

رابطه‌ی رهبری اصیل و هوش اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان

کاوه نوحی بزنجانی^۱، حمدالله منظری توکلی^۲، سنجر سلاجقه^۲، ایوب شیخی^۳

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت روزافزون اخلاق در ارایه مراقبت پرستاری و نقش هوش اخلاقی پرستاران در کیفیت مراقبت، این مطالعه به انجام رسید و نقش رهبری اصیل در ارتقای هوش اخلاقی پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان بررسی گردید.

روش بررسی: این پژوهش به روش ترکیبی انجام شد و در آن پس از تبیین مدل هوش اخلاقی پرستاران به روش کیفی، رابطه‌ی رهبری اصیل با هوش اخلاقی پرستاران به روش کمی آزموده شد. برای بررسی رهبری اصیل از پرسش‌نامه‌ی استاندارد رهبری اصیل Walumbwa و همکاران (۲۰۰۸) با پایایی (۰/۹۱۷) و برای هوش اخلاقی از پرسش‌نامه‌ی محقق ساخت با روایی کلی (۸۱٪) و پایایی (۰/۹۶۱) استفاده گردید. جامعه‌ی آماری پژوهش را ۴۰۰ نفر از پرستاران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شده بودند، تشکیل می‌دادند. در بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم افزارهای SPSS و Amos ۲۴ و روش‌های آماری تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج حاکی از رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار رهبری اصیل با هوش اخلاقی پرستاران (۰/۵۷۵) بود. به‌علاوه تمامی مولفه‌های رهبری اصیل؛ خودآگاهی (۰/۳۲۲)، دیدگاه اخلاق درونی (۰/۳۶۰)، شفافیت رابطه (۰/۴۰۸) و پردازش متوازن اطلاعات (۰/۳۹۴) نیز رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری را با هوش اخلاقی نشان دادند.

نتیجه‌گیری: به‌کارگیری استراتژی‌های مناسب برای افزایش هوش اخلاقی پرستاران در راستای ارتقا و بهبود کیفیت خدمات پرستاری می‌تواند تأثیر مثبتی در روند بهبود بیماران بستری در بیمارستان داشته باشد. رهبری اصیل در سیستم پرستاری بیمارستان‌ها، یکی از مناسب‌ترین شیوه‌ها جهت افزایش و توسعه‌ی هوش اخلاقی پرستاران می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: هوش اخلاقی، رهبری اصیل، خودآگاهی

دریافت مقاله: شهریور ۱۳۹۷

پذیرش مقاله: دی ۱۳۹۷

* نویسنده مسئول:

حمدالله منظری توکلی؛

دانشکده مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی

واحد کرمان

Email :
hmanzar1@iauk.ac.ir

۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران

۲ استادیار گروه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرمان، کرمان، ایران

۳ استادیار گروه آمار، دانشکده مدیریت، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

مقدمه

حرفه‌ی پرستاری به دلیل لزوم مراقبت از دیگران ذاتاً حرفه‌ای اخلاقی قلمداد می‌شود (۱). ارایه اخلاقی مراقبت، یکی از اهداف اساسی سیستم‌های ارایه خدمات سلامت در دنیاست (۲). رعایت ضوابط اخلاقی در کار پرستاری به بهبود خدمات پرستاری منجر می‌شود و بهبود کیفیت کار پرستاران تأثیر بسزایی در ارتقای فرایند بهبود بیماران دارد (۳). با عنایت به اینکه عملکرد اخلاقی پرستاران نقش مهمی در رابطه با کیفیت مراقبت ارایه شده، بهبود بیماران و همچنین، دستیابی به اهداف سلامتی دارد، توجه به بعد هوش اخلاقی در پرستاران به‌عنوان یک راهنمای اخلاقی برای عملکرد آنها از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد (۴).

هوش اخلاقی (Moral Intelligence) مفهومی نسبتاً جدید بوده و کمتر از سایر هوش‌های مطرح شده در مدل‌های هوش انسانی، مورد مطالعه قرار گرفته است. این هوش به میزان زیادی قادر است درک ما را از یادگیری و رفتار انسان توسعه دهد (۵). اصطلاح هوش اخلاقی برای اولین بار توسط Borba در روانشناسی وارد شد. وی هوش اخلاقی را «ظرفیت و توانایی درک درست یک اقدام اشتباه، داشتن باورهای قدرتمند اخلاقی و عمل نمودن بر اساس آنها» می‌داند (۶). در واقع هوش اخلاقی همان ظرفیت ذهنی انسان است که این امکان را فراهم می‌کند تا اصول جهانی انسانی را در ارزش‌ها، اهداف و اقداماتمان تعبیه نماییم (۷). در ساده‌ترین شکل، هوش اخلاقی توانایی استفاده از اصول جهانی برای تفکیک اقدام درست از اشتباه است (۸).

کسانی که هوش اخلاقی بالایی دارند، اقداماتشان را سازگار با اصول و عقایدشان تنظیم نموده، مسئولیت نتایج اقدامات و همچنین شکست‌ها یا اشتباهات خود را می‌پذیرند که این امر منجر به عملکرد بالای آنها خواهد شد (۹). بر اساس نظر Borba (۲۰۰۱) هوش اخلاقی دارای قابلیت توسعه است و یکی از راه‌های توسعه‌ی آن الگوگیری عملی از رفتار سرپرست می‌باشد (۶).

رهبری اصیل (Authentic Leadership) به «الگویی از رفتار رهبر اشاره دارد که از ظرفیت‌های روان‌شناختی مثبت و جو اخلاقی مثبت استفاده نموده و همزمان آنها را ارتقا می‌دهد تا خودآگاهی بیشتر، دیدگاه اخلاقی درونی، پردازش متوازن اطلاعات و شفافیت رابطه را از سوی رهبرانی که با پیروان کار می‌کنند افزایش داده و خود

توسعه‌ی مثبت را رشد دهد» (۱۰). این نوع رهبری، سبک نسبتاً جدیدی از رهبری رابطه‌ی ای است که بر عملکرد کارکنان و پیامدهای سازمانی تأثیر گذاشته و این تأثیر را از طریق کمک به افراد برای ارتقای شفافیت رابطه‌ی ای که باعث ایجاد اعتماد و خوش بینی می‌شود، اعمال می‌کند (۱۱). در واقع یک توافق در رابطه با چهار مؤلفه رهبری اصیل وجود دارد: پردازش متوازن اطلاعات (Balanced Processing)، دیدگاه اخلاقی درونی (Internalized Moral Perspective)، شفافیت در روابط (Relational Transparency) و خودآگاهی (Self-awareness) (۱۲).

رهبری اصیل از تقاطع جنبه‌های مختلف رهبری یعنی مسایل اخلاقی و رفتار سازمانی مثبت ناشی می‌شود (۱۳). این نوع رهبری بر اخلاق در تصمیم‌گیری استوار بوده و نمایان‌گر کفایت تمرکز روی ادراکات افراد در نقش‌های رهبری بوده و اینکه چگونه افراد نقش خود و محیط‌شان را می‌سازند (۱۴). برجسته نمودن این امر اهمیت دارد که رهبری اصیل به فراتر از اصالت رهبر، یعنی به پوشش روابط اصیل با پیروان و دیگر ذینفعان توسعه می‌یابد. این روابط عبارتند از: گرایش، شفافیت، بازبودن و اعتماد در جهت اهداف ارزشمند و تأکید بر توسعه‌ی پیروان (۱۵). در نهایت با توجه به مطالعات Gardner و همکاران (۲۰۰۵)، یکی از اصول رهبری اصیل، توسعه‌ی خود و پیروان می‌باشد (۱۵).

رهبران اصیل با توجه به باورها و ارزش‌های واقعی خود، تأکید زیادی بر تقویت پیروان داشته و تلاش می‌نمایند، بستر سازمانی مثبت و جذابی را فراهم نمایند (۱۶). پیروان رهبران اصیل، این رهبران را اصیل، متعهد، با توجه، خودآگاه ادراک نموده و به آنها احترام می‌گذارند (۱۷). رهبران اصیل عمیقاً خود را متعهد به رفاه دیگران دانسته و به‌عنوان یکی از ویژگی‌های رهبری اصیل، به موضوع اخلاق مراقبت توجه ویژه‌ای دارند (۱۸).

اخلاق و رهبری ماهیتاً با یکدیگر ارتباط دارند (۲۰ و ۱۹) و رهبران اصیل به میزان زیادی صادقند که این امر عنصر کلیدی در ایجاد اعتماد محسوب می‌شود (۲۱). رهبران اصیل به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که پیروانشان برای ارزیابی صلاحیت و اخلاق اقدامات خود توانمند شوند (۲۲). رهبری اصیل مبتنی بر رابطه بوده و با در نظر گرفتن وظایف اخلاقی نسبت به دیگران و دیدگاه اخلاقی نهفته در آن، به

که می توان از یک پرستار با هوش اخلاقی بالا انتظار داشت، کدامند، در پرسش‌نامه‌ی مذکور استفاده شد. در این مرحله پس از استخراج مولفه‌ها، نتایج در پرسش‌نامه‌های دلفی درج گردید و از صاحب‌نظران در مورد مناسب بودن آنها به منظور تبیین هوش اخلاقی پرستاران نظرخواهی شد. صاحب‌نظران را ۱۸ نفر از خبرگان حوزه‌های روان‌شناسی، اخلاق پرستاری و هوش اخلاقی با حداقل سه سال تجربه آموزشی و پژوهشی در ارتباط با موضوع هوش اخلاقی و پرستاری تشکیل می‌دادند. معیار انتخاب نهایی مولفه‌ها این‌گونه بود که مولفه‌های دارای توافق امتیازی حداقل ۷۵ درصد افراد شرکت‌کننده در دلفی، به‌عنوان مولفه‌ی اصلی برای ورود به مدل در نظر گرفته می‌شد. پس از آن مولفه‌های توافق شده در مرحله‌ی اول دلفی، در یک پنل خبرگی متشکل از ۶ نفر از همان صاحب‌نظران، نهایی شدند. در مرحله‌ی دوم، پژوهشگران به طراحی ابزار اندازه‌گیری مدل هوش اخلاقی پرستاران پرداختند. در این مرحله با استفاده از تعاریف عملیاتی و ماهیت مولفه‌های انتخاب شده در مرحله‌ی قبل، پرسش‌نامه‌ی ای با تعداد ۴۱ سؤال طراحی گردید که با استفاده از نظرات جمعی از همان خبرگان و پس از حذف تعدادی از سؤالات، تعداد ۳۴ سؤال در پرسش‌نامه مورد تأیید صاحب‌نظران قرارگرفت. معیار قضاوت جهت انتخاب سؤالات نهایی پرسش‌نامه و ابزار، مشابه مرحله قبل یعنی کسب حداقل ۷۵ درصد توافق بین خبرگان مشارکت‌کننده در این مرحله بود.

در این مطالعه، ۴۰۰ نفر از جامعه‌ی پرستاران چهار مرکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی کرمان از مجموع ۲۱۰۰ نیروی پرستار شاغل در آنها به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شد و در هر بیمارستان نمونه‌ها به صورت تصادفی مورد بررسی قرارگرفته‌اند. جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها سه هفته به طول انجامید.

برای بررسی روایی سازی ابزار اندازه‌گیری و نیز مناسب بودن معیارهای روان‌سنجی پرسش‌نامه‌ها که از پیش‌فرض‌های مهم معادلات ساختاری است، از تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شده است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش‌های آماری آزمون Wilcoxon تک نمونه‌ای، آزمون t دو نمونه مستقل، آنالیز واریانس (ANOVA) و مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. معیار قضاوت برای تعیین مطلوبیت هر مولفه بر اساس معیار بازگان (۳۰)، کسب حداقل ۷۰ درصد طیف لیکرت یعنی ۳/۵ بود. تمامی آنالیزهای

مسئولیت‌های اخلاقی و اخلاق خود توجه ویژه‌ای دارد (۱۳).

این پژوهش که برای اولین بار انجام می‌شود، در بستر نظریه یادگیری اجتماعی (Social Learning Theory) شکل گرفته است، این نظریه روشن می‌کند که چرا برخی ویژگی‌های فردی رهبر و تأثیرات موقعیتی، به ادراک پیروان از رهبر به‌عنوان یک رهبر اخلاقی ارتباط می‌یابد (۲۳). تئوری یادگیری اجتماعی بر این ایده استوار است که افراد به نگرش‌ها، ارزش‌ها و رفتارهای مدل‌های جذاب و معتبر توجه نموده و آنها را تقلید می‌کنند (۲۴ و ۲۵). در واقع Kohlberg (۱۹۶۹) (۲۶) و Trevino (۱۹۸۶) (۲۷) معتقدند اغلب افراد به دیگر افراد و خارج از خود برای راهنمایی اخلاقی نگاه می‌کنند.

Luthans و Avolio (۲۰۰۳) (۲۸) به رهبری اصیل به‌عنوان یک «سازه‌ی ریشه‌ای» نگاه می‌کنند که می‌تواند «رهبری کارزماتیک، تحولی و حتی اخلاقی» را شامل شود. رهبران اصیل عمیقاً به نحوه‌ی تفکر و رفتار خود آگاه بوده و دیگران نیز به آگاهی آنها از ارزش‌ها/ دیدگاه اخلاقی، دانش، نقاط قوت فردی و محیطی که در آن کار می‌کنند، پی‌می‌برند و احساس می‌کنند که این‌گونه رهبران دارای اعتماد به نفس بوده، امیدوار، خوش‌بین، انعطاف‌پذیرند و در شخصیت اخلاقی نیز سطح بالا هستند (۲۹). معتقدیم پیروان با مشاهده و یادگیری رفتار رهبران اصیل، قادر به توسعه‌ی کیفیات رهبران اصیل در خود بوده و یکی از نتایج این توسعه و یادگیری در پیروان، توسعه هوش اخلاقی آنها به واسطه‌ی به‌کارگیری دیدگاه‌های اخلاقی مشابه رهبران اصیل می‌باشد.

با توجه به مطالب فوق، سؤال پژوهش این است که آیا رهبری اصیل در سیستم پرستاری با هوش اخلاقی پرستاران رابطه دارد؟

روش بررسی

روش انجام پژوهش ترکیبی بوده و در آن پس از تبیین مدل هوش اخلاقی پرستاران به روش کیفی، رابطه‌ی رهبری اصیل با هوش اخلاقی پرستاران به روش کمی آزمایش گردید. برای استخراج نظرات خبرگان، از تکنیک دلفی با دو مرحله استفاده شد. در مرحله‌ی اول پرسش‌نامه‌ای باز و خود ایفا تهیه شد و از صاحب‌نظران هوش اخلاقی و اخلاق پرستاری در مورد مولفه‌های هوش اخلاقی پرستاران، نظرخواهی گردید. سؤالاتی از قبیل: به‌نظر شما چه مولفه‌هایی، شکل دهنده‌ی هوش اخلاقی پرستاران ایرانی است و مهمترین ویژگی‌هایی

انجام شده در این پژوهش با استفاده از نرم افزارهای SPSS و Amos ۲۴ به انجام رسید. روایی کلی پرسش‌نامه ۸۱ درصد و اعتبار آن ۰/۹۶۱ محاسبه گردید. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی، تعداد ۳۴ زیر مؤلفه (سؤال) در ۹ مؤلفه (عامل) خلاصه شدند. مؤلفه های این پرسش‌نامه شامل وجدان با سه گویه، شجاعت اخلاقی با پنج گویه، شفقت با شش گویه، خویش‌ن داری با چهار گویه، صداقت با سه گویه، حسن اعتماد با سه گویه، از خودگذشتگی با چهار گویه، مسئولیت پذیری با سه گویه و انصاف با سه گویه سنجیده می‌شوند.

همچنین در این پژوهش از پرسش‌نامه‌ی رهبری اصیل Walumbwa و همکاران (۲۰۰۸) استفاده گردید. این پرسش‌نامه توسط قنبری و همکاران (۱۳۹۴) (۳۱) در پژوهشی با عنوان «ساختار عاملی و همسانی درونی پرسش‌نامه رهبری اصیل» مورد بررسی قرار گرفت. سؤالات پرسش‌نامه در چهار بعد رهبری اصیل شامل خودآگاهی، دیدگاه اخلاق درونی، شفافیت رابطه و پردازش متوازن اطلاعات مربوط به رهبری اصیل طراحی شده بود. آنها نتیجه گرفتند که می‌توان از این

یافته ها

اغلب پاسخ دهندگان زن (۸۶ درصد) بودند، ۲۸/۸ درصد کمتر از ۳۰ سال، ۳۱/۲ بین ۳۰ تا ۳۹ سال و ۳۴/۵ درصد بیشتر از ۳۹ سال سن داشتند. ۷۶/۵ درصد متأهل و مابقی مجرد بودند. اغلب پاسخ دهندگان لیسانس (۸۶/۷ درصد)، ۱۰/۸ درصد فوق لیسانس و ۲/۵ درصد فوق دیپلم بودند. ۳۴/۸ درصد پاسخ‌گویان رسمی، ۱۱/۵ درصد رسمی-آزمایشی، ۱۵ درصد پیمانی، ۱۴/۲ درصد قراردادی و مابقی (۲۳ درصد) طرحی بودند. ۴۱/۸ درصد از شرکت کنندگان کمتر از ۱۰ سال سابقه کار داشتند، ۳۶/۴ درصد بین ۱۰ تا ۲۰ سال و ۱۸/۸ درصد بیش از ۲۰ سال سابقه کار داشتند. ۸۱ درصد از پاسخ‌گویان پرستار، ۱۱/۸ درصد سرپرستار و ۲/۸ درصد سوپروایزر بودند.

جدول ۱: توصیف مؤلفه های متغیر هوش اخلاقی در میان آزمودنیها

مؤلفه	میانگین	انحراف معیار
وجدان	۳/۸۰	۰/۶۱۲
شجاعت اخلاقی	۳/۸۱	۰/۵۷۸
شفقت	۳/۸۲	۰/۵۷۷
خویش‌ن داری	۳/۷۲	۰/۵۹۱
صداقت	۳/۸۳	۰/۶۳۵
حسن اعتماد	۳/۵۶	۰/۶۵۱
از خودگذشتگی	۳/۵۰	۰/۶۳۳
مسئولیت پذیری	۳/۸۷	۰/۶۵۱
انصاف	۳/۷۹	۰/۶۳۰

طبق مقیار قضاوت ذکر شده، یافته‌ها نشان داد که تمامی ۹ مؤلفه‌ی تبیین کننده‌ی هوش اخلاقی، میانگین حداقل ۳/۵ و بالاتر داشته و وضعیت مطلوبی را نشان دادند. این در حالی است که مؤلفه‌ی مسئولیت پذیری (۳/۸۷) و صداقت (۳/۸۳) به ترتیب بالاترین میانگین را داشتند و سایر معیارها شامل؛ شفقت (۳/۸۲)، شجاعت اخلاقی (۳/۸۱)، وجدان (۳/۸۰)، انصاف (۳/۷۹)، خویش‌ن داری (۳/۷۲)، حسن اعتماد (۳/۵۶) و از خودگذشتگی (۳/۵۰) به ترتیب در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول ۱).

مؤلفه‌ی تبیین کننده‌ی هوش اخلاقی، میانگین حداقل ۳/۵ و بالاتر داشته و وضعیت مطلوبی را نشان دادند. این در حالی است که مؤلفه‌ی مسئولیت پذیری (۳/۸۷) و صداقت (۳/۸۳) به ترتیب بالاترین میانگین را داشتند و سایر معیارها شامل؛ شفقت (۳/۸۲)، شجاعت اخلاقی (۳/۸۱)، وجدان (۳/۸۰)، انصاف (۳/۷۹)، خویش‌ن داری (۳/۷۲)، حسن اعتماد (۳/۵۶) و از خودگذشتگی (۳/۵۰) به ترتیب در رتبه های بعدی قرار داشتند (جدول ۱).

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای رهبری اصیل و هوش اخلاقی

متغیر	میانگین	میانه	مد	انحراف معیار
رهبری اصیل	۳/۶۱	۳/۶۹	۴	۰/۸۳۵
هوش اخلاقی	۳/۷۵	۳/۷۹	۳/۹۱	۰/۵۲۷

میانگین هوش اخلاقی پرستاران ۳/۷۵ بوده است.

بر اساس نتایج جدول (۲)، از دیدگاه افراد نمونه، میانگین رهبری

اصیل در بیمارستانهای آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی (۳/۶۱) و

جدول ۳: شاخص های برازش مدل

مقدار گزارش شده	حد مطلوب آماره	شاخص
۰/۰۵۷	$\geq 0/08$	ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب (RMSEA)
۲/۳۰۴	کمتر از ۳	نسبت خی دو (CMIN / df)
۰/۹۴۸	$\geq 0/90$	برازندگی (GFI)
۰/۹۲۵	$\geq 0/90$	برازندگی تعدیل یافته (AGFI)
۰/۹۸۴	$\geq 0/90$	برازش مقایسه‌ای (CFI)
۰/۹۸۴	$\geq 0/90$	برازش افزایشی (IFI)
۰/۹۸۰	$\geq 0/90$	برازش غیرنرم (TLI)
۰/۹۷۲	$\geq 0/90$	برازش نرم (NFI)

میزان آن در این مدل برابر با ۲/۳۰۴ به دست آمد. نمره‌های شاخص‌های GFI, IFI, TLI, NFI, RMSEA, AGFI, CFI بین صفر تا یک متغیر است که هر چه به یک نزدیک‌تر باشد، نشان‌دهنده‌ی برازش مناسب مدل است. به‌طور کلی نمره‌های بالای ۹۰ درصد نشان‌دهنده‌ی مناسب‌ترین برازش مدل است و در این پژوهش میزان تمامی معیارها بیش از ۹۰ درصد محاسبه شده و نشان می‌دهد که مدل از برازش مناسبی برخوردار است (جدول ۳).

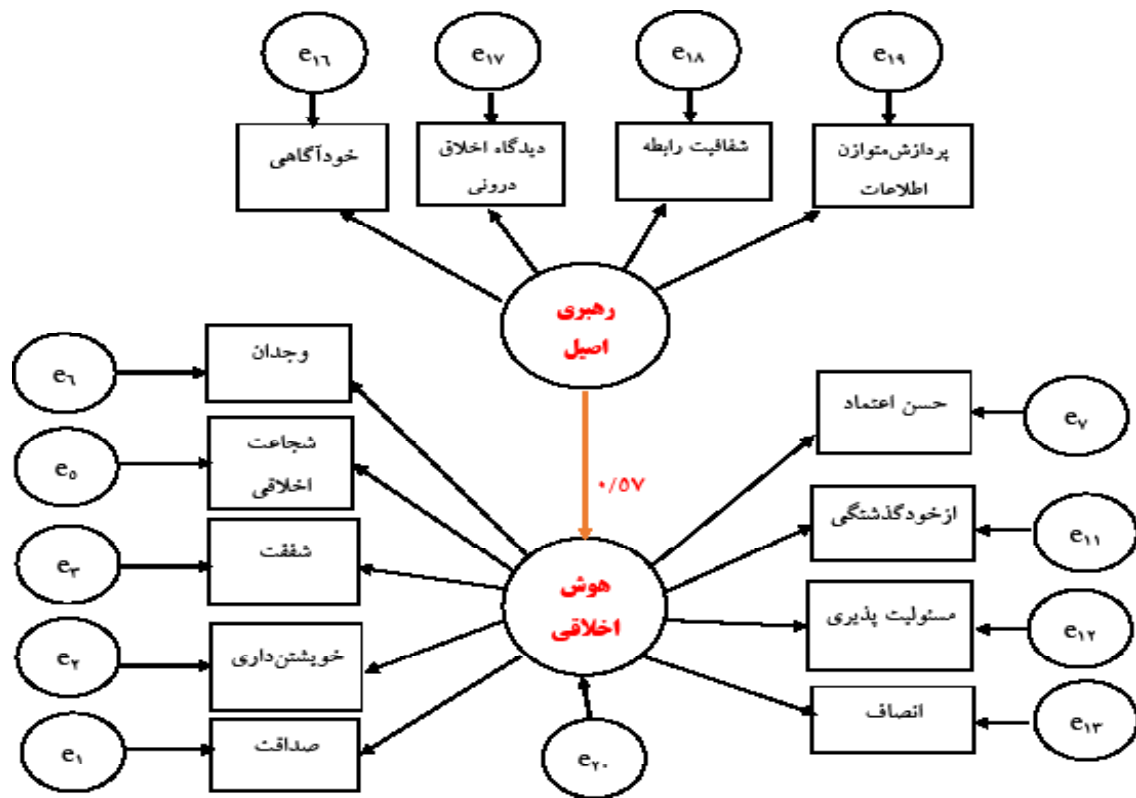
در این تحقیق برای ارزیابی نیکویی برازش مدل از معیارهای GFI, IFI, TLI, NFI, RMSEA, AGFI, CFI و نسبت خی دو به درجه‌ی آزادی (CMIN/df) استفاده شده است. پژوهشگران برای شاخص ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب، RMSEA مقدار پایین‌تر از ۰/۰۸ را نشان‌دهنده‌ی برازش مناسب مدل می‌دانند که در این مدل مقدار آن برابر ۰/۰۵۷ بود. از سوی دیگر پژوهشگران مقدار مجذور کای نسبی (CMIN/df) مناسب را کمتر از ۳ قابل قبول می‌دانند که

جدول ۴: ضریب مسیر و معنی داری آن و بررسی فرضیه پژوهش

رابطه مورد بررسی	ضریب استاندارد	t مقدار	p- مقدار	نتیجه	نوع رابطه
رهبری اصیل ← هوش اخلاقی	۰/۵۷۵	۱۱/۸۱۵	۰/۰۰۰	تأیید فرضیه	مستقیم
خودآگاهی ← هوش اخلاقی	۰/۳۲۲	۴/۱۶۵	۰/۰۳۲	تأیید فرضیه	مستقیم
دیدگاه اخلاقی درونی ← هوش اخلاقی	۰/۳۶۰	۴/۵۳۰	۰/۰۲۶	تأیید فرضیه	مستقیم
شفافیت رابطه ← هوش اخلاقی	۰/۴۰۸	۵/۶۸۰	۰/۰۱۶	تأیید فرضیه	مستقیم
پردازش متوازن اطلاعات ← هوش اخلاقی	۰/۳۹۴	۴/۹۴۲	۰/۰۱۹	تأیید فرضیه	مستقیم

بین دیدگاه اخلاقی درونی و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار (P-Value=۰/۰۲۶) و مستقیم (۰/۳۶۰)، بین شفافیت رابطه و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار (P-Value=۰/۰۱۶) و مستقیم (۰/۴۰۸) و بین پردازش متوازن اطلاعات و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار (p-Value=۰/۰۱۹) و مستقیم (۰/۳۹۴) برقرار بوده است.

ضریب مسیر و معنی داری رابطه‌ی رهبری اصیل در سرپرستان و هوش اخلاقی پرستاران در جدول فوق (جدول ۴) آمده است. بین رهبری اصیل و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار (P-Value=۰/۰۰۱) و مستقیم (۰/۵۷۵) برقرار بود. در مورد مولفه‌های رهبری اصیل نیز به‌طور مشابه رابطه‌ی فوق برقرار بود، به‌طوری‌که بین خودآگاهی و هوش اخلاقی رابطه‌ی معنادار (P-Value=۰/۰۳۲) و مستقیم (۰/۳۲۲)،



نمودار ۱: مدل معادلات سافتاری

ما در خصوص تأثیر رهبری اصیل بر هوش اخلاقی کارکنان بر این فرض استوار است که رهبران اصیل قادرند با نشان دادن اصالت در عملکرد خود و برقراری ارتباط مناسب با زیردستانشان، اصالت را در آنها توسعه دهند و بر رفتار آنها تأثیر بگذارند. همچنین رهبران اصیل بر تصمیم‌گیری اخلاقی پیروان خود تأثیر مثبتی می‌گذارند (۳۳). طبیعتاً این تأثیر زمانی خود را نشان می‌دهد که ناشی از تغییر در وضعیت هوش اخلاقی آنها باشد؛ زیرا به گفته‌ی Flite و Harman، بسیاری از رفتارهای انسان ریشه در اصول و ارزش‌های اخلاقی داشته و از آن متأثر می‌شود و کسانی که هوش اخلاقی بالایی دارند، همواره به ایجاد اتصال بین اقدامات خود و اصول اخلاقی متمرکز بوده که باعث افزایش تعهد و مسئولیت‌پذیری در آنها شده و در نهایت این امر منجر به بهبود کارایی فردی و گروهی می‌شود (۳۴).

به‌علاوه رهبران اصیل باعث توسعه‌ی پیروان اصیل می‌شوند (۳۵)، به این ترتیب کیفیت یک رهبر اصیل را در پیروان نیز می‌توانیم مشاهده کنیم. این کیفیات همان مولفه‌های رهبری اصیل هستند که شامل خودآگاهی، شفافیت رابطه، دیدگاه اخلاق درونی و پردازش متوازن اطلاعات است.

مولفه‌ی اول، ظرفیت خودآگاهی رهبران را قادر می‌سازد تا

در نمودار ۱، نتایج معادلات ساختاری برای بررسی مدل آمده است. ضرایب درج شده در نمودار مدل نشان می‌دهد که ضرایب استاندارد مسیرهای مشخص شده، شامل بار عاملی بالا و معنادار هستند و مدل هوش اخلاقی مبتنی بر رهبری اصیل با بار عاملی (۰/۵۷) در بین پرستاران از اعتبار بالایی برخوردار بود.

بحث

هوش اخلاقی پرستاران یکی از عواملی است که در ارزیابی مراقبت‌های پرستاری باکیفیت و اخلاقی، تأثیر بسزایی دارد. لذا توسعه و ارتقای هوش اخلاقی باید همواره به‌عنوان یکی از اهداف اصلی اداره کنندگان سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت مدنظر قرار گیرد که در این رابطه، بحث استفاده از رویکرد رهبری اصیل جهت تأثیرگذاری بر هوش اخلاقی کارکنان مطرح و مورد سؤال قرار گرفت و یافته‌ها حاکی از آن بود که بین رهبری اصیل و هوش اخلاقی پرستاران رابطه وجود دارد.

پرستاران قادرند سرپرستان خود را به‌عنوان مدل نقش برای عمل نمودن با یکپارچگی شخصی و رفتار اخلاقی با دیگران در نظر گیرند (۳۲). بر مبنای نظریه‌ی یادگیری اجتماعی، اساس استدلال

توسعه‌ی این قابلیت در خود به‌عنوان کسانی که در جریان کار مجبور به تصمیم‌گیری‌های مهم می‌باشند، موفق‌تر عمل نمایند. به‌عبارت دیگر، دیدگاه‌های اخلاقی سرپرستان در سیستم پرستاری روی پرستاران تأثیر گذاشته و دیدگاه اخلاقی ویژه‌ی حرفه‌ی پرستاری را وارد چارچوب ارزشی پرستاران نموده و آنها را ملزم به در نظر گرفتن آنها به‌عنوان معیار با اهمیت در زمان تصمیم‌گیری‌های حیاتی برای ارائه خدمات مراقبتی به بیماران می‌نماید. ورود ارزش‌های اخلاق درونی شده به نظام ارزشی افراد، منجر به افزایش شجاعت آنها در تصمیم‌گیری اخلاقی شده و مستقیماً بر مولفه‌ی شجاعت اخلاقی مدل هوش اخلاقی تأثیر گذاشته و به توسعه‌ی هوش اخلاقی آنها می‌انجامد.

در نهایت مولفه‌ی آخر، پردازش متوازن اطلاعات یعنی استقبال از ایده‌های همکاران و زیردستان خود و بررسی آنها قبل از هرگونه تصمیم‌گیری است. رویکرد تصمیم‌گیری رهبران اصیل مبتنی بر شواهد و اتخاذ بهترین تصمیمات است (۳۹). با در نظر گرفتن دیگران در گفتگوی اصیل، رهبران اصیل احترامشان را به دیگران، باز بودنشان در برابر اطلاعات، و تمایلاتشان برای کنار گذاشتن سوگیری‌ها در تصمیم‌گیری را ابراز می‌نمایند (۴۰). رهبران اصیل با این نوع عملکرد به پیروان خود می‌آموزند که کلیه‌ی اطلاعات موافق یا مخالف نظر خود را در زمان تصمیم‌گیری و هرگونه اقدام، در نظر داشته و سعی نمایند تا سوگیری‌های خود را شناسایی کرده و کنار بگذارند. پیروانی که عملکرد خود را با در نظر گرفتن سایر نظرات تنظیم می‌نمایند، در واقع مولفه‌ی انصاف را از اجزای تشکیل‌دهنده‌ی هوش اخلاقی خود تقویت نموده و نهایتاً می‌توان شاهد رشد هوش اخلاقی آنها بود.

این مطالعه همچنین نقاط قوت و محدودیت‌هایی داشت. طبق بررسی‌ها و جستجوهای انجام شده، به‌نظر می‌رسد که مهمترین نقطه‌ی قوت مطالعه‌ی حاضر این بود که از حیث نظری و تجربی برای اولین بار رابطه‌ی این دو سازه سنجش و ارزیابی شده است. اگرچه مطالعات مشابهی در حیطه‌ی ارتباط رهبری اخلاقی و هوش اخلاقی انجام شده (۴۱)، اما از لحاظ نظری، سازه رهبری اخلاقی با سازه رهبری اصیل یکی نمی‌باشد. نخستین محدودیت مطالعه‌ی حاضر این بود که پژوهش در حوزه‌ی پرستاری انجام شد و محدودیت نمونه مشارکت‌کننده در این پژوهش، معتبر بودن این رابطه را در سایر زمینه‌های شغلی با سؤال مواجه می‌کند. لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات مشابهی در

روابطشان با دیگران را ارج نهاده و با کسانی که به آنها خدمت می‌کنند، ارتباط برقرار نمایند (۳۶). رهبران اصیل عاشق کسانی هستند که به آنها خدمت می‌کنند زیرا آنها در درجه‌ی اول به خودشان علاقه‌ی شدیدی دارند. خودآگاهی باعث توسعه‌ی کیفیت علاقه به خود در رهبران می‌شود و شامل حدی از عشق به خود است که از یک «ذهنیت انتخاب شده به‌صورت آگاهانه» نشأت می‌گیرد و این امر نیز به نوبه‌ی خود از حسی ناشی می‌شود که یکپارچگی با دیگران را شامل می‌گردد (۳۷). توانایی مراقبت عمیق از دیگران نیز اساس عشق بوده و تعهدی به رفاه، رشد و تمامیت دیگران است. مراقبت از دیگران در سیستم پرستاری به‌عنوان نقش اصلی، از جایگاه ویژه‌ای در ارتباط بین پرستار و بیمار برخوردار است و مستقیماً از احساس عشق و علاقه به دیگران تأثیر گرفته و کیفیتی است که از خودآگاهی انسان ناشی می‌شود.

مولفه‌ی دوم، رهبران اصیل از طریق شفافیت رابطه، به صورت آگاهانه اطلاعات را به اشتراک گذاشته، افکار و احساسات خود را بیان می‌کنند، که این سطح از شفافیت و باز بودن، فرصتی را برای پیروان جهت ارائه ایده‌ها و نظراتشان فراهم می‌نماید (۱۳). سرپرست با عرضه‌ی صادقانه‌ی خود به دیگران که همان شفافیت رابطه است، باز بودن و پذیرش داشتن را مدل‌سازی می‌نماید. پرستاران با مشاهده‌ی رفتار ارتباطی شفاف سرپرست خود در بخش قادر خواهند بود این قابلیت را در خود توسعه داده و آنها نیز در برخورد با سایر همکاران، شفاف عمل نموده و به یکی دیگر از ارکان اصالت در عملکرد خود دست یابند. اصالتی که حاصل شفافیت رابطه باشد، مستقیماً بر مولفه‌های صداقت و حسن اعتماد در مدل هوش اخلاقی اثر گذاشته و منجر به توسعه‌ی هوش اخلاقی آنها می‌گردد.

مولفه‌ی سوم، دیدگاه اخلاقی رهبر اصیل انعکاسی از تمرکز رهبر بر موضوعاتی است که از سایر موارد برای وی مهمتر است (۳۸). تصمیمات اخلاقی دارای تأثیرات مثبت و منفی بر دیگران بوده و شامل نتایجی می‌باشند که قابل پیش‌بینی بوده یا خیر، اما به‌هرحال حاصل آن تصمیمات محسوب می‌شوند (۲۰). کارکنان با نگاه به نحوه‌ی تصمیم‌گیری سرپرست خود در سازمان و اینکه وی چگونه تأثیرات منفی و مثبت تصمیمات خود بر افراد مختلف در سازمان را سنجیده و سپس تصمیم‌گیری می‌کند و اینکه چگونه دیدگاه‌های اخلاقی وی بر فرایند اتخاذ تصمیمات تأثیر می‌گذارد، قادر خواهند بود نسبت به



می‌شود، از سازوکارهای مثبت و مستندسازی تجارب مدیران موفق در حوزه‌ی پرستاری به منظور به اشتراک گذاشتن آن با سایر بخش‌ها و بیمارستان‌ها استفاده شود. به این ترتیب، امید می‌رود که الگوهای موفق که به نوعی خصوصیات رهبری اصیل را در اداره‌ی مجموعه تحت سرپرستی خود نشان می‌دهند، بر عملکرد رهبری سرپرستان دیگر تیم‌های پرستاری چه در مجموعه‌ی خود و چه در سایر مراکز، تأثیرگذارند. در محور سوم نیز پیشنهاد می‌شود که سیاست‌های منابع انسانی در سیستم‌های درمانی بر توسعه و انتخاب سرپرستانی با خصوصیات رهبر اصیل در کادر پرستاری متمرکز گردد تا بتوان در نهایت مراقبت از بیماران را در سیستم درمان بهبود بخشید و ارتقا داد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری رشته مدیریت دولتی گرایش رفتار سازمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان با عنوان «ارایه و طراحی و تبیین توسعه مدل هوش اخلاقی مبتنی بر رهبری اصیل در بین پرستاران بیمارستانهای دولتی جنوب شرق کشور» (مطالعه موردی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان) می‌باشد. پژوهشگران از استادانی که در به نتیجه رسیدن این پژوهش همکاری نمودند و همچنین از کلیه همکاران کادر پرستاری بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان قدردانی می‌نمایند.

سایر رده‌های شغلی نیز به انجام برسد. زمینه‌ی دوم محدودیتی است که به لحاظ احتمال وجود گرایش‌های محافظه کارانه برخی از افراد در هنگام پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها به وجود می‌آید. پیشنهاد می‌شود طراحی مطالعاتی از این دست خصوصاً در حوزه‌ی اندازه‌گیری هوش اخلاقی کارکنان از وضعیت خودارزیابی به وضعیت ارزیابی سرپرست یا استفاده از روش‌های جامع‌تر ارزیابی یعنی ارزیابی‌های ۳۶۰ درجه تغییر شکل یابد.

نتیجه‌گیری

ارتقای رهبری در کادر پرستاری بیمارستان‌ها از طریق آموزش و توسعه‌ی مؤلفه‌های رهبری اصیل می‌تواند منجر به توسعه و ارتقای هوش اخلاقی پرستاران و در نهایت کیفیت خدمات مراقبت پرستاری شود. در این راستا راه‌کارهای عملی پیشنهاد می‌گردد که در سه محور قابل اجرا می‌باشند. در محور اول توصیه می‌شود که آموزش‌هایی از قبیل ذهن آگاهی، تجزیه و تحلیل بازخورد و خودتنظیمی، همچنین مهارت‌های روابط بین فردی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در راستای ارتقای مؤلفه‌های رهبری اصیل در سرپرستاران به‌کارگرفته شود. این آموزش‌ها که مستقیماً مؤلفه‌های رهبری اصیل را هدف می‌گیرند، بر عملکرد سرپرستاران و سایر مسئولان کادر پرستاری تأثیر گذاشته و کیفیات رهبری اصیل را در آنها افزایش می‌دهد. در محور دوم پیشنهاد

منابع

1. Tschudin V. Ethics in nursing: The caring relationship. 3th ed. United Kingdom: Butterworth Heinemann; 2002: 11-8.
2. Afshar L, Joolae S, Voskouie K & Bagheri AR. Nursing ethics priorities from nurses aspects: A national study. Medical Ethics and History of Medicine 2013; 6(3): 54-63[Article in Persian].
3. Habibzade H, Ahmadi F & Vanaki Z. Ethics in professional nursing in Iran. Medical Ethics and History of Medicine 2010; 3(5): 26-36[Article in Persian].
4. Mohammadi S, Nakhaei N, Borhani F & Roshanzadeh M. Moral intelligence in nursing: A cross-sectional study in east of Iran. Medical Ethics and History of Medicine 2013; 6(5): 57-66[Article in Persian].
5. Clarken RH. Moral intelligence in the schools. Available at: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED508485.pdf>. 2009.
6. Borba M. Building moral intelligence: The Seven essential virtues that teach kids to do the right things. USA: Jossey-Bass; 2001: 1-25.
7. Lennick D, Kiel F & Jordan K. Moral intelligence 2.0: Enhancing business performance and leadership success in turbulent times. USA: Pearson Prentice Hall; 2011: 33-8.
8. Beheshtifar M, Esmaeli Z & Nekoie Moghadam M. Effect of moral intelligence on leadership. Available at: <https://pdfs.semanticscholar.org/9cff/8b5fde0d6914a19ce370bcff5c7c51f07817.pdf>. 2011.

9. Pakdel L & Sharifi S. Moral intelligence relationship with job satisfaction and organizational deviant behavior youth and sports department of Fars province. *International Business Management* 2016; 10(7): 1151-61.
10. Walumbwa FO, Lawler JJ & Avolio BJ. Leadership, individual differences, and work-related attitudes: A cross-culture investigation. *Applied psychology* 2007; 56(2): 212-30.
11. Alilyyani B, Wong CA & Cummings G. Antecedents, mediators, and outcomes of authentic leadership in healthcare: A systematic review. *International journal of Nursing Studies* 2018; 83(1): 34-64.
12. Gill C & Caza A. An investigation of authentic leadership's individual and group influences on follower responses. *Journal of Management* 2018; 44(2): 530-54.
13. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS & Peterson SJ. Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management* 2008; 34(1): 89-126.
14. Begley PT. Self-knowledge, capacity and sensitivity: Prerequisites to authentic leadership by school principals. *Journal of Educational Administration* 2006; 44(6): 570-89.
15. Gardner WL, Avolio BJ, Luthans F, May DR & Walumbwa F. "Can you see the real me?" A self-based model of authentic leader and follower development. *The Leadership Quarterly* 2005; 16(3): 343-72.
16. Ilies R, Morgeson FP & Nahrgang JD. Authentic leadership and eudaemonic well-being: Understanding leader-follower outcomes. *The Leadership Quarterly* 2005; 16(3): 373-94.
17. Beer M. High commitment high performance: How to build a resilient organization for sustained advantage. USA: Jossey-Bass; 2009: 85-6.
18. Atwijuka S & Caldwell C. Authentic leadership and the ethic of care. *Journal of Management Development* 2017; 36(8): 1040-51.
19. Covey SR. The 8th habit: From effectiveness to greatness. USA: Free Press; 2005: 103-04.
20. Hosmer LRT. The ethics of management. 2nd ed. USA: Homewood; 2010: 115-6.
21. Mayer RC, Davis JH & Schoorman FD. An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review* 1995; 20(3): 709-34.
22. Walumbwa FO, Wang P, Wang H, Schaubroeck J & Avolio BJ. Retracted: Psychological processes linking authentic leadership to follower behaviors. *The Leadership quarterly* 2010; 21(5): 901-14.
23. Brown ME & Treviño LK. Ethical leadership: A review and future directions. *The leadership quarterly* 2006; 17(6): 595-616.
24. Bandura A. Social learning theory of aggression. *Journal of Communication* 1978; 28(3): 12-29.
25. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. USA: Prentice-Hall; 1986: 203-34.
26. Kohlberg L. Stage and sequence: The cognitive developmental approach to socialization. Chicago: Rand McNally; 1969: 347-480.
27. Trevino LK. Ethical decision making in organizations: A person-situation interactionist model. *The Academy of Management Review* 1986; 11(3): 601-17.
28. Luthans F & Avolio B. Authentic leadership: A positive development approach. *Positive organizational behavior*. USA: Berrett-Koehler; 2003: 241-25
29. Walumbwa FO, Avolio BJ, Gardner WL, Wernsing TS & Peterson SJ. Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management* 2008; 34(1): 89-126.
30. Bazargan Harandi A, Fathabadi J & Einollahi B. An appropriate internal assessment approach to continually improve the quality of educational groups in medical universities. *Journal of Psychology and Education* 2001; 30(2): 1-26[Article in Persian]
31. Ghanbari S, Zandi KH & Seif Panahi H. Factorial structure and internal consistency of authentic leadership. *Journal of Development Evolution Management* 2016; 1(24): 57-67[Article in Persian]



32. Read EA & Laschinger HK. The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. *Journal of Advanced Nursing* 2015; 71(7): 1611-23.
33. Cianci AM, Hannah ST, Roberts RP & Tsakumis GT. The effects of authentic leadership on followers' ethical decision-making in the face of temptation: An experimental study. *The Leadership Quarterly* 2014; 25(3): 581-94.
34. Flite CA & Harman LB. Code of ethics: Principles for ethical leadership. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3544144/>. 2013.
35. Rahimnia F & Sharifirad MS. Authentic leadership and employee well-being: The mediating role of attachment insecurity. *Journal of Business Ethics* 2015; 132(2): 363-77.
36. Walumbwa FO, Peterson SJ, Avolio BJ & Hartnell CA. An investigation of the relationships among leader and follower psychological capital, service climate, and job performance. *Personnel Psychology* 2010; 63(4): 937-63.
37. Ferris R. How organizational love can improve leadership. *Organizational Dynamics* 1988; 16(4): 41-51.
38. Jones TM. Ethical decision making by individuals in organizations: An issue-contingent model. *Academy of Management Review* 1991; 16(2): 366-95.
39. Thacker K. *The art of authenticity: Tools to become an authentic leader and your best self*. USA: Wiley; 2016: 115-38
40. Mazutis D & Slawinski N. Leading organizational learning through authentic dialogue. *Management Learning* 2008; 39(4): 437-56.
41. Sohrabi Fard S. Ethical leadership and moral intelligence. *Arabian Journal of Business and Management Review (Oman Chapter)* 2012; 2(5): 103-8.

Authentic Leadership and Moral Intelligence of Nurses in Kerman University of Medical Sciences Hospitals

Kaveh Nouhi Bezanjani¹ (M.S.) - Hamdollah Manzari Tavakoli² (Ph.D.) - Sanjar Salajeghe² (Ph.D.) - Ayyub Sheikhi³ (Ph.D.)

1 Ph.D. Candidate in Public Management, Faculty of Management, Islamic Azad university, kerman Branch, Kerman, Iran

2 Assistant Professor, Department of Public Management, Faculty of Management, Islamic Azad university, kerman Branch, Kerman, Iran

3 Assistant Professor, Department of Statistics, Faculty of Management, Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

Abstract

Received: Aug 2018

Accepted: Dec 2018

Background and Aim: This study was conducted due to the increasing importance of ethics in providing nursing care and also due to the role of nurses' moral intelligence in quality of care; meanwhile, the role of authentic leadership (AL) in enhancing the moral intelligence of nurses working in Kerman University of Medical Sciences hospitals was investigated.

Materials and Methods: This is a mixed methods research. In this study, after defining nurses' moral intelligence model qualitatively, the relationship between nurses' moral intelligence and authentic leadership (AL) was tested quantitatively. In order to study authentic leadership, the AL standard questionnaire of Walumbwa & et al (2008) with a reliability of 0.917 was used; moreover, a researcher-made questionnaire was used for investigating moral intelligence with overall validity (81%) and reliability (0.961). The statistical population of the study consisted of 400 hospital nurses selected by stratified sampling method. SPSS20 and Amos24 software, and statistical methods of exploratory and confirmatory factor analysis as well as structural equation modeling were used to analyze the research hypotheses.

Results: The results showed a positive and significant relationship between AL and moral intelligence of nurses (0.575). In addition, all components of AL, i. e., self-awareness (0.322), internalized moral perspective (0.360), relational transparency (0.408), balanced processing (0.394) showed a positive and significant relationship with moral intelligence.

Conclusion: Applying suitable strategies for enhancing moral intelligence of nurses and improving the quality of nursing care can have a positive effect on the quality of services. The AL in the hospitals' nursing system is one of the most suitable ways for developing the moral intelligence of nurses.

Keywords: Moral Intelligence, Authentic Leadership, Self-Awareness

* Corresponding Author:
Manzari Tavakoli H
Email:
hmanzar1@iauk.ac.ir