

August-September 2021, Volume 10, Issue 3

## Association between Ethical Leadership with Self-Efficacy and General Health of Nurses

Somayeh Zarezadeh<sup>1</sup>, Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad<sup>2\*</sup>,  
Mohammad Mehdi Salaree<sup>3</sup>

1- M.Sc. student of Critical Care Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

2- Ph.D. in Nursing, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran.

3- Ph.D. in Nursing, Health research Center, Life Style Institute, Nursing Faculty, Baqiatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

\*Corresponding author: Maasoumeh Barkhordari-Sharifabad, Department of Nursing, School of Medical Sciences, Yazd Branch, Islamic Azad University, Shohadaye Gornam Blvd., Safaiyeh, Yazd, Iran.

Email: barkhordary.m@gmail.com.

Received: 27 Nov 2020

Accepted: 20 June 2021

### Abstract

**Introduction:** Self-efficacy and general health are effective factors on nurses' performance and providing better care. Nursing leaders have a prominent role in creating a suitable work environment and conditions that can affect the self-efficacy and general health of nurses. One of the leadership approaches is Ethical leadership. The aim of this study was to determine the correlation between ethical leadership with self-efficacy and general health of nurses.

**Methods:** This is a descriptive correlational study that was conducted in 2020. A total of 205 nurses working in Khatam Al-Anbia and Shahid Beheshti hospitals in Yazd/Iran were selected by census method. Data collection tools were demographic questionnaire, ethical leadership of Brown et al., Schwarzer & Jerusalem self-efficacy, and Goldberg general health. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics (Pearson correlation coefficient, ANOVA, and t-test) in SPSS 20.

**Results:** The average ethical leadership, self-efficacy, and general health from the nurses' point of view were  $33.80 \pm 7.72$ ,  $30.74 \pm 4.16$ , and  $24.02 \pm 6.68$ , respectively. Among the dimensions of general health, the highest mean was related to social dysfunction and the lowest mean was related to depression. Regarding the dimensions of ethical leadership, the average dimension of ethical person ( $59.65 \pm 19.98$ ) and ethical manager ( $59.26 \pm 21.25$ ) were almost the same. The results of Pearson test showed that there is a positive correlation between ethical leadership and its dimensions with nurses' self-efficacy and a negative correlation with general health disorder ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** Increasing the level of ethical leadership in nursing managers improves the self-efficacy and general health of nurses. Therefore, a better understanding of the concepts of this leadership approach and its application by nursing managers, promotes the self-efficacy and general health of nurses and subsequently provides better care.

**Keywords:** Nurses, General Health, Self-Efficacy, Ethical Leadership.

## بررسی ارتباط بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران

سمیه زارع زاده<sup>۱</sup>، معصومه برخوردار<sup>۲</sup> شریف آباد<sup>۳\*</sup>، محمدمهدی سالاری<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت های ویژه، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۲- دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.

۳- دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات بهداشت نظامی، انسیتو سبک زندگی، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.

\*نویسنده مسئول: معصومه برخوردار شریف آباد، دکترای پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران.  
ایمیل: barkhordary.m@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۳۰

### چکیده

**مقدمه:** خودکارآمدی و سلامت عمومی از عوامل مؤثر بر عملکرد پرستاران و ارائه مراقبت بهتر می باشد. رهبران پرستاری نقش برجسته ای در جهت ایجاد محیط و شرایط کاری مناسب دارند که می تواند بر خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران تأثیرگذار باشد. یکی از رویکردهای رهبری، رهبری اخلاقی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران انجام گرفت.

**روش کار:** این مطالعه از نوع توصیفی همبستگی می باشد که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. ۲۰۵ پرستار شاغل در بیمارستانهای خاتم الانبیا و شهید بهشتی استان یزد به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، رهبری اخلاقی براون و همکاران، خودکارآمدی شوآرزو و جروسلم و سلامت عمومی گلدبرگ بود. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، آنالیزواریانس یکطرفه و تی تست) در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

**یافته ها:** میانگین رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران  $33/80 \pm 7/72$ ، خودکارآمدی  $30/74 \pm 4/16$  و سلامت عمومی  $24/02 \pm 6/68$  بود. در بین ابعاد سلامت عمومی، بیشترین میانگین مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی و کمترین میانگین مربوط به افسردگی بود. در مورد ابعاد رهبری اخلاقی، میانگین بعد فرد اخلاقی ( $59/65 \pm 19/98$ ) و مدیر اخلاقی ( $59/26 \pm 21/25$ ) تقریباً یکسان بود. نتایج حاصل از آزمون پیرسون نشان داد بین رهبری اخلاقی و ابعاد آن با خودکارآمدی پرستاران همبستگی مثبت و با اختلال سلامت عمومی همبستگی منفی وجود دارد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** با افزایش میزان رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری، خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران ارتقاء می یابد. لذا درک بهتر مفاهیم این رویکرد رهبری و به کارگیری آن توسط مدیران پرستاری، موجبات ارتقاء خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران و به دنبال آن ارائه مراقبت بهتر می گردد.

**کلیدواژه ها:** پرستاران، سلامت عمومی، خودکارآمدی، رهبری اخلاقی.

### مقدمه

آمیز یک تکلیف یا کار گفته می شود [۳]. مجموع تحقیقات پرستاری نشان داده است که پرستاران با خودکارآمدی بالا، در زمان بروز مسئله و شرایط سخت، به جای تفسیر منفی و نامطلوب موقعیت، بر توانمندی های خود جهت حل مشکل تمرکز نموده [۴]، به کار خود تعهد بیشتری داشته و در مقابل مشکلات استقامت بیشتری دارند [۲]. از این رو، مراقبت با کیفیت تری را ارائه داده [۵]، که منجر به رضایتمندی بیماران

بزرگترین بخش منابع انسانی در سازمانهای بهداشتی درمانی، پرستاران هستند که نقش مهمی در مراقبت و سلامت بیماران ایفا می کنند [۱]. آنها برای انجام عملکرد مؤثر علاوه بر داشتن مهارت، نیازمند باور به توانایی انجام آن مهارتها یا خودکارآمدی می باشند [۲]. خودکارآمدی به قضاوت فرد در مورد توانایی های خود برای انجام موفقیت

[۱۴]، بهبود سلامت و رفاه کارکنان [۱۹] را تضمین می کنند. به طور کلی، مسائلی از قبیل پیچیدگی و ماهیت پویای مراقبت‌های بهداشتی در حال حاضر و آینده، کمبود پرستار، محدودیت‌های بودجه، ظهور تکنولوژی های جدید و افزایش مراقبت های بهداشتی مورد نیاز، چالشهایی را در جهت کیفیت مراقبت مطرح می نمایند. تردیدی نیست که سیستم رو به رشد و پویای پرستاری، نیازمند پرستارانی با توان مهارت عملکردی مناسب می باشد و از آنجایی که رهبری همیشه در برگیرنده روابط بین رهبر و زیردستان می باشد؛ ضرورت دارد که رهبران پرستاری به عنوان بخشی از رهبری سازمان، این چالشها را به فرصتی برای نوآوری، خلاقیت و توانمندسازی کارکنان تبدیل کنند [۲۰]. رهبران می توانند با اتخاذ رویکردهای مختلف رهبری متناسب با فرهنگ، زمینه رشد و توسعه فردی، گروهی و سازمانی را فراهم سازند. در این راستا، مطالعه مورد نظر، با هدف تعیین میزان رهبری اخلاقی و ارتباط آن با خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران انجام شد.

### روش کار

این پژوهش از نوع توصیفی همبستگی می باشد که جامعه پژوهش را کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان شهید بهشتی و خاتم الانبیا استان یزد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. در این مطالعه، جامعه و نمونه پژوهش یکسان بودند. بدین ترتیب که از کل ۲۲۰ پرستار شاغل در بیمارستان شهید بهشتی و خاتم الانبیا، تعداد ۲۰۵ پرستار، شرایط ورود به مطالعه را داشته که به روش سرشماری انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری و داشتن حداقل یکسال سابقه کار در بالین بیمار بود. معیار خروج عدم تمایل به ادامه طرح و سابقه مشکلات روانی و مصرف داروهای آرامبخش در نظر گرفته شد. بعد از کسب مجوزها و معرفی نامه های لازم، به دفتر پرستاری بیمارستان مراجعه و لیست پرستاران تهیه شد. پژوهشگر در شیفت های مختلف کاری، در مواقعی که به پیشنهاد پرستاران حجم کاری آنها کم بود، به محیط پژوهش مراجعه و پس از توضیح در مورد اهداف و همچنین کسب رضایتمندی آگاهانه، پرسشنامه ها را در اختیار پرستاران قرار داد. نمونه های پژوهش در حضور محقق اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمودند. داده ها در این پژوهش از طریق پرسشنامه گردآوری شد. ابزار گردآوری داده ها عبارت بودند از:

از فرآیند درمان می شود [۶]. همچنین نتایج پژوهش ها بیانگر ارتباط بین خودکارآمدی و کسب مهارت های بالینی می باشد [۵] از طرف دیگر، خودکارآمدی پایین با افسردگی، اضطراب، استرس، روان آزرده‌گی و دیگر حالت های عاطفی مرتبط است. بر این اساس میزان سلامت عمومی پرستاران ممکن است خودکارآمدی آنها را در محیط های شغلی تحت تأثیر قرار دهد [۷].

عوامل متعددی نظیر مسئولیت حفظ سلامتی و زندگی انسان ها، مواجهه با بیماری های علاج ناپذیر، ارتباط طولانی با بیماران بدحال و روبه مرگ، حجم کاری زیاد، حمایت کم مدیران، عدم دریافت پاداش و تشویق مناسب بر سلامت عمومی پرستاران تأثیرگذار است [۸]. البته شواهد حاکی از نتایج متناقضی در زمینه سلامت عمومی پرستاران می باشد. بطور مثال نتایج مطالعه ای نشان داد که ۳۸ درصد پرستاران شاغل در بیمارستانهای دانشگاهی شهر تهران دارای سطح نامطلوب سلامت عمومی می باشند [۱۰]. بدری زاده در مطالعه خود گزارش کرد که ۵۳/۸ درصد پرستاران خرم آباد دچار اختلال در سلامت روان هستند [۱]. نتایج مطالعه دیگری حاکی از آن بود که از بین ۱۳۰ شغل مورد مطالعه، پرستاران رتبه ۲۷ را در مراجعه به پزشک جهت مشکلات ناشی از عدم سلامت روانی بدست آورده اند [۱]. پژوهشی در هنگ کنگ نشان داد که شیوع اختلال سلامت روان، در پرستاران ۴۸/۸ درصد در مقابل ۳۳/۳ درصد جمعیت عمومی است [۹].

از جمله عواملی که می تواند با سلامت روان و خودکارآمدی پرستاران مرتبط باشد، رویکرد رهبری اتخاذ شده توسط مدیران پرستاری است. یکی از این رویکردها، رهبری اخلاقی است [۱۰]. رهبری اخلاقی، به نمایش رفتار مناسب هنجاری گفته می شود که یک رهبر از طریق ارتباط دو طرفه، تقویت و تصمیم گیری در پیروان خود ترویج می کند [۱۱]. رهبران اخلاقی در پرستاری، بصیرت حرفه ای داشته و نقش منتورینگ را برای پرستاران ایفا می کنند [۱۲]. آنها با رفتارهای اخلاق مدار، منش های متعالی و تعاملات همدلانه با پرستاران [۱۳]، منجر به رضایت همه جانبه و ارتقاء بهره وری [۱۴] می شوند. پژوهش ها نشان داده اند که رهبران اخلاقی، پیروان را به سمت رفتار درست اخلاقی هدایت نموده [۱۷-۱۴]، و منجر به کاهش خطای پرستاری [۱۸] و افزایش گزارش دهی خطاها [۱۸، ۱۱] می شوند. همچنین با ایجاد رضایت درونی رهبر و رضایتمندی پرستاران و بیماران

## سمیه زارع زاده و همکاران

و افسردگی ۰/۷۷ گزارش شده است [۲۶]. تقوی، پایایی پرسشنامه سلامت عمومی را بر اساس سه روش بازآزمایی، دونیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب، ضریب پایایی ۰/۹۳، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ را بدست آورد [۲۷]. این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1399.018 مورد تصویب قرار گرفت. مجوزهای لازم جهت ورود به محیط پژوهش اخذ گردید. رضایت‌نامه آگاهانه از نمونه‌ها فارغ از هرگونه اجبار، تهدید، تطمیع و اغوا کسب شد. در خصوص محرمانه و بی‌نام بودن اطلاعات اطمینان داده شد. اهداف و مراحل پژوهش شرح داده شد. به سؤالات واحدهای مورد پژوهش در زمینه تحقیق پاسخ‌های قانع کننده ای داده شد. همچنین به نمونه‌ها تأکید شد که برای ورود یا انصراف از شرکت در پژوهش آزادند و در هر مرحله از مطالعه که مایل باشند می‌توانند خارج شوند.

۲۰۵ پرسشنامه توزیع و جمع‌آوری گردید و تمامی آنها مورد تحلیل قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. برای توصیف اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی مانند توزیع فراوانی و محاسبه شاخص‌های میانگین و برای تعیین ارتباط بین متغیر و تفاوت بر اساس مشخصات دموگرافیک از آمار استنباطی نظیر ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز واریانس یکطرفه و تی تست استفاده شد. قبل از انجام آزمون‌ها، توزیع نرمال داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (KS) مورد تأیید قرار گرفت ( $P > 0.05$ ).

## یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد اکثریت پرستاران شرکت کننده در پژوهش زن (۷۴/۶ درصد)، متأهل (۸۲/۴ درصد)، دارای مدرک کارشناسی (۹۰/۷ درصد)، دارای وضعیت استخدامی رسمی (۶۲/۹ درصد) و تجربه کاری بالاتر از ۱۰ سال (۴۷/۳ درصد) بودند. میانگین سنی مشارکت کنندگان  $35/12 \pm 5/68$  بودند (جدول ۱).

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: که شامل سن، جنس، وضعیت استخدامی، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه کاری بود.

پرسشنامه رهبری اخلاقی: برای سنجش رهبری اخلاقی از شاخص تدوین شده توسط Brown و همکاران (۲۰۰۵) استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۱۰ آیتم است و پاسخ‌های آن به صورت لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) درجه بندی می‌شود و بازه‌ی ۱۰ الی ۵۰ را به خود اختصاص می‌دهد که نمره بالاتر نشان دهنده رهبری اخلاقی بهتر و مطلوب تر است [۱۱]. در ایران، روایی سازه این پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و تأیید شد [۲۱]. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش عواطفی منفرد و همکاران بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۷۵۷ بدست آمد [۱۰] که مناسب بود.

پرسشنامه خودکارآمدی: جهت بررسی خودکارآمدی پرستاران، از پرسشنامه خودکارآمدی عمومی استفاده شد که در سال ۱۹۷۹ توسط Schwarzer و Jerusalem ساخته شد. این مقیاس ده گویه دارد و تا کنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است. امتیاز بندی این مقیاس، در دامنه ۱۰ تا ۴۰ می‌باشد و به صورت گزینه‌های اصلاً صحیح نیست تا کاملاً صحیح است و از ۱ تا ۴ درجه بندی شده است. اخذ نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده خودکارآمدی عمومی بالاتر می‌باشد [۲۲]. در ایران، به منظور هنجاریابی این آزمون بر روی یک نمونه ۵۸۷ نفری اجرا و اعتبار کلی آن ۰/۸۲ به دست آمد که مناسب می‌باشد [۲۳]. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ گزارش شده است [۲۴].

پرسشنامه سلامت عمومی: جهت اندازه‌گیری سلامت عمومی از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده گردید. این پرسشنامه توسط Goldberg (۱۹۷۲) طراحی شد. این فرم بیست و هشت سوالی دارای ۴ زیر مقیاس علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی است که بر طبق آن میانگین عددی کمتر بیانگر وضعیت سلامت مطلوب تر است [۲۵]. ضرایب روایی نسخه فارسی این پرسشنامه، برای علائم جسمانی ۰/۷۰، اضطراب و بی‌خوابی ۰/۶۷، اختلال در عملکرد اجتماعی ۰/۶۹

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک پرستاران مشارکت کننده در پژوهش

متغیر	فراوانی	درصد
جنس	زن	۱۵۳ / ۶/۷۴
	مرد	۵۲ / ۴/۲۵
وضعیت تأهل	متأهل	۱۶۹ / ۴/۸۲
	مجرد	۳۶ / ۶/۱۷
مدرک تحصیلی	کارشناسی	۱۸۶ / ۷/۹۰
	کارشناسی ارشد	۱۹ / ۳/۹
	رسمی	۱۲۹ / ۹/۶۲
وضعیت استخدامی	طرحی	۳۳ / ۱/۱۶
	قراردادی	۴۳ / ۰/۲۱
	۱-۵ سال	۳۷ / ۰/۱۸
تجربه کاری	۵-۱۰ سال	۷۱ / ۶/۳۴
	بالاتر از ۱۰ سال	۹۷ / ۳/۴۷
سن (میانگین ± انحراف معیار)		۱۲/۳۵ ± ۶/۸/۵

بود. در بین ابعاد سلامت عمومی، بیشترین میانگین مربوط به اختلال عملکرد اجتماعی و کمترین میانگین مربوط به افسردگی بود (جدول ۲). با توجه به اینکه تعداد سؤالات ابعاد رهبری اخلاقی یکسان نبود نمرات بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شد که نشان داد که میانگین بعد فرد اخلاقی (۵۹/۶۵ ± ۱۹/۹۸) و مدیر اخلاقی (۵۹/۲۶ ± ۲۱/۲۵) تقریباً یکسان است.

نتایج نشان داد میزان رهبری اخلاقی از دیدگاه ۵۷/۶ درصد (۱۱۸ نفر) پرستاران در سطح بالا، ۳۹ درصد (۸۰ نفر) در سطح متوسط و تنها از دیدگاه ۳/۴ درصد (۷ نفر) پرستاران در سطح پایین بود. همانطور که در جدول شماره دو مشخص شده است، میانگین رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران  $۳۳/۸۰ \pm ۷/۷۲$  و خودکارآمدی  $۳۰/۷۴ \pm ۴/۱۶$  و سلامت عمومی  $۲۴/۰۲ \pm ۶/۶۸$

جدول ۲: شاخص های توصیفی رهبری اخلاقی، خودکارآمدی و سلامت عمومی از دیدگاه پرستاران

متغیر	تعداد گویه ها	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
رهبری اخلاقی	۱۰	۱۴	۵۰	۸۰/۳۳	۷۲/۷
فرد اخلاقی	۶	۷	۳۰	۳۱/۲۰	۷۹/۴
مدیر اخلاقی	۴	۴	۲۰	۸۴/۱۳	۴۰/۳
خودکارآمدی	۱۰	۱۷	۴۰	۷۴/۳۰	۱۶/۴
سلامت عمومی	۲۸	۸	۵۲	۰۲/۲۴	۶۸/۶
سلامت جسمانی	۷	۱	۱۵	۵/۳۹	۲/۷۸
اضطراب	۷	۰	۱۷	۴/۶۴	۳/۵۸
عملکرد اجتماعی	۷	۱	۱۹	۹/۲۶	۴/۸۰
افسردگی	۷	۰	۱۴	۲/۲۵	۲/۹۲

و با اختلال سلامت عمومی همبستگی منفی وجود دارد (جدول ۲).

نتایج حاصل از آزمون پیرسون نشان داد بین رهبری اخلاقی و ابعاد آن با خودکارآمدی پرستاران همبستگی مثبت

سمیه زارع زاده و همکاران

جدول ۳: همبستگی بین رهبری اخلاقی با سلامت عمومی و خودکارآمدی از دیدگاه پرستاران

متغیرها	رهبری اخلاقی		فرد اخلاقی		مدیر اخلاقی	
	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری	ضریب همبستگی	سطح معناداری
سلامت عمومی	-۰/۲۶۶	<۰/۰۰۱	-۰/۲۵۶	<۰/۰۰۱	-۰/۲۴۳	<۰/۰۰۱
علائم جسمانی	-۰/۳۹۵	<۰/۰۰۱	-۰/۳۷۱	<۰/۰۰۱	-۰/۳۷۴	<۰/۰۰۱
اضطراب	-۰/۵۹۲	<۰/۰۰۱	-۰/۵۵۲	<۰/۰۰۱	-۰/۴۹۷	<۰/۰۰۱
عملکرد اجتماعی	-۰/۵۷۲	<۰/۰۰۱	-۰/۵۶۱	<۰/۰۰۱	-۰/۵۲۳	<۰/۰۰۱
افسردگی	-۰/۴۹۳	<۰/۰۰۱	-۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱	-۰/۴۴۹	<۰/۰۰۱
خودکارآمدی	۰/۵۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۳۲	<۰/۰۰۱

میزان سلامت عمومی در پرستاران دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد بالاتر از کارشناسی بود که این تفاوت نیز از نظر آماری معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ).

بیشترین میزان رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران با وضعیت استخدامی رسمی و با سابقه کاری بیشتر از ده سال بود که بر اساس آزمون آنالیزواریانس، تفاوت بین گروهها معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ). همچنین خودکارآمدی در پرستاران با سابقه کاری بیشتر از ده سال بیشترین میانگین را داشت که بر اساس آزمون آنالیزواریانس، تفاوت میزان خودکارآمدی بر حسب سابقه کاری، معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ). (جدول ۴)

در بررسی میزان رهبری اخلاقی، سلامت عمومی و خودکارآمدی بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک، نتایج نشان داد که میزان رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران زن به طور معناداری بیشتر از پرستاران مرد بود. سلامت عمومی در پرستاران مرد بیشتر از زن بود که بر اساس آزمون تی مستقل این تفاوت نیز معنادار بود ( $P < ۰/۰۵$ ) (جدول ۴).

همچنین، همانطور که در (جدول ۴) آمده است، آزمون آماری تی مستقل حاکی از تفاوت آماری معنادار بین میزان سلامت عمومی و خودکارآمدی بر حسب وضعیت تأهل بود، به طوری که میزان سلامت عمومی مجردین و خودکارآمدی در متأهلین بیشتر می باشد ( $P < ۰/۰۵$ ).

جدول ۴: میزان رهبری اخلاقی، سلامت عمومی و خودکارآمدی از دیدگاه پرستاران بر حسب برخی از مشخصات دموگرافیک

متغیر	رهبری اخلاقی	سلامت عمومی	خودکارآمدی
جنس	مرد	۳۰/۶۵±۸/۶۲	۳۰/۵۰±۳/۹۱
	زن	۳۴/۸۶±۷/۱۰	۳۰/۸۳±۴/۲۵
	مقدار T	-۳/۱۷	-۰/۴۹۳
وضعیت تاهل	مجرد	۳۱/۸۸±۸/۲۶	۲۹/۳۸±۴/۵۹
	متاهل	۳۴/۲۰±۷/۵۶	۳۱/۰۳±۴/۰۳
	مقدار T	۱/۶۴	۰/۳۹
سطح تحصیلات	کارشناسی	۳۳/۶۲±۷/۷۹	۳۰/۶۰±۴/۱۲
	کارشناسی ارشد	۳۵/۴۷±۶/۹۳	۳۲/۱۵±۴/۳۳
	مقدار T	-۰/۹۹۲	-۱/۵۵
وضعیت استخدامی	رسمی	۳۴/۸۵±۷/۲۷	۳۱/۲۵±۴/۲۹
	طرحی	۳۲/۳۶±۸/۰۴	۲۹/۹۶±۳/۴۲
	اماره F	۳/۳۶	۲/۶۶
سابقه کار	۱-۵ سال	۳۲/۹۷±۷/۸۴	۳۰/۱۰±۳/۴۴
	۱۰-۵ سال	۳۲/۱۶±۷/۸۵	۲۹/۳۵±۴/۵۸
	بیشتر از ۱۰ سال	۳۵/۳۰±۷/۳۶	۳۲/۰۱±۳/۷۱
مقدار F	۳/۷۴	۱/۵۶	
سطح معناداری	۰/۰۲	۰/۲۱	<۰/۰۰۱

در این پژوهش ارتباط بین متغیرها با سن نیز با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون سنجیده شد که نتایج نشان داد بین میزان رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران و سن آنها ( $P=0/04$ ,  $r=0/14$ ) ارتباط آماری معناداری وجود دارد ولی بین خودکارآمدی و سن ( $P=0/17$ ,  $r=0/09$ ) و سلامت عمومی و سن ( $P=0/16$ ,  $r=-0/09$ ) ارتباط معنادار نبود.

## بحث

این پژوهش با هدف تعیین ارتباط بین رهبری اخلاقی با خودکارآمدی و سلامت روان پرستاران صورت گرفت. نتایج نشان داد که میانگین نمرات رهبری اخلاقی مدیران پرستاری از دیدگاه پرستاران ( $33/80 \pm 7/72$ ) بود و اکثریت پرستاران اذعان داشتند که میزان رهبری اخلاقی مدیران پرستاری در سطح بالا بود. همراستا با این نتایج، مطالعه‌ای در ترکیه، میزان رهبری اخلاقی مدیران پرستاری را بالاتر از حد متوسط گزارش داد [28]. نتایج مطالعه دیگری در فنلاند حاکی از این بود که پروفایل فعالیت اخلاقی مدیران پرستاری در سطح بالا قرار داشت [29]. مطالعات دیگری در ایران حاکی از مطلوب بودن سبک رهبری اخلاقی مدیران پرستاری بود [30، 31]، برخی مطالعات، رهبری اخلاقی از دیدگاه پرستاران را در سطح متوسط گزارش کردند [18]. البته تفاوت در نتایج مطالعات، می‌تواند تحت تأثیر جامعه پژوهش، جو سازمانی و زمینه‌های فرهنگی اجتماعی باشد. استفاده از ابزارهای متفاوت برای سنجش رهبری اخلاقی را هم، می‌توان به عنوان دلیل تفاوت در نتایج مطالعات در نظر گرفت. از طرف دیگر، از آنجایی که بخشی از اولویت‌های اخلاقی در هر حرفه ناشی از ارزش‌های جامعه و افراد آن گروه حرفه‌ای است، بنابراین ماهیت مسائل اخلاقی باید در ابعاد مختلف زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی بررسی شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین خودکارآمدی پرستاران در سطح متوسط به بالا بود که با نتایج مطالعه علیزاده و همکاران [32]، شمسی فر و همکاران [33] همسو بود. در مطالعه دیگری میانگین نمره خودکارآمدی پرستاران کره‌ای  $35/66 \pm 4/54$  گزارش شد که از مطالعه حاضر بالاتر بود [34]. با این حال نتایج مطالعه دیگری در انگلستان، میانگین نمره خودکارآمدی دانشجویان پرستاری  $30/67$  با انحراف معیار  $3/42$  گزارش شد که مشابه با نتایج مطالعه

کنونی است [35]. مطالعه دیگری در سنگاپور حاکی از میزان بالای خودکارآمدی در پرستاران بود [36]. این تفاوت در نتایج، طبق نظریه Bandura، می‌تواند از منابع اجتماعی و عوامل محیطی متفاوت ناشی شود [3]. اعتقادات شخصی در مورد خودکارآمدی می‌تواند بر رفتار، شیوه تفکر و واکنش‌های احساسی فرد در شرایط دشوار تأثیر بگذارد [37]. بنابراین خودکارآمدی پرستاران می‌تواند نقش مهمی در موقعیت‌های پرسترس کاری داشته و درک این موضوع بسیار حائز اهمیت است [24].

میانگین سلامت عمومی پرستاران در این پژوهش  $24/02 \pm 6/68$  بود که بالاتر از نمره برش [23] قرار داشت. نتایج مطالعه دیگری در اصفهان حاکی از نامطلوب بودن سلامت عمومی در  $52/4$  درصد پرستاران بود [38]. تحقیق انجام شده توسط Perry و همکاران بر روی پرستاران استرالیایی نشان داد که سطح سلامت در  $28/5$  درصد خوب،  $45/5$  درصد بسیار خوب و  $19/4$  درصد عالی بود [39]. بر اساس نتایج مطالعه کنونی، در بین ابعاد سلامت عمومی، افسردگی دارای کمترین میانگین و اختلال در عملکرد اجتماعی دارای بیشترین میانگین بود. همراستا با این نتایج، یافته‌های یک پیمایش ملی نشان داد که میانگین نمره سلامت روانی پرستاران در کل  $12/37$  بود که بیشترین میانگین نمره (بدترین حالت) مربوط به حیطة عملکرد اجتماعی ( $3/38 \pm 12/86$ ) و کمترین میانگین نمره (بهترین حالت) مربوط به حیطة افسردگی ( $3/02 \pm 4/1$ ) بود [40]. نتایج مطالعه‌ای بر روی پرستاران کشور پولند نشان داد که از نظر سلامت روان عمومی در سطح متوسط، بیشترین میانگین مربوط به بعد اضطراب و بیخوابی و کمترین میانگین مربوط به بعد افسردگی بود [41]. عوامل اجتماعی فرهنگی حاکم در محیط کار، تفاوت‌های فردی، خصوصیات نقشی و شرایط زندگی متفاوت پرستاران در پژوهش‌های اشاره شده می‌تواند از دلایل نتایج متفاوت باشد. آنچه مسلم است ماهیت کار پرستاران و خستگی مفرط ناشی از کار و سایر نقش‌هایشان بر سلامت پرستاران تأثیرگذار است و این امر باید مدنظر مدیران پرستاری قرار گرفته و در این زمینه تدابیری اتخاذ گردد.

نتایج نشان داد که با افزایش نمره رهبری اخلاقی، خودکارآمدی پرستاران افزایش می‌یافت که با یافته‌های

[۱۰].

از محدودیتهای مطالعه حاضر، طراحی مقطعی آن بود که برای بررسی روابط با جزئیات بیشتر، نیاز است تحقیقات طولی انجام شود. محدودیت دیگر؛ استفاده از ابزار خودگزارشی برای گردآوری داده ها می باشد که ممکن است وضعیت واقعی پرستاران را منعکس نکند. از موارد دیگر انجام این پژوهش در دو بیمارستان و روش نمونه گیری سرشماری بود لذا تعمیم پذیری نتایج باید با احتیاط صورت گیرد. علاوه بر این، بیشتر شرکت کنندگان در مطالعه حاضر زنان بودند، اگرچه به خوبی شناخته شده است که پرستاران عمدتاً زن هستند، اما مطالعات آینده می تواند روابط بین این متغیرها را با یک نمونه نماینده از زنان و مردان بررسی نماید.

### نتیجه گیری

از یافته های بدست آمده از پژوهش حاضر میتوان چنین نتیجه گیری کرد که با افزایش میزان رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری، خودکارآمدی و سلامت عمومی پرستاران افزایش می یابد. آموزش این نوع رویکرد رهبری به مدیران پرستاری در قالب کارگاه و مشاوره های دوره ای در این زمینه، می تواند باور پرستاران را در مورد توانایی خود برای انجام مراقبت از بیمار افزایش داده که به دنبال آن پیامدهای مثبتی از جمله ارتقاء کیفیت مراقبت و رضایت بیمار را افزایش می دهد. همچنین رهبران پرستاری با ارائه رفتارهای اخلاق مدار و منش های متعالی و تعاملات همدلانه موجبات سلامت عمومی پرستاران را فراهم نموده که در راستای آن کیفیت خدمات نیز بهبود خواهد یافت.

### سیاسگزاری

نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسؤولین محترم بیمارستانهای دانشگاهی شهر یزد و پرستاران شرکت کننده در مطالعه اعلام می نمایند.

### تضاد منافع

نویسندگان اذعان می دارند که هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سایر مطالعات همسو بود [۴۲، ۴۳]. یافته های مطالعه Güçel و Tokmak هم حاکی از آن بود که رابطه مثبت و معناداری بین رهبری اخلاقی با اعتمادسازمانی، تعهدعاطفی و رضایت شغلی در کارکنان وجود داشت [۴۴]. نتیجه مطالعه یوسف پور و همکاران نیز حاکی از آن بود که بین رهبری اخلاقی و خودکارآمدی با نقش میانجی معنویت سازمانی ارتباط وجود داشت [۴۵]. همچنین مطالعه Walumbwa و همکاران نشان داد که رهبری اخلاقی به طور مثبت و قابل توجهی با عملکرد کارکنان در ارتباط بود و این رابطه به طور کامل با تبادل رهبر عضو، اعتماد به نفس و هویت سازمانی و کنترل برای عدالت رویه ای مرتبط بود [۴۶]. رهبران اخلاقی بیش از بقیه رهبران، نیازهای رشدی و تکاملی کارکنان را در نظر می گیرند و کارکنان را در مقامهایی قرار می دهند که بتوانند در آن حس معناداری در شغل را تجربه کنند. رهبران اخلاقی فرصتهایی می آفرینند تا کارکنان از تأثیری که در موقعیت خود و به طور کلی در سازمان دارند، آگاه شوند که می تواند به بهبود خودکارآمدی آنان منجر شود [۴۷].

از نتایج دیگر مطالعه حاضر این بود که با افزایش نمره رهبری اخلاقی در مدیران پرستاری، نمره مشکلات سلامت عمومی پرستاران کاهش یافته بود. نتایج مطالعه Okpozo و همکاران [۴۸] حاکی از آن بود که رهبری اخلاقی تأثیر غیرمستقیم معکوس بر فرسودگی عاطفی داشت. Heres و Lasthuizen بیان کردند که رهبران اخلاقی به رفاه دیگران و برطرف کردن نیازهای اساسی پیروان توجه داشته و قادرند احساسات، تفکرات و اعمال اشخاص دیگر را درک کنند، مردم گرا هستند و به توانمند نمودن آنها توجه دارند [۴۹]. به طور کلی، می توان بیان نمود که رهبری اخلاقی بر سلامت روان شناختی کارکنان و تجارب کاری آنان تأثیر می گذارد. بنابراین رهبران اخلاقی در جهت حفظ و حمایت از سرمایه انسانی، تلاش لازم را در جهت ایجاد یک محیط سالم به عمل می آورند. در جامعه صنعتی امروز تأمین محیط سالم و ایمن از حقوق اساسی کارکنان سازمان به شمار می آید، و تحقیقات نشان داده اند که سلامت محیط کار باعث بهره وری و اعتماد سازمانی کارکنان می گردد



## References

1. Badrizadeh A, farhadi A, Tarrahi MJ, Saki M, Beiranvand G. Mental health status of the nurses working in khorramabad state hospitals. *Yafte*. 2013;15(3):62-69 [in Persian].
2. Osei HV, Osei-Kwame D, Osei Amaniampong L. The effects of individual mechanisms on work self-efficacy of nurses: the mediating role of organisational commitment. *International Journal of Healthcare Management*. 2017;10(4):219-237. <https://doi.org/10.1080/20479700.2016.1268798>
3. Bandura A. *On the functional properties of perceived self-efficacy revisited*. Sage CA: Los Angeles, CA; 2012.
4. Bressington DT, Wong W-k, Lam KKC, Chien WT. Concept mapping to promote meaningful learning, help relate theory to practice and improve learning self-efficacy in Asian mental health nursing students: A mixed-methods pilot study. *Nurse Education Today*. 2018;60:47-55. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.09.019>
5. Iriarte-Roteta A, Lopez-Dicastillo O, Mujika A, Ruiz-Zaldibar C, Hernantes N, Bermejo E, et al. Nurses' role in health promotion and prevention: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(21-22):3937-3949. <https://doi.org/10.1111/jocn.15441>
6. Shakerinia I. Relation of emotional intelligence and self-efficacy beliefs of nurses who worked in the emergency department with patients' satisfaction from the treatment process. *Journal of Hospital*. 2011;9(3):15-22 [in Persian].
7. Foster K, Cuzzillo C, Furness T. Strengthening mental health nurses' resilience through a workplace resilience programme: A qualitative inquiry. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing*. 2018;25(5-6):338-348. <https://doi.org/10.1111/jpm.12467>
8. Shahraki Vahed A, Mardani Hamuleh M, Sanchuli J, Hamedi Shahraki S. Assessment of the relationship between mental health and job stress among nurses. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences*. 2010;8(3):34-40 [in Persian]. <https://doi.org/10.29252/jmj.8.3.34>
9. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, et al. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016;13(8):1-25. <https://doi.org/10.3390/ijerph13080779>
10. Avatefi Monfared E, Mehdad A, Mirjafari SA. The relationship between ethical leadership, psychological healthy workplace and organizational trust. *Ethics in Science and Technology*. 2012;7(3):44-52 [in Persian].
11. Brown ME, Treviño LK, Harrison DA. Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2005;97(2):117-134. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002>
12. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Exploration of pioneering as a major element of ethical leadership in nursing: a qualitative study. *Electronic Physician*. 2017;9(7):4737-4745. <https://doi.org/10.19082/4737>
13. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical competency of nurse leaders: a qualitative study. *Nursing Ethics*. 2018;25(1):20-36. <https://doi.org/10.1177/0969733016652125>
14. Barkhordari-Sharifabad M, Ashktorab T, Atashzadeh-Shoorideh F. Ethical leadership outcomes in nursing: A qualitative study. *Nursing Ethics*. 2018;25(8):1051-1063. <https://doi.org/10.1177/0969733016687157>
15. Lu C-S, Lin C-C. The effects of ethical leadership and ethical climate on employee ethical behavior in the international port context. *Journal of Business Ethics*. 2014;124(2):209-223. <https://doi.org/10.1007/s10551-013-1868-y>
16. Trevino LK, Hartman LP, Brown M. Moral person and moral manager: how executives develop a reputation for ethical leadership. *California Management Review*. 2000;42(4):128-142. <https://doi.org/10.2307/41166057>
17. Rowold J. Relationships among transformational, transactional, and moral based leadership: Results from two empirical studies. *Leadership Review*. 2008;8:4-17.
18. Barkhordari-Sharifabad M, Mirjalili N-S. Ethical leadership, nursing error and error reporting from the nurses' perspective. *Nursing Ethics*. 2020;27(2):609-620. <https://doi.org/10.1177/0969733019858706>
19. Chughtai A, Byrne M, Flood B. Linking ethical leadership to employee well-being: The role of

- trust in supervisor. *Journal of Business Ethics*. 2015;128(3):653-663. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2126-7>
20. Bjarnason D, LaSala CA. Moral leadership in nursing. *Journal of Radiology Nursing*. 2011;30(1):18-24. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2011.01.002>
  21. Majdzadeh M, Hoveida R, Rajaipour S. Identifying and validating dimensions and components and assessing the ethical leadership of university directors in the viewpoints of the faculty members of the university. *Journal of Management and Planning in Educational Systems*. 2020;2(23):267-294 [in Persian]. <https://doi.org/10.29252/mpes.12.2.267>
  22. Schwarzer R, Jerusalem M. Generalized self-efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston. *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*. Windsor, UK: NFER-NELSON. 1995.
  23. Azadi M, Akbari Balootbangan A, Vaezfar S, Rahimi M. The role of coping styles and self-efficacy in nurses job stress in hospital. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2014;2(2):22-32 [in Persian].
  24. Hosseini Z, Safari Moradabadi A, Aghamolaei T, Dadipoor S, Ghanbarnezhad A. Investigating the correlation between self-efficacy and mental health of nurses and head nurses. *Nursing and Midwifery Journal*. 2018;15(12):921-930 [in Persian].
  25. Goldberg D, Williams P. *General health questionnaire (GHQ)*. Swindon, Wiltshire, UK: nferNelson. 2000.
  26. Kaviani H, Mousavi A. *Clinical interview and psychological testing*. Tehran: Mehr Kavian; 2009.
  27. Taghavi S. Validity and reliability of the general health questionnaire (GHQ-28). *Journal of Psychology*. 2002;5(4):381-398 [in Persian].
  28. Özden D, Arslan GG, Ertuğrul B, Karakaya S. The effect of nurses' ethical leadership and ethical climate perceptions on job satisfaction. *Nursing Ethics*. 2019;26(4):1211-1225. <https://doi.org/10.1177/0969733017736924>
  29. Laukkanen L, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Ethical activity profile of nurse managers. *Journal of Nursing Management*. 2016;24(4):483-491. <https://doi.org/10.1111/jonm.12348>
  30. 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 Nursing*. 2020;19(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-0408-1>
  31. Hashemi E, Barkhordari-Sharifabad M, Salaree MM. Relationship between ethical leadership, moral distress and turnover intention from the nurses' perspective. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2020;13(1):552-563 [in Persian].
  32. Alizadeh I, Salari A, Ahmadnia Z, Moaddab F. An investigation into self-efficacy, clinical decision-making and the level of relationship between them among nurses in guilan province. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2020;29(114):38-49 [in Persian].
  33. Shamsifar M, Veiskarami H, Sadeghi M, Ghazanfari F. Designing the structural model of the relationship among perceived leadership styles, self-efficacy, structural empowerment, and psychological empowerment in teachers. *Journal of Applied Psychological Research*. 2020;11(2):255-272 [in Persian].
  34. Lee TW, Ko YK. Effects of self-efficacy, affectivity and collective efficacy on nursing performance of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(4):839-848. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05244.x>
  35. Lauder W, Watson R, Topping K, Holland K, Johnson M, Porter M, et al. An evaluation of fitness for practice curricula: self-efficacy, support and self-reported competence in preregistration student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17(14):1858-1867. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02223.x>
  36. Xu C, Xie H, Zhou Z, Govindasamy A, Mao R, Chan YH. Advanced practice nurses led clinic in a psychiatric hospital: An outcome evaluation in Singapore. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2020;34(3):129-133. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.03.003>
  37. Harsul W, Irwan AM, Sjattar EL. The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patientsafetyincidentreporting in a district general hospital, Indonesia. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2020;8(2):477-481. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2019.10.013>

38. Jafari A, Tavassoli E. The relationship between health literacy and general health of staff of Isfahan University of Medical Sciences. *Journal of Health Literacy*. 2020;5(1):23-31.
39. Perry L, Gallagher R, Duffield C. The health and health behaviours of Australian metropolitan nurses: an exploratory study. *BMC Nursing*. 2015;14(1):1-11. <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0091-9>
40. Kheyri F, Seyedfatemi N, Oskouei F, Mardani-Hamooleh M. Nurses' mental health in Iran: a national survey in teaching hospitals. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2017;22(4):Pe91-Pe100.
41. Chrzan-Rodak A, Ślusarska B, Nowicki G, Deluga A, Bartoszek A. Relationship between social competences and the sense of general mental health and intensity of stress among nurses. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 2020;66(1):53-56. <https://doi.org/10.21164/pomjlifesci.673>
42. Ren S, Chadee D. Ethical leadership, self-efficacy and jobsatisfaction in China: the moderating role of guanxi. *Personnel Review*. 2017;46(2):371-388. <https://doi.org/10.1108/PR-08-2015-0226>
43. Yang C, Ding CG, Lo KW. Ethical leadership and multidimensional organizational citizenship behaviors: The mediating effects of self-efficacy, respect, and leader-member exchange. *Group & Organization Management*. 2016;41(3):343-374. <https://doi.org/10.1177/1059601115594973>
44. Güçel C, Tokmak İ, Turgut H. The relationship of the ethical leadership among the organizational trust, affective commitment and job satisfaction: Case study of a university. *International Journal of Social Sciences and Humanity Studies*. 2012;4(2):101-110.
45. Yousofpour Avandari 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 Mashhad). *Journal of Social Sciences*. 2017;14(29):43-49.
46. 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. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 2011;115(2):204-213. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2010.11.002>
47. Zhu W. The effect of ethical leadership on follower moral identity: The mediating role of psychological empowerment. *Leadership Review*. 2008;8(3):62-73.
48. Okpozo AZ, Gong T, Ennis MC, Adenuga B. Investigating the impact of ethical leadership on aspects of burnout. *Leadership & Organization Development Journal*. 2017;38(8):1128-1143. <https://doi.org/10.1108/LODJ-09-2016-0224>
49. Heres L, Lasthuizen K, editors. Ethical leadership: A variform universal phenomenon. Annual Conference of the European Group for Public Administration; 7-9 September 2010; Toulouse, France.