

رابطه رهبری معنوی با فضای اخلاقی و سلامت عمومی در میان

پرستاران

حاتم ملکی^۱

خلیل زندی^۲

حامد سیف‌پناهی^۳

محمد جعفری^۴

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی همبستگی رهبری معنوی با فضای اخلاقی سازمان و سلامت عمومی پرستاران بود. جامعه آماری شامل کلیه پرستاران بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان در شهر سنندج بودند. نمونه‌ای به حجم ۱۱۱ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه بسته‌پاسخ بود که با اقتباس از پرسشنامه‌های رهبری معنوی فرای، (۲۰۰۵ م.) فضای اخلاقی ویکتور و کالن (۱۹۹۸ م.) و نسخه دوازده سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-12) بود که روایی و پایایی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. میانگین و انحراف معیار نمره رهبری معنوی پرستاران 0.700 ± 0.295 ، فضای اخلاقی 0.654 ± 0.35 و سلامت عمومی برابر با

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش و بهسازی منابع انسانی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.
Email: hatam.maleki65@yahoo.com (نویسنده مسؤول)

۲. دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه بوعلی‌سینا همدان، همدان، ایران.

۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

۴. دانش‌آموخته کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۱۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۷/۵

۰/۸۳۶±۲/۶۱ بود. بین رهبری معنوی و سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($p<0.01$). بین رهبری معنوی و فضای اخلاقی رابطه مثبت و معناداری وجود داشت ($p<0.01$). همچنین نتایج نشان داد که رابطه بین فضای اخلاقی و سلامت عمومی پرستاران معنادار نبود. بر مبنای یافته‌های پژوهش، کاربست رفتارهای بیانگر رهبری معنوی می‌تواند فضایی اخلاقی را فراهم آورد و سلامت عمومی پرستاران را ارتقا دهد.

واژگان کلیدی

رهبری معنوی، فضای اخلاقی، سلامت عمومی

مقدمه

یکی از محورهای ارزیابی سلامت سازمان‌ها، سلامت عمومی^۱ کارکنان آن سازمان می‌باشد. سلامت عمومی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر سازمان ایفا کرده (امینی و همکاران، ۱۳۹۱ ش.) و با کاهش هزینه‌های غیبت و افزایش بهره‌وری در ارتباط است. (جانس و همکاران، ۲۰۰۷ م؛ نویو و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ ون استرین و همکاران، ۲۰۱۰ م.) سلامت عمومی کیفیتی از زندگی است که با مجموع حالات هیجانی، روانی، معنوی و تناسب بیولوژی فرد ارتباط داشته و فرد را با محیط پیرامون خود سازگار می‌کند. (بهنام‌مقدم، ۱۳۹۳ ش.) باری (۲۰۱۱ م.) بیان می‌دارد که سلامت عمومی به حالت عاطفی و رفاه اجتماعی اشاره دارد که در آن فرد متوجه توانایی‌های خود برای مدیریت تنش‌های زندگی و ایفای نقش در جامعه می‌شود. نقش سلامت عمومی در کاهش هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم، مدیران و رهبران را به بهبود وضعیت سلامت عمومی کارکنان خود علاقمند کرده است. (ون استرین و همکاران، ۲۰۱۲ م.) اهمیت این موضوع در برخی سازمان‌ها از جمله بیمارستان‌ها بیش از سایر سازمان‌ها می‌باشد، (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) چراکه در بیمارستان‌ها، پرستاران به عنوان بزرگ‌ترین گروه ارائه‌دهنده خدمات سلامتی در نظام بهداشت و درمان، دارای بیشترین میزان ارتباط مراقبتی و درمانی با بیماران بوده و با توجه به تعاملات بسیار زیاد پرستاران با بیماران، سلامت عمومی آن‌ها بیشتر در معرض آسیب قرار می‌گیرد. (حیدری و همکاران، ۱۳۹۲ ش.)

مطالعات مختلف نشان می‌دهد که یکی از عوامل سازمانی مرتبط با سلامت عمومی کارکنان، رهبری معنوی^۲ است. (حمید و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ موران، ۲۰۰۹ م؛ تایلر، ۲۰۰۶ م؛ نورالدین و همکاران، ۲۰۱۳ م.) رهبری

معنوی شامل برانگیختن و الهام بخشیدن کارکنان از طریق بینش متعالی و فرهنگی مبتنی بر ارزش‌های نوع‌دوستانه برای پرورش نیروی انسانی باانگیزه، متعهد و بهره‌ور است. (فری، ۲۰۰۳ م.) رهبری معنوی ریشه در معنویت محیط کار، سلامت معنوی و ارزش و اخلاق رهبری دارد (هانساگر، ۲۰۱۴ م.) و هدف آن تحقق بخشیدن به نیازهای معنوی رهبر و پیروان برای بقای معنویت از طریق احساس معنا در کار برای پرورش سلامت روانی مثبت (فرای، ۲۰۰۵ م.) و نهایتاً اثربخشی سازمان (فرای و همکاران، ۲۰۱۱ م؛ جیاکالون و همکاران، ۲۰۰۳ م؛ ساندرز و همکاران، ۲۰۰۳ م.) می‌باشد. رهبری معنوی بر اساس مدل انگیزش درون سازمانی فرای (۲۰۰۵ م.) توسعه یافته است که ترکیبی از چشم‌انداز، عشق به نوع‌دوستی، عضویت، تعهد و بازخورد عملکرد رهبر می‌باشد. در مجموع اهمیت و ضرورت رهبری معنوی آن چنان است که جزء اساسی سلامت و بهداشت در مراکز مراقبتی بوده (زارع و همکاران، ۱۳۹۳ ش.) و می‌تواند برای اجتماع، فعالیت و برای محیط، مسئولیت را به ارمان آورد. (گیجسل، ۲۰۰۳ م.)

از آنجا که بزرگ‌ترین مشکل رهبران امروزی دلسردی، بی‌تفاوتی کارکنان و از دست دادن معنا است، (پیتر، ۲۰۱۳ م.) بنابراین رهبران معنوی برای حل این مشکل و انطباق با تغییرات محیطی و بقای خود مستلزم تحول در سازمان‌ها در ابعاد مختلف و ایجاد فضای اخلاقی مثبت هستند. (صیادی و همکاران، ۱۳۹۳ ش.) در واقع رهبری معنوی با معنادار ساختن و هدفمندی کارها، هماهنگی بین کار و زندگی شخصی و همسوساختن ارزش‌های فردی و سازمانی در یک فضای اخلاقی^۳ مثبت بر کارایی سازمانی می‌افزاید. (زاهدی و همکاران، ۱۳۸۷ ش.) با این رویکرد، فضای اخلاقی سازمان نیز موضوع مهمی است که به عنوان راهنمای عملی در جهت ارتقای سطح سلامت عمومی و جلوگیری از آسیب در میان پرستاران عمل می‌کند.

(گشتائی و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ قربانی و همکاران، ۲۰۱۴ م). اندیشمندان، اخلاق را به معنای تشخیص خوب از بد، و حق از باطل (اونسیر و همکاران، ۲۰۱۲ م) و فضای اخلاقی را به عنوان درک مشترک از این که چه رفتاری از نظر اخلاقی درست است و چگونه با مسائل اخلاقی باید رفتار شود، تعریف کرده‌اند. (صالح‌نیا، ۱۳۹۱ ش؛ قدیری و همکاران، ۱۳۹۲ ش). فضای اخلاقی جزء مهمی از فضا یا فرهنگ سازمانی است (جولای، ۱۳۹۰ ش؛ برهانی، ۱۳۹۰ ش؛ ویکتور و همکاران، ۲۰۰۳ م) و مشتمل بر پنج مؤلفه فضای نوع‌دوستی، فضای حقوقی و اصولی، فضای قانونی، فضای ابزاری و فضای مستقل می‌باشد. (کالنو همکاران، ۲۰۰۳ م؛ قلاوندی و همکاران، ۱۳۹۲ ش). برخی محققان بر این باورند که ارتقای فضای اخلاقی در مؤسسات بهداشتی درمانی باعث واکنش بهتر پرستاران در برابر تنش اخلاقی می‌شود. (حجتی و همکاران، ۱۳۹۳ ش؛ فوگل، ۲۰۰۷ م؛ اسکلاتر و همکاران، ۲۰۰۸ م).

با توجه به این که محیط‌های بیمارستان مملو از رویدادهای استرس‌زا همچون مشاهده مرگ و میرها، بیماری‌ها و نیز فشارهای واردشده از سوی همراهان بیماران به پرستاران است، (اردلان و همکاران، ۱۳۹۲ ش). لذا شناسایی متغیرهایی که با بهبود سلامت عمومی پرستاران رابطه دارند، بیش از مشاغل دیگر اهمیت می‌یابد. در این زمینه مرور ادبیات نظری نشان داد که رهبری معنوی می‌تواند به بهبود فضای اخلاقی سازمان و به تبع آن، به ارتقای سلامت عمومی پرستاران کمک نماید. در عین حال، اگرچه ادبیات موجود، ارتباط بین رهبری معنوی با فضای اخلاقی (زاهدی و همکاران، ۱۳۸۷ ش) و رهبری معنوی با سلامت عمومی کارکنان (حمید و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ نورالدین و همکاران، ۲۰۱۳ م) را محتمل می‌نماید، اما در جستجوی پژوهشگر مطالعه‌ای که به بررسی رابطه رهبری معنوی با فضای اخلاقی و سلامت عمومی کارکنان پرداخته باشد، یافت نشد. بنابراین با توجه به نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر به ویژه در بافت بیمارستان‌ها،

هدف از پژوهش حاضر، تحلیل روابط رهبری معنوی، فضای اخلاقی مثبت و سلامت عمومی پرستاران بود. به منظور نیل به این هدف، فرضیه‌های زیر مطرح و مورد بررسی قرار گرفت:

فرضیه اول: بین رهبری معنوی و ابعاد آن با فضای اخلاقی سازمان رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: بین رهبری معنوی و ابعاد آن با سلامت عمومی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.

فرضیه سوم: بین فضای اخلاقی سازمان و ابعاد آن با سلامت عمومی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.

روش

پژوهش مقطعی حاضر به صورت توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش، پرستاران بیمارستان‌های بعثت و توحید شهر سنندج به استثنای پرستاران بخش‌های مختلف مراقبت‌های ویژه بودند که تعداد آن‌ها قریب به ۴۰۰ نفر اعلام شد. با استناد به فرمول کوکران، حجم نمونه پیشنهادی، ۱۹۶ نفر بود. در ادامه با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی همچون دریافت مجوز از مسؤولین بیمارستان‌های مورد مطالعه، تضمین محرمانه ماندن نظرات پرستاران و آزادی مشارکت یا عدم مشارکت در پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۱۱۱ نفر از پرستاران به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. یکی از دلایل حجم پایین نمونه و استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس به جای روش‌های نمونه‌گیری تصادفی آن بود که مجوز حضور پژوهشگران به بخش‌های اتاق عمل، قلب، آی‌سی‌یو، سی‌سی‌یو و دیالیز از سوی مسؤولان بیمارستان و سوپروایزرهای واحدهای مزبور

داده نشد و خارج از ساعات کاری نیز امکان دسترسی به پرستاران این بخش‌ها وجود نداشت. یکی دیگر از دلایل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس این بود که بسیاری از پرستاران محترم به دلیل مشغله کاری بسیار زیاد امکان همکاری با پژوهشگران و شرکت در پژوهش را نداشتند، لذا این دو اتفاق باعث شد که علیرغم تصمیم پژوهشگران به استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، در عمل، روش نمونه‌گیری به سمت نمونه‌گیری در دسترس سوق یافت و حجم نمونه نیز محدود در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری داده‌ها سه پرسشنامه بسته پاسخ بود که با اقتباس از پرسشنامه‌های رهبری معنوی فرای، (۲۰۰۵ م.) پرسشنامه فضای اخلاقی ویکتور و کالن (۱۹۹۸ م.) و نسخه ۱۲ سؤالی مقیاس سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۸۸ م.) تهیه شدند. نسخه اصلی پرسشنامه رهبری معنوی مشتمل بر ۲۵ سؤال و هفت خرده‌مقیاس می‌باشد که در این پژوهش، به منظور پرهیز از افزایش حجم سؤالات و نیز بر اساس قضاوت پژوهشگران، از نسخه ۱۶ سؤالی مشتمل بر پنج مؤلفه چشم‌انداز، نوع دوستی، عضویت، تعهد و بازخورد عملکرد استفاده شد. یادآور می‌شود در پژوهش‌های دیگر همچون پژوهش سیالی و همکاران (۱۳۹۳ ش.) و سپهوند و همکاران (۱۳۹۲ ش.) نیز از نسخه‌های کوتاه‌شده پرسشنامه رهبری معنوی استفاده شده و پایایی آن‌ها مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین نسخه اصلی پرسشنامه فضای اخلاقی، شامل ۲۶ گزاره و پنج مؤلفه جو نوع دوست، جو قانونی، جو حقوقی، جو ابزاری و جو مستقل می‌باشد که در پژوهش قدیری و همکاران (۱۳۹۲ ش.) مورد استفاده قرار گرفته است. از آنجا که در پژوهش حاضر، جو اخلاقی مثبت مورد نظر پژوهشگران بود، لذا مؤلفه جو ابزاری از پرسشنامه حذف گشته و پرسشنامه نهایی شامل ۱۹ ماده و چهار مؤلفه جو نوع دوست، جو قانونی، جو حقوقی و اصولی و جو مستقل بود. یادآور می‌شود که برخی محققان نیز

اعتقاد دارند که بررسی جو مستقل، کم‌تر مرجح است. (قلاوندی و همکاران، ۱۳۹۲ ش.) نهایتاً پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ شامل ۱۲ سؤال بود که سلامت عمومی افراد را به صورت کلی اندازه‌گیری می‌نماید، اگرچه نسخه‌های ۲۸ سؤالی یا ۶۰ سؤالی نیز از این مقیاس در دسترس است، اما کارایی فرم ۱۲ سؤالی سلامت عمومی تقریباً به همان اندازه فرم ۶۰ سؤالی است. (تقوی، ۱۳۸۷ ش.) به طور کلی مبنای استفاده از نسخه‌های کوتاه‌شده پرسشنامه‌ها در پژوهش حاضر، نظر متخصصان، مبانی نظری موجود و نتایج حاصل از بررسی روایی همزمان پرسشنامه‌ها بوده است. بنابراین همان‌طور که گفته شد، ابزارهای پژوهش عمدتاً محقق‌ساخته و بر مبنای ابزارهای استاندارد بوده است نه خود پرسشنامه‌های استاندارد رهبری معنوی، فضای اخلاقی و یا سلامت عمومی. روایی همزمان پرسشنامه‌های پژوهش به این صورت انجام گرفت که با در دست داشتن داده‌های مربوط به نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر از پرستاران که جهت بررسی پایایی پرسشنامه‌ها به دست آمده بود، روایی همزمان نسخه‌های کوتاه‌شده مورد بررسی قرار گرفت. از آنجا که همبستگی بین پرسشنامه‌های بلند و کوتاه‌شده در مورد همه متغیرها و ابعاد آن‌ها معنادار بود، لذا روایی فرم‌های کوتاه‌شده مورد قبول واقع شد. همچنین به منظور بررسی روایی پرسشنامه‌ها به نظر متخصصان استناد گردیده و با اندک تغییراتی، روایی ابزارهای پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه‌ها نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، برای سه پرسشنامه رهبری معنوی، فضای اخلاقی و سلامت عمومی، به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۶ و ۰/۸۷ به دست آمد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته‌ها

بر این اساس، بیشتر شرکت‌کنندگان، پرستاران زن دارای مدرک کارشناسی و وضعیت استخدامی پیمانی بودند (جدول ۱). میانگین متغیر رهبری معنوی بر اساس مقیاس پنج‌گانه لیکرت برابر با ۲/۹۵، میانگین فضای اخلاقی سازمان برابر با ۲/۳۵ و میانگین سلامت عمومی کارکنان برابر با ۲/۶۱ بوده است (جدول ۲). فرضیه اول: بین رهبری معنوی و ابعاد آن با فضای اخلاقی سازمان رابطه معناداری وجود دارد.

ضریب همبستگی بین رهبری معنوی و فضای اخلاقی سازمان برابر با ۰/۳۲۲ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است ($p < .01$). سه مؤلفه نوع‌دوستی، تعهد و بازخورد عملکرد، رابطه مثبت و معناداری با فضای اخلاقی سازمان داشتند ($p < .01$). رابطه مؤلفه‌های چشم‌انداز و عضویت با فضای اخلاقی سازمان معنادار نبود (جدول ۳). فرضیه دوم: بین رهبری معنوی و ابعاد آن با سلامت عمومی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.

ضریب همبستگی بین رهبری معنوی و سلامت عمومی کارکنان برابر با ۰/۵۴۶ و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($p < .01$). ارتباط چهار مؤلفه چشم‌انداز، نوع‌دوستی، عضویت و تعهد با سلامت عمومی کارکنان، مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($p < .01$). همچنین رابطه بین بازخورد عملکرد با سلامت عمومی کارکنان، مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنادار بود ($p < .05$) (جدول ۴). فرضیه سوم: بین فضای اخلاقی سازمان و ابعاد آن با سلامت عمومی کارکنان رابطه معناداری وجود دارد.

ضریب همبستگی بین فضای اخلاقی و سلامت عمومی کارکنان برابر با ۰/۲۲۵ بوده است که این میزان همبستگی، معنادار نمی‌باشد ($p > .05$). مؤلفه فضای

نوع دوستی با سلامت عمومی کارکنان، رابطه مثبت و معناداری داشت ($p < .05$)، اما رابطه معناداری بین سه مؤلفه فضای حقوقی، فضای قانونی و فضای مستقل با سلامت عمومی کارکنان، مشاهده نشد (جدول ۵).

بحث

هدف از این پژوهش بررسی روابط بین رهبری معنوی، فضای اخلاقی سازمان و سلامت عمومی کارکنان بود. یافته‌های توصیفی حاکی از آن بود که وضعیت رهبری معنوی، فضای اخلاقی و سلامت عمومی، متوسط رو به پایین بود. به هر حال با توجه به تنش‌ها، استرس‌ها و منابع فشار روانی که در بیمارستان‌ها وجود دارد، ضرورت ارتقای فضای همدلانه و افزایش سلامت روانی و جسمانی پرستاران بیش از پیش آشکار می‌گردد. برای نیل به هدف اصلی پژوهش، سه فرضیه مطرح و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی فرضیه اول نشان داد که با بالارفتن رهبری معنوی و ابعاد آن می‌توان احتمال داد که سلامت عمومی پرستاران افزایش یابد. این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین بود. (حمید و همکاران، ۱۳۹۱ ش؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۸ م؛ موران، ۲۰۰۹ م؛ تایلر، ۲۰۰۶ م؛ نورالدین و همکاران، ۲۰۱۳ م). همان‌گونه اشاره شد، سلامت عمومی بیانگر مجموع حالات هیجانی، روانی، معنوی و تناسب بیولوژی فرد ارتباط دارد. (بهنام‌مقدم، ۱۳۹۳ ش). جنبه مهم این تعریف، تأکید بر سلامت عاطفی و روانی است. اهمیت جنبه‌های عاطفی و روانی به قدری است که برخی سلامت عمومی را مترداف با حالت عاطفی و رفاه اجتماعی می‌دانند که طی آن فرد متوجه توانایی‌های خود برای مدیریت تنش‌های زندگی و ایفای نقش در جامعه می‌شود. (باری، ۲۰۱۱ م) در این راستا به نظر می‌رسد رهبری معنوی از طریق بینش متعالی و فرهنگی مبتنی بر ارزش‌های نوع‌دوستانه می‌تواند

الهام بخش کارکنان بوده و عواطف مثبت آن‌ها در محیط کار را برانگیزاند. (فری، ۲۰۰۳ م.) در واقع رهبران معنوی با نشان دادن صداقت، تواضع، رازداری و احترام به کارکنان و نیز با تلاش در جهت یگانه ساختن اهداف فردی و سازمانی، این احساس را در کارکنان به وجود می‌آورند که سازمان، آن‌ها را درک نموده و به دستاوردهای آن‌ها ارج می‌نهد. در چنین شرایطی کارکنان احساس معناداری، اهمیت و ارزشمندی نموده، تمرکز، اعتماد به نفس، نشاط، امید و انگیزه درونی آن‌ها ارتقا می‌یابد. بنابراین می‌توان گفت رهبری معنوی می‌تواند همبستگی مستقیمی با سلامت عمومی کارکنان داشته باشد.

نتایج بررسی فرضیه دوم نشان داد که هر قدر رهبری معنوی بالاتر باشد، فضای اخلاقی هم بالاتر خواهد بود. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های صالح‌نیا (۱۳۹۱ ش.) و زاهدی و پناهی (۱۳۸۷ ش.) همسو بود. در این راستا به نظر می‌رسد رهبران معنوی به عنوان الگویی از نوع دوستی، تعهد به سازمان و زیردستان، و برخورداری از چشم‌انداز اخلاقی مثبت، می‌توانند پایه‌گذار فضای اخلاقی مثبت در سازمان باشند، به گونه‌ای که در چنین فضایی کارکنان از درون به رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای همچون پیروی از قوانین و رویه‌های سازمان، پایبندی به اهداف سازمانی، در نظر گرفتن خیر و صلاح سازمان و همکاران، پرهیز از خودخواهی و رفتارهای مخرب، و ترجیح منافع فردی به گروهی ترغیب شوند.

بر اساس نتایج بررسی فرضیه سوم، بین فضای اخلاقی سازمان و سلامت عمومی کارکنان، همبستگی خاصی مشاهده نشد. این نتایج مغایر با یافته‌های پژوهشی حجتی و آزما، (۱۳۹۳ ش.) گشتائی و عباسی، (۱۳۹۱ ش.) قربانی و همکاران، (۲۰۱۴ م.) و اسکلاتر و همکاران (۲۰۰۸ م.) بود که نشان دادند فضای اخلاقی سازمان عامل مهمی در ارتقای سلامت عمومی کارکنان می‌باشد. این مغایرت

می‌تواند ناشی از وجود متغیرهای دیگری باشد که با سلامت عمومی کارکنان همبسته هستند، اما لزوماً ارتباط قابل ملاحظه‌ای با فضای اخلاقی سازمان ندارند، بلکه با سایر جوهای سازمانی یا سایر متغیرهای فردی، خانوادگی و سازمانی مرتبط هستند. به عنوان نمونه، تعداد ساعات زیاد کاری پرستاران، امکان تعامل کم‌تر با همسر و فرزندان، سنگینی و تنش‌ز بودن مشاغل مرتبط با سلامت، و برخی متغیرهای دیگر می‌توانند در مقایسه با فضای اخلاقی سازمان، نقش قابل ملاحظه‌تری در تعیین سلامت عمومی کارکنان داشته باشند.

در مجموع بر اساس یافته‌های پژوهش، مدیران بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها از طریق کاربست رفتارهای بیانگر رهبری معنوی همچون برخورداری از چشم‌انداز اصیل اخلاقی، ترویج نوع‌دوستی، نشان‌دادن تعهد به اهداف سازمانی و تلاش در جهت یگانه‌ساختن اهداف فردی و سازمانی، می‌توانند فضایی مشارکتی، دوستانه، الهام‌بخش و مبتنی بر قواعد مشخص را فراهم آورند که طی آن کارکنان از امنیت و رفاه روانی برخوردار گردند و سلامت عمومی آن‌ها ارتقا یابد.

در نهایت لازم به یادآوری است که در این مطالعه، دو محدودیت پژوهشی مهم وجود داشت: اول آنکه روش نمونه‌گیری به سختی در دسترس بوده است، لذا احتمال اریب بیشتری در مورد داده‌ها وجود دارد؛ دوم آنکه پژوهشگران به دلیل جلب همکاری پژوهشگران و افزایش احتمال پاسخ‌گویی دقیق، ناچار بودند از نسخه‌های کوتاه‌شده پرسشنامه‌های رهبری معنوی، فضای اخلاقی و سلامت عمومی استفاده کنند. بنابراین توصیه می‌شود که کاربرد و تعمیم نتایج اخیر با احتیاط و با استفاده از نتایج پژوهش‌های تکمیلی صورت گیرد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش، بالارفتن رهبری معنوی می تواند با بالارفتن فضای اخلاقی محیط کار و افزایش سلامت عمومی پرستاران همراه باشد، اما بین فضای اخلاقی و سلامت عمومی، همبستگی خاصی ملاحظه نشد.

جدول ۱: توزیع افراد نمونه بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی

جمع	وضعیت استخدامی			جنسیت	تحصیلات
	رسمی	پیمانی	قراردادی		
۱۰	-	-	۱۰	مرد	دیپلم
۵	۳	۱	۱	زن	
۸	۳	۲	۳	مرد	کاردانی
۷	۱	۵	۱	زن	
۲۹	۸	۱۱	۱۰	مرد	کارشناسی
۴۰	۷	۲۳	۱۰	زن	
۲	۱	-	۱	مرد	کارشناسی ارشد
۲	۱	۱	-	زن	
۱۰۳	۲۴	۴۳	۳۶	جمع	

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی پیرامون متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
رهبری معنوی	۱۱۱	۲/۹۵	۰/۷۰۰	۱/۶۷	۴/۴۷
فضای اخلاقی	۱۱۱	۲/۳۵	۰/۶۵۴	۱/۰۰	۴/۶۷
سلامت عمومی	۱۱۱	۲/۶۱	۰/۸۳۶	۱/۳۳	۴/۷۵

جدول ۳: آزمون همبستگی پیرسون پیرامون رابطه رهبری معنوی و فضای اخلاقی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری
چشم‌انداز	فضای اخلاقی	۰/۰۷۵	۰/۴۳۵
نوع دوستی		۰/۴۴۵	۰/۰۰۰
عضویت		۰/۱۷۵	۰/۰۶۶
تعهد		۰/۳۲۵	۰/۰۰۱
بازخورد عملکرد		۰/۳۷۳	۰/۰۰۰
رهبری معنوی		۰/۳۲۲	۰/۰۰۰

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون پیرامون رابطه رهبری معنوی و سلامت عمومی

فهرست منابع	فهرست منابع	فهرست منابع	فهرست منابع
چشم‌انداز	سلامت عمومی	۰/۳۰۵	۰/۰۰۱
نوع دوستی		۰/۳۶۱	۰/۰۰۰
عضویت		۰/۳۰۹	۰/۰۰۱
تعهد		۰/۴۲۴	۰/۰۰۰
بازخورد عملکرد		۰/۲۲۶	۰/۰۱۷
رهبری معنوی		۰/۵۴۶	۰/۰۰۰

جدول ۵: آزمون همبستگی پیرسون پیرامون رابطه فضای اخلاقی و سلامت عمومی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	سطح معناداری
فضای نوع دوستی	سلامت عمومی	۰/۲۲۵	۰/۰۱۷
فضای حقوقی		۰/۰۸۹	۰/۳۵۵
فضای قانونی		۰/۱۱۸	۰/۲۱۶
فضای مستقل		۰/۰۵۵	۰/۵۶۹
فضای اخلاقی		۰/۱۵۳	۰/۱۰۸

پی‌نوشت‌ها

1. General Health
2. Spiritual Leadership
3. Ethical Climate

فهرست منابع

- Amini, M. Nouri, A. Samavatyan, H. (2011). Effect of Communication Skills Training on General Health of Nurses. *Health Inf Manage.* 10 (1): 1-9.
- Barrey, M. (2011). Promoting Mental Health and Wellbeing: Concept. Practice, and Policy. *World health organization collaborating center for Health promotion research center (HPRC).*
- Behnam Moghadam, M. Behnam Moghadam, A. Yarian, S. Hosseini, SM. Mohammad Hosseini, S. (2014). Predicting the Quality of Life Based on Public Health, Social Support and Self Efficacy in Cardiovascular Patients. *Armaghane-danesh, Yasuj University of Original Article Medical Sciences Journal.* 19 (7): 633-42.
- Borhani, F. Hoseini, SH. Abaszadeh, A. Abbasi, M. Fazljoo, E. (2014). Nurses' perceptions of ethical climate governing the teaching hospital affiliated with the University of Medical Sciences Shahid Sadughi Yazd. *The Iranian Journal of Medical Ethics.* 8 (29): 41-65.
- Borhani, F. Jalali, T. Abaszadeh, A. Haghdoust, AK. (2011). Nurses view about the ethical climate in the teaching hospital affiliated with the University of Medical Sciences. *The Iranian Journal of Medical Ethics.* 5 (17): 27-44.
- Choubey, AK. Singh, SK. Pandey, R. (2009). Role of emotional intelligence in stress and health. *Indian Journal Social Science Researches.* (6): 122-34.

- Cullen, JB. Parboteeah, KP. Victor, B. (2003). The effect of Pf ethical climate on organizational commitment: a two-study analysis. *Journal of Business Ethic*. 46: 127-41.
- Ferguson, D, Scott, J. (2008). Spirituality, mental health and people with learning disabilities. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*. 2 (2): 37-41.
- Fogel, KM. (2007). The relationship of moral distress, ethical climate, and intent to turnover among critical care nurse. *PhD Dissertation in Philosophy*. University of Chicago.
- Fry, LW. (2003). Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*. 14 (6): 693-727.
- Fry, LW. (2005). Toward a theory of Ethical and spiritual wellbeing. *Positive Psychology in Business Ethics and Corporate Responsibility*. 47-83.
- Fry, LW. Hannah, ST. Noel, M. Walumbwa, F. (2011). Impact of spiritual leadership o unit performance. *The Leadership Quarterly*. (22): 259-70.
- Gashtaei, M. Abasi, M. (2012). Ethics in Public Health. *The Iranian Journal of Medical Ethics*. 6 (19): 149-61.
- Geijsel, F. Sleegers, P. Leithwood, K. Jantzi, D. (2003). Transformational Leadership Effect on Teachers' Commitment and Effort toward School reform. *Journal of Educational Administration*. 41 (3): 228-56.
- Ghadiri, M. Bashlide, K. Hashemi, A. Moshkelani, F. (2013). Relationship of ethical climates) caring, law & code, rules, instrumental and independence climate) with job satisfaction, organizational commitment and turnover intention. *Iranian Journal of Ethics in Science and Technology*. 8 (2): 62-75.
- Ghalavandi, H. Faezi, K. (2013). Job Satisfaction, Estimation Based on Ethical Climate of Parameters (A Case Study of Uremia University

Staff). *Iranian Journal of Ethics in Science and Technology*. 8 (1): 27-36.

GHorbani, AA. Hesamzadeh, A. KHademloo, M. khalili, S. Hesamzadeh, SH. Berger, V. (2014). Public and Private Hospital Nurses' Perceptions of the Ethical Climate in Their Work Settings, Sari City. *Nurse Midwifery Studies*. 3 (1).

Giacalone, RA. Jurkiewicz, CL. (2003). Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance. *M.E. Sharpe*. New York, NY.

Goldberg, D. Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. *U.K.: NFER-NELSON*.

Gupta, G. Kumat, S. (2010). Mental health in relation to emotional intelligence and self-efficacy and college student. *Journal of Indian academy of Applied Psychology*. 36 (1): 61-7.

Hamid, N. Dehghanizadeh, Z. (2012). The relationship between spirituality, organizational commitment and general health with job performance of clinical nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 1 (2): 20-8.

Hart, SE. (2005). Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of Nursing Scholarship*. 37 (2): 47-51.

Heidari, S. Sadeghi, T. Vanaki, Z. Khosroangam, M. Rodini, A. (2013). Organizational learning capabilities of nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 2 (4): 56-63.

Hojati, H. Azma, F. (2014). Relationship between ethical climate and the intention to remain in clinical nurses. *Quarterly Journal of Nursing Management*. 3 (1): 19-26.

Hunsaker, W. (2014). Spiritual Leadership in South Korea: A Multi-Sample Analysis of the Brokerage Sector. *Life Science Journal*. 11 (7): 84-9.

- Hyson, P. (2013). The spirited leader: the potential of spiritual intelligence to improve leadership. *The International Journal of Leadership in Public Services*. 9 (3 & 4): 109-15.
- Jans, MP. Van den Heuvel, SG. Hildebrandt, VH. Bongers, PM. (2007). Overweight and obesity as predictors of absenteeism in the working population of the Netherlands. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. (49): 975-80.
- Joolaei, S. Jalili, H. Rafiee, F. Haggani, H. (2011). The relationship between nurses' perception of moral distress and ethical environment in Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 4 (4): 56-66.
- Mooran, MR. (2009). *The study of association between uses of spirituality (religious attitude) with mental health in safe community*. Proceedings Congress on the Safe Society Tehran City.
- Neovius, K. Johansson, K. Kark, M. Neovius, M. (2008). Obesity status and sick leave: A systematic review. *Obesity Reviews*. (10): 17-27.
- Norudin, M. Ismail, A. Mohd, MA. Nurhani, A. (2013). Relationship between Spiritual Leadership and Organizational Commitment in Malaysians' Oil and Gas Industry. *Asian Social Science*. 9 (7): 179-92.
- Oncer, AZ. Yildiz, ML. (2012). The Impact of Ethical Climate on Relationship between Corporate Reputation and Organizational Identification. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. (58): 714-23.
- Salehnia, M. (2012). The Effect of Ethical Leadership on Organization Ethical Climate. *Iranian Journal of Ethics in Science and Technology*. 7 (2): 1-13.
- Sanders, JE. Hopkins, WE. Geroy, GD. (2003). From transactional to transcendental: toward an integrated theory of leadership. *Journal of Leadership and Organizational Studies*. 9 (4): 21-31.

- Sayadi, S. Ahmadzade, S. Babashahi, J. Sadeghvaziri, F. (2014). Examine the role of spiritual leadership in the development of organizational: Explanation mediate learning capability. *Police Organizational Development*. 49: 79-108.
- Sepahvand, R. Nasr Esfahani, A. Arefnezahd, M. Sobhani, M. (2013). The Effect of Spiritual Leadership on Employees' Intrinsic Motivation. *Public management perspective*. 13: 107-27.
- Taghavi, MR. (2008). The Normalization of General Health Questionnaire for Shiraz University Students (GHQ). *Daneshvar (Raftar) Shahed University*. 15 (28): 1-13.
- Taylor, EJ. Carr, MF. (2006). Nursing ethics in the Seventh- day Adventist religious tradition. *Nursing Ethics*. 16 (6): 707-18.
- VanStrien, T. Koenders, P. (2010). How do physical activity, sports and dietary restraint relate to overweight-associated absenteeism?. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. (552): 858-64.
- VanStrien, T. Koenders, P. (2012). How do life style factors relate to general health and overweight?. *Journal of Sci Verse*. (58): 265-70.
- Zahedi, S. Alipanah, A. (2008). Examine the role of spirituality in banking efficiency. *Management Studies in Development & Evolution*. 58: 191-209.
- Zare, A. Jahandideh, S. (2014). The impact of special wards nursing spiritual well-being upon patients' spiritual care. *Iranian Journal of Nursing Research*. 9 (3): 30-8.

یادداشت شناسه مؤلفان

حاتم ملکی: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش و بهسازی منابع انسانی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: hatam.maleki65@yahoo.com

خلیل زندی: دانشجوی دکتری مدیریت آموزشی، دانشگاه بوعلی سینا همدان، همدان، ایران.

حامد سیف‌پناهی: دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، دانشگاه شهید بهشتی تهران، تهران، ایران.

محمد جعفری: دانش‌آموخته کارشناس ارشد جامعه‌شناسی، تهران، ایران.

Relationships Spiritual Leadership with ethical climate and General Health among nurses

Hatam Maleki

Khalil Zandi

Hamed Saifpanahi

Mohammad Jaafari

Abstract

The purpose of this study was to analyze the relationship of Spiritual Leadership with, ethical climate and General Health among nurses. Concerning its purpose, the study was practical and considerate the data collection procedure it was a descriptive correlation study. Statistical population included public hospitals nurses in Sanandaj city. Samples of 111 subjects were chosen through simple random sampling procedure. The data collection tools were a Spiritual Leadership questionnaire, ethical climate questionnaire (Victor and Cullen, 1998), General Health questionnaire (GHQ-12) that their validity and reliability were allowable. Data analyzed using test of Pearson correlation. Results showed that Between Spiritual Leadership and ethical climate was a significant relationship. It was also found that component Between Spiritual Leadership and General Health was a significant relationship. But Between ethical climate and General Health wasn't a significant relationship.

Keywords

Spiritual Leadership, Ethical Climate, General Health