خشم در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان بود.

روش کار: این مطالعه توصیفی همبستگی روی ۲۶۱ پرستار شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های شهر کاشان که به روش سرشماری انتخاب شدند، انجام گرفت. جهت اندازه گیری هوش اخلاقی از پرسشنامه لنینک و کابل و برای اندازه گیری خشم از پرسشنامه باس و پری استفاده گردید. داده ها از طریق نرم افزار آماري SPSS-24 و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون های ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چند متغیره) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: بر اساس یافته های این مطالعه، میانگین نمرات هوش اخلاقی و خشم شرکت کنندگان در مطالعه به ترتیب، $73/06 \pm 8/08$ و $39/18 \pm 12/37$ بود. آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین هوش اخلاقی و خشم شرکت کنندگان در مطالعه، رابطه منفی معنی داری وجود داشت ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: طبق یافته های این مطالعه، با افزایش هوش اخلاقی، میزان خشم پرستاران کاهش می‌یابد. با توجه به اینکه هوش اخلاقی نوعی توانایی اکتسابی است؛ می‌توان با ارتقای آن در بین پرستاران، میزان خشم را در آنها کاهش داد.

واژه های کلیدی: هوش اخلاقی، خشم، پرستار، اورژانس

پذیرش: ۹۶/۱۰/۵

دریافت: ۹۶/۵/۲

مقدمه

خشم یک عامل تنش‌زای درونی مهم است که با مسائل مربوط به سلامتی از قبیل حملات قلبی، بیماری تصلب شرایین، پرتنشی و چاقی ارتباط دارد (۱). خشم، واکنشی است که در موقعیت‌های گوناگون نظیر ناکامی‌های واقعی یا خیالی، آسیب‌ها، تحقیرها یا بی‌عدالتی‌ها برانگیخته می‌شود و ممکن است به پاسخ‌های غیرارادی مانند افزایش فشارخون، ضربان قلب، تعریق و افزایش قندخون منجر شود (۲). آنچه

باعث توجه محققان به خشم شده است، اثرات نامطلوب آن در رفتار بین فردی و حالات درونی و روانی فرد است. عدم کنترل رفتار پرخاشگرانه، علاوه بر اینکه می‌تواند باعث ایجاد مشکلات بین فردی و جرم، بزه و تجاوز به حقوق دیگران شود، می‌تواند درون‌ریزی شده و باعث انواع مشکلات جسمی و روانی مانند زخم معده، سردردهای میگرنی و افسردگی شود (۳). همچنین خشم به عنوان یکی از مؤلفه‌های عاطفه منفی با ترک تحصیل، بزهکاری و

رفتارهای مجرمانه، آسیب شناسی روانی، مشکلات سلامت عمومی و طیف گسترده ای از اختلالات روانپزشکی ارتباط دارد (۴). برخی از مشکلات جدی اجتماعی مانند کودک یا همسر آزاری و اشکال مختلف کشمکش بین گروهی به روشنی ریشه در خشم و ناتوانی در کنترل برانگیختگی خشم دارد (۵).

پرستاران با توجه به شغل حساس و پرتنش و زمینه‌های خدمت رسانی خود در معرض انواع تنش و هیجانات کاری قرار دارند و این خود منجر به بروز بعضی از رفتارها از جمله خشم و خشونت می‌شود. بروز این رفتارها می‌تواند اثرات جسمی و روانی نامطلوبی بر افراد تحت خشونت به همراه داشته باشد. این عوارض از آشفتگی‌های عاطفی، خشم، دستپاچی، کاهش عزت نفس، کاهش رضایت شغلی تا گرایش به مصرف سیگار و الکل متغیر هستند (۶).

بروز خشم در محیط‌های مراقبتی می‌تواند بسیار مخرب باشد؛ علاوه بر این که زندگی شخصی و حرفه ای پرستاران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، منجر به کاهش کیفیت مراقبت‌های ارائه شده به بیماران، کاهش بازده کاری، افزایش غیبت، فرسودگی، ترک خدمت، ضررهای مالی، کاهش روحیه و کیفیت زندگی کارکنان، واکنش‌های عاطفی مانند عصبانیت، غم، عجز، ترس، سرزنش خویشتن، کاهش رضایت شغلی، تغییر در ارتباط با همکاران و خانواده، احساس عدم صلاحیت و گناه و بار مالی مستقیم و غیرمستقیم بر اقتصاد حوزه سلامت و در کل جامعه می‌شود (۷).

خشم به عنوان یکی از معضلات اخلاقی، محسوب شده و شناخت و کنترل آن در افراد مهم است (۸). لذا، با وجود اینکه اقدامات و مداخلات متعددی از سوی متولیان حوزه بهداشت و درمان در سراسر جهان در خصوص کنترل و مهار خشم پرستاران فراهم گردیده است، هنوز یکی از چالش‌های مهم در خدمات پرستاری، میزان بالای خشونت و خشم پرستاران به ویژه در مراکز درمان سرپایی و اورژانس می‌باشد (۹). در بررسی عوامل تأثیرگذار بر خشم می‌توان به

جنبه‌های شناختی، اجتماعی و ویژگی‌های فردی و شخصیتی فرد توجه کرد (۲). یکی از متغیرهای مرتبط با سلامت روانشناختی و کنترل تکانه‌های عصبی، هوش اخلاقی است (۱۰). هوش اخلاقی به عنوان یکی از ابعاد هوش می‌تواند پایه و چارچوبی برای عملکرد صحیح انسان‌ها فراهم آورده و عامل پیش‌بینی‌کننده رفتار انسان محسوب شود (۱۱). هوش اخلاقی برای اولین بار توسط بوربا^۱ (۲۰۰۱) و در رشته روانشناسی مطرح شد. وی هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی درک درست از نادرست، داشتن اعتقادات قوی اخلاقی و عمل به آن‌ها و همچنین رفتار صحیح تعریف کرده است (۱۲). ناتوانی در حل معضلات اخلاقی یکی از دغدغه‌های اساسی کارکنان تیم سلامت است (۱۳). بر اساس مطالعه کورلی^۲، ۲۵ درصد پرستاران به دلیل عدم توانایی در حل موضوعات اخلاقی بیماران، درخواست استعفا از کار داده‌اند (۱۴). در پژوهش زوزلو^۳ نیز، ۵۰ درصد پرستاران به دلیل ناتوانی در مواجهه با معضلات اخلاقی، درصدد تغییر محل کار خود برآمده‌اند (۱۵). نتایج مطالعه گراندستین-آمادو^۴ نشان‌دهنده عدم توانایی پزشکان و پرستاران در تصمیم‌گیری مناسب اخلاقی و عدم تبعیت آن‌ها از الگویی منسجم در این مورد است که علت آن را عمدتاً کمبود آموزش‌های لازم در زمینه موضوعات اخلاقی بیان کرده‌اند (۱۶). وی برنامه‌های آموزشی پیشرفته در زمینه اخلاق برای تغییر دیدگاه و افزایش توانایی پرستاران در حل معضلات اخلاقی را توصیه کرده است. هوش اخلاقی و پایبندی به اخلاقیات باعث می‌شود که خدمات ارائه‌شده به بیمار به شکل مطلوب ارائه شود. نتایج مطالعه ای در کشور غنا نشان داد که آموزش اخلاقیات و هوش اخلاقی در پرستاران، موجب بهبود خدمات آموزشی و درمانی ارائه‌شده به بیماران

¹ Borba

² Corley

³ Zuzelo

⁴ Grandestin-Amado

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود. ۲۶۱ نفر از پرستارانی که در سال ۱۳۹۵ در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان (شهید بهشتی، نقوی، متینی، کارگر نژاد، سیدالشهداء آران و بیدگل، اورژانس امام خمینی آران و بیدگل، اورژانس داخلی و اورژانس گلابچی) شاغل بودند و معیارهای ورود به پژوهش را داشتند به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن مدرک کارشناسی پرستاری یا بالاتر و سابقه کار پرستاری به مدت حداقل ۲ سال و نیز عدم سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی مزمن بودند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از سه پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، هوش اخلاقی و خشم استفاده شد. پرسشنامه دموگرافیک شامل سن، جنس، سطح تحصیلات، سابقه کار و شیفت کاری بود. پرسشنامه هوش اخلاقی لیک و کایل^۴ (۲۰۱۱) جهت بررسی هوش اخلاقی استفاده شد. این پرسشنامه با ۴۰ سوال در ۴ مولفه درستکاری (۱۰ سوال)، بخشش (۱۰ سوال)، مسئولیت‌پذیری (۱۰ سوال) و همدلی (۱۰ سوال) و در قالب طیف پنج درجه ای مقیاس لیکرت (۵ خیلی زیاد، ۴ زیاد، ۳ متوسط، ۲ کم و ۱ خیلی کم) تنظیم شده است. در این پرسشنامه هر پاسخ دهنده 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 به عنوان عالی، ۸۰ الی ۸۹ خیلی خوب، ۷۰ الی ۷۹ خوب و ۶۹ و کمتر از آن، ضعیف در نظر گرفته می‌شود (۲۱). منظور از درستکاری در این پرسشنامه، ایجاد هماهنگی بین اعتقادات و اعمال افراد یا به عبارت دیگر، گفتن حرف درست در تمام زمان‌ها است. مسئولیت‌پذیری، به

توسط پرستاران شده و میزان همدلی و همنوایی پرستاران نسبت به بیماران را افزایش می‌دهد (۱۷). همچنین، مطالعه رانی^۱ و همکاران نشان داد که تقویت هوش معنوی و اخلاقی پرستاران کشور مالزی در دوره دانشجویی، موجب بهبود عملکرد شغلی آنها در دوره فعالیتشان می‌شود (۱۸). آپدگراف^۲ و چن^۳ نیز در مطالعات جداگانه‌ای ارتباط مثبتی را بین اخلاق و هوش اخلاقی پرستاران با سلامت و بهزیستی بیماران ارائه کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که هوش اخلاقی بالا در پرستاران باعث بهبود خدمات درمانی و آموزشی ارائه شده به بیماران می‌شود (۱۹،۲۰). با در نظر گرفتن اهمیت هوش اخلاقی در افزایش بهره‌وری پرستاران در محیط شغلی، تاثیرات مثبت آن در ارائه خدمات سیستم‌های بهداشتی و در نهایت ارتقای سطح توانمندی و بازدهی بیمارستان‌ها و با توجه به اینکه ارتباط موثر بین مولفه‌های هوش اخلاقی و خشم پرستاران برای اولین بار است که مورد مطالعه قرار می‌گیرد و آگاهی و تشخیص روابط بین متغیرهای مورد بحث و اثرات آنها بر افزایش کیفیت مراقبت و متعاقب آن رضایت بیماران از خدمات دریافت شده، کاهش ترک شغل و افزایش رضایت شغلی پرستاران از اهمیت فوق‌العاده و معنی‌داری برخوردار است؛ یافته‌های مطالعه حاضر می‌تواند به منظور تشخیص نیازها، برنامه‌ریزی و آموزش بهتر در این زمینه ضروری باشد و اطلاعات دست‌اولی را در سطح ملی و منطقه ای برای برنامه‌ریزان و مدیران اجرایی موسسات مراقبتی، درمانی و آموزشی فراهم سازد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین ارتباط بین هوش اخلاقی و میزان خشم در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد.

¹ Rani

² Updegraff

³ Chen

⁴ Liennick & Kiel

همچنین پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ محاسبه و برای خشم به طور کلی و مولفه‌های آن شامل خشم، تهاجم و کینه توزی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۹ به دست آمد.

پس از دریافت معرفی نامه از دانشکده و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان، پرستاران بخش اورژانس که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند به روش سرشماری انتخاب شدند. پژوهشگر در سه شیفت صبح، عصر و شب به مراکز مراجعه و پس از توضیح اهداف مطالعه، نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، محرمانه‌بودن پاسخ‌ها و فرم رضایت کتبی آگاهانه، پرسشنامه‌ها را در اختیار آنها قرار داد و پرسشنامه‌های تکمیل شده، در همان روز از واحدهای مورد پژوهش جمع‌آوری گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی (آزمون‌های ضریب همبستگی اسپیرمن و رگرسیون چند متغیره با روش گام به گام در سطح اطمینان ۹۵٪) در نرم افزار SPSS-24 انجام شد.

یافته‌ها

از بین ۲۶۱ پرستار شرکت کننده در مطالعه، ۱۵۹ نفر (۶۰/۹٪) از آن‌ها مرد و ۱۰۲ نفر (۳۹/۱٪) زن بودند. میانگین سن پرستاران $23/39 \pm 5/78$ سال بود. ۲۳۴ نفر (۸۹/۷٪) از پرستاران، دارای مدرک لیسانس و ۲۷ نفر (۱۰/۳٪) دارای مدرک فوق لیسانس بودند. سابقه خدمت اکثر افراد (۴۲/۱٪) بین ۵ تا ۱۰ سال با نمره میانگین $8/40 \pm 5/82$ سال بود. ۲۳۳ نفر (۸۹/۳٪) از پرستاران مورد مطالعه به صورت شیفت چرخشی، ۱۱ نفر (۴/۲٪) در شیفت صبح و عصر و ۱۷ نفر (۶/۵٪) در شیفت صبح، مشغول به فعالیت بودند. میانگین نمره کل هوش اخلاقی پرستاران بخش اورژانس، $73/60 \pm 8/3$ بود. بیشترین نمره هوش اخلاقی مربوط به مولفه مسئولیت پذیری (۱۸/۷±۲/۴) و کمترین نمره مربوط به مولفه همدلی (۲/۴۴±۱۸/۳۷) بود. سایر نمرات مولفه‌های

معنای پذیرش اعمال و پیامدهای آن و همچنین اشتباهات و شکست‌ها است. همدلی، به معنای توجه به دیگران بوده و دارای تأثیرات متقابل است. بخشش نیز شامل آگاهی از عیوب و اشتباهات و همچنین بخشیدن خود و دیگران می‌باشد (۱۳). جهت اندازه‌گیری خشم از پرسشنامه خشم باس و پری^۱ که در سال ۱۹۹۲ طراحی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال است که ۱۴ سوال آن مربوط به «پرخاشگری»، ۸ سوال مربوط به «تهاجم» و ۸ سوال دیگر نیز مربوط به عامل «کینه توزی» است. در این پرسشنامه آزمودنی به یکی از ۴ گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه، پاسخ داده و برای هر یک از ۴ گزینه مذکور به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شده است. بجز ماده ۱۸ که بار عاملی منفی داشته و جهت نمره گذاری در آن معکوس است، نمره کل این پرسش نامه از ۰ تا ۹۰ و با جمع نمرات سوال‌ها به دست می‌آید. بالاتر بودن نمره فرد بیش از نمره میانگین ۴۲/۵، نشان دهنده میزان خشم بیشتر فرد است (۲۲).

روایی پرسشنامه هوش اخلاقی توسط ده نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه مورد بررسی قرار گرفت و شاخص روایی محتوای آن ۸۵ درصد محاسبه گردید. اعتماد علمی پرسشنامه در مطالعه بهرامی و همکاران با آلفای کرونباخ ۰/۸۹، تأیید شده است (۲۳). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه، ۰/۹۱ محاسبه شد. روایی پرسشنامه خشم توسط کریمی و همکاران (۲۰۱۳) تأیید گردیده و پایایی آن نیز با روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها ۰/۶۱ تا ۰/۷۴ محاسبه شده است (۲۴). در این مطالعه نیز برای تعیین روایی، سوالات پرسشنامه خشم در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده قرار گرفت و بر اساس پیشنهادات، تغییرات لازم اعمال شد.

¹ Buss & Perry

هوش اخلاقی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار هوش اخلاقی و مولفه‌های آن در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

میانگین و انحراف معیار	مولفه‌های هوش اخلاقی
۱۸/۵۳±۲/۲۸	درستکاری
۱۸/۷±۲/۴۰	مسئولیت پذیری
۱۷/۴۴±۲/۱۸	بخشش
۱۸/۳۷±۲/۴۴	همدلی
۷۳/۰۶±۸/۳۰	کل

در ارتباط با متغیر خشم نیز، میانگین نمره کل خشم در پرستاران بخش اورژانس ۱۲/۳۷±۳۹/۱۸ بود که نشان می‌داد خشم پرستاران بخش اورژانس کمتر از حد متوسط می‌باشد. میانگین نمره مولفه‌های خشم در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خشم و مولفه‌های آن در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

میانگین و انحراف معیار	مولفه‌های خشم
۲۴/۵۳±۶/۸۳	پرخاشگری
۷/۲۷±۴/۶۹	کینه توزی
۷/۳۸±۴/۳۱	تهاجم
۳۹/۱۸±۱۲/۳۷	کل

با توجه به اینکه بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنف، توزیع متغیر نمره کل هوش اخلاقی، غیر نرمال و خشم نرمال بود لذا برای بررسی ارتباط

بین این دو متغیر از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد و نتایج نشان داد که بین نمره هوش اخلاقی کل با خشم، رابطه منفی و معنی‌داری وجود دارد ($r = -0.342$; $p < 0.001$)، بدین معنی که با افزایش هوش اخلاقی در پرستاران، خشم آنان به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط هوش اخلاقی و خشم در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

متغیر	ضریب	P-value
هوش اخلاقی (نمره کل)	-۰/۳۴۲	۰/۰۰۱

همچنین بین مولفه‌های درستکاری، مسئولیت‌پذیری و همدلی هوش اخلاقی با دو مولفه تهاجم و کینه‌توزی خشم ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد ($p < 0.001$). بدین معنی که با افزایش هر یک از مولفه‌های درستکاری، مسئولیت‌پذیری و همدلی در پرستاران، مولفه‌های تهاجم و کینه‌توزی خشم به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد. همچنین بین مولفه بخشش هوش اخلاقی با هر سه مولفه پرخاشگری، تهاجم و کینه‌توزی خشم ارتباط منفی و معنی‌داری دیده شد ($p < 0.001$). بدین صورت که با افزایش بخشش در پرستاران، مولفه‌های خشم، تهاجم و کینه‌توزی آنان به طور معنی‌داری کاهش می‌یابد (جدول ۴).

جدول ۴. ارتباط زیرمقیاس‌های هوش اخلاقی و خشم در پرستاران بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

خشم		پرخاشگری		کینه توزی		تهاجم	
هوش اخلاقی	ضریب	P-value	ضریب	P-value	ضریب	P-value	ضریب
درستکاری	-۰/۰۷۹	۰/۲۰۱	-۰/۲۴۲	۰/۰۰۰	-۰/۲۸۴	۰/۰۰۰	-۰/۲۸۴
مسئولیت‌پذیری	-۰/۰۸۵	۰/۱۶۹	-۰/۲۱۹	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۹	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۹
بخشش	-۰/۱۶۴	۰/۰۰۸	-۰/۱۹۷	۰/۰۰۰	-۰/۲۶۰	۰/۰۰۰	-۰/۲۶۰
همدلی	-۰/۰۶۶	۰/۲۸۷	-۰/۲۲۴	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۵	۰/۰۰۰	-۰/۳۵۵

اخلاقی، ۹/۵ درصد از تغییرات خشم را تبیین می‌کند ($p < 0.05$) (جدول ۵).

به منظور تعیین سهم نمره کل هوش اخلاقی در پیش‌بینی میزان خشم پرستاران، از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد و نتایج نشان داد که هوش

جدول ۵. پیش بینی خشم بر اساس هوش اخلاقی پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان

P-value	t	B	F	R	متغیر وابسته	متغیر پیش‌بین
۰/۰۰۰	-۵/۲۲۷	--/۴۷۳	۲۷/۳۲۴	۰/۰۹۵	خشم	هوش اخلاقی

بحث

پژوهش حاضر به بررسی ارتباط بین هوش اخلاقی و خشم در پرستاران شاغل در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کاشان پرداخته است. بر اساس نتایج بدست آمده، هوش اخلاقی پرستاران بخش اورژانس در حد خوب ارزیابی شد. همسو با یافته فوق، محمدامینی و همکاران، میانگین هوش اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر کاشان را بالاتر از حد متوسط گزارش کردند (۲۵). امینی و همکاران نیز در مطالعه خود، میانگین هوش اخلاقی دانشجویان دانشگاه کاشان را خوب بیان کردند (۲۶). همچنین، یافته‌های مطالعه صادقی و همکاران در همدان نشان داد که میانگین هوش اخلاقی پرستاران در حد خوب می‌باشد (۲۷). محیط، ابزار و رشته مشابه می‌تواند توجیه کننده نتایج یکسان باشد. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه بهرامی و همکاران که سطح هوش اخلاقی اعضای هیئت علمی و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد را در سطح خیلی خوب ارزیابی کردند، در یک راستا نبود (۲۳). یافته‌های مطالعه محمدی و همکاران نیز میزان هوش اخلاقی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهر تبریز را خیلی خوب گزارش کردند (۱۷). در مطالعه تحریر و همکاران نیز هوش اخلاقی پرستاران نظامی استان‌های کرمان و تهران، متوسط ارزیابی شد (۲۸). تفاوت یافته‌ها در خصوص سطح هوش اخلاقی می‌تواند به تفاوت بودن جامعه و نمونه مطالعه، مربوط باشد. در مجموع، نتایج بررسی هوش اخلاقی در محیط‌ها و مشاغل متفاوت نشان‌دهنده سطح متفاوتی از این مقوله مهم است. اما آنچه مهم به نظر می‌رسد این است که مسائل اخلاقی از جمله هوش

اخلاقی یکی از ضروریات در هنگام ارائه مراقبت‌های پرستاری روزانه است و نتیجه حاصل از این مطالعه می‌تواند تاییدی بر اخلاقی بودن این حرفه محسوب گردد. بر اساس جستجوی انجام شده، مطالعه خارجی که به بررسی هوش اخلاقی در پرستاران پرداخته باشد، یافت نشد. لذا پژوهشگران به مقایسه میزان هوش اخلاقی در این مطالعه با مطالعات انجام شده در ایران بسنده کردند.

در ارتباط با متغیر خشم، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که میانگین خشم پرستاران بخش اورژانس کمتر از حد متوسط بود. مطالعات محدودی در داخل کشور به بررسی میزان خشم در پرستاران پرداخته‌اند. شیرزایی و همکاران در یک مطالعه توصیفی- تحلیلی در پرستاران یکی از بیمارستان‌های شهرستان بیرجند گزارش کردند که تنها ۳/۱ درصد از پرستاران، افراد متخاصم و مهاجمی بودند (۳). در مقابل، یافته‌های مطالعه گرینگلاس^۱ و همکاران در کانادا نشان داد که پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلبی و تنفسی، داخلی، جراحی و مامائی از میزان خشم بالایی برخوردار هستند (۲۹). ناهم‌سویی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه فوق الذکر می‌تواند به دلیل وجود تفاوت‌های فرهنگی و جو متفاوت حاکم بر بیمارستان‌های ایران در مقایسه با بیمارستان‌های خارج از کشور باشد. از دلایل دیگر می‌توان به ارائه آمارهای مختلف از خشم پرستاران در کشورهای مختلف، نوع بخش مورد نظر، تعریف خشم مورد استفاده در مطالعه و وجود استانداردها و خط‌مشی‌های متفاوت در کشورهای مختلف اشاره کرد.

مطابق نتایج مطالعه حاضر، رابطه منفی و معنی‌داری بین هوش اخلاقی و خشم در پرستاران بخش

¹ Greenglass

آنان تقویت شود (۳۴،۳۵). پرستارانی که از هوش اخلاقی بالاتر یعنی مسئولیت پذیری، همدلی، درستکاری و بخشش بالاتری برخوردارند؛ معمولاً از نظر جسمانی، عاطفی و هیجانی آمادگی بیشتری جهت مواجهه با شرایط غیرقابل پیش‌بینی در محیط‌های مراقبتی دارند و این امر تاثیر گسترده‌ای بر کیفیت مراقبت از بیماران بر جای می‌گذارد. در مجموع، می‌توان استنباط کرد که هوش اخلاقی یکی از کاراترین روش‌ها برای انجام اثربخش وظایف و کنترل بر رفتارهای تکانشی همچون خشم در مراکز درمانی دارای تنوع و ناهمگون از نظر مراجعه‌کنندگان به ویژه در بخش اورژانس می‌باشد. بنابراین، می‌توان با برنامه‌ریزی‌های آموزشی مناسب در زمینه افزایش هوش اخلاقی و آشنایی پرستاران با این موضوع از طریق کلاس‌های ضمن خدمت و مواجهه با سناریوهای بالینی مختلف و ارائه آموزش متناسب با هر سناریو، کنترل خشم پرستاران را ارتقاء داد. همچنین، شناسایی و توجه به عواملی که موجب افزایش هوش اخلاقی می‌شود نیز از جمله راهکارهایی است که می‌تواند در این زمینه موثر باشد.

این پژوهش تنها بر روی پرستاران شاغل در بخش اورژانس بیمارستان‌های شهر کاشان انجام شده است، لذا تعمیم نتایج به تمام پرستاران، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، همبستگی بین هوش اخلاقی و عملکرد پرستاران به عنوان یک موضوع کلی‌تر که خشم را نیز شامل می‌شود، مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، هوش اخلاقی با خشم و ابعاد آن ارتباط دارد. افراد دارای هوش اخلاقی بالا با بهره‌مندی از فضایل اخلاقی همچون مسئولیت‌پذیری، همدلی، بخشش و درستکاری، توانایی بیشتری جهت کنترل خشم هنگام مواجهه با شرایط اورژانسی و پراسترس

اورژانس وجود داشت. بدین معنی که با افزایش هوش اخلاقی در پرستاران، خشم آنان به طور معنی‌داری کاهش می‌یافت. همچنین با افزایش هریک از مولفه‌های درستکاری، مسئولیت‌پذیری و همدلی در پرستاران، مولفه‌های تهاجم و کینه‌توزی و با افزایش بخشش، مولفه‌های خشم، تهاجم و کینه‌توزی آنان کاهش معنی‌داری را نشان می‌داد. نتایج تحلیل چندگانه همزمان نیز نشان داد که هوش اخلاقی، ۹/۵ درصد از تغییرات خشم را پیش‌بینی می‌کند. براساس جستجوهای انجام شده، مطالعه‌ای که به طور مستقیم به ارتباط بین هوش اخلاقی و خشم پرداخته باشد، یافت نشد. اما یافته‌های مطالعه مقدس روی کارکنان دانشگاه فلورجان اصفهان نشان داد که بین هوش اخلاقی و تحمل پریشانی^۱، رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ به طوری که کارکنانی که هوش اخلاقی بالاتری دارند، میزان تحمل آن‌ها در مقابل پریشانی بالاتر است (۳۰). مرتضایی نیز با انجام مطالعه‌ای روی دانش آموزان شهر کرد به این نتیجه رسیدند که هوش اخلاقی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده قانون‌مداری آنان باشد (۳۱). در مطالعه محمدی و همکاران نیز، هوش اخلاقی به عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم در رفتار فرد دانسته شد (۱۱). همچنین، یافته‌های مطالعه فراتحلیل آکرمن^۲ و همکاران نشان داد که بین هوش عمومی و خشم عمومی ارتباط منفی و معنی‌داری وجود دارد (۳۲). یافته‌های مرور نظام مند گارسیا-سانکو و همکاران^۳ نیز نشان‌دهنده ارتباط معکوس و معنی‌دار بین هوش هیجانی و خشم افراد بزرگسال بود به طوری که افرادی که از هوش هیجانی بالاتری برخوردار بودند، رفتارهای پرخاشگرانه کمتری داشتند (۳۳). یافته‌های چندین مطالعه دیگر نیز نشان داد؛ برای افزایش کیفیت عملکرد پرستاران، لازم است هوش اخلاقی

¹ Distress Tolerance

² Ackerman

³ Garcia-Sancho

تشکر و قدردانی

این مقاله، برگرفته از طرح تحقیقاتی حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری گرایش داخلی جراحی با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1395.35 مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی صورت گرفته است. بدین وسیله محققان مراتب قدردانی و سپاس خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران و پرستارانی که در اجرای این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌نمایند.

دارند. از آنجایی که پرستاران بخش اورژانس روزانه با مشکلات و تنش‌های متعددی مواجه می‌شوند، هوش اخلاقی می‌تواند موجب بهبود کنترل خشم پرستاران شود، لذا ارتقاء هوش اخلاقی پرستاران در دوران تحصیل و پس از آن و فراهم نمودن آموزش مداوم در این زمینه، توصیه می‌شود.

References

- 1- Prail N. An evaluation of women's attitudes towards anger in other women and the impact of such on their own anger expression style. MS Thesis, Michigan: Social Work Department, Wayne State University; 2010.
- 2- Hyland S, Watts J, Fry M. Rates of workplace aggression in the emergency department and nurses' perceptions of this challenging behaviour: a multimethod study. *Australasian Emergency Nursing Journal*. 2016;19(3):143-48.
- 3- Shirzaei K, Miri M, Sharifzadeh GR, Yaghoobi M, Hosseini K, Kazemi S. Assessment of anger control among nursing personnel of Emam Reza hospital (Birjand, 2010). *Modern Care Journal*. 2011;8(2):73-78 [Persian].
- 4- Quinn CA, Rollock D, Vrana SR. A test of Spielberger's state-trait theory of anger with adolescents: five hypotheses. *Emotion*. 2014;14(1):74-84.
- 5- Mirzaee R, Raesi Z, Kazemi H. The effectiveness of anger management and problem solving training on reduction of depression in prisoners. *Sadra Medical Sciences Journal*. 2014;2(1):55-63 [Persian].
- 6- Duncan SM, Hyndamn K, Estabrooks CA, Hesketh K, Humphrey CK, Wong JS, et al. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*. 2016;32(4):57-78.
- 7- Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *International nursing review*. 2011;58(1):130-37.
- 8- Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL. Incidence, type, related Factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2017;21(1):1-7.
- 9- Fute M, Mengesha ZB, Wakgari N, Tessema GA. High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nursing*. 2015;14(1):1-7.
- 10- Khademi M, Ghasemian D, Hassanzadeh R. The relationship of psychological resilience and moral intelligence with psychological well-being in the employees of Iranian national tax administration. *International Journal of Basic Sciences & Applied Research*. 2014;3(8):481-84.
- 11- Mohammadi S, Nakhaei N, Borhani F, Roshanzadeh M. Moral intelligence in nursing: a cross-sectional study in East of Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2013;6(5):57-66 [Persian].
- 12- Borba M. *Building moral intelligence: the seven essential virtues that teach kids to do the right thing*. California: Jessey-Bass press, 2001.
- 13- Farhan R, Dasti R, Khan MNS. Moral intelligence and psychological wellbeing in healthcare students. *Journal of Education Research and Behavioral Sciences*. 2015;4(5):160-64.

- 14- Corley MC, Minick P, Elswick R, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*. 2005;12(4):381-90.
- 15- Rager Zuzelo P. Exploring the moral distress of registered Nurses. *Nursing Ethics*. 2007;14(3):343-59.
- 16- Grundstein-Amado R. Ethical decision-making processes used by health care providers. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(11):1701-709.
- 17- 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 [Persian].
- 18- Rani AA, Abidin I, Hamid M. The impact of spiritual intelligence on work performance: case studies in government hospitals of east coast of Malaysia. *The Macrotheme Review*. 2013;2(3):46-59.
- 19- Updegraff S. Counteracting the high cost of low morale in the health care sector. *The Health Care Manager*. 2013;32(3):287-89.
- 20- Chen J-Y. Morale and role strain of undergraduate nursing students in a pediatric clinical setting. *Journal of Nursing Research*. 2010;18(2):144-53.
- 21- Lennick D, Kiel F. *Moral intelligence: enhancing business performance and leadership success*. United States: Wharton School Publisher; 2007.
- 22- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of personality and social psychology*. 1992;63(3):452-459.
- 23- 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].
- 24- Karimi H, Hemmati SA, Haghighi M, Ahmadpanah M, Mohammad BH. Comparing the effectiveness of group anger management and communication skills training on aggression of marijuana addicted prisoners. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2013;11(2):129-38 [Persian].
- 25- Mohammad Amini M R GH, Montazer M. A study the status of moral intelligence in nurses across Kashan hospitals in 2015. *Education & Ethic in Nursing*. 2015;4(1):59-66.
- 26- Amini M, Rahimi H. A survey on moral intelligence in engineering college of the University of Kashan. *Iranian Engineering Education Quarterly*. 2015;17(66):1-16 [Persian].
- 27- Sadeghi A, Adeli Z, Moghim BA, Moghim BA. Relationship between nurses' moral intelligence and patients' satisfaction from nursing care. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2015;4(3):65-75 [Persian].
- 28- 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. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2015;7(6):59-68 [Persian].
- 29- Greenglass ER, Burke RJ. The relationship between hospital restructuring, anger, hostility and psychosomatics in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2000;10(2):155-161.
- 30- Moghadas M. Investigate of relationship between moral intelligence and distress tolerance in Isfahan staff. *International Journal of Research in Social Sciences*. 2013;2(2):26-30 [Persian].
- 31- Mortazaii S GM AR. The relationship between emotional intelligence, moral intelligence and adherence to the law in students Daneshe Entezami. *Quarterly Journal of Law Enforcement*. 2013;3(2):1-13 [Persian].
- 32- Ackerman PL, Beier ME, Boyle MO. Working memory and intelligence: the same or different constructs? *Psychological Bulletin*. 2005;131(1):30-60.
- 33- García-Sancho E, Salguero J, Fernández-Berrocal P. Relationship between emotional intelligence and aggression: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*. 2014;19(5):584-91.
- 34- Flite CA, Harman LB. Code of ethics: principles for ethical leadership. *Perspectives in Health Information Management*. 2013;10(1):1-9.
- 35- Donkor N, Andrews L. Ethics, culture and nursing practice in Ghana. *International Nursing Review*. 2011;58(1):109-14.