Medical Education Journal
Education Development Center of Babol University of Medical Scieneces
e-ISSN:2345-5497 p-ISSN:2322-4940
مجله آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

Investigating the Relationship Between Moral Intelligence and Some Demographic Factors in Medical Students of Shahroud University of Medical Sciences: A Descriptive Study

Sahar. Paryab [1], Hamidreza. Mehryar [2], Marjan. Dashtipour [3], Hamid. Vahedi [4], Omid. Garkaz [5*]

1. School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
2. Department of Emergency Medicine, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.
3. School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
4. Department of Gastroenterology, School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
5. Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

Article Info

Article Type:
Research Article

Received:
12 Jun 2025

Revised:
24 Jun 2025

Accepted:
15 Jul 2025

Published online:
26 Jul 2025

ABSTRACT

Background and Objective: Today, academic knowledge and skills alone are not enough to provide quality health services. Despite the complexities of the healthcare environment, ethics is an inseparable part of healthcare decision-making, and ignoring it can have a negative impact on the quality of services provided and organizational health. This study was conducted to investigate the relationship between moral intelligence and some demographic factors in students of Shahroud University of Medical Sciences.

Methods: This descriptive-cross-sectional study was conducted on 101 medical interns of Shahrood University of Medical Sciences, who were included in the study through a census method, in 2024. The data collection tool included a demographic information questionnaire and the moral intelligence questionnaire of Lennick and Keel. The collected data were entered into SPSS version 18 and analyzed using descriptive and analytical statistics. The level of significance (P<0.001) was considered.

Findings: The average age of the participants was 25.55±2.45 years. There was a statistically significant relationship between moral intelligence and the variables of gender (P=0.001), marital status (P=0.001), place of residence (P=0.001), and native status (P=0.001). There was no statistically significant relationship between moral intelligence and birth rank (P=0.784), grade point average (P=0.337), and quota status (P=0.442). The moral intelligence score of most of the weak interns was 63 (62.4%), and the overall mean moral intelligence score was 67.42±12.23.

Conclusions: Given the poor moral intelligence score level in most medical interns, there is a need to review ethical guidelines to develop moral intelligence.

Keywords: *Moral Intelligence, Medicine, Student*

Cite this article: Paryab S, Mehryar HR, Dashtipour M, Vahedi H, Garkaz O. Investigating the Relationship Between Moral Intelligence and Some Demographic Factors in Medical Students of Shahroud University of Medical Sciences: A Descriptive Study. Medical Education Journal. 2025; 14: e13.

© The Author(s).
Publisher: Babol University of Medical Sciences

*Corresponding Author: Omid. Garkaz
Address: Department of Epidemiology, School of Public Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.
Tel: +98 (9393027610) **E-mail:** omid.garkaz23@gmail.com

Medical Education Journal
Education Development Center of Babol University of Medical Scieneces
e-ISSN:2345-5497 p-ISSN:2322-4940
مجله آموزش پزشکی
مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

بررسی ارتباط هوش اخلاقی با برخی عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود: یک مطالعه مقطعی

سحر پاریاب [۱]، حمید رضا مهریار [۲]، مرجان دشتی پور [۳]، حمید واحدی [۴]، امید گرکز [۵*]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۲. گروه طب اورژانس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران.
۳. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۴. گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.
۵. گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:
مقاله پژوهشی

دریافت:
۱۴۰۴/۳/۲۲

اصلاح:
۱۴۰۴/۴/۳

پذیرش:
۱۴۰۴/۴/۲۲

انتشار:
۱۴۰۴/۵/۴

چکیده

سابقه و هدف: 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 و این مطالعه با هدف بررسی ارتباط هوش اخلاقی با برخی عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی ۱۰۱ نفر از کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، که به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند، در سال ۱۴۰۳ انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسشنامه هوش اخلاقی لنیک و کیل بود. داده های جمع آوری شده وارد SPSS نسخه ۱۸ شده و با کمک آمار توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شدند و سطح معناداری (P<۰/۰۰۱) در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سنی شرکت کنندگان ۲/۴۵±۲۵/۵۵سال بود. بین هوش اخلاقی و متغیرهای جنسیت (P=۰/۰۰۱)، وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۱)، محل سکونت (P=۰/۰۰۱) و وضعیت بومی (P=۰/۰۰۱) رابطه آماری معنادار برقرار بود. بین هوش اخلاقی با رتبه تولد (P=۰/۷۸۴)، معدل (P=۰/۳۳۷) و وضعیت سهمیه (P=۰/۴۴۲) رابطه آماری معنادار برقرار نبود. وضعیت نمره هوش اخلاقی در بیشتر کارورزان ضعیف ۶۳ (۶۲/۴٪) بود و میانگین کلی نمره هوش اخلاقی ۶۷/۴۲±۱۲/۲۳ بود.

نتیجه گیری: با توجه به سطح نمره هوش اخلاقی ضعیف در بیشتر کارورزان پزشکی، نیاز به بازنگری در دستورالعمل های اخلاقی جهت توسعه هوش اخلاقی وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: *هوش اخلاقی، پزشکی، دانشجو*

استناد: سحر پاریاب، حمید رضا مهریار، مرجان دشتی پور، حمید واحدی، امید گرکز. بررسی ارتباط هوش اخلاقی با برخی عوامل جمعیت شناختی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود: یک مطالعه مقطعی. مجله آموزش پزشکی ۱۴۰۴؛ ۱۴: e۱۳.

© The Author(s)
Publisher: Babol University of Medical Sciences

* مسئول مقاله: امید گرکز آدرس: ایران، شاهرود ،دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، دانشکده بهداشت ، گروه اپیدمیولوژی
تلفن: ۰۹۳۹۳۰۲۷۶۱۰ رایانامه: omid.garkaz23@gmail.com

سابقه و هدف

هوش اخلاقی به عنوان توانایی کاربرد اصول اخلاق جهانی، در اهداف و مراودات یک فرد از روی قاعده می‌باشد. هوش اخلاق، مشترک در فرهنگ‌های مختلف وجود دارد. از نقطه نظر ادراکی قضاوت درباره کردار نیک و بد در ریشه اصول جهانی داشته و از تمامی موانع فرهنگی عبور می‌کند. از کدهای اخلاقی مهم در همه فرهنگ‌ها تشخیص مسؤولیت، تقابل و توانایی همدردی کردن می‌باشد. عمده مذاهب دنیا نیز مشترکا ارزشهایی نظیر تعهد، مسؤولیت‌پذیری، احترام و کرامت به دیگر انسانها را مورد توجه قرار داده اند (۱, ۲). بوربا[1] هوش اخلاقی را ظرفیت و توانایی فهمیدن درست از خطا، به معنی داشتن اعتقادات اخلاقی قوی و عمل به آنها و رفتار به شیوه درست و پسندیده تعریف می‌کند. وی در کتاب ساختن هوش اخلاقی هفت فضیلت اساسی توجه می‌کند و برای آموزش این فضیلت‌های اساسی به جهت انجام آنچه که درست است و استقامت (پایداری) در برابر هر فشاری که ممکن است رفتارها و عادتهای درست آنها را به مبارزه بطلبد مراحلی را نیز در نظر می‌گیرد. همدلی، شناسایی احساسات انسانها؛ وجدان، دانستن راه صحیح و درست و عمل به آن؛ خودکنترلی، تنظیم تفکرات و اعمال خود؛ احترام گذاشتن، ارزش قائل‌شدن برای دیگران با رفتار مؤدبانه و با ملاحظه به آنان؛ مهربانی، توجه به نیازها و احساسات دیگران؛ بردباری و تحمل، احترام گذاشتن به شأن و حقوق همه افراد حتی افرادی که عقاید و رفتارشان مخالف با ما است، بی‌طرفی (انصاف)، انتخابهای عاقلانه و عمل به شیوه منصفانه است (۳).

دانشگاهها همواره با چالش‌های اخلاقی مواجه هستند. با توجه به روند جهانی‌شدن علم، نیاز به زبانی مشترک در بیان اخلاقیات، بیش از پیش احساس می‌شود. از سوی دیگر وظایف مراکز دانشگاهی ترویج ارزش های اخلاقی بین دانشجویان است و تا شکوفایی توانمندیهای دانشجویان فراهم شود و بستر لازم جهت رشد همه‌جانبه شخصیتی، عاطفی، رفتاری و فکری آنان حاصل گردد. این در حالی است که در آغاز هزاره سوم، شناسایی قواعد رفتاری در میان انسانها به یکی از دغدغه‌های جوامع بشری تبدیل گردیده است. کسب ارزشهایی مانند راستگویی و بیان حقیقت، حمایت از عدالت، مسؤولیت‌پذیری، احترام به انسانها، اعتماد منجر به پیامدهای مثبت اخلاقی در میان دانشجویان خواهد گردید (۴, ۵).

هوش اخلاقی امروزه به دلیل اهمیت سازمانی و توانایی تبیین ویژگی‌های اخلاقمدارانه‌ی یک شخص، در کانون توجه پژوهشگران این حیطه قرار گرفته است. نخستین بار، مایکل بوربا (Michele Borba) 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 عبارتند 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. تأکید هوش اخلاقی بر این نکته است که وراثت جایگاهی در رعایت اصول اخلاقی ندارد. اما باید این نکته را مدنظر داشت که رفتار اخلاقی در هر جامعه وابسته به چارچوب های فرهنگی و اجتماعی آنجا، می‌تواند رنگ و بویی متفاوت به خود گیرد (۶-۱۱).

با توجه به پیچیدگی‌های محیط درمانی می‌توان از اخلاق، به‌عنوان بخش جدانشدنی تصمیم‌گیری های موجود در امور درمانی یاد کرد و به جایگاه ویژهی آن در عرصه‌ی بهداشت و درمان پی برد. مراقبت از بیمار تنها به بعد جسمی بیمار ختم نمی‌شود (۱۲)، بلکه ابعاد روحی، معنوی، عاطفی و روانی او را نیز در بر می‌گیرد. لذا فعالیت در محیط‌های درمانی و مراقبتی، افراد را بیشتر در معرض مواجهه با دیسترس های اخلاقی قرار می‌دهد و می‌تواند اقدامات درمانی آنها را محدود سازد؛ اما چنانچه آنان دارای بهره 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).

1 Michele Borba

بر اساس مطالعات عبدل رانی (Abdul Rani) و استاپلتون (Stapleton)، 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 مطلوب تری را انتظار داشت. 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 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 (۱۴, ۱۵)، در مطالعه ای که استوار و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که میانگین نمره هوش اخلاقی دانشجویان برابر با ۱۵/۹±۷۵/۷۱ (خوب) بوده است (۱۶). در مطالعه ای که بیات ترک و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که میانگین نمرات هوش اخلاق دانشجویان پزشکی و پرستاری دارای اختلاف آماری معنادار بود و نیز بین نمرات دانشجویان سال اول و آخر، تفاوت آماری معناداری دیده شد همچنین، در بین مؤلفه‌های هوش اخلاقی نمره‌ی مؤلفه‌ی درستکاری به‌طور معناداری در دانشجویان پزشکی 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 (۱۷).

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. از طرف دیگر با توجه به اینکه دانشجویان کارورز پزشکی بلافاصله بعد از فارغ التحصیلی وارد بازار کار و فرآیند درمانی می شود توجه به این موضوع مهم و حیاتی است ازاین‌رو، مطالعه‌ی حاضر با بررسی هوش اخلاقی دانشجویان کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و برخی عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی–مقطعی بر روی ۱۰۱ اینترن پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، که به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند، در سال ۱۴۰۳انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل موارد زیر بود: ۱–دانشجویان سال آخر (کاروز پزشکی) باشند. ۲– تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند و ۳– نمونه ها دوره اخلاق را گذرانده باشند. معیار خروج ۱– تکمیل ناقص پرسشنامه ها بود. که اطلاعات توسط پژوهشگر به روش سرشماری جمع آوری شد. برای جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه استفاده شد. پرسشنامه اول اطلاعات دموگرافیک شامل (سن، جنس، تاهل، رتبه تولد، معدل، محل سکونت، وضعیت بومی، سهمیه ورود به دانشگاه) بود پرسشنامه هوش اخلاقی، لنیک کیل (Lennick) استفاده شد (۱۸). این پرسشنامه شامل چهل سوال بوده که این سوالات به صورت مساوی بین ۱۰ بعد زیر مجموعه هوش اخلاقی (شامل انسجام، صداقت، شجاعت، راز داری، انجام تعهدات فردی(مسئولیت پذیری)، پاسخگویی در برابر تصمیمات شخصی، خودکنترلی و خود محدودسازی، کمک به دیگران (قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران)، مراقبت از دیگران (مهربانی)، درک احساسات دیگران (بشردوستی و رفتار شهروندی) و درک نیازهای روحی خود (ایمان، اعتقاد و تواضع) تقسیم شده و هر بعد دارای ۴ سوال بود. همچنین این ۱۰ بعد به ۴ دسته کلی تحت عنوان ابعاد کلی هوش اخلاقی شامل درستکاری (دارای ۴ بعد زیرمجموعه)، مسئولیت پذیری (دارای ۳ بعد زیرمجموعه)، بخشش (دارای ۲ بعد زیر مجموعه) و دلسوزی (دارای یک بعد زیر مجموعه) تقسیم بندی شده بودند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت پنج گزینه ای لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۰) بود. بر این اساس، هر پاسخ دهنده در زیر هریک از ابعاد زیر مجموعه ی هوش اخلاقی که دارای ۴ سوال است، امتیاز بین ۲۰–۴ و در کل ۴۰ سوال، امتیازی بین ۲۰۰–۴۰ کسب می کند. پس از محاسبه امتیازها، به منظور تبدیل آنها به حداکثر ۱۰۰ امتیاز، امتیاز هر بعد بین ۲۰–۴ (در ۵ ضرب شده) و امتیاز کل بین ۲۰۰–۴۰ بر ۲ تقسیم شود. امتیاز ۱۰۰–۹۰ معادل هوش اخلاقی عالی و امتیازهای ۸۰–۸۹، ۷۰–۷۹ و ۶۹ کمتر

از آن، به ترتیب معادل خیلی خوب، خوب و ضعیف ارزیابی می شوند.(۱۹). همچنین برای روایی(صوری و محتوایی) و برای پایایی پرسشنامه نیز با انجام آزمون-باز آزمون و ضریب (آلفا کرونباخ) محاسبه شد که در مطالعه بیان ترک و همکاران نمره آلفای کرونباخ ۰/۹۳۸ بدست آمد(۱۷). همچنین داده ها بعد جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ شده و برای تحلیل آمار توصیفی شامل (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و آمار تحلیلی شامل (تی تست مستقل، پیرسون و کای دو) استفاده شد. اطمینان دادن به واحدهای مورد پژوهش نسبت به محرمانه ماندن اطلاعات و عدم ذکر نام آن ها، اخذ رضایت آگاهانه کتبی، شرکت اختیاری در پژوهش از ملاحضات اخلاقی رعایت شده در پژوهش حاضر بودند. پژوهشگران به سایر مفاد بیانیه هلسینکی و کمیته اخلاق نشر (COPE) نیز پایبند بودند.

یافته ها

پنتایج نشان داد که بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه جنسیت زن (۶۰/۴ درصد)۶۱، وضعیت مجرد (۸۱/۲ درصد)۸۲، رتبه تولد در خانواده ۲ (۵۲/۵ درصد)۵۳، معدل ۱۵-۱۷ (۶۳/۴ درصد)۶۴، محل سکونت خوابگاه (۶۳/۴ درصد)۶۴، وضعیت غیربومی (۷۵/۲ درصد)۷۶ و سهمیه منطقه یک (۲۷/۷ درصد) ۲۸ بودند و میانگین سنی شرکت کنندگان۲/۴۵ ± ۲۵/۵۵ سال و کمترین سن ۲۴ و بیشترین سن آنها ۳۱ سال بود. بین هوش اخلاقی با متغیرهای جنسیت (P=۰/۰۰۱)، وضعیت تاهل (P=۰/۰۰۱)، محل سکونت (P=۰/۰۰۱) و وضعیت بومی (P=۰/۰۰۱) رابطه معنی داری برقرار بود در حالیکه با رتبه تولد (P=۰/۷۸۴)، معدل (P=۰/۳۳۷) و وضعیت سهمیه (P=۰/۴۴۲) رابطه معنی داری دیده نشد. (جدول ۱) بصورتی که هوش اخلاقی در جنسیت خانم بیشتر از جنسیت مرد، متاهل بیشتر از مجرد، محل سکونت منزل بیشتر از خوابگاه و در غیر بومی بیشتر از بومی بود.

جدول ۱: ارتباط هوش اخلاقی با ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	میانگین± انحراف معیار			P_value
سن	۲/۴۵ ± ۲۵/۵۵			-
	زیرگروه	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۴۰	۳۹/۶	*۰/۰۰۱
	زن	۶۱	۶۰/۴	
وضعیت تاهل	مجرد	۸۲	۸۱/۲	*۰/۰۰۱
	متاهل	۱۹	۱۸/۸	
رتبه تولد در خانواده	۱	۲۸	۲۷/۷	**۰/۸۷۴
	۲	۵۳	۵۲/۵	
	۳	۱۶	۱۵/۸	
	۴	۲	۲	
	۵ به بالا	۲	۲	
معدل	۱۳-۱۵	۲۸	۲۶/۸	**۰/۳۳۷
	۱۵-۱۷	۶۴	۶۳/۴	
	۱۷ به بالا	۹	۸/۹	
محل سکونت	منزل	۳۷	۳۶/۶	*۰/۰۰۱

	خوابگاه	۶۴	۶۳/۴	
وضعیت بومی	بومی	۲۵	۲۴/۸	*۰/۰۰۱
	غیربومی	۷۶	۷۵/۲	
وضعیت سهمیه	منطقه یک	۲۸	۲۷/۷	***۰/۴۴۲
	منطقه دو	۲۶	۲۵/۷	
	منطقه سه	۱۴	۱۳/۹	
	تعهدی	۷	۶/۹	
	شاهد و ایثارگر	۱۳	۱۲/۹	
	شهریه پرداز	۱۳	۱۲/۹	
***** T-Test پیرسون ***ANOVA**				

وضعیت نمره هوش اخلاقی در جدول ۲ نشان داده شده است. نمره اکثر واحدهای پژوهش ضعیف بود (۶۲/۴ درصد) و میانگین کلی نمره هوش اخلاقی ۶۷,۴۲±۱۲,۲۳ بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمره هوش اخلاقی در بین واحدهای پژوهش

نمره هوش اخلاقی	وضعیت	فراوانی(درصد)
۹۰-۱۰۰	عالی	(۲)۲
۸۰-۸۹	خیلی خوب	(۸/۹)۹
۷۰-۷۹	خوب	(۲۶/۷)۲۷
کمتر از ۶۹	ضعیف	(۶۲/۴)۶۳

بیشتر میانگین نمره در زیرگروههای هوش اخلاقی به ترتیب درستکاری۵۳/۰۷±۱۰/۳۰، مسئوولیت پذیری ۴۰/۳۸±۷/۷۳، بخشش ۱۳/۲±۲۷/۸۱ و همدلی ۲۶/۴۴±۴/۸۶ بود. بیشترین میانگین در زیر گروه درستکاری (راست‌گویی) ۱۳/۴۹±۲/۸۰، مسئوولیت پذیری (مسئولیت‌پذیری در برابر تصمیمات شخصی) ۱۳/۶۱±۲/۷۸، همدلی ۱۳/۲۷±۲/۸۱ و بخشش (توانایی در بخشش اشتباهات خود) ۱۳/۲±۳۷/۶۲ بود. (جدول ۳)

جدول ۳: نمرات ابعاد و شایستگی های هوش اخلاقی شرکت کنندگان در مطالعه

ابعاد هوش اخلاقی	میانگین± انحراف معیار	شایستگی های هوش اخلاقی	میانگین± انحراف معیار
درستکاری	۵۳/۱۰±۰۷/۳۰	رفتار مستمر در جهت اصول و ارزشها	۱۳/۲±۳۲/۷۶
		راست‌گویی	۱۳/۲±۴۹/۸۰
		ایستادگی برای حقیقت	۱۲/۲±۸۳/۷۷
		وفای به عهد	۱۳/۳±۶۸/۰۳
مسئوولیت پذیری	۴۰/۷±۳۷/۷۳	مسئولیت‌پذیری در برابر تصمیمات شخصی	۱۳/۲±۶۱/۷۸
		اقرار به اشتباهات و شکست‌ها	۱۳/۲±۳۴/۷۸

		قبول مسئولیت برای خدمت به دیگران	۱۳/۲±۴۱/۷۶
همدلی	۲,۸۱±۱۳,۲۷	فعالانه علاقه‌مند بودن به دیگران	۱۳/۲±۲۷/۸۱
بخشش	۴,۸۶±۲۶,۴۴	توانایی در بخشش اشتباهات خود	۱۳/۲±۳۷/۶۲
		توانایی در بخشش اشتباهات دیگران	۱۳/۲±۰۶/۷۱

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی هوش اخلاقی دانشجویان کارورز پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و برخی عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن انجام شد. از اولویت ها و دغدغه های نظام آموزشی هر کشور، افزایش توانایی و ظرفیت دانشجویان در تشخیص مسائل درست از نادرست، داشتن اعتقادات محکم و راسخ جهت تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و انجام اصول اخلاقی در تمام امور فردی و اجتماعی است تمامی کادر درمانی موظف هستند که با اتخاذ تصمیمهای مناسب و صحیح، کشمکش بین ارزشهای خود، حرفه و ارزشهای بیمارانشان را حل نمایند که این امر نیازمند هوش اخلاقی بالاست (۲۰, ۲۱).

نمره اکثر واحدهای پژوهش ضعیف بود و میانگین کلی نمره هوش اخلاقی۶۷/۴۲±/۲۳ بود. بیشتر میانگین و انحراف معیار نمره در زیرگروههای هوش اخلاقی به ترتیب درستکاری، مسئوولیت پذیری، بخشش و همدلی بود. در مطالعه ای که استوار و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که میانگین نمره هوش اخلاقی دانشجویان برابر با ۱۵/۹±۷۵/۷۱ (خوب) بوده است. در بررسی ابعاد هوش اخلاقی، درستکاری با نمره ۴۴/۱۰ ±۱۵/۷۳ بیشترین و بخشش با ۹۲/۱۰±۶/۶۸ کمترین نمره را دارد. نمره مسؤولیت‌پذیری ۷۲/۹±۶۴/۸۶ و نمره همدلی ۱۲±۸۳/۷۰ بود. بین نمره مسؤولیت‌پذیری کارآموزان و کارورزان با اختلاف معنی‌دار مشاهده شد. شاخص‌های مسؤولیت‌پذیری، بخشش، درستکاری و هوش اخلاقی برحسب گذراندن و نگذراندن درس اخلاق پزشکی تفاوت معنادار آماری وجود داشت. هوش اخلاقی و تمامی ابعاد آن به‌جز همدلی، در دانشجویان خوابگاهی نسبت به دانشجویانی که در منزل شخصی با خانواده زندگی می‌کنند، مقدار کمتری داشته است و با توجه به سطح نمره هوش اخلاقی و پایین‌بودن نمره همدلی دانشجویان پزشکی مقاطع بالینی، نیاز به بازنگری در دستورالعمل‌های اخلاقی جهت توسعه هوش اخلاقی وجود دارد (۱۶). که با مطالعه ما هم خوانی دارد که مهم بودن بررسی هوش اخلاقی و زیرگروههای اخلاقی و توجه به آن مسئله را بیان می کند و همسویی مطالعه می تواند به دلیل یکسان بودن شاخص های مورد بررسی باشد.

در این مطالعه بین جنسیت، وضعیت تاهل، محل سکونت و وضعیت بومی رابطه معنی داری با هوش اخلاقی داشته ولی با رتبه تولد، معدل و وضعیت سهمیه رابطه معنی داری نداشتند. در مطالعه ای که هلیا و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که همه شرکت کنندگان به هوش اخلاقی حساس بودند. کسانی که دارای فرزند بودند، در یک سازمان خصوصی کار می کردند و سابقه کار طولانی تری داشتند، نسبت به «برابری» حساس تر بودند، که بر اساس وضعیت تأهل، دفعات کار خارج از ساعات کاری عادی و گروه های سنی متفاوت بود. "مودب بودن" بین شرکت کنندگانی که بیش از ۸ ساعت در روز کار کرده اند متفاوت است. انتظار می رود استفاده از ابعاد این نظرسنجی به عنوان مهارت، دقت لازم را در مورد حقوق و منزلت در خدمات بهداشتی و درمانی تضمین کند (۲۲)، که نقش تاثیرگزاری متغیرها و فاکتورها در هوش اخلاقی است که نیازمند برنامه ریزی برای این موارد است. در مطالعه ای که امینه و همکاران نتایج نشان داد که هوش اخلاقی دانشجویان قابل توجه بود. دانشجویان پرستاری بیشترین نمره را در زیربعد «جهت گیری بین فردی» مقیاس هوش اخلاقی و کمترین نمره آنها در زیربعد «تجربه معضل اخلاقی» مشاهده شد. نمرات کل رابطه هوش عاطفی و هوش اخلاقی دانشجویانی که با کمال میل بخش پرستاری را انتخاب کردند و رشته خود را دوست داشتند بالاتر بود. مشخص شد که هوش اخلاقی دانشجویان پرستاری در سطح معناداری بوده و جنسیت، نوع خانواده، داشتن خواهر یا برادر و ادراک از وضعیت اقتصادی بر میزان هوش

اخلاقی تأثیرگذار بوده است (۲۳). که ارتباط بین هوش اخلاقی با سایر متغیرها و تاثیر گذاری آنها را بیان می کند که با مطالعه ما هم خوانی دارد.

در مطالعه ای که حاجی بابایی و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که میانگین نمره کل هوش اخلاقی در گروه کارورزی ۷۲/۱۳±۷/۷۸ و میانگین نمره کل هوش اخلاقی در گروه علوم پایه ۷۲/۱۱±۸/۲۸ بود. میانگین نمره کل هوش اخلاقی بیشتر کارورزان (۶۲/۷٪) و دانشجویان علوم پایه (۶۰/۷٪) در طبقه خوب به بالا بدست آمد. حدود ۳۷/۳٪ از کارورزان و ۳۹/۳٪ از علوم پایه دارای هوش اخلاقی ضعیف بودند. میانگین نمره کلی هوش اخلاقی در دانشجویان مقطع کارورزی نسبت به علوم پایه بالاتر بود, اما این اختلاف معنی دار نبود و شاخص های هوش اخلاقی در کارورزان نسبت به دانشجویان علوم پایه بیشتر نبوده است. و این یافته ها نشانگر عدم موفقیت برنامه های آموزشی عمومی و اختصاصی در زمینه توسعه مهارت های اخلاقی در دانشجویان پزشکی است. بنابرین بازنگری کوریکولوم آموزش پزشکی با در نظرگرفتن مفاهیم اخلاقی پیشنهاد می شود (۲۴). که با مطالعه ما هم خوانی دارد که این مسئله بیان کننده مقاطع تحصیلی بالاتر باعث هوش اخلاقی بالاتر می شود که تاثیر این فاکتور در گروه های سنی بالاتر دانشجویان است.

در مطالعه ای که رفعتی و همکاران انجام دادند نتایج نشان داد که شاخصه‌های هوش اخلاقی ثبات عملکرد، راستگویی و بیان حقیقت، استقامت برای حق و حقیقت، پایبندی به عهد، مسؤولیت‌پذیری برای انتخاب‌های شخصی، اعتراف به اشتباهات و قصورها، قبول مسؤولیت برای خدمت به انسان‌ها، فعالانه علاقمند بودن به دیگران، توانایی در بخشش اشتباهات خود، توانایی در بخشش اشتباهات دیگران در میان دانشجویان در حد مطلوب نبود بود و بین شاخصه‌های هوش اخلاقی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج آزمون همبستگی بر رابطه مثبت و معناداری میان سن، سطح تحصیلات با هوش اخلاقی دلالت داشت (۲۵). از آنجا که هوش اخلاقی نوعی توانایی اکتسابی بوده و قابلیت ارتقا دارد، لازم است اعضای هیأت علمی، اساتید آموزش پزشکی با آموزش مستمر همراه با آموزش بالینی در جهت آموزش و ارتقای سطح این مقوله گام بردارند و از رهیافت‌هایی نظیر تشویق رفتار مبتنی بر اخلاق بهره برد، لذا در آینده باید به حفظ سطح مطلوب آموزش هوش اخلاقی و حتی توسعه آن توجه نمود.

از نقاط قوت این مطالعه عدم انجام چنین مطالعه ای در سطح دانشگاه آن هم بر روی بحث مهمی مثل هوش اخلاقی بر روی کارورزان پزشکی که در چند ماه آینده وارد سیستم بهداشت و درمان می شوند و از محدودیت های این مطالعه عبارتند از محدود بودن دامنه تحقیق به دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و عدم امکان تعمیم آن به سایر مراکز آموزشی است. محدودیت دیگر، استفاده از پرسشنامه های خودگزارش دهی برای ارزیابی متغیرها، بررسی و جمع آوری مقطعی دادهها و عدم همکاری برخی از دانشجویان در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه است. باید گفت که چون این مطالعه در یک مقطع زمانی در دانشگاه علوم پزشکی شاهرود انجام شده است، لازم است برای به دست آمدن یک نتیجه کلی، مطالعاتی مشابه در سایر دانشگاهها انجام گیرد. به طور کلی می توان بیان کرد شاخص‌های هوش اخلاقی در کارورزان پزشکی پایین بوده است و این یافته‌ها نشانگر عدم موفقیت برنامه‌های آموزشی عمومی و اختصاصی در زمینه توسعه مهارت‌های اخلاقی در دانشجویان پزشکی است. بنابرین بازنگری کوریکولوم آموزش پزشکی با در نظرگرفتن مفاهیم اخلاقی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بابدین وسیله از دانشجویان شرکت کننده در مطالعه و تمام عزیزانی که صمیمانه پژوهشگران را در انجام تحقیق یاری کردند، سپاس گزاریم. این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شاهرود می باشد بدین وسیله از حمایت مالی این دانشگاه در طرح پژوهشی با شماره ۱۴۰۳۰۰۳۵ مورخ ۱۴۰۳/۰۵/۲۲ قدر دانی می گردد. همچنین پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1403.078 تصویب شد.

References

1. Lennick D, Kiel F. Moral intelligence: Enhancing business performance and leadership success: Pearson Prentice Hall; 2007.
2. Lennick D, Kiel F. Moral intelligence 2.0: Enhancing business performance and leadership success in turbulent times: Pearson Prentice Hall; 2011.
3. Borba M. Building moral intelligence: The seven essential virtues that teach kids to do the right thing. (No Title). 2001.
4. Evers K. Formulating International Ethics Guidelines for Science: Standing Committee on Responsibility and Ethics in Science. International Councilfor Science. 2000.
5. Shalibaf A. A view of problems and practical pattern of promotion of ethics in educational organizations. Ethics in Sci Technol. 2009;4(1-2):93-103.
6. 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.
7. 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.
8. Gharaee H, Bahrami M, Rejaliyan F, Atashbahar O, Homayouni A, Ataollahi F, et al. Corporate social responsibility of hospitals: The effect of emotional intelligence. Middle-East Journal of Scientific Research. 2013;17(7):842-7.
9. Borba M. The step by step plan to building moral intelligence, nurturing kid's hearts and souls. San Francisco: National Educator Awards, National Council of Self Steam. 2005;1:25.
10. Neves BB, de Matos JM, Rente R, Martins SL. The 'Non-aligned' Young People's Narratives of Rejection of Social Networking Sites. Young. 2015;23(2):116-35.
11. Zaidel DW. Neuropsychology of art: Neurological, cognitive, and evolutionary perspectives: Psychology Press; 2015.
12. S Masharghi Kavijani AKK, R Hamidipour, L Moslinejad. The association between moral intelligence and social adjustment with coping style among medicines residents of universities of Tehran. Education and ethics in nursing. 2022;4(4):33-41.
13. Shifteh S, Hidarzadeh M, Dadkhah B. The Relationship Between Moral Intelligence and Stress Coping Styles In Intensive Care Unit Nurses. Clinical Cancer Investigation Journal. 2022;11(1-2022):1-6.
14. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. Moral Distress. The American journal of nursing. 2016;116(7):40-9.
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. Ostovar N, Mousavi G, Saber A. Evaluation of moral intelligence of trainees and medical interns of Kashan University of medical sciences in 2021. 2022.

17. Bayattork R, Alikhah A, Alitaneh F, Mostafavian Z, Farajpour A. Moral intelligence and its relative demographic factors in medical and nursing students studying at Islamic Azad University of Mashhad. Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2018;11:353-64.
18. Lennick D, Kiel F. Moral intelligence: Enhancing business performance and leadership success: Pearson Prentice Hall; 2001.14(1).20-26.
19. Negahdari S, Seyf MH, Abnavi E. The Mediating Effect of Life Orientation, Assertiveness and Psychological Well-Being in Relation to Moral Intelligence and the Prevention of Virtual Identity. Social Psychology Research. 2024;14(54):45-60.
20. Grundstein-Amado R. Ethical decision-making processes used by health care providers. Journal of Advanced Nursing. 1993;18(11):1701-9.
21. Esmaeili Tarzi Z, Beheshtifar M, Esmaeili Tarzi H. Relationship between managers, moral intelligence and their building trust in the executive organizations of Kerman city. Ethics in Science and Technology. 2013;8(1):70-84.
22. Ozturk H, Sayligil O, Yildiz Z. Evaluation of moral intelligence of healthcare professionals via the “Survey for Measuring Moral Intelligence in the Provision of Healthcare Services”. Acta Bioethica. 2021;27(1):87-100.
23. Ergin E, Koçak Uyaroğlu A, Altınel B. Relationship between emotional intelligence and ethical sensitivity in Turkish nursing students. Journal of Bioethical Inquiry. 2022;19(2):341-51.
24. Hajibabaee F, Yazdani MM, Namazi HR, Yaseri M, Ashrafizadeh H, Shojaee AA. Comparison Of Moral Intelligence Of Student’S Basic Sciences And Medical Internship In Tehran University Of Medical Sciences In 2018. 2020.
25. SH Rafati NR, T Ahmadi. Moral intelligence of medical students at Tehran universities of medical sciences. 2014.