

## ارتباط حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز در

سال ۱۳۹۳

جواد محمدی<sup>۱</sup>، امیر عزیزی<sup>۲</sup>، سید مسعود دهقان منشادی<sup>۳\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۵

### خلاصه

**مقدمه:** کیفیت زندگی کاری، مفهومی مهم در چگونگی ایفای نقش مراقبتی پرستاران به شمار می‌رود. حساسیت اخلاقی نیز به عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر تصمیم‌گیری‌های شغلی پرستاران محسوب می‌گردد. هدف از پژوهش حاضر بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه پرستاران زن 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 حساسیت اخلاقی کیم و کیفیت زندگی کاری بروکس و آندرسون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** براساس یافته‌ها، همبستگی مثبت میان حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری - خانگی ( $p=0/001$ ,  $r=0/342$ )، کیفیت زمینه کاری ( $p=0/001$ ,  $r=0/364$ ) و کیفیت دنیای کاری ( $p=0/001$ ,  $r=0/378$ ) به دست آمد، اما میان کیفیت برنامه کاری با حساسیت اخلاقی ارتباطی یافت نشد ( $p=0/196$ ,  $r=0/190$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران، به نظر می‌رسد، می‌توان با ارتقای سطح آگاهی اخلاقی پرستاران از طریق آموزش و تشویق رفتارهای اخلاقی، شاهد افزایش کیفیت زندگی کاری در آنان بود. **واژه‌های کلیدی:** حساسیت اخلاقی، کیفیت زندگی کاری، پرستاران

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: masouddehghan1370@yahoo.com، تلفن: ۰۹۱۳۳۵۳۹۵۳۴

از دهه ۱۹۷۰ بهبود کیفیت زندگی کاری کارکنان به عنوان یکی از مهم‌ترین موضوعات در بیمارستان‌ها مطرح شد [۱]. گرچه هیچ تعریف رسمی از کیفیت زندگی کاری وجود ندارد، با این حال نظریه Walton جامع‌ترین مؤلفه‌های برنامه کیفیت زندگی کاری را ارائه داده است [۲]. وی مؤلفه‌های اصلی کیفیت زندگی کاری را در چهار بعد معرفی کرده است: معنی‌دار بودن و با مفهوم بودن کار، تناسب سازمانی و اجتماعی کار، چالشی و غنی و پربار بودن کار، امنیت و زمینه پرورش مهارت‌ها و یادگیری مستمر در کار [۳].

برنامه‌های کیفیت زندگی کاری به حوزه‌های مختلف عینی و ذهنی مسائل کارکنان می‌پردازد و 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 می‌کنند و در نتیجه مشارکت و خشنودی آن‌ها از کار بیشتر شده و فشار عصبی ناشی از کار برایشان کاهش می‌یابد [۴].

پرستاران بزرگ‌ترین گروه‌های ارائه‌دهنده خدمات در سیستم بهداشتی بوده و دارای نیروی بالقوه قابل توجهی هستند که می‌تواند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی در حال ارائه تأثیر بگذارند و کیفیت پرستاری مستقیماً بر روی بازده سیستم سلامت تأثیر می‌گذارد [۵]. 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 ارضا نموده و در نهایت به اهداف سازمانی نائل شوند [۶]. درک و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی کاری پرستاران عامل مهمی در دستیابی به سطوح بالای کیفیت مراقبت از بیماران می‌باشد [۷].

مطالعات انجام شده در خصوص 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 [۸]. 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 [۹ و ۵].

برای رسیدن به شناختی عمیق نسبت به چگونگی ایفای نقش مراقبتی پرستاران ابتدا باید تعریفی علمی و دقیق از مؤلفه حساسیت اخلاقی حاصل آید تا بدین طریق بتوان اقدام‌های کاربردی و پیشگیرانه در جهت ارتقای سطح آگاهی اخلاقی آن‌ها انجام داد. در این راستا، اخلاق به عنوان مجموعه‌ای از صفات روحی و باطنی فرد، به صورت اعمال و رفتاری که از خلقیات درونی وی ناشی می‌شود، بروز می‌یابد [۱۰] و حساسیت اخلاقی به عنوان ویژگی تشخیصی کشمکش‌های اخلاقی و برداشت حسی و فکری از موقعیت‌های آسیب‌پذیر و آگاهی به نتایج اخلاقی در تصمیم‌گیری پرستاران در خصوص دیگران تعریف می‌شود [۱۱]. به عبارت دیگر، حساسیت اخلاقی ترکیبی از آگاهی فرد از ابعاد اخلاقی نظیر تحمل، آرامش، مسئولیت‌پذیری و اهمیت دادن به مسائل اخلاقی است [۱۲] و در نگرانی‌های فرد در خصوص عمل برای دیگران منعکس می‌شود و به پرستاران کمک می‌کند اعمال صحیح و غلط را تشخیص دهند [۱۳]. Izadi و همکاران در مطالعه‌ای دریافتند که میزان حساسیت اخلاقی ۸۵/۶ درصد از پرستاران بیمارستان‌های بندرعباس در حد متوسط بود و هرچند میان حساسیت اخلاقی و رفتار مراقبتی ارتباطی وجود نداشت اما حساسیت اخلاقی و رفتار مراقبتی با بخش محل کار رابطه داشت؛ به طوری که بخش‌های ای سی یو اعصاب، ای سی یو جنرال و دیالیز نسبت به سایر بخش‌ها حساسیت اخلاقی بالاتری داشتند. از طرفی، مؤلفه احترام به استقلال مددجو با سابقه شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی ارتباط داشت [۱۴].

به دلیل نگرانی‌های موجود در بیمارستان‌ها ناشی از عدم رعایت برخی از معیارهای اخلاقی و ناآگاهی از اصول اخلاقی؛ لازم است که پرستاران با روند تصمیم‌گیری‌های اخلاقی آشنا باشند و حقوق اخلاقی بیماران را بدون به خطر انداختن وجدان اخلاقی خود محترم بشمارند. همچنین کیفیت زندگی کاری در افزایش بهره‌وری پرستاران در محیط‌های شغلی

بیمارستان و تأکید 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 شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی و بالاتر و میل و رغبت شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش. اگر فردی واجد شرایط نبود از نمونه حذف شده و فرد دیگری به صورت تصادفی جایگزین می‌شد. همچنین داشتن اختلالات روانی شدید از قبیل اختلال افسردگی، دو قطبی، روان‌پریشی و اختلالات شخصیت به عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

برای گردآوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه حساسیت اخلاقی و مقیاس کیفیت زندگی کاری پرستاری استفاده شد. پرسشنامه حساسیت اخلاقی توسط Lutzen در سال ۱۹۹۴ تدوین شد [۱۵] و شامل دو بخش می‌باشد که در بخش اول اطلاعات دموگرافیک مورد بررسی قرار می‌گیرد و بخش دوم دارای ۳۰ سؤال است و میزان حساسیت اخلاقی را می‌سنجد. این بخش از پرسشنامه دارای شش خرده‌مقیاس است که عبارتند از: میزان احترام به استقلال مددجو، میزان آگاهی از نحوه ارتباط با بیمار، میزان دانش حرفه‌ای، تجربه مشکلات و کشمکش‌های اخلاقی، به کارگیری مفاهیم اخلاقی در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و صداقت و خیرخواهی. این پرسشنامه به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. به طوری که به ترتیب نمره ۵ برای کاملاً موافقم، ۴ برای موافقم، ۳ برای نظری ندارم، ۲ برای مخالفم و ۱ برای کاملاً مخالفم در نظر گرفته می‌شود و به هر گویه نمره ۴-۰ اختصاص می‌یابد. بیشترین امتیاز ۱۲۰ و کمترین امتیاز صفر است. بر این اساس، در صورتی که امتیاز کل هر نمونه بین ۵۰-۰ باشد دارای حساسیت اخلاقی کم، ۷۵-۵۱ حساسیت متوسط و ۱۲۰-۷۶ دارای حساسیت زیاد محسوب می‌شود. Comrie پایایی این پرسشنامه حساسیت اخلاقی را ۰/۷۶ برآورد کرد [۱۶] و عباس‌زاده و همکاران در مطالعه‌ای روایی آن را ۰/۹۷ و پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند [۱۱]. برای ارزیابی کیفیت زندگی کاری از مقیاس کیفیت زندگی کاری پرستاری استفاده شد. این

اهمیت دارد و در ارائه خدمات سیستم‌های بهداشتی و ارتقای سطح توانمندی و بازدهی بیمارستان‌ها تأثیرات مثبتی دارد و با توجه به اینکه ارتباط بین کیفیت زندگی کاری و حساسیت اخلاقی برای اولین بار در پژوهش حاضر مورد مطالعه قرار می‌گیرد؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری در پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز انجام شد. در پژوهش حاضر سؤالات زیر مورد بررسی قرار می‌گیرد:

سؤال اول: توزیع فراوانی مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری برحسب سابقه کار در بین پرستاران بیمارستان‌های تبریز چگونه است؟

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

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی بود که به روش همبستگی انجام شد. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های شهر تبریز در سال ۱۳۹۳ بودند که براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبریز شامل ۲۶ بیمارستان و ۲۳۹۵ پرستار بود. تعداد نمونه در این پژوهش 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 به تفکیک دولتی بودن بیمارستان‌ها انتخاب شدند. علاوه بر این، تعداد نمونه اختصاص یافته به هر بیمارستان، متناسب به جمعیت پرستاران آن بیمارستان نبود و براساس انتساب بهینه تقسیم‌بندی اعمال شد.

برای انتخاب حجم نمونه از هر بیمارستان از روش تصادفی طبقه‌ای استفاده شد. پژوهشگران با مراجعه و هماهنگی با سرپرستاران بخش‌ها، فهرستی از پرستاران تهیه کرده و به شیوه قرعه‌کشی تعدادی پرستار مبنی بر حجم نمونه انتخاب کردند. پژوهشگران در پایان هر شیفت به بخش مورد نظر مراجعه کرده و پرسشنامه‌ها را در اختیار پرستاران قرار داده و در شیفت بعدی اقدام به جمع‌آوری آنها می‌کردند. در مدت ۲ ماه تمامی داده‌ها گردآوری شدند. حضور پژوهشگران در

مقیاس توسط Anderson و Brooks در سال ۲۰۰۵ ساخته شده است [۸] و شامل ۳۹ سؤال و چهار خرده مقیاس می باشد که عبارتند از: ۱- زندگی کاری - زندگی خانگی؛ ۲- برنامه کاری؛ ۳- زمینه کاری و ۴- دنیای کاری. این مقیاس به صورت طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می باشد که به هر گویه نمره ۱-۵ اختصاص می یابد، به طوری که به ترتیب نمره ۵ برای کاملاً موافقم، ۴ برای موافقم، ۳ برای نظری ندارم، ۲ برای مخالفم و ۱ برای کاملاً مخالفم در نظر گرفته می شود. نمره کل مقیاس بین ۱۹۵-۱ و در صورتی که امتیاز هر نمونه بین ۷۸-۱ باشد کیفیت زندگی کاری نامطلوب، ۱۵۶-۷۹ کیفیت زندگی متوسط و ۱۹۵-۱۵۷ بیانگر کیفیت زندگی کاری مطلوب می باشد. پایایی درونی مقیاس توسط Brooks و Anderson در ابعاد مختلف بین ۰/۵۶ و ۰/۸۸ گزارش گردید [۸]. Khani و همکاران پایایی پرسشنامه فوق را در پژوهشی بین ۰/۹۳ تا ۰/۷۵ اعلام کرده اند [۱۷].

در پژوهش حاضر اعتبار ابزارهای فوق از طریق روش اعتبار محتوا سنجیده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه‌های حساسیت اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در دو مرحله توسط ۱۶ نفر از اساتید صاحب نظر در دانشکده روانشناسی و پرستاری تبریز مورد مطالعه و پس از اصلاحات لازم مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین پایایی از روش بازآزمون استفاده شد؛ به این منظور آزمون مذکور توسط ۱۰ نفر از پرستاران که دارای مشخصات یکسان با نمونه‌های پژوهش بودند، اجرا شد و به فاصله ۱۰-۷ روز بعد مجدداً آزمون توسط همان افراد اجرا و سپس ضریب همبستگی آن‌ها محاسبه شد. ضریب همبستگی برای پرسشنامه حساسیت اخلاقی ۰/۷۸ و مقیاس کیفیت زندگی کاری ۰/۸۳ به دست آمد. سطح معنی داری برای

پرسشنامه‌ها ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

سپس نمره پرستاران در هر دو ابزار محاسبه شد و برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری شده ابتدا از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد و سپس ضریب همبستگی پیرسون آنها محاسبه گردید. کلیه مراحل توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ محاسبه گردید.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۸۶ پرستار شرکت داشتند که ۶۰ درصد آن‌ها را زنان و ۴۰ درصد را مردان تشکیل می دادند. میانگین سنی آن‌ها ۲۶ سال بود و ۳۶/۵۶ درصد آن‌ها مجرد و ۶۳/۴۴ درصد متأهل بودند. ۷۰ درصد پرستاران با سابقه کاری بین ۱۰-۰ سال خدمت و ۵۰ درصد پرستاران با سابقه کاری بین ۲۰-۱۰ سال، برنامه کاری را نامطلوب ارزیابی کردند و ۵۳ درصد پرستاران بین ۲۰-۳۰ سال خدمت، برنامه کاری خود را که بیانگر ترکیب کاری پرستاران است، متوسط ارزیابی کردند. همچنین ۶۳ درصد پرستاران با سابقه کاری ۱۰-۰ سال و ۵۰ درصد پرستاران با سابقه کار ۲۰-۱۰ سال، کیفیت دنیای کاری را متوسط گزارش کردند. در حالی که ۵۳ درصد پرستاران با سابقه کار ۳۰-۲۰ سال، کیفیت دنیای کاری را نامطلوب ذکر کردند. از طرفی، ۷۵ درصد پرستاران با سابقه کاری ۱۰-۰، کیفیت زمینه کاری خود را نامطلوب؛ ۵۶/۵ درصد پرستاران با سابقه کاری ۲۰-۱۰ سال و ۵۱/۲ درصد با سابقه کاری ۳۰-۲۰ سال، کیفیت زندگی کاری خود را متوسط ارزیابی کردند. کیفیت زندگی کاری - خانگی بر حسب سابقه کاری بین ۱۰-۰ سال، ۵۶/۲ درصد متوسط؛ ۲۰-۱۰ سال خدمت، ۶۰/۴ درصد متوسط و بین ۳۰-۲۰ سال خدمت، ۶۵ درصد متوسط گزارش شد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های حساسیت اخلاقی و کیفیت زندگی کاری

انحراف معیار	میانگین	حساسیت اخلاقی
۰/۵۹	۴/۱۲	احترام به استقلال مددجو
۰/۶۸	۴/۰۸	آگاهی از نحوه ارتباطات بین فردی
۰/۷۹	۴/۰۲	دانش حرفه‌ای
۰/۸۳	۴/۱۱	تجربه مشکلات و کشمکش اخلاقی
۰/۶۴	۳/۹۳	به کارگیری مفاهیم اخلاقی
۰/۹۲	۴/۲۴	صداقت و خیرخواهی
۰/۷۴	۴/۰۸	حساسیت اخلاقی
۱۰/۸۲	۲۷/۳۵	کیفیت برنامه کاری
۱۲/۰۷	۲۴/۲۳	کیفیت دنیای کاری
۱۱/۳۶	۳۱/۴۳	کیفیت زمینه کاری
۹/۷۶	۲۸/۹۶	کیفیت زندگی کاری - خانگی

حساسیت اخلاقی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، اما میان کیفیت برنامه کاری با حساسیت اخلاقی رابطه‌ای وجود ندارد.

برای بررسی رابطه حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. براساس نتایجی که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد، میان کیفیت زندگی کاری - خانگی، کیفیت زمینه کاری و کیفیت دنیای کاری با

جدول ۲- ضریب همبستگی حساسیت اخلاقی و کیفیت زندگی کاری در پرستاران

معناداری	ضریب همبستگی	حساسیت اخلاقی
۰/۱۹۶	۰/۱۹۰	کیفیت برنامه کاری
۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	کیفیت زندگی کاری - خانگی
۰/۰۰۱	۰/۳۶۴	کیفیت زمینه کاری
۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	کیفیت دنیای کاری

## بحث

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، ۵۳ درصد از پرستاران با سابقه کاری بین ۳۰-۲۰ سال، سطح کیفیت دنیای کاری خود را که بیانگر میزان مطلوبیت کیفیت رضایت‌مندی اجتماعی و اقتصادی از موقعیت شغلی است، نامطلوب ارزیابی می‌کنند. این یافته مطابق با نتایج پژوهش Khani و همکاران است که نشان دادند 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 [۱۷]. در تبیین این یافته شاید بتوان به میزان ناکافی حقوق پرستاران نیز اشاره نمود که این ذهنیت را در آنان ایجاد می‌کند که در مقابل انجام وظایفشان از درآمد عادلانه‌ای برخوردار نیستند. چنانچه Bahrami و همکاران در مطالعه

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تمام پرستاران با سابقه خدمتی متفاوت، کیفیت برنامه کاری خود را نامطلوب ارزیابی کردند. در این میان 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 [۱۸]. این یافته با نتایج Hegney و همکاران و Azarang 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 [۱۸ و ۱۹].

خود اظهار داشتند که بیشترین علت نارضایتی پرستاران از شغل خود مربوط به میزان ناکافی حقوق آن‌هاست [۲۰]. چنانچه مطالعات Brooks و Anderson و Bahrami و همکاران نشان می‌دهد که بیشترین علت عدم رضایت پرستاران مستقیماً به حقوق دریافتی آنان مربوط می‌شود [۸] و [۲۰].

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 سطح زمینه‌های کاری خود را نامطلوب ارزیابی کردند. مطابق با یافته‌های مطالعه حاضر، Azarang و همکاران نشان دادند که پرستاران بین سنین ۳۰-۲۰ سال، ۸۲/۸ درصد سطح کیفیت زمینه کاری خود را نامطلوب ارزیابی می‌کنند [۱۹]. 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 [۸] 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 [۱۹]، 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 مؤلفه 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 Khani و همکاران و Alae 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 [۱۷ و ۲۱]. 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 مسؤلیت‌های سنگین همسررداری، تربیت کودکان و ... را به عهده 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 [۱۷]. بنابراین، بهبود و ارتقای سطح کیفیت خانگی - کاری که شرایط لازم جهت افزایش اثربخشی پرستاران را فراهم می‌آورد، ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که میان کیفیت زندگی کاری - خانگی، کیفیت زمینه کاری و کیفیت دنیای کاری با حساسیت اخلاقی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، اما میان کیفیت برنامه کاری با حساسیت اخلاقی رابطه‌ای یافت نشد. با توجه به اینکه تاکنون هیچ‌یک از مطالعات رابطه حساسیت اخلاقی با کیفیت زندگی کاری پرستاران را بررسی نکرده است، پژوهشگران تلاش نمودند که به ارائه تبیین یافته‌های پژوهش خود و مقایسه آن با نتایج مطالعات مشابه بپردازند. در این راستا Izadi و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که میزان حساسیت اخلاقی ۸۵/۶ درصد از پرستاران بیمارستان‌های بندرعباس در حد متوسط بود و هرچند میان حساسیت اخلاقی و رفتار مراقبتی ارتباطی وجود نداشت اما حساسیت اخلاقی و رفتار مراقبتی با بخش محل کار رابطه داشت؛ به طوری که بخش‌های ای سی یو اعصاب، ای سی یو جنرال و دیالیز نسبت به سایر بخش‌ها حساسیت اخلاقی بالاتری داشتند. از طرفی، مؤلفه احترام به استقلال مددجو با سابقه شرکت در سمینار یا کارگاه اخلاق پزشکی ارتباط داشت [۱۴].

در تبیین این یافته اشاره به این نکته ضروری به نظر می‌رسد که حساسیت اخلاقی باعث بالاتر رفتن توقعات پرستار از خود، در ایفای هرچه بهتر نقش مادر یا همسر و وظایف شغلی و اخلاقی در مقابل بیماران و همکاران می‌گردد. در نتیجه به نظر می‌رسد با بهبود آگاهی و حساسیت اخلاقی در پرستاران، بتوان آنان را در انجام بهتر تکالیف خود یاری نمود و همچنین زمینه مساعدی را برای ایجاد تعادل بین زندگی کاری - خانگی در آنان مهیا کرد. از طرفی، حرفه پرستاری بنا بر رفتار مراقبتی و مسئولیتی که در مقابل بیماران بر عهده

اینکه مطالعه حاضر از نوع مشاهده‌ای می‌باشد و نه مداخله‌ای، برای تأیید رابطه علی و معلولی نیاز به مطالعات گسترده‌تری احساس می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به ارتباط حساسیت اخلاقی با برخی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی کاری در پرستاران، به نظر می‌رسد، می‌توان با ارتقای سطح آگاهی اخلاقی پرستاران از طریق آموزش و تشویق رفتارهای اخلاقی، شاهد افزایش کیفیت زندگی کاری در آنان بود.

### تعارض منافع

موضوع پژوهش هیچ گونه تعارضی با منافع نویسندگان ندارد.

### سهم نویسندگان

موضوع پژوهش و تجزیه و تحلیل داده‌ها از جواد محمدی، نگارش از امیر عزیزی و انجام اصلاحات نهایی بر عهده سید مسعود دهقان منشادی بود.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش، مسئولین و پرسنل بیمارستان‌های شهر تبریز که ما را در انجام این پژوهش صمیمانه یاری رساندند، تقدیر و تشکر به عمل آورند.

پرستار می‌گذارد، به ناچار او را با چالش‌های جدی اخلاقی در زمینه رفتار با بیمار مواجه می‌کند و طبیعتاً با داشتن آگاهی و حساسیت اخلاقی بهتر، تصمیم‌گیری و عمل به وظایف اخلاقی راحت‌تر می‌گردد. بدیهی است بهبود کیفیت زمینه کاری شرایط لازم جهت افزایش اثربخشی کارکنان در موقعیت‌ها و فرصت‌های ارتقای موقعیت شغلی، امکانات رفاه کاری، فرصت‌های آموزش جهت بهبود اجرای کار و روابط بین‌فردی همکاران را فراهم می‌آورد. همچنین وجود آگاهی اخلاقی و وجدان حرفه‌ای در پرستاران باعث می‌گردد، دنیای کاری یا به عبارت دیگر زمینه‌های اجتماعی شغل و بازخورد اجتماعی موقعیت شغلی در پرستاران به شکل رضایت شغلی درآید [۸].

شاید یکی از مهم‌ترین کاستی‌های این پژوهش، بررسی صرف حساسیت اخلاقی و نادیده گرفتن سایر متغیرهای مؤثر در کیفیت زندگی کاری پرستاران باشد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های دیگر همسو با این موضوع متغیرهای دیگر تأثیرگذار بر کیفیت زندگی کاری به عنوان مثال فرسودگی شغلی یا صلاحیت بالینی پرستاران را مدنظر قرار داده و ارتباط آن با سایر عوامل روان‌شناختی مؤثر بر حساسیت 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

## References

1. Goudarznand-Chegini M, Mirdoozandeh SG. Relationship between quality of work-life and job satisfaction of the employees in public hospitals in Rasht. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2012;14(2):108-11. [Persian]
2. Walton RE. *Criteria for Quality of Working Life*. 1 nd ed. New York: The Free Press; 1975: 91-104. *Criteria of Quality of Working Life*. 1nd ed. The Quality of Working Life, New York: Free Press; 1975: 91-104.
3. Mohammadi A, Sarhanggi F, Ebadi A, Daneshmandi M, Reisisfar A, Amiri F. Relationship between psychological problems and quality of work life of Intensive Care Unit Nurses. *Iranian Journal of Critical Care Nursing (IJCCN)* 2011;4(3):135-40. [Persian]
4. 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]
5. Dargahi H, Changizi V, Jazayeri Gharabagh E, Radiology employees' quality of work life, *Acta Med Iran*, 2012; 50(4):250-6. [Persian]
6. 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. *Nursing outlook* 2007;55(6):318-26.
7. Dehghan Nayeri N, Salehi T, Asadinoghabay A. Quality of work life and productivity of clinical nurses and their relationship with each other. *Nurse Res* 2009;8(9):27-37. [Persian]
8. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics* 2005;23(6):319-29.

9. Khaghanizadeh M, Ebadi A, Rahmani M. The study of relationship between job stress and quality of work life of nurses in military hospitals. *Journal Mil Med* 2008;10(3):175-84. [Persian]
10. Tavalae R. Factors affecting the ethical behavior of employees Organization. *Police Journal of Human Development* 2009; 6 (25):45 - 64. [Persian]
11. Abass Zadeh A, Borhani F, Moazen Nematolahi L. Compare the moral sensibility of nursing students and nurses in Kerman University of Medical Sciences *Iranian Journal of Medical Ethics* 2010; 4(12):54-39. [Persian]
12. Hasanpour M, Hosseini MA, Fallahi khoshknab M, Abaszadeh M. The effect of nursing ethics, ethical decision-making on sensitive social security hospitals in Kerman 2010. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2011; 4(5):58-64. [Persian]
13. Abduo HA, Baddar FM. The relationship between work environment and moral sensitivity among faculty assistances at faculty of nursing, Alexandria university, Egypt 2010; 11(11):1375-87.
14. Izadi A, Imani E, Khademi Z, Asadi Novqaby F, Hajizadeh N, Naghizade F, correlation with sensitivity to Ethical nursing care of them. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2013; 6(2): 56-43. [Persian]
15. Lützn K, Nordin C, Brolin G. Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1994; 4(4):116-27.
16. Comrie RW. An analysis of undergraduate and graduate student nurses' moral sensitivity. *Nursing ethics* 2012;19(1):116-27.
17. Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadam A. Quality of nursing work life. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2008;2(6):1169-74. [Persian]
18. Hegney D, Eley R, Plank A, Buikstra E, Parker V. Workforce issues in nursing in Queensland: 2001 and 2004. *Journal of clinical Nursing* 2006;15(12):1521-30.
19. Azarrang S, Yaghmaei F, Shiri M. Correlation dimensions of quality of work life of nurses and demographic characteristics. *Research in Nursing* 2013; 7(27):18-24. [Persian]
20. 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]
21. Alaaee 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; 8(11):21-9. [Persian]

# The Relationship between Moral Sensitivity Quality of Nursing Work Life in the City of Tabriz in 2014

Mohamadi J<sup>1</sup>, Azizi A<sup>2</sup>, Dehghan Manshadi SM<sup>3\*</sup>

1-P.hD Student of General Psychology, Dept. of psychology. University of Lorestan, Khorramabad, Iran

2-P.hD Student of General Psychology, Dept. of psychology. University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

3-MSc in General Psychology, , Dept. of psychology. University of Lorestan, Khorramabad, Iran. (Corresponding author)

Email: masouddehghan1370@yahoo.com, Tel: +98 9133539534

Received: 6 June 2015

Accepted: 25 May 2016

**Introduction:** Quality of working life is an important concept in the role of nurses care taking life. Moral sensitivity is one of the factors that influence the decision-making process of the nurses. The aim of this study was to investigate the relationship between moral sensitivity and the quality of working life of nurses in hospitals of Tabriz, Iran.

**Material and Methods:** This cross - sectional study was conducted using Pearson correlation. The population study consisted of all nurses working in hospitals in the city of Tabriz in 2014 and a stratified random sample of 186 subjects was selected. Two questionnaires were used to gather information: Kim ethical sensitivity and Quality of Work Life of Brooks and Anderson. The data were analyzed using descriptive statistics such as mean and standard deviation and inferential statistics such as Pearson correlation coefficients.

**Results:** A positive correlation between moral sensitivity, quality of working life - domestic ( $r=342$ ,  $p=0.001$ ), quality of work ( $r=364$ ,  $p=0.001$ ), quality of working life ( $r=378$ ,  $p=0.001$ ), respectively was obtained. But no relation was found between the quality of the work plan with moral sensitivity ( $r=190$ ,  $p=0.196$ ).

**Conclusions:** Regarding the relationship between moral sensitivity with the quality of work life for nurses, the awareness of nurses could be raised through education and encouraging nursing moral behavior, and in doing so enhance their quality of working life.

**Keywords:** Moral sensitivity, Quality of working life, Nurses

---

**Please cite this article as follows:**

Mohamadi J, Azizi A, Dehghan Manshadi SM. The Relationship between Moral Sensitivity Quality of Nursing Work Life in the City of Tabriz in 2014. *Community Health journal* 2016; 9(4): 9-17.

**Funding:** personal funds

**Conflict of interest:** None declared

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Tabriz University approved the Study.