

## مدل یابی روابط بین رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی با توانمندسازی روانشناختی در پرستاران

گونا فتیحی<sup>1</sup>؛ ماندانا جوانک<sup>2</sup>؛ ماهدخت طاهری<sup>3</sup>؛ مریم شهودی<sup>4\*</sup>

### چکیده

زمینه: رهبری اخلاقی به عنوان رویکرد نوینی در چشم انداز رهبری پا به عرصه ظهور گذاشته و با اولویت دادن به اخلاقیات در سازمان، زمینه را برای ایجاد و ارتقای اثربخشی فردی و سازمانی فراهم نموده است. در همین راستا، پژوهش حاضر با هدف مدل یابی روابط بین رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی با توانمندسازی روانشناختی در میان پرستاران بیمارستان های دولتی شهر کرمانشاه در سال 1393 انجام شد.

روش ها: روش پژوهش توصیفی - پیمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه (550 نفر) بود که با استفاده از شیوه نمونه گیری تصادفی ساده، 163 نفر به عنوان نمونه انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه های رهبری اخلاقی، حاکمیت بالینی و توانمندسازی روانشناختی بودند که روایی و پایایی آن ها، بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که روابط رهبری اخلاقی با حاکمیت بالینی ( $P < 0/01$ ) و توانمندسازی روانشناختی ( $P < 0/01$ ) معنادار است. همچنین بین حاکمیت بالینی با توانمندسازی روانشناختی ( $P < 0/05$ ) رابطه معناداری وجود داشت. بر اساس نتایج پژوهش، رهبری اخلاقی به صورت مستقیم و با واسطه حاکمیت بالینی بر توانمندسازی روانشناختی پرستاران تأثیرگذار بود ( $P < 0/05$ ).

نتیجه گیری: تکیه بر اخلاقیات و رهبری اخلاق مدار در بیمارستان، ضمن آماده سازی فضا و بافت برای افزایش اثربخشی رویکرد حاکمیت بالینی، احساس توانمندسازی روانشناختی را در پرستاران ارتقاء می دهد. بر این اساس، ضرورت توجه به مباحث اخلاقی در بیمارستان احساس می شود.

کلیدواژه ها: رهبری اخلاقی، حاکمیت بالینی، توانمندسازی روانشناختی، مدل یابی

«دریافت: 1392/12/19 پذیرش: 1393/4/17»

1. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ارومیه

2. گروه علوم تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

3. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

4. گروه علوم تربیتی، دانشکده ادبیات، دانشگاه ارومیه

\*عهده دار مکاتبات: ارومیه، دانشگاه ارومیه، دانشکده ادبیات، تلفن: 09113483458

Email: m\_shohoudi@yahoo.com

### مقدمه

با کارشان احساس کنترل دارند (1) و این احساسات برخاسته از انگیزه درونی، آنان را به عضوی فعال در سازمان تبدیل می کند (4). مفهوم توانمندسازی روانشناختی به منزله ابزاری برای تشویق کارکنان است تا در مورد خود و الزامات شغلی شان فکر کنند، معنای

توانمندسازی روانشناختی شامل احساس اهمیت و معنا، شایستگی، خودتعیین گری و مؤثر بودن در امور شغلی است (3-1) که به عنوان یک حالت روانی و انگیزشی ذاتی تعبیر می شود که در آن کارکنان در رابطه

تأکیدات نسبت به سبک‌های دیگر، جدیدتر هستند (16). از جمله این سبک‌ها که طی سال‌های اخیر پا به عرصه حضور گذاشت، رهبری اخلاقی است. بنا به تعریف، رهبری اخلاقی عبارت است از: "نمایش رفتار مناسب به صورت هنجاری از طریق اعمال شخصی و روابط بین فردی و ترویج این‌گونه رفتارها در میان پیروان از طریق ارتباطات دوجانبه، تشویق و تصمیم‌گیری" (17). از جمله ویژگی‌های رهبری اخلاقی می‌توان به مواردی همچون احترام به دیگران، خدمت‌گزار دیگران بودن، عادل بودن، صادق بودن، و جمع‌گرا بودن (18)، حمایت‌گری، توسعه مهارت‌ها و اعتماد به نفس زیردستان (19)، دلسوزی، انصاف، توصیه پیروان به پایبندی و رعایت معیارهای اخلاقی و در نظر گرفتن پاداش و مجازات برای رفتارهای اخلاقی و غیراخلاقی (16 و 20 و 21) و توجه و برقراری روابط انسانی (22) اشاره نمود. در حقیقت، امروزه، رهبری به انواع مختلفی از مهارت‌ها و شیوه‌های انعطاف‌پذیر، به‌منظور مواجهه با چالش‌های تغییر و تقاضاهای جدید نیازمند است (23) و رهبری به‌عنوان یکی از الزامات اولیه در حاکمیت بالینی محسوب می‌گردد (24).

مفهوم حاکمیت بالینی به‌عنوان ضرورت برقراری یک سیستم مدیریت جامع در ارائه خدمات سلامت برای اولین بار در سال 1998 در انگلستان معرفی شد. این مفهوم به‌منظور برقراری نگاهی نو به حیطه سلامت از منظر کیفیت و نه کمیت مطرح گردید. حاکمیت بالینی، ادغام تمام فعالیت‌هایی است که مراقبت از بیمار را در یک استراتژی واحد تلفیق می‌کند (25). مدل‌ها و الگوهای مختلفی جهت تعریف و توضیح حاکمیت بالینی می‌توان یافت. یکی از الگوهای که در سیستم طب ملی انگلستان به‌کار گرفته شده است، مدل هفت محوری است که شامل مشارکت بیمار و جامعه، آموزش و مهارت‌آموزی، مدیریت خطر و ایمنی بیمار، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی و مدیریت کارکنان بود. اما بر طبق مصادیق دومین جشنواره

وظایف‌شان را در سازمان درک کنند و سطح شایستگی‌شان را ارتقا دهند (5).

مرور پژوهش‌های انجام‌شده در مورد کاربرد توانمندسازی روان‌شناختی در حوزه مراقبت‌های بهداشتی حاکی از ارتباط این متغیر با کیفیت مراقبت از بیماران (6) در میان پرستاران (7) و پزشکان (8 و 9) است. این‌جا باید این نکته را خاطر نشان ساخت که استفاده از معیارهایی مانند تعداد مرگ و میر، رضایت بیماران، بهبودی بیماران، ارایه اطلاعات درست به بیماران، حفظ حریم خصوصی و مواردی از این قبیل برای ارزیابی کیفیت مراقبت از بیماران خالی از اشکال نیست (10). بنابراین، ضرورت وجود رویکرد منسجم و یکپارچه‌ای که بر اساس آن بتوان در مورد میزان و ارتقای کیفیت مراقبت اظهار نظر نمود، احساس می‌گردد. به‌نظر می‌رسد حاکمیت بالینی به بهترین صورت ممکن به این مهم، جامه عمل می‌پوشاند (11). مطالعات نشان می‌دهد که عدم وجود احساس توانمندسازی روان‌شناختی در پزشکان باعث افزایش فشار روانی، غیبت از کار و کاهش رضایت شغلی می‌شود (12). مروری بر ادبیات موجود در زمینه شیوه‌های نوین رهبری نیز بیانگر این نکته است که رهبران سازمانی، با نشان دادن احترام به کارکنان، مهارت‌های بین فردی، الهام‌بخشی، القای تفکر مثبت و پایبندی به اخلاقیات می‌توانند در زیردستان نفوذ نموده، پیروی آنان را موجب شوند (13). این‌گونه به‌نظر می‌رسد که رهبری اخلاقی با دارا بودن فاکتورهای مذکور، به‌طور مستقیم و از طریق حاکمیت بالینی، زمینه‌ساز ایجاد و ارتقای توانمندسازی روان‌شناختی باشد.

پرستاران، بزرگترین منابع انسانی در اکثر سازمان‌های بهداشتی درمانی هستند و نقش عمده‌ای در کیفیت ارایه خدمات دارند (14) و قسمت عمده مراقبت از بیماران به عهده آنان است. بنابراین اهمیت رهبری آگاهانه در خدمات بهداشتی درمانی، مخصوصاً در سطح پرستاری به‌خوبی آشکار می‌شود (15). طیف متنوعی از سبک‌های رهبری معرفی شده که برخی از آنها از لحاظ ماهیت و

پرسشنامه بود که در ادامه، شرح آن‌ها آمده است؛ پرسشنامه اول، پرسشنامه رهبری اخلاقی بود که توسط صالح‌نیا (1391) و بر مبنای دیدگاه‌های براون و همکاران (2005) طراحی شده است. روایی و پایایی پرسشنامه رهبری اخلاقی از طریق تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ با مقدار 0/88 مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است (21). این پرسشنامه رهبری اخلاقی را در قالب ده سؤال و سه مؤلفه‌ی روابط بین‌فردی، الگو بودن و عمل‌گرایی در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌کند. پرسشنامه دوم، پرسشنامه توانمندسازی روان‌شناختی اسپریتزر (1995) بود که در قالب 12 سؤال، چهار بعد معنا و اهمیت؛ شایستگی؛ خودتعیین‌گری و تأثیر را بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از کاملاً موافقم=5 تا کاملاً مخالفم=1) اندازه‌گیری می‌کند. روایی و پایایی پرسشنامه توانمندسازی روان‌شناختی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ با مقدار 0/89 مورد تأیید قرار گرفته است. (32). برای سنجش حاکمیت بالینی نیز از پرسشنامه میرکمالی و همکاران (1392) استفاده شد. این پرسشنامه شامل 44 سؤال است که در قالب هفت بعد ارایه شده است و بر اساس طیف چهارگزینه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم=4 تا کاملاً مخالفم=1) نمره‌گذاری می‌شود. ابعاد پرسشنامه حاکمیت بالینی شامل آموزش و مدیریت کارکنان (سؤالات 1-7)؛ مشارکت بیمار و جامعه (سؤالات 8-13)؛ مدیریت خطر و ایمنی بیمار (سؤالات 14-24)؛ ممیزی بالینی (سؤالات 25-30)؛ مدیریت اطلاعات (سؤالات 31-34)؛ اثربخشی بالینی (سؤالات 35-40) و مدیریت و رهبری (سؤالات 41-44) می‌باشند. روایی پرسشنامه حاکمیت بالینی بر اساس نظر خبرگان و متخصصین و همچنین تحلیل عاملی تأییدی و پایایی آن توسط آلفای کرونباخ با مقدار 0/97 شده است.

در پژوهش حاضر، ملاحظات اخلاقی از قبیل بدون نام بودن پرسشنامه‌ها، محرمانه بودن اطلاعات و تحلیل اطلاعات به صورت کلی، رعایت گردید.

حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار در سال 1392، آموزش و مدیریت کارکنان در یک بعد تلفیق گردید و با مورد توجه قرار دادن بعد رهبری، هفت مورد ممیزی بالینی (Clinical audit) (26)، مدیریت خطر و ایمنی بیمار (27)، آموزش و مدیریت کارکنان (27 و 28)، اثربخشی بالینی (Clinical effectiveness) (29)، استفاده از اطلاعات (30)، مشارکت بیماران و جامعه (Patient and Public Involvement) (30) و رهبری (31) به‌عنوان آخرین محورهای هفت‌گانه حاکمیت بالینی معرفی شدند. پژوهش‌های انجام شده حاکی از این است که رهبری اخلاقی با توانمندسازی روان‌شناختی (32) ارتباط مثبت و معناداری دارد و همچنین رهبری به‌عنوان یک پیش‌نیاز اساسی برای تحقق فرایند حاکمیت بالینی محسوب می‌گردد (33). علی‌رغم اهمیت متغیرهای مذکور، در پیشینه تحقیقاتی موجود، پژوهشی مبنی بر شناسایی روابط بین این سه متغیر انجام نشده است. لذا، در پژوهش حاضر، محققان بر آن شدند تا ارتباط بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی را با واسطه‌گری حاکمیت بالینی مورد مطالعه قرار دهند.

### مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه پرستاران رسمی شاغل در بیمارستان‌های آموزشی-درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه بود (550 نفر). با استناد به جدول مورگان، تعداد پرسشنامه به شیوه نمونه‌گیری تصادفی ساده، پخش و در نهایت تعداد 163 پرسشنامه قابل استفاده بازگردانده شد (نرخ پاسخ‌گویی: 72%). در این‌جا می‌توان دلایلی از قبیل عدم دقت پرستاران در پاسخ‌گویی به سؤالات (علی‌رغم توضیحات پژوهشگران)، عدم علاقه برای مشارکت در پژوهش و یا وجود نظم خاصی در جواب دادن به سؤالات را برای خروج تعدادی از پرستاران برشمرد که بر اساس این دلایل، پژوهشگران مجبور به حذف موارد مذکور شدند. ابزار مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها، سه

بودند، تعداد 58 نفر آنان مردان (31%) و 98 نفر را زنان تشکیل می‌دادند (52%). در مورد وضعیت تأهل نیز از بین 153 پاسخ‌دهنده به این سؤال، 59 نفر مجرد (31/6%) و 94 نفر متأهل بودند (50/3%). در مورد تحصیلات نیز از بین 153 پاسخ‌دهنده به سؤال فوق، تعداد 8 پرستار دارای تحصیلات دیپلم، 15 نفر کاردانی، 104 نفر کارشناسی و 26 نفر کارشناسی ارشد بودند. همچنین میانگین سنی پرستاران 34 سال و میانگین سابقه کار آنان نیز 10 سال گزارش گردید. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پرستاران در هر یک از متغیرهای پژوهش نیز در جدول 1 ارائه شده است.

نتایج آزمون ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاکی از این است که ضریب همبستگی بین همه متغیرها مثبت و در سطح 0/01 معنادار هستند. بیشترین ضریب همبستگی مربوط به ارتباط بین حاکمیت بالینی و توانمندسازی روان‌شناختی (0/573) می‌باشد و پس از آن رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی (0/565) و رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی (0/449) قرار دارند. (جدول 2).

رهبری اخلاقی به واسطه حاکمیت بالینی بر توانمندسازی روان‌شناختی تأثیرگذار است.

جدول 1- میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	تعداد	M±SD
1. رهبری اخلاقی	163	3/782±0/783
2. حاکمیت بالینی	163	2/634±0/476
3. توانمندسازی روان‌شناختی	163	3/205±0/719

جدول 2- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	1	2	3
1- رهبری اخلاقی	1		
2- حاکمیت بالینی	0/449**	1	
3- توانمندسازی روان‌شناختی	0/565**	0/573**	1

\*\*<0/01

\*<0/05

در نهایت نیز داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار لیزرل تجزیه و تحلیل شدند. در مدل‌یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی نیکویی برازش مدل، آماره‌هایی به‌وسیله نرم‌افزار لیزرل عرضه می‌شود. لیزرل چندین آزمون نیکویی برازش عرضه می‌کند. در پژوهش حاضر از چند شاخص برای ارزیابی مدل ساختاری استفاده شده است: 1. مجذور کای، 2. نسبت مجذور کای به درجه آزادی، 3. شاخص نیکویی برازش (GFI)، 4. شاخص نرم‌شده برازندگی (NNFI)، 5. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، 6. شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و 7. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA). مجذور کای نشان می‌دهد که ساختار کواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. اعداد کوچک‌تر مجذور کای نشان‌دهنده برازش مناسب مدل مورد آزمون است. شاخص نیکویی برازش، شاخص تطابق کواریانس مشاهده‌شده با کواریانس مدل نظری است. عدد این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر قدر عدد به‌دست آمده به یک نزدیک‌تر باشد، مدل مناسب‌تر و برازنده‌تر است. شاخص برازندگی تطبیقی، به مثابه شاخص برازش تطبیقی بنتلر نیز شناخته می‌شود، این شاخص ماتریس کواریانس پیش‌بینی شده با مدل را با کواریانس مدل صفر (مدل تئوریک) مقایسه می‌کند. مقدار آن بر پایه قرارداد باید دست کم 0/90 باشد تا مدل موردنظر پذیرفته شود. شاخص RMSEA برازش الگو را می‌سنجد و میزان کوچک‌تر آن، برازش بهتری را نشان می‌دهد. شاخص نرم‌شده برازندگی (NNFI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) نیز که هر کدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهند و مقدارشان از بین صفر و یک متغیر است. هر چقدر مقدار این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، بر برازش بهتر الگو دلالت دارد (34).

## یافته‌ها

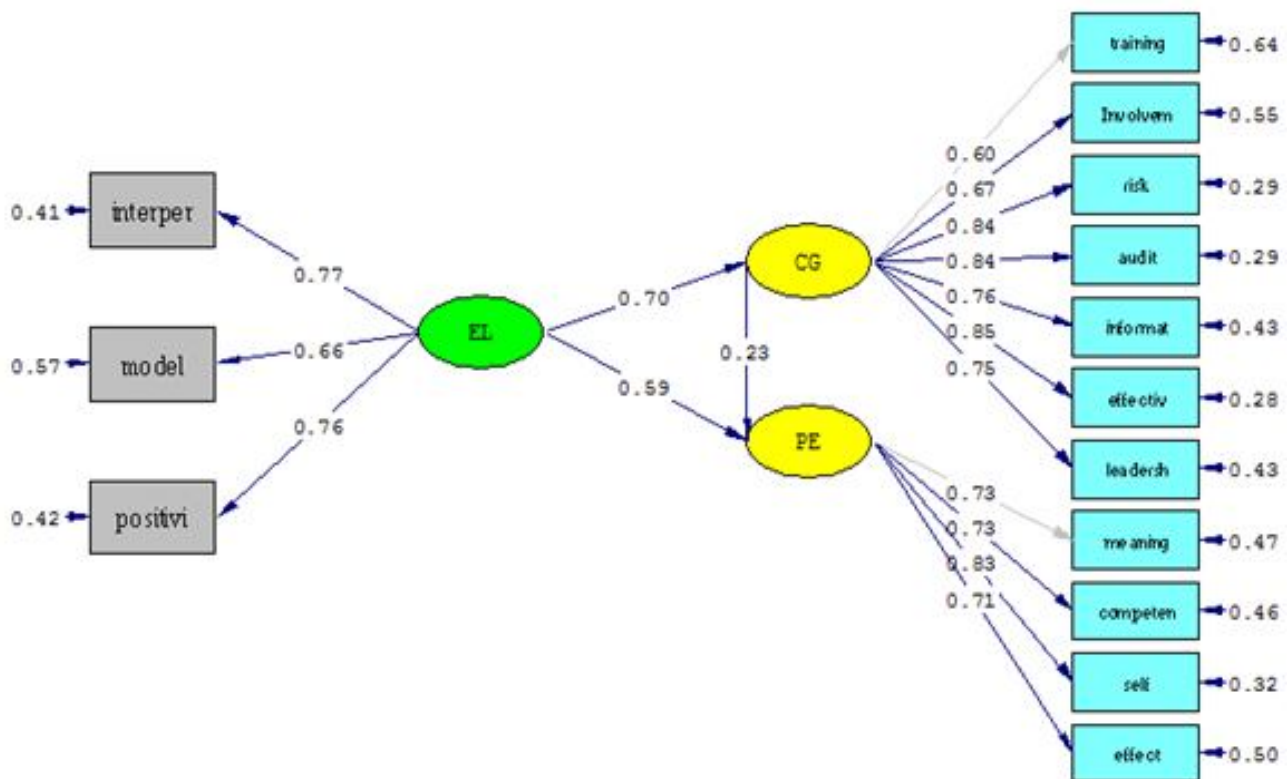
نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از آن است که از بین 156 نفر که به سؤال مربوط به جنسیت پاسخ داده

در رابطه با مسیر فرعی سوم، در رابطه بین حاکمیت بالینی و توانمندسازی روان‌شناختی، نتایج نشان داد که حاکمیت بالینی اثر مستقیم و معنادار بر توانمندسازی روان‌شناختی دارد. مقدار ضریب استاندارد 0/23 و مقدار  $t$  2/01 گزارش شده که این نتیجه در سطح 0/05 معنادار است.

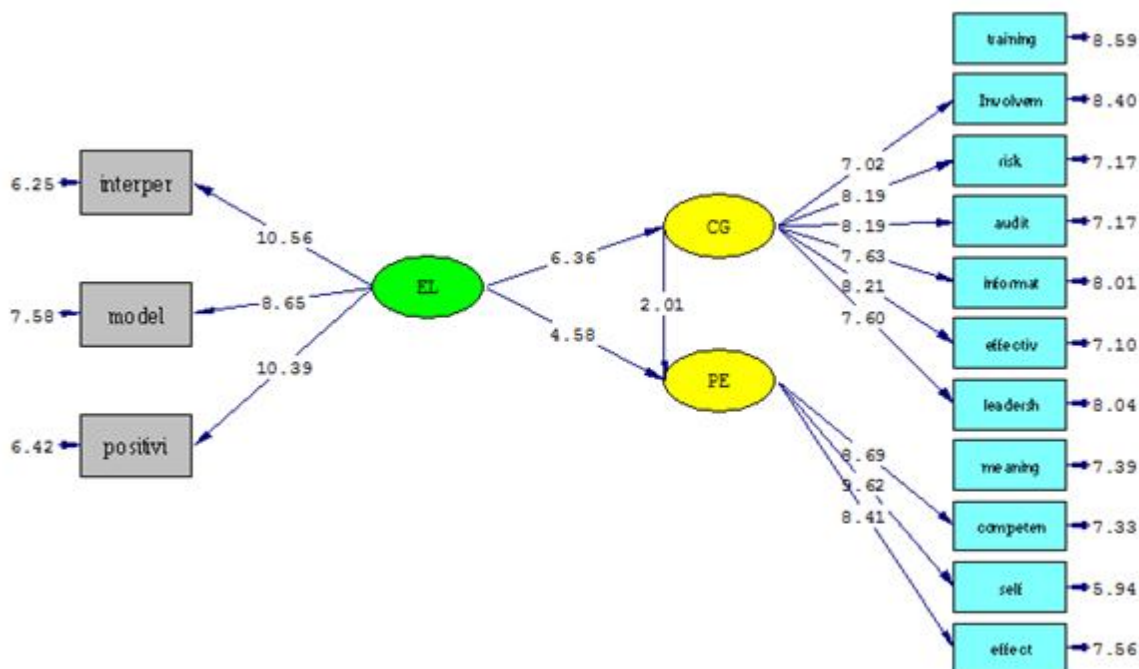
با تأیید مسیر فرعی سوم، به نوعی نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی در مدل تأیید می‌شود. با تأیید نقش میانجی حاکمیت بالینی، رهبری اخلاقی در سطح معناداری (0/05) دارای اثر غیرمستقیم، مثبت و معنادار بر توانمندسازی روان‌شناختی می‌باشد.

به‌منظور آزمون مفروضه پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است و چندین مسیر فرعی نیز مورد بررسی قرار گرفت (شکل‌های 1 و 2). یافته‌ها نشان می‌دهد که رهبری اخلاقی دارای اثر مستقیم، مثبت و معنادار بر حاکمیت بالینی با ضریب 0/70 می‌باشد (شکل 2). همچنین مقدار  $t$  برای رابطه بین رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی 6/36 می‌باشد که این نتیجه در سطح 0/01 معنادار است.

در رابطه با مسیر فرعی دوم در رابطه با تأثیرگذاری رهبری اخلاقی بر توانمندسازی روان‌شناختی، نتایج نشان دادند که رهبری اخلاقی دارای اثر مستقیم، مثبت و معنادار بر توانمندسازی روان‌شناختی با ضریب 0/59 می‌باشد و مقدار  $t$  4/58 است که در سطح 0/01 معنادار می‌باشد (شکل‌های 2 و 3).



شکل 1- خروجی نرم‌افزار لیزرل در مورد بررسی نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی بر اساس ضرایب استاندارد



شکل 2- خروجی نرم افزار لیزرل در مورد بررسی نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روانشناختی بر اساس مقادیر t

رابطه مثبت و معناداری مشاهده گردید. در ادامه با تأیید رابطه بین حاکمیت بالینی و توانمندسازی روانشناختی، نوعی نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روانشناختی تأیید شد. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی کلی مدل که حاصل تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از معادلات ساختاری بود، می‌توان گفت مدل نهایی از برازش خوبی برخوردار بود. در رابطه با تأثیرگذاری رهبری اخلاقی بر توانمندسازی روانشناختی، نتایج پژوهش حاضر از جهتی با پژوهش گل‌پرور و همکاران (1389) همسو است، پژوهشگران مذکور نشان دادند که بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روانشناختی کارکنان، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. به عبارتی وجود رهبری اخلاقی به منزله ایجاد شرایط و زیرساخت‌های لازم برای احساس توانمندسازی روانشناختی در کارکنان محسوب می‌گردد (32). احساس توانمندسازی روانشناختی به‌عنوان رویکردی مثبت در روانشناسی بر خصوصیات مثبت و سازنده افراد تکیه می‌کند و دور از انتظار نیست که رهبرانی که مقید به اصول اخلاقی هستند، زمینه‌ساز ایجاد

بر اساس نتایج، تحلیل مدل ساختاری مقدار مجذور خی برای قضاوت در مورد خطی بودن ارتباط سازه‌های مکنون برابر با 164/26 است ( $P < 0/01$ ). مقدار خی دو بر درجه آزادی 2/219 می‌باشد. با توجه به این که نسبت مجذور خی به درجه آزادی کم‌تر از 3 می‌باشد، می‌توان گفت که داده‌های به‌دست آمده با مدل فرضی مطابقت دارند. مقدار ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر با 0/08 می‌باشد. سایر شاخص‌های GFI، IFI، NNFI و CFI که هر کدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهند، به ترتیب برابر با 0/96، 0/97، 0/87 و 0/97 بودند.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف شناسایی الگوی علی روابط بین رهبری اخلاقی، حاکمیت بالینی و توانمندسازی روانشناختی در میان پرستاران انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که بین رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، همچنین بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روانشناختی،

متمایز می‌گردد، در حقیقت رفتار رهبری به خودی خود، مؤثر، حامی، محرک و با اهمیت است و وقتی رعایت اخلاقیات و الگوی اخلاقی بودن، چاشنی آن می‌شود، رنگ و بوی دلپذیرتری می‌گیرد که از این طریق به نهادینه‌سازی اصول اخلاقی در سازمان کمک قابل توجهی می‌کند. در مورد ارتباط بین رهبری اخلاقی و حاکمیت بالینی باید اذعان داشت که انجام موفقیت‌آمیز شاخص‌ها و فاکتورهای رویکرد مشارکتی و یکپارچه حاکمیت بالینی بدون حمایت و هدایت رهبری، قطعاً امکان‌پذیر نخواهد بود و ردپای رهبری را باید در تک‌تک مؤلفه‌های هفت‌گانه حاکمیت بالینی جستجو نمود. چرا که رهبر اخلاق‌مدار بیمارستان از طریق پایبندی به اصول اخلاقی، حل و فصل منصفانه و عادلانه مسایل، شنیدن صحبت‌ها و دغدغه‌های پرستاران و دلسوزی و رفع مشکلات آنان و مواردی از این قبیل، از طرفی زمینه را برای استقرار نظام حاکمیت بالینی فراهم می‌نماید و از طرف دیگر ضامن اجرای موفقیت‌آمیز رویکرد مذکور است.

گرچه به دلیل برخی محدودیت‌ها همچون افت نمونه و استفاده از ابزار پرسشنامه برای جمع‌آوری داده‌ها لازم است که تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد، اما در مجموع با توجه به تأیید نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی سازوکارهای ارتقای ارزش‌های اخلاقی در محیط کار و نیز بررسی استانداردهای حاکمیت بالینی و توانمندسازی روان‌شناختی در بیمارستان‌ها پرداخته شود.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها حاکی از این بود که بین متغیرهای پژوهش ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین یافته‌ها حاکی از آن بودند که رهبری اخلاقی هم به‌طور مستقیم و هم به‌طور غیرمستقیم و با واسطه‌گری حاکمیت بالینی با توانمندسازی روان‌شناختی رابطه دارد.

و ارتقای احساس توانمندسازی روان‌شناختی در زیردستان باشند، اما نکته شایان توجه در پژوهش حاضر، تأیید نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی بود. میرکمالی و همکاران (1393) در پژوهش خود، نشان دادند که بین تمامی مؤلفه‌های حاکمیت بالینی و ابعاد فرهنگ سازمانی در میان پرستاران ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد و فرهنگ سازمانی به‌عنوان نوعی پیش‌شرط برای استقرار حاکمیت بالینی تلقی می‌گردد (33). تأیید نقش میانجی حاکمیت بالینی در رابطه بین رهبری اخلاقی و توانمندسازی روان‌شناختی را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که ثمره تلاش‌های رهبر اخلاقی بیمارستان در فضا‌سازی و ایجاد شرایط مساعد برای انجام موفقیت‌آمیز رویکرد حاکمیت بالینی، باعث ایجاد و پرورش این احساس می‌گردد که پرستاران در انجام وظایف محوله، موفق، اثربخش و خودکارآمد عمل نمایند و به خوبی از عهده انتظارات هفت‌گانه حاکمیت بالینی برآیند و در نهایت از نظر روان‌شناختی، خود را به منزله افرادی توانمند در نظر بگیرند که در کارشان احساس معنا و اهمیت، شایستگی، خودتعیین‌گری و مؤثر بودن دارند. درحقیقت، رویکرد اخلاق‌مدار در رهبری، برای سازمان‌ها دارای فواید بسیاری است که این اهمیت در نظام مدیریت سلامت و جامعه پرستاران به دلیل وجود جو صمیمی و نزدیک، بیشتر به چشم می‌خورد. نزدیکی وظایف، محیط کاری و شرایط خاص بیمارستان ایجاب می‌کند که فضایی نزدیک و صمیمی بین پرستاران، کارکنان، پزشکان و بیماران به وجود آید و طبعاً به واسطه این نزدیکی، برخوردها و مسایل اخلاقی زیادی نیز مجال بروز می‌یابند؛ به نظر می‌رسد چنان‌چه جو رهبری اخلاقی در بیمارستان حاکم باشد و مدیران بخش‌ها و واحدها خود مقید به اصول اخلاقی بوده و به نوعی الگوی زیردستان باشند، می‌توان از پرستاران نیز انتظار انجام رفتارهای اخلاقی را داشت. بنا به تعریف، رهبری به معنی نفوذ بر دیگران است و به واسطه تأکید بر پیروی داوطلبانه زیردستان از مدیریت

## References

1. Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Academy of Management Journal*. 1995;38:1442-65.
2. Seibert SE, Wang G, Courtright SH. Antecedents and consequences of psychological and team empowerment in organizations: a meta-analytic review. *J Appl Psychol*. 2011;96(5):981-1003.
3. Joo BK, Lim T. Transformational leadership and career satisfaction: the mediating role of psychological empowerment. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2013;20(3):316-26.
4. Frazier ML, Fainshmidt S. Voice climate, work outcomes, and the mediating role of psychological empowerment: a multilevel examination. *Group & Organization Management*. 2012;37(6):691-715.
5. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*. 2004;25(4):527-45.
6. Patrick A, Laschinger HKS. The effect of structural empowerment and perceived organizational support on middle level nurse manager's role satisfaction. *Journal of Nursing Management*. 2006;14:13-22.
7. Scotti DJ, Harmon J, Behson SJ. Links among high-performance work environment, service quality and customer satisfaction: an extension to the healthcare sector. *J Healthc Manag*. 2007;52(2):109-24; discussion 124-5.
8. Harmon J, Scotti DJ, Behson S, Farias G, Petzel R, Neuman JH, et al. Effects of high-involvement work systems on employee satisfaction and service costs in veterans healthcare. *J Healthc Manag*. 2003;48(6):393-406; discussion 406-7.
9. Joiner TA, Bartram T. How empowerment and social support affect Australian nurses' work stressors. *Aust Health Rev*. 2004;28(1):56-64.
10. Bonias D, Bartram T, Leggat SG, Stanton P. Does psychological empowerment mediate the relationship between high performance work systems and patient care quality in hospitals. *Asia Pacific Journal of Human Resources*. 2010;48(3):319-37.
11. Wade DT. Clinical governance and rehabilitation services. *Clin Rehabil*. 2000;14:1-4.
12. Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J, Wilk P. Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: Expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*. 2001;31:260-72.
13. Hassani M, Shohoodi M. [The relationship between components of Secure-Base Leadership and Psychological Safety with dimensions of Work holism: the perspective of employees in the University of Urmia (Persian)]. *Journal of Executive Management*. 2013;5(10):85-106.
14. DehghanNayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, AdibHajbaghery M. [Iranian staff nurses views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study (Persian)]. *Nurs Health Sci*. 2006;8(1):51-60.
15. Madani Gh, Toosi F. [A survey on the effects of teaching on head nurses awareness about human communication with nursing personnel (Persian)]. *Proceedings of the Conference on Problems in Nursing and Midwifery Management, Khorasegan: June 5-6, 1996*.
16. Golparvar M, Javadian Z, Hosseinzade KH. [Structural model of psychological contract, organizational justice, moral leadership, exchange leadership-members and organizational support (Persian)]. *Journal of Modern Industrial/Organizational Psychology* 2011; 2(7): 21-32.
17. Brown ME, Trevino LK. Ethical leadership: A review and future directions. *The Leadership Quarterly*. 2006;17:595-616.
18. Siyadat SA, Esfahani AN, Allahyari S. [Moral leadership in educational organizations (Persian)]. *Cultural Engineering*. 2010;5(45,46):38-46.
19. Yukl G, Mahsud R, Hassan SH, Prussia GE. An improved measure of ethical leadership. *Journal of Leadership & Organizational Studies*. 2013;20(1):38-48.
20. Niri SH, Golparvar M, Mahdad A. [The role of Ethical values and moral leadership in reducing job stress of employees (Persian)]. *Ethics in Science & Technology*. 2010;5(3,4):67-76.
21. Salehniya M. [Organizational ethics with an emphasis on ethical charter (Persian)]. *Ethics in Science & Technology*. 2010;4(1,2):66-78.
22. Zhu W. The effect of ethical leadership on follower moral identity: The mediating role of psychological empowerment. *Kravis Leadership Institute, Leadership Review*. 2008;8:62-73.
23. Haris A, Spillane J. Distributed leadership through the looking glass. *Management in Education*. 2008;22(1):31-4.
24. Lane MR. Arts in health care a new paradigm for holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2006;24(1):70-5.
25. Rajabi Z. [What is clinical governance? (Persian)]. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences* 2012.
26. Hadizade F, Naji H. [Clinical audit (Persian)]. 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Rahe kamal . 2008; 15-22.



27. Chandraharan E, Arulkumaran S. Clinical Governance. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*. 2007;17(7):222-224.
28. Heydarpour P, Rafiee S, Sadat SM, Kermanchi J, Mostofiyan F, Mohseni M, Varasteh M, Yazdani F. [The examples of National second festival of clinical governance and patient safety instances (Persian)]. *clinical governance department, office of hospital management and clinical excellence, the Department of treatment* 2013.
29. Heidarpoor P, Dastjerdi R, Rafiee S, Sadat SM, Mostofiyan. F. [Introduction to clinical governance (Persian)]. Tehran: Tandis 2011;70-78.
30. Currie L, Morrell C, Scrivener R. [Clinical Governance: an RCN resource guide]. London: Royal collage of nursing publication 2005.
31. Fanni AA, Hamdan M, Khaefollahi AA. [Designing the Appropriate model for management of Lobnan organizations (Hospital Management) (Persian)]. *Journal of Human Sciences MODARES* 2009; 66: 99-122.
32. Golparvar M, Padash F, Atashpoor H. [The reinforcement Model sense of energy and creativity of employee's through ethical leadership (Persian)]. *Iran Occupational Health Journal* 2010; 7(3): 4-11.
33. Mirkamali SM, Javanak Liavali M, Yeganeh MR. [Correlation between Organizational Culture with Clinical Governance in Public Hospitals in Rasht (Persian)]. *Journal of Hayat*, 2014; 20(1): 15-25.
34. Hooman HA. [Structural equation modeling with LISREL application (Persian)]. Tehran: SAMT Publication 2009:235-247.