

Relationship between Head Nurses' Ethical Leadership and Demographic Characteristics with General Self-Efficacy of ICU Nurses in Educational-Treatment Centers of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, 2019

Parvin Sabzehband¹, Mehrdad Maleki Jamasbi², Leili Tapak³, Zahra Purfarzad^{4,*} 

¹ MSc Student of Nursing Management, Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

² Faculty Member, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Biostatistics, School of Public Health, Modeling of Noncommunicable Diseases Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

Article history:

Received: 28 February 2021

Revised: 02 December 2021

Accepted: 28 December 2021

ePublished: 19 June 2022

*Corresponding author:

Zahra Purfarzad, Department of Nursing Education, School of Nursing and Midwifery, Chronic Diseases (Home Care) Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.
Email: purfarzad7@yahoo.com



Abstract

Background and Objective: Ethical leadership has emerged as a new approach in the perspective of leadership and has provided a basis for the promotion of individual and organizational effectiveness by prioritizing ethics in the organization. This study aimed to determine the relationship between head nurses' ethical leadership and demographic characteristics with the general self-efficacy of nurses working in Intensive Care Units (ICUs).

Materials and Methods: This descriptive correlational study was conducted in 2019 on 230 nurses working in ICUs of educational-treatment centers of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, who were selected using a stratified proportional sampling method. Data were collected by ethical leadership in nursing and the general self-efficacy scale of Scherer. Data were analyzed using SPSS software (version 16) through descriptive and inferential statistics.

Results: There was no statistically significant association between the ethical leadership of head nurses and the general self-efficacy of nurses. The general self-efficacy of formal nurses was higher than contractual ($P=0.04$) and resident nurses ($P=0.02$), and the self-efficacy of ICU nurses was higher than those working in burn units ($P=0.03$). Moreover, general self-efficacy decreased with work experience ($P<0.05$). Considering the output of the artificial neural network, the normalized significance scores of the independent variables on the dependent variable were obtained at 100, 74.8, 56.2, 52, 47.6, 46.4, 38.1, 37.1, 27, and 13.3, for work experience, pioneering, task orientation, moralism, workplace, age, job status, gender, division of power, and education, respectively.

Conclusion: Considering the significant association between some demographic variables and the general self-efficacy of nurses, nursing managers are recommended to consider these variables, especially in retraining, to improve the general self-efficacy of nurses.

Keywords: Ethical Leadership; Nursing; Self-efficacy

Extended Abstract

Background and Objective

Ethical leadership is a form of leadership that requires the development of ethical standards to manage the behavior of employees and the effective implementation of ethical standards. Numerous studies have emphasized the importance of ethical leadership and its impact and consequences on organizations. The findings of previous studies indicated a relationship between ethical leadership and organizational citizenship behavior, job motivation, job satisfaction, ethical climate, psychological empowerment, justice, organizational commitment, organizational burnout, and trust.

Studies also indicated a relationship between ethical leadership and employee self-efficacy. Self-efficacy means a person's beliefs about his or her ability to perform behaviors that will have certain consequences. Since nurses in intensive care units (ICUs) are responsible for providing specialized care to critically ill patients, providing high-quality and standard care in these wards is highly important. Individual self-efficacy of nurses in performing nursing practices, especially in ICUs can change their clinical and professional behaviors which ultimately leads to improved patient care, which is the main goal of the nursing profession. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between ethical leadership of nurses and demographic characteristics with the general self-efficacy of nurses working in the ICUs in Hamadan city, Iran.

Materials and Methods

This descriptive correlational study was conducted in 2019. The statistical population of the study included all nurses (n=540) working in ICUs of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran, from whom a total of 230 nurses were selected to participate in the study using the stratified-proportional sampling method. In this sampling method, the number of samples in each hospital is proportional to the number of nurses working in the ICU in the given hospital (Besat, n=198; Shahid Beheshti, n=115; Farshchian Heart, n=106; Farshchian (Sina), n=61; Fatemeh, n=60). To select the desired number of samples from the special ward of each hospital, a table of random numbers was used to select samples randomly according to a list of nurses names. Data collection was conducted using the general self-efficacy scale of Scherer and ethical nursing leadership questionnaire. Data were analyzed using SPSS software (version 16) through descriptive and inferential statistics.

Results

The majority (72.2%) of nurses participating in this study were female and in the age range of 30-39 years. Most (87.8%) of the participants had a bachelor's degree, of whom 96 (41.7%) had less than five years of work experience and 79 (34.3%) were official employees. The mean±SD scores of moral leadership characteristics and the total self-efficacy in head nurses were 64.53±19.19

and 63.93±9.07, respectively. There was no statistically significant relationship between the ethical leadership style and its components with the general self-efficacy of nurses ($P>0.05$).

Considering the output of the artificial neural network, the normalized significance scores of the independent variables on the dependent variable were obtained at 100, 74.8, 56.2, 52, 47.6, 46.4, 38.1, 37.1, 27, and 13.3 for work experience, pioneering, task orientation, moralism, workplace, age, job status, gender, division of power, and education, respectively.


Conclusion

The study results showed no direct and significant relationship between ethical leadership and the general self-efficacy of nurses. However, the normalized significance scores of the independent variables on the dependent variable considering the output of the artificial neural network were calculated to be 74.8, 56.2, 52, and 27 for components of pioneer, task orientation, moralism, and division of power, respectively. However, nonlinear relationships may probably exist between these variables and self-efficacy. The results of other studies conducted on the relationship between ethical leadership and job self-efficacy in organizations showed a positive and significant relationship between the two variables which was in contrast with our results. This discrepancy in the results of different studies can be explained by the adoption of general self-efficacy rather than occupational self-efficacy in the present study.

The results of the study performed by Zarezadeh et al. in Yazd, in 2021, showed a positive and significant correlation between dimensions of ethical leadership with the general self-efficacy of nurses. In the mentioned study, ethical leadership questionnaires of Brown et al. and general self-efficacy scales of Scherer and Jerusalem were used, which was different from the questionnaires used in the present study. Moreover, the difference in results can be due to the effect of different factors on general self-efficacy, such as social resources and different environmental factors.

Although from the nurses' point of view, the average score of ethical leadership in nurses was moderate to high, the lowest scores were obtained in the field of ethics, indicating the need for professional growth and development in this field. Considering the significant relationship between some demographic variables and the general self-efficacy of nurses, nursing managers are recommended to consider these variables, especially in retraining, to improve the general self-efficacy of nurses. It is also suggested that future studies identify and analyze other variables and factors that affect the general self-efficacy of nurses. On the other hand, due to the lack of a linear relationship between ethical leadership and the general self-efficacy of nurses, it is suggested that future studies consider the association between ethical leadership and job self-efficacy, clinical self-efficacy, and ethical self-efficacy in nurses.

ارتباط رهبری اخلاقی سرپرستاران و ویژگی‌های دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۹۸

پروین سبزه‌بند^۱، مهرداد ملکی جاماسبی^۲، لیلی تاپاک^۳، زهرا پورفرزاد^{۴*} 

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۲ عضو هیئت‌علمی، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدل‌سازی بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران
^۴ استادیار، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

چکیده

سابقه و هدف: رهبری اخلاقی رویکرد نوینی در چشم‌انداز رهبری است که با اولویت دادن به اخلاقیات در سازمان، زمینه را برای ایجاد و ارتقای اثربخشی فردی و سازمانی فراهم می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط رهبری اخلاقی سرپرستاران و ویژگی‌های دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه انجام شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه توصیفی همبستگی حاضر با نمونه‌گیری طبقه‌ای نسبتی روی ۲۳۰ پرستار شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی-درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان در سال ۱۳۹۸ انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های رهبری اخلاقی در پرستاری و خودکارآمدی عمومی شرر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی و از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی عمومی ارتباط آماری معنی‌داری دیده نشد ($P > 0/05$). خودکارآمدی عمومی پرستاران رسمی نسبت به پرستاران قراردادی ($P = 0/04$) و طرحی ($P = 0/02$)، و پرستاران بخش آی‌سی‌یو نسبت به سوختگی ($P = 0/03$) بیشتر بود. همچنین با افزایش سابقه کاری، خودکارآمدی عمومی کاهش می‌یابد ($P < 0/05$). اندازه اهمیت نرمال شده متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته، طبق خروجی شبکه عصبی مصنوعی به ترتیب سابقه کاری ۱۰۰، پیش‌گامی ۷۴/۸، وظیفه‌مداری ۵۶/۲، اخلاق‌مداری ۵۲، بخش محل خدمت ۴۷/۶، سن ۴۶/۴، وضعیت شغلی ۳۸/۱، جنسیت ۳۷/۱، تسهیم قدرت ۲۷ و تحصیلات ۱۳/۳ محاسبه شده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به ارتباط معنادار بین برخی از متغیرهای دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران، برای ارتقای خودکارآمدی عمومی پرستاران به مدیران پرستاری پیشنهاد می‌شود این عوامل مرتبط را به‌ویژه در بازآموزی مدنظر قرار دهند.

واژگان کلیدی: پرستاری؛ خودکارآمدی؛ رهبری اخلاقی

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۰/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۰۷

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۱/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: زهرا پورفرزاد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت بیماری‌های مزمن در منزل، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.
ایمیل: purfarzad7@yahoo.com

استناد: سبزه‌بند، پروین؛ ملکی جاماسبی، مهرداد؛ تاپاک، لیلی؛ پورفرزاد، زهرا. ارتباط رهبری اخلاقی سرپرستاران و ویژگی‌های دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان، ۱۳۹۸. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۱؛ ۳۰(۲): ۱۳۳-۱۲۴.

مقدمه

دستیابی به اهداف سازمان تلاش کنند. رهبری اخلاقی یکی از زیرشاخه‌های رهبری است که به واسطه پیامدهای سازمانی، گروهی و فردی که به همراه دارد، مورد توجه قرار گرفته است [۱]. تئوری

رهبری موضوعی است که از دیرباز نظر محققان و عامه مردم را به خود جلب کرده است. رهبری عبارت است از: تأثیرگذاری بر افراد و انگیزش آنان به‌گونه‌ای که از روی میل و علاقه در راستای

خودکارآمدی عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی همدان است.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-همبستگی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمام پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان (تعداد: ۵۴۰ نفر) بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای-نسبتی، ۲۳۰ نفر از پرستاران به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در این روش نمونه‌گیری، نمونه‌های هر بیمارستان متناسب با تعداد پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در آن بیمارستان (بعثت: ۱۹۸ نفر؛ شهید بهشتی: ۱۱۵ نفر؛ قلب فرشچیان: ۱۰۶ نفر؛ فرشچیان (سینا): ۶۱ نفر؛ فاطمیه: ۶۰ نفر)، تعیین و انتخاب شدند. به‌منظور انتخاب تعداد نمونه مدنظر از هر بخش ویژه هر بیمارستان، از جدول اعداد تصادفی برای انتخاب نمونه‌ها به شیوه تصادفی و بر اساس فهرست تهیه‌شده از نام پرستاران استفاده شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک تحصیلی کارشناسی پرستاری، داشتن حداقل یک سال سابقه کار در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستان و تمایل و رضایت شرکت‌کنندگان به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل تمایل نداشتن به شرکت در مطالعه و تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها بود. با در نظر گرفتن ضریب همبستگی 0.20 ، توان 80% درصد و خطای برآورد 0.05 درصد و همچنین لحاظ کردن 10% درصد ریزش احتمالی، اندازه نمونه 230 نفر برآورد شد. به‌منظور محاسبه اندازه نمونه در مطالعات همبستگی از فرمول زیر استفاده شد [۲۲].

$$C = 0.5 * \ln[(1+r)/(1-r)]$$

در این مطالعه برای گردآوری داده‌ها از سه پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سابقه کاری، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و بخش محل خدمت)، پرسش‌نامه رهبری اخلاقی در پرستاری و پرسش‌نامه خودکارآمدی شرر استفاده شد. برخورداری شریف‌آباد و همکاران (۲۰۱۶) در ایران پرسش‌نامه رهبری اخلاقی در پرستاری را بر اساس یک مطالعه ترکیبی با طرح متوالی اکتشافی طراحی و اعتباریابی کرده‌اند. این پرسش‌نامه میزان رهبری اخلاقی را در مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران می‌سنجد و شامل ۴۹ عبارت در ۴ بعد اخلاق‌مداری (۲۵ گویه)، پیش‌گامی (۱۴ گویه)، تسهیم قدرت (۵ گویه) و وظیفه‌مداری (۵ گویه) است. نحوه نمره‌گذاری این پرسش‌نامه در همه عبارات با مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ (خیلی کم تا خیلی زیاد) است. نمره رهبری اخلاقی از میانگین مجموع نمره عبارات به‌دست می‌آید. نمره هر بعد نیز از میانگین مجموع نمرات عبارات همان بعد به‌دست می‌آید. نمره بیشتر نشان‌دهنده میزان رهبری اخلاقی بیشتر است. چون تعداد سوالات هر حیطه متفاوت است، نمرات بر مبنای ۱۰۰ محاسبه می‌شود تا قوی‌ترین و ضعیف‌ترین حیطه قابل تشخیص باشد. برای

رهبری اخلاقی به‌عنوان یک تئوری مستقل برای اولین بار بر اساس مطالعات Brown و همکاران گسترش یافت. آن‌ها با استناد به نظریه یادگیری اجتماعی، رهبری اخلاقی را نمود رفتار مناسب از نظر هنجاری از طریق اعمال شخصی و تعاملات بین‌فردی، و ترویج این رفتارها را در میان پیروان از طریق ارتباطات دوطرفه، تشویق و تصمیم‌گیری تعریف کردند [۲].

رهبری اخلاقی شکلی از رهبری است که نیازمند توسعه استانداردهای اخلاقی برای اداره رفتار کارکنان و اجرای استانداردهای اخلاقی به‌طور مؤثر در رفتارهایشان است [۳]. در مطالعات متعدد اهمیت رهبری اخلاقی با تأثیر آن بر پیرو و پیامدهای سازمانی مورد تأکید قرار گرفته است. به‌طوری‌که یافته‌های مطالعات نشان‌دهنده وجود ارتباط بین رهبری اخلاقی با رفتار شهروندی سازمانی، اشتیاق شغلی [۴]، رضایت شغلی، جو اخلاقی [۵]، توانمندسازی روان‌شناختی [۶]، عدالت [۷]، تعهد سازمانی [۸]، فرسودگی شغلی و اعتماد [۹] است. همچنین مطالعات وجود ارتباط را بین رهبری اخلاقی و خودکارآمدی کارکنان نشان دادند [۱۰، ۱۱].

خودکارآمدی به معنی باورها و اعتقادات شخص در خصوص توانایی‌هایش برای انجام رفتارهایی است که پیامد خاصی را به دنبال خواهد داشت [۱۲]. تحقیقات پرستاری نشان داده است پرستارانی با خودکارآمدی بیشتر، عملکرد بهتری دارند، نسبت به پرستارانی که خودکارآمدی کمتری دارند، مراقبت با کیفیت‌تری را ارائه می‌دهند، در کار خود تعهد بیشتری دارند و در مقابل مشکلات استقامت بیشتری را نشان می‌دهند. مراقبت باکیفیت به پرستارانی نیاز دارد که به توانایی‌های خود معتقد باشند [۱۳]. پژوهش Ko و Lee با هدف بررسی تأثیر خودکارآمدی بر عملکرد پرستاران نشان داد یکی از عوامل مهم در عملکرد پرستاران، درک خودکارآمدی است [۱۴].

با توجه به اینکه پرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه مسئول ارائه مراقبت‌های تخصصی به بیماران بسیار بدحال هستند، ارائه مراقبت با کیفیت خوب و مطابق استاندارد در این بخش‌ها اهمیت بسیاری دارد [۱۵]. خودکارآمدی فردی پرستاران در انجام اقدامات پرستاری به خصوص در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در رفتارهای بالینی و حرفه‌ای آنان تغییر ایجاد می‌کند و درنهایت به بهبود مراقبت از بیمار می‌انجامد که هدف اصلی حرفه پرستاری است [۱۶]. نتایج مطالعه‌ای نشان داد افزایش خودکارآمدی پرستاران به کاهش فرسودگی شغلی، افزایش انگیزه و رضایت آنان کمک می‌کند [۱۷].

مطالعات محدودی ارتباط بین رهبری اخلاقی و خودکارآمدی شغلی را بررسی کرده‌اند. نتایج مطالعات نشان داده است بین رهبری اخلاقی و خودکارآمدی شغلی ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد [۱۸-۲۰، ۱۱]. با این وجود، مطالعات انجام‌شده در ایران به‌منظور بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی و خودکارآمدی عمومی محدود است [۲۱]؛ بنابراین، هدف اصلی این مطالعه بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی سرپرستاران و ویژگی‌های دموگرافیک با

تبدیل نمرات سؤالات، زیرمقیاس‌ها و کل ابزار به نمره صفر تا ۱۰۰ از فرمول تبدیل خطی زیر استفاده شد:

$$100 \times \left(\frac{\text{حداقل نمره خام ممکن} - \text{نمره خام به دست آمده}}{\text{حداکثر نمره خام ممکن} - \text{حداقل نمره خام ممکن}} \right) = \text{نمره بر حسب صد}$$

همبستگی نمرات پرسش‌نامه رهبری اخلاقی در پرستاری با ابزار رهبری اخلاقی Brown و همکاران به‌عنوان ابزار ملاک، برابر ۰/۸۹ و معنادار بود. پایایی همسانی درونی، در کل ابزار برابر با ۰/۹۹ و ضریب همبستگی درون طبقه‌ای برابر ۰/۸۲ بود [۲۳]. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه رهبری اخلاقی در پرستاری ۰/۹۸۵ به‌دست آمد.

Sherer و همکاران (۱۹۸۲) پرسش‌نامه خودکارآمدی عمومی را طراحی کردند که ۱۷ گویه دارد و به صورت لیکرتی و در ۵ درجه تدوین شده است. به این صورت که در گویه‌های ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳ و ۱۵ برای پاسخ کاملاً موافق، نمره ۵ و برای پاسخ کاملاً مخالف، نمره ۱ تعلق می‌گرفت و در سایر گویه‌ها بالعکس بود. دامنه نمرات از ۱۷ تا ۸۵ بود. نمره ۱۷ تا ۲۸ خودکارآمدی ضعیف، ۲۹ تا ۵۷ خودکارآمدی متوسط و ۵۸ تا ۸۵ خودکارآمدی خوب در نظر گرفته شد [۲۴]. روایی و پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است. برای مثال، پراتی به‌منظور بررسی اعتبار و روایی این مقیاس نمرات به‌دست‌آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی همبسته کرد که همبستگی پیش‌بینی‌شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۰۵ معنادار به‌دست آمد که در راستای تأیید سازه مدنظر بود [۲۵]. همچنین در پژوهش زندی و همکاران (۱۳۹۸) آلفای کرونباخ پرسش‌نامه مذکور ۰/۸۷ به‌دست آمد [۲۶]. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۰۷ به‌دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسش‌نامه است.

روش کار بدین صورت بود که ابتدا به‌منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه‌ها، مطالعه پایلوت با تعداد نمونه ۱۰ پرستار از جامعه آماری به صورت تصادفی انجام شد. پس از اطمینان از پایایی پرسش‌نامه‌ها و گرفتن مجوزهای لازم از شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان و هماهنگی با رؤسای بیمارستان‌ها، فرایند نمونه‌گیری آغاز شد. برای نمونه‌گیری، پژوهشگر طی مدت ۶ ماه در تمامی ایام هفته و در شیفت‌های مختلف به بخش‌های مراقبت‌های ویژه تمام مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان مراجعه کرد. ابتدا توضیحات لازم در زمینه اهداف تحقیق و پرسش‌نامه‌های مذکور به افراد داده شد و پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی و اطمینان دادن از اینکه اطلاعات کاملاً محرمانه می‌ماند، پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری و داخل پاکت به پرستاران در ایستگاه پرستاری در شیفت‌های صبح، عصر و شب تحویل داده شد. پرستاران پرسش‌نامه‌ها را در منزل یا اتاق استراحت از طریق خوداظهاری تکمیل کردند. از آنجاکه حضور سرپرستار برای کارکنان صبح‌کار یا حتی حضور محقق و دیگر

کارکنان، امکان تورش را افزایش می‌داد، به افراد اجازه داده شد پرسش‌نامه‌ها را در فرصت مناسب تکمیل کنند و تحویل دهند.

پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شدند. در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباط رهبری اخلاقی سرپرستاران با خودکارآمدی عمومی پرستاران از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. به‌منظور بررسی ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. از روش شبکه عصبی برای تعیین متغیرهای مرتبط با متغیر خودکارآمدی عمومی استفاده شد تا روابط غیرخطی با متغیر وابسته و اثرات متقابل را آشکار سازد. شبکه شامل یک لایه ورودی (جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی و محل خدمت، مؤلفه اخلاق‌مداری، مؤلفه پیش‌گامی، مؤلفه تسهیم قدرت، مؤلفه وظیفه‌مداری، سابقه کاری و سن) و یک لایه پنهان با تابع فعال‌سازی تانژانت هایدربولیک و یک لایه خروجی بود. بدین ترتیب اهمیت هر کدام از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته تعیین شد.

ملاحظات اخلاقی که برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد شامل گرفتن کد اخلاق با شماره IR.IMSHA.REC.1398.874 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، گرفتن رضایت آگاهانه کتبی از پرستاران، ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش، امانت‌داری در استفاده از منابع و محرمانه بودن اطلاعات پرسش‌نامه‌ها بود.

نتایج

بیشتر پرستاران شرکت‌کننده در این پژوهش (۷۲/۲ درصد) زن و در محدوده سنی ۳۰ تا ۳۹ سال بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۸۷/۸ درصد) مدرک کارشناسی داشتند. ۹۶ نفر (۴۱/۷ درصد) از آن‌ها سابقه کار کمتر از ۵ سال داشتند و ۷۹ نفر (۳۴/۳ درصد) استخدام رسمی بودند (جدول ۱).

میانگین نمره ویژگی‌های رهبری اخلاقی در سرپرستاران ۱۹/۱۹ ± ۶۴/۵۳ بود. همچنین در میان مؤلفه‌های رهبری اخلاقی، میانگین نمرات پیش‌گامی ۱۷/۸۶ ± ۶۷/۳۱، وظیفه‌مداری ۲۱/۱۹ ± ۶۵/۳۹، تسهیم قدرت ۲۲/۳۰ ± ۶۳/۹۷ و اخلاق‌مداری ۲۱/۴۵ ± ۶۱/۴۶ بود. نتایج حاصل از بررسی خودکارآمدی پرستاران نشان داد میانگین و انحراف معیار نمره کل خودکارآمدی به ترتیب ۶۳/۹۳ و ۹/۰۷ بود. سطح خودکارآمدی ۵۱ پرستار (۲۲/۲ درصد) متوسط بود. ۱۷۹ نفر (۷۷/۸ درصد) در سطح خوب قرار داشتند. ارتباط آماری معناداری بین سبک رهبری اخلاقی و مؤلفه‌های آن با خودکارآمدی عمومی پرستاران وجود نداشت ($p > 0.05$) (جدول ۲).

یافته‌های جدول ۳ با اجرای مدل رگرسیونی نشان داد تفاوت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی عمومی پرستاران (تعداد: ۲۳۰ نفر) بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر	فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار
جنس				
مرد	۶۴	۲۷/۸۳	۶۵/۱۰	۹/۴۵
زن	۱۶۶	۷۲/۱۷	۶۳/۴۸	۸/۹۱
سن				
۲۹ ≥	۹۶	۴۱/۷۴	۶۳/۷۲	۹/۰۸
۳۰ تا ۳۹ سال	۱۰۶	۴۶/۰۹	۶۴/۱۳	۸/۹۹
۴۰ ≤	۲۸	۱۲/۱۷	۶۳/۸۹	۹/۷۰
سطح تحصیلات				
کارشناسی	۲۰۲	۸۷/۸۳	۶۳/۶۹	۸/۸۴
کارشناسی ارشد و دکتری	۲۸	۱۲/۱۷	۶۵/۰۷	۱۰/۴۰
وضعیت استخدامی				
طرحی	۵۳	۲۳/۰۴	۶۳/۳۹	۹/۴۱
قراردادی	۳۶	۱۵/۶۵	۶۲/۸۰	۷/۸۳
پیمانی	۴۷	۲۰/۴۴	۶۴/۵۳	۸/۵۲
رسمی آزمایشی	۱۵	۶/۵۲	۶۵/۱۳	۱۲/۱۸
رسمی	۷۹	۳۴/۳۵	۶۴/۲۲	۹/۱۸
سابقه کاری				
۵ ≥	۹۶ (۴۱/۷)	۴۱/۷۴	۶۴/۳۵	۹/۳۸
۶ تا ۱۰ سال	۶۱ (۲۶/۵)	۲۶/۵۲	۶۴/۴۲	۸/۹۵
۱۱ تا ۱۵ سال	۴۶ (۲۰/۰)	۲۰/۰	۶۳/۵۲	۸/۷۸
۱۶ تا ۲۰ سال	۱۸ (۷/۸)	۷/۸۳	۶۲/۳۸	۸/۱۳
۲۱ ≤	۹	۳/۹۱	۶۱/۳۳	۱۰/۹۸
بخش محل خدمت				
آی.سی.یو	۸۸	۳۸/۲۶	۶۵/۰۴	۹/۰۵
سی.سی.یو	۳۰	۱۳/۰۴	۶۲/۱۰	۹/۳۷
اورژانس	۷۹	۳۴/۳۵	۶۳/۹۴	۸/۹۳
دیالیز	۲۷	۱۱/۷۴	۶۳/۷۷	۸/۴۱
سوختگی	۶	۲/۶۱	۵۷/۳۳	۱۱/۳۷

کمتر از پرستاران رسمی و همچنین در پرستاران قراردادی کمتر از پرستاران رسمی بود. بین پرستاران پیمانی و رسمی و همچنین پرستاران رسمی آزمایشی و رسمی تفاوت معناداری در میانگین خودکارآمدی وجود نداشت ($p > 0/05$). در رابطه با تفاوت میانگین بر حسب بخش محل خدمت، بین

میانگین خودکارآمدی در گروه‌های دوگانه جنسیتی و سطح تحصیلات معنادار نبود ($p > 0/05$). در رابطه با تفاوت میانگین بر حسب وضعیت استخدامی، بین خودکارآمدی پرستاران طرحی و رسمی ($p = 0/02$) و همچنین پرستاران قراردادی و رسمی ($p = 0/04$) تفاوت آماری معناداری وجود داشت، به طوری که خودکارآمدی در پرستاران طرحی

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد رهبری اخلاقی با خودکارآمدی پرستاران

متغیر	ضریب همبستگی پیرسون	سطح معناداری
رهبری اخلاقی	$r = 0/01$	$p = 0/991$
اخلاق‌مداری	$r = 0/008$	$p = 0/905$
پیش‌گامی	$r = 0/012$	$p = 0/858$
تسهیم قدرت	$r = -0/026$	$p = 0/694$
وظیفه‌مداری	$r = -0/034$	$p = 0/603$

جدول ۳: مدل رگرسیونی ارتباط ویژگی‌های دموگرافیک و رهبری اخلاقی با خودکارآمدی پرستاران

آزمون فرض		ضریب	متغیرها
سطح معناداری	آماره والد		
ref	ref	ref	زن
۰/۱۴	۲/۰۹	۲/۰۲	مرد
ref	ref	ref	کارشناسی
۰/۳۲	۰/۹۶	۱/۹۰	کارشناسی ارشد و بالاتر
ref	ref	ref	رسمی
۰/۰۲	۵/۲۵	-۵/۳۲	طرحی
۰/۰۴	۳/۹۴	-۴/۰۸	قراردادی
۰/۱۳	۲/۲۲	-۲/۹۴	پیمانی
۰/۴۶	۰/۵۳	-۱/۹۹	رسمی آزمایشی
ref	ref	ref	آی‌سی‌یو
۰/۰۳	۴/۷۳	-۸/۱۵	سوختگی
۰/۰۷	۳/۲۰	-۳/۴۷	سی‌سی‌یو
۰/۱۹	۱/۶۸	-۱/۸۵	اورژانس
۰/۳۹	۰/۷۱	-۱/۶۷	دیالیز
۰/۰۲	۴/۹۵	-۰/۳۳	سابقه کاری
۰/۷۴	۰/۱۰	۰/۰۱	رهبری اخلاقی

جدول ۴: نتایج اهمیت هرکدام از متغیرهای مستقل در پیش‌بینی متغیر وابسته (خودکارآمدی عمومی) در مدل شبکه‌های عصبی

متغیر مستقل	اندازه اهمیت	اندازه اهمیت نرمال شده (درصد)
سابقه کاری	۰/۲۰۳	۱۰۰
مؤلفه پیش‌گامی	۰/۱۵۲	۷۴/۸
مؤلفه وظیفه‌مداری	۰/۱۱۴	۵۶/۲
مؤلفه اخلاق‌مداری	۰/۱۰۶	۵۲
بخش محل خدمت	۰/۰۹۷	۴۷/۶
سن	۰/۰۹۴	۴۶/۴
وضعیت شغلی	۰/۰۷۷	۳۸/۱
جنسیت	۰/۰۷۵	۳۷/۱
مؤلفه تسهیم قدرت	۰/۰۵۵	۲۷
تحصیلات	۰/۰۲۷	۱۳/۳

بحث

نتایج نشان داد با توجه به اینکه میانگین نمره رهبری اخلاقی (۶۴/۵۳) از متوسط نمره پرسش‌نامه (۵۰) بیشتر است، سرپرستاران استانداردهای رهبری اخلاقی را در سطح متوسط به بالا رعایت می‌کنند. در همین راستا یافته‌های مطالعه‌ای در ترکیه در سال ۲۰۱۹ نشان داد نمره رهبری اخلاقی سرپرستاران از دیدگاه پرستاران بیشتر از میانگین است [۵]. همچنین یافته‌های مطالعه Laukkanen و همکاران (۲۰۱۶) در فنلاند نشان داد مدیران پرستاری معیارهای رهبری اخلاقی را در سطح خوبی رعایت می‌

خودکارآمدی پرستاران شاغل در بخش سوختگی و آی‌سی‌یو تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=۰/۰۳$)، به طوری که خودکارآمدی در پرستاران بخش سوختگی کمتر از پرستاران آی‌سی‌یو بود؛ اما بین پرستاران شاغل در بخش‌های سی‌سی‌یو و آی‌سی‌یو، پرستاران اورژانس و آی‌سی‌یو و همچنین پرستاران دیالیز و آی‌سی‌یو تفاوت معناداری در میانگین خودکارآمدی وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)، بین متغیر سابقه کاری با متغیر خودکارآمدی رابطه معناداری حاکم بود ($p=۰/۰۲$)؛ بدین معنا که با افزایش سابقه کار، خودکارآمدی کاهش می‌یابد. ارتباط آماری معناداری بین سبک رهبری اخلاقی با خودکارآمدی عمومی پرستاران وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). ضریب تعیین مدل $R^2=۰/۰۶۱$ به دست آمد. همچنین معیار آکائیکه (AIC) و معیار اطلاعات بیزی (BIC) به ترتیب $۱۶۸۰/۴۸۶$ و $۱۷۳۸/۹۳$ به دست آمد. نتیجه آزمون نیکویی برازش ($P=۰/۱۷۲$) نشان داد مدل برای داده‌ها برازش مناسبی دارد.

نتایج حاصل از تحلیل شبکه عصبی نشان داد خطای مدل پیش‌گویی‌کننده خودکارآمدی در دو قسمت داده‌های آموزشی و آزمایشی به ترتیب $۰/۹۶۶$ و $۱/۰۰۹$ محاسبه شده است که نشان دهنده میزان خطای کمتر از ۱ درصد برای مجموعه آزمون است. جدول ۴ اهمیت هرکدام از متغیرهای مستقل را در پیش‌بینی متغیر وابسته نشان می‌دهد. طبق این جدول از نظر اهمیت به ترتیب سابقه کاری $۰/۲۰۳$ ، مؤلفه پیش‌گامی $۰/۱۵۲$ ، مؤلفه وظیفه‌مداری $۰/۱۱۴$ ، مؤلفه اخلاق‌مداری $۰/۱۰۶$ ، بخش محل خدمت $۰/۰۹۷$ ، سن $۰/۰۹۴$ ، وضعیت شغلی $۰/۰۷۷$ ، جنسیت $۰/۰۷۵$ ، مؤلفه تسهیم قدرت $۰/۰۵۵$ و تحصیلات $۰/۰۲۷$ قرار دارند.

حاضر همسو نیست. در مطالعه حاضر خودکارآمدی عمومی مدنظر است، نه خودکارآمدی شغلی که ممکن است یکی از دلایل تفاوت باشد. یافته‌های مطالعه زارعزاده و همکاران در سال ۱۴۰۰ در یزد نشان داد بین رهبری اخلاقی و ابعاد آن با خودکارآمدی عمومی پرستاران همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد [۲۱]. در مطالعه مذکور، از پرسش‌نامه‌های رهبری اخلاقی Brown و همکاران و خودکارآمدی Schwarzer و Jerusalem استفاده شده بود که با مطالعه حاضر متفاوت است. همچنین این تفاوت در نتایج ممکن است ناشی از تأثیر عوامل مختلف بر خودکارآمدی عمومی نظیر منابع اجتماعی و عوامل محیطی باشد.

بین متغیر سابقه کاری با متغیر خودکارآمدی رابطه معناداری حاکم است ($p=0/02$)؛ بدین معنا که با کنترل سایر متغیرها، با افزایش سابقه کاری، خودکارآمدی عمومی کاهش می‌یابد. این در حالی است که یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در ایران نشان داد بین متغیر خودکارآمدی و سابقه خدمت ارتباط آماری معنی‌داری وجود ندارد که با مطالعه حاضر همسو نبود [۳۲-۳۴]. در مطالعات پیش‌گفت، هدف بررسی ارتباط خودکارآمدی بالینی یا خودکارآمدی عملکردهای تخصصی با سابقه کاری پرستاران بوده است؛ این در حالی است که در مطالعه حاضر ارتباط خودکارآمدی عمومی با سابقه کاری مدنظر است که ممکن است از جمله علل تفاوت باشد. یافته‌های مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۹ در اندونزی نشان داد بین خودکارآمدی عمومی و سابقه کار رابطه آماری معناداری وجود ندارد [۳۵]. با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف، تفاوت‌های نسلی و اختلاف در تجارب پاسخ‌دهندگان ممکن است این عوامل از جمله علل احساس خودکارآمدی عمومی بیشتر در افراد با سابقه کاری کمتر در پژوهش حاضر باشد.

در رابطه با تفاوت میانگین بر حسب وضعیت استخدامی، بین خودکارآمدی عمومی پرستاران طرحی و رسمی و همچنین پرستاران قراردادی و رسمی تفاوت آماری معناداری وجود دارد؛ به طوری که خودکارآمدی در پرستاران طرحی کمتر از پرستاران رسمی و همچنین در پرستاران قراردادی کمتر از پرستاران رسمی است. بنابراین، توجه به وضعیت استخدامی به‌عنوان متغیری تأثیرگذار بر خودکارآمدی عمومی می‌تواند مورد توجه مدیران پرستاری باشد. در رابطه با تفاوت میانگین بر حسب بخش محل خدمت، بین خودکارآمدی پرستاران شاغل در بخش سوختگی و آی‌سی‌یو تفاوت آماری معناداری وجود دارد؛ به طوری که خودکارآمدی در پرستاران بخش سوختگی کمتر از پرستاران آی‌سی‌یو بود. در مطالعه روانی‌پور و همکاران، نتایج نشان داد پرستاران در بخش‌های مختلف امتیاز خودکارآمدی یکسانی دارند که با مطالعه ما همسو نبود [۳۶]. یافته‌های مطالعه نبوره و همکاران (۱۳۹۳) در اهواز نشان داد امتیاز خودکارآمدی پرستاران بخش سی‌سی‌یو بیشتر از سایر بخش‌ها بود [۳۷].

در مطالعه Kim و Choi (۲۰۱۵) مشخص شد امتیاز خودکارآمدی پرستاران در بخش‌های تخصصی، از امتیاز سایر

کند [۲۷]. این در حالی است که یافته‌های مطالعه برخورداری و همکاران (۱۳۹۷) در تهران نشان داد پرستاران سطح رهبری اخلاقی مدیران را متوسط ارزیابی کرده‌اند [۲۳]. همچنین یافته‌های مطالعه دلوی و گنجی (۱۳۹۳) در شهرکرد نشان داد مسئولان پرستاری معیارهای رهبری اخلاقی را در حد متوسط رعایت می‌کنند [۲۸].

تفاوت در نتایج مطالعات ممکن است به دلیل تفاوت در ابزار استفاده‌شده، جامعه پژوهش و جوّ سازمانی باشد. به طوری که در مطالعه حاضر به‌طور اختصاصی عملکرد رهبری اخلاقی سرپرستاران در بخش‌های مراقبت‌های ویژه با استفاده از ابزار قابل اعتماد سنجیده شده است که به‌طور خاص برای پرستاری در ایران طراحی شده است. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، سرپرستاران از رفتارهای حیطة پیش‌گامی بیشتر استفاده می‌کردند. این در حالی است که وظیفه‌مداری، تسهیم قدرت و اخلاق‌مداری به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند. در مطالعه برخورداری و همکاران (۱۳۹۷) در تهران که از ابزار مشابه با پژوهش حاضر استفاده کرده است، قوی‌ترین حیطة، تسهیم قدرت و ضعیف‌ترین حیطة، وظیفه‌مداری بود [۲۳]. این نتایج با مطالعه حاضر همسو نبود.

نتایج نشان داد میانگین نمره خودکارآمدی عمومی پرستاران شاغل در بخش‌های مراقبت‌های ویژه در سطح بالاتر از متوسط بود؛ به طوری که خودکارآمدی بیشتر پرستاران (۷۷/۸ درصد) در سطح خوب بود. نتایج مطالعه نیک‌منش و کیخا (۱۳۹۴) در زاهدان نشان داد پرستاران سطح خودکارآمدی عمومی بیشتر از متوسط دارند که با مطالعه حاضر همخوانی داشت [۲۹]. همچنین در مطالعه‌ای که محمدی و همکاران (۱۳۹۷) در کرمانشاه انجام دادند، پرستاران نمره خودکارآمدی عمومی در سطح متوسط داشتند که با مطالعه حاضر همسو نبود [۳۰]. در مطالعه حاضر، پرستاران شرکت‌کننده در بخش‌های مراقبت‌های ویژه شاغل بودند، درحالی که نمونه‌های پژوهش در مطالعه پیش‌گفت، شامل پرستاران شاغل در سایر بخش‌ها بودند که ممکن است یکی از دلایل تفاوت باشد. در همین راستا در مطالعه Kim و Choi (۲۰۱۵) مشخص شد امتیاز خودکارآمدی پرستاران در بخش‌های تخصصی از امتیاز سایر پرستاران مراکز درمانی در سطح مطلوب‌تری قرار دارد و این اختلاف معنادار است [۳۱].

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی عمومی پرستاران ارتباط مستقیم و معنی‌داری وجود ندارد. این در حالی است که اندازه اهمیت نرمال شده متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته مطابق با خروجی شبکه عصبی مصنوعی به ترتیب مؤلفه پیش‌گامی ۷۴/۸، وظیفه‌مداری ۵۶/۲، اخلاق‌مداری ۵۲ و تسهیم قدرت ۲۷ محاسبه شده است؛ بنابراین، ممکن است بین متغیرها و خودکارآمدی روابط غیرخطی وجود داشته باشد.

مطالعات دیگر به بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی شغلی در سازمان‌ها پرداخته‌اند که حاکی از ارتباط مثبت و معنادار بین دو متغیر بودند [۱۰، ۱۱، ۱۸-۲۰] که با مطالعه

پیشنهاد می‌شود مطالعاتی در زمینه بررسی ارتباط رهبری اخلاقی با خودکارآمدی شغلی، خودکارآمدی بالینی و خودکارآمدی اخلاقی پرستاران انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مصوب با شماره ۹۸۱۰۲۴۸۰۲۸ و کد اخلاق IR.IMSHA.REC.1398.874 در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمام پرستاران بیمارستان‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی همدان که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ تعارضی در منافع وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی که برای پژوهش حاضر در نظر گرفته شد شامل گرفتن کد اخلاق با شماره IR.IMSHA.REC.1398.874 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی همدان، گرفتن رضایت آگاهانه کتبی از پرستاران، ارائه توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش، امانت‌داری در استفاده از منابع و محرمانه بودن اطلاعات پرسش‌نامه‌ها بود.

سهم نویسندگان

مفهوم‌سازی، طراحی مطالعه: تمام نویسندگان؛ نمونه‌گیری و جمع‌آوری داده‌ها: پروین سبزه‌بند؛ نظارت بر اجرای پژوهش: مهرداد ملکی جاماسبی و زهرا پورفرزاد؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: پروین سبزه‌بند، لیلی تاپاک و زهرا پورفرزاد؛ نگارش متن و بازبینی: تمام نویسندگان.

حمایت مالی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مصوب با شماره ۹۸۱۰۲۴۸۰۲۸ و کد اخلاق IR.IMSHA.REC.1398.874 در معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی همدان است.

REFERENCES

- Zhu W. The effect of ethical leadership on follower moral identity: The mediating role of psychological empowerment. *Leadership*. 2008;8(3):62-73.
- Brown ME, Treviño LK, Harrison DA. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2005;97(2):117-34. DOI: [10.1016/j.obhdp.2005.03.002](https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002)
- Cheng JW, Chang SC, Kuo JH, Cheung YH. Ethical leadership, work engagement, and voice behavior. *Ind Manag Data Syst*. 2014;114(5):817-31. DOI: [10.1108/IMDS-10-2013-0429](https://doi.org/10.1108/IMDS-10-2013-0429)
- Demirtas O. Ethical leadership influence at organizations: Evidence from the field. *J Bus Ethics*. 2015;126(2):273-84. DOI: [10.1007/s10551-013-1950-5](https://doi.org/10.1007/s10551-013-1950-5)
- Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nurs Ethics*. 2019;26(4):1211-25. PMID: [29117776](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29117776/) DOI: [10.1177/0969733017736924](https://doi.org/10.1177/0969733017736924)
- Dust SB, Resick CJ, Margolis JA, Mawritz MB, Greenbaum RL. Ethical leadership and employee success: Examining the roles of psychological empowerment and emotional exhaustion. *Leadersh Q*. 2018;29(5):570-83. DOI: [10.1016/j.leaqua.2018.02.002](https://doi.org/10.1016/j.leaqua.2018.02.002)
- Aloustani S, Atashzadeh-Shoorideh F, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Barkhordari-Sharifabad M, Skerrett V. Association between ethical leadership, ethical climate and organizational citizenship behavior from nurses' perspective: a descriptive correlational study. *BMC Nurs*. 2020;19(1):1-8. DOI: [10.1186/s12912-020-0408-1](https://doi.org/10.1186/s12912-020-0408-1)
- Eslamieh F, Mohammad Davoudi AH. An analysis of the relationship between managers' ethical leadership style with teachers' organizational commitment and job burnout. *Int J Organ Behav Leadersh*. 2016;5:380-92. DOI: [10.33844/ijol.2016.60398](https://doi.org/10.33844/ijol.2016.60398)
- Akker Lv, Heres L, Lasthuizen K, Six F. Ethical leadership and trust: It's all about meeting expectations. *Int J Leadersh Educ*. 2009;5(2):102-22.
- Yousoufipour Avarandi G, Malekzadeh G, Erfanian Khanzadeh H. Investigating the mediating role of organizational spirituality in the relationship of ethical leadership and employees' self-efficacy (case of study: the staff of Ferdowsi University of

پرستاران مراکز درمانی در سطح مطلوب‌تری قرار دارد و این اختلاف معنادار است [۳۱]. در مطالعه حاضر، تفاوت میانگین خودکارآمدی در گروه‌های دوگانه سطح تحصیلات و جنسیت معنادار نبود. یافته‌های مطالعه‌ای نشان داد بین میانگین نمره خودکارآمدی پرستاران بر حسب سطح تحصیلات تفاوت آماری معناداری ندارد که با مطالعه ما همسو بود [۳۰].

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر تعداد اندک شرکت کنندگان با سطح تحصیلات کارشناسی ارشد و بیشتر نسبت به کارشناسی، پرستاران مرد نسبت به پرستاران زن، پرستاران شاغل در بخش سوختگی نسبت به سایر بخش‌ها بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به‌منظور بررسی دقیق‌تر، مطالعه‌ای با تعداد نمونه بیشتر برای مقایسه خودکارآمدی عمومی بر حسب سطح تحصیلات، جنسیت و بخش محل خدمت انجام شود.

نتیجه‌گیری

هرچند میانگین رهبری اخلاقی سرپرستاران از دیدگاه پرستاران در سطح متوسط به بالا قرار داشت، کمترین نمرات در حیطه اخلاق‌مداری بود؛ لذا نیاز به رشد و توسعه حرفه‌ای در این زمینه احساس می‌شود. با توجه به ارتباط معنادار بین برخی از متغیرهای دموگرافیک با خودکارآمدی عمومی پرستاران، به‌منظور ارتقای خودکارآمدی عمومی پرستاران به مدیران پرستاری پیشنهاد می‌شود این عوامل مرتبط را به‌ویژه در بازآموزی مدنظر قرار دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات دیگر، سایر متغیرها و عوامل مؤثر بر خودکارآمدی عمومی پرستاران شناسایی و تحلیل شود. از طرفی دیگر، با توجه به نبود ارتباط خطی بین رهبری اخلاقی سرپرستاران با خودکارآمدی عمومی پرستاران

- Mashhad). *J Soc Sci*. 2018;**14**(1):221-61. [Persian]. DOI: [10.22067/jss.v14i1.59878](https://doi.org/10.22067/jss.v14i1.59878)
11. Ren S, Chadee D. Ethical leadership, self-efficacy and job satisfaction in China: the moderating role of guanxi. *Pers Rev*. 2017;**46**(2):371-88. DOI: [10.1108/PR-08-2015-0226](https://doi.org/10.1108/PR-08-2015-0226)
 12. Zulkosky K. Self-efficacy: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2009;**44**(2):93-102. DOI: [10.1111/j.1744-6198.2009.00132.x](https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00132.x)
 13. Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. *J Adv Nurs*. 2012;**68**(9): 2113-24. PMID: [22211701](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211701/) DOI: [10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x)
 14. Lee TW, Ko YK. Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *J Adv Nurs*. 2010;**66**(4):839-48. PMID: [20423371](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20423371/) DOI: [10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x)
 15. Kalroozi F, Farsi Z, Nezamzadeh M, Rashidifar S. The effect of clinical adult process on the tracheotomy suctioning skill of nurses working in the critical care unit (ICU). *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015;**13**(9):748-57. [Persian].
 16. Manojlovich M. Promoting nurses' self-efficacy: a leadership strategy to improve practice. *J Nurs Adm*. 2005;**35**(5):271-8. PMID: [15891491](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15891491/) DOI: [10.1097/00005110-200505000-00011](https://doi.org/10.1097/00005110-200505000-00011)
 17. Vaezfar S, Azadi M, Akbari Balotanbegan A, Rahimi M. The Predictive Role of Self-efficacy and Social Support in Nurses' Burnout. *Iran J Nurs*. 2014;**27**(90):140-9. [Persian]. DOI: [10.29252/ijn.27.90.91.140](https://doi.org/10.29252/ijn.27.90.91.140)
 18. Mohaghegh A, Shafipour-Motlagh F, Atashak M. Relationship between organizational commitment & perfectionism with ethical sacrifice leadership: mediating role of self-efficacy. *Ethics Inf Technol*. 2020;**14**(4):84-90. [in persian]
 19. Walumbwa FO, Mayer DM, Wang P, Wang H, Workman K, Christensen AL. Linking ethical leadership to employee performance: The roles of leader-member exchange, self-efficacy, and organizational identification. *Organ Behav Hum Decis Process*. 2011;**115**(2):204-13. DOI: [10.1016/j.obhdp.2010.11.002](https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2010.11.002)
 20. Soltani F, Rezaei H. Explaining employee performance according to the role of ethical leadership style and self-efficacy of staff in guilan university of medical sciences. International Conference on New Directions in Management, Economics and Accounting: East Azarbaijan Industrial Management Agency. 2015;**1**(1):35-45. [Persian].
 21. Zarezadeh S, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree M. Association between Ethical Leadership with Self-Efficacy and General Health of Nurses. *J Nurs Educ*. 2021;**10**(3):34-44. [Persian]
 22. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
 23. Barkhordari-Sharifabad M, Mirjalili NS. Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses' perspective. *Nurs Ethics*. 2020; **27**(2):609-20. PMID: [31331231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331231/) DOI: [10.1177/0969733019858706](https://doi.org/10.1177/0969733019858706)
 24. Asgharnejad T, Ahmadi Dehghotboddini M, Farzad V, Khodapanahi MK. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. *J Psychol*. 2006;**10**(3):262-74. [Persian].
 25. Prati G, Pietrantonio L, Cicognani E. Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety Stress Coping*. 2010;**23**(4):463-70. PMID: [19937503](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19937503/) DOI: [10.1080/10615800903431699](https://doi.org/10.1080/10615800903431699)
 26. Zandi H, Sadeghi A, Shamsaei F, Tapak L. The Relationship between Self-Efficacy with Life Satisfaction in Nursing Students. *J Nurs Educ*. 2018;**8**(6):34-40. [Persian].
 27. Laukkanen L, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Ethical activity profile of nurse managers. *J Nurs Manag*. 2016;**24**(4):483-91. PMID: [26597499](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26597499/) DOI: [10.1111/jonm.12348](https://doi.org/10.1111/jonm.12348)
 28. Ganji M, Dalvi M. The Impact of ethical leadership on job stress and occupation turnover intention in nurses of hospitals affiliated to Shahrekord University of Medical Sciences. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2014;**16**(1):121-8. [Persian].
 29. Nikmanesh Z, Kiekha S. Effect of spiritual intelligence and self-efficacy on nurses' resiliency in therapeutic and teaching centers of Zahedan. *J Res Dev Nurs Midw*. 2016;**12**(3):71-8. [Persian].
 30. Mohammadi A, Kheftan P, Amirpour B, Sepidehdam MA, Gholami Jam F. Self-Efficacy relationship with social health among nurses in Taleghani Hospital in Kermanshah. Iran. *J Health Educ Health Promot*. 2018;**6**(1):72-9. [Persian]. DOI: [10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72](https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.1.72)
 31. Choi M, Kim J. Relationships between clinical decision-making patterns and self-efficacy and nursing professionalism in Korean pediatric nurses. *J Pediatr Nurs*. 2015;**30**(6):81-8. PMID: [26239122](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26239122/) DOI: [10.1016/j.pedn.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.07.001)
 32. Salimi HR, Pourebrahimi M, Hoseinabadi-Farahani JM. Clinical self-efficacy, dimensions and related factors among nursing students. *Iran J Psych Nurs*. 2017;**5**(2):1-7. [Persian]. DOI: [10.21859/ijpn-05021](https://doi.org/10.21859/ijpn-05021)
 33. Ghadmgahi F, Zighaimat F, Ebadi A, Houshmand A. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staffs in hospital infections control. *J Mil Med*. 2011;**13**(3):167-72. [Persian].
 34. Amini N, Rezazadeh A, Khooshemehri G, Amini M, Salehiniya H. Knowledge, attitude and self-efficacy of nursing staff in nosocomial infection in child hospitals of Tehran University of Medical Sciences. Alborz University Medical Journal. 2015;**4**(1):27-34. [Persian]. DOI: [10.18869/acadpub.aums.4.1.27](https://doi.org/10.18869/acadpub.aums.4.1.27)
 35. Handiyani H, Kusumawati AS, Karmila R, Wagiono A, Silowati T, Lusiyana A, et al. Nurses' self-efficacy in Indonesia. *Enferm Clin*. 2019;**29**:252-6. DOI: [10.1016/j.enfcli.2019.04.030](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.030)
 36. Ravanipour M, Ahmadian A, Yazdanpanah A, Soltanian AR. Assessing the relationship between self-efficacy and clinical decision-making in hospital nurse. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2015;**23**(4):77-86. [Persian].
 37. Naboureh A, Imanipour M, Salehi T, Tabesh H. The relationship between moral distress and self-efficacy among nurses in critical care and emergency units in hospitals affiliated to Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences in 2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci Health Serv*. 2015;**14**(6):443-54. [Persian]