

ارتباط بین توانمندسازی روانشناختی پرستاران با میزان تعهد عاطفی آنها

در بیمارستان‌های استان زنجان

فریدون اسکندری^۱، مهرنوش بازارگادی^۲، منصوره زاغری تفرشی^۳، سهیلا ربیع سیاهکلی^۴، علیرضا شغلی^۵

نویسنده‌ی مسئول: زنجان، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، مرکز آموزشی درمانی آیت ا. موسوی، مدیریت پرستاری feskandari2@zums.ac.ir

دریافت: ۹۲/۰۴/۲۹ پذیرش: ۹۲/۰۹/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند و توانمندی حرفه‌ای آنها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند. میزان ادراک پرستاران از محیط کار خود، احساس توانمندی و تعهد آنان را نسبت به سازمان شکل می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین توانمندسازی روانشناختی و تعهد عاطفی در پرستاران انجام گرفت.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۴۹۱ پرستار شاغل در بیمارستان‌های استان زنجان بصورت مقطعی در بهمن و اسفند ماه ۱۳۸۸ شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپرینتر و پرسشنامه تعهد سازمانی می‌یر و آلن بود که اعتبار و پایایی آنها مورد سنجش قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از SPSS ۱۶ و آزمون‌های آنالیز واریانس، تی تست، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: ۹۰/۶ درصد پرستاران زن بوده و میانگین سنی آنان ۳۰/۷۲ سال بود. بر اساس یافته‌ها، نمره درک از توانمندسازی ۵۸/۷ درصد پرستاران در سطح بالا قرار داشت. میانگین نمره تعهد عاطفی پرستاران برابر با $3/17 \pm 0/88$ و در حد متوسط بود. نتایج همبستگی و رگرسیون خطی نشان داد توانمندسازی روانشناختی، همبستگی معنی‌دار آماری با تعهد عاطفی داشته و اثر پیشگویی‌کنندگی بر آن دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت توانمندسازی روانشناختی یک عامل پیشگویی‌کننده تعهد عاطفی محسوب می‌شود. بنابراین مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با ایجاد شرایطی در جهت افزایش استقلال و تاثیرگذاری پرستاران در تصمیم‌گیری‌های سازمان، میزان تعهد عاطفی آنها به سازمان را بهبود بخشند.

واژگان کلیدی: توانمندسازی روانشناختی، تعهد سازمانی، پرستاران، ایران

مقدمه

توانمند، به صورت انفرادی یا گروهی درقبال کارشان و نتایج آن احساس مسئولیت می‌کنند و نسبت به سایر کارکنان غیرتوانمند از رضایت شغلی بیشتری برخوردارند (۲). در نظام سلامت، پرستاران بزرگترین گروه کارکنان ارائه‌دهنده

شکوفایی هر جامعه‌ای در بهبود و پرورش منابع انسانی آن نهفته است. یکی از مفاهیمی که در راستای بالندگی منابع انسانی مطرح گردیده، توانمندسازی کارکنان است (۱). کارکنان

۱- کارشناس ارشد مدیریت پرستاری، مرکز آموزشی درمانی آیت ا... موسوی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲- دکترای مدیریت آموزشی، دانشیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۳- دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران

۴- کارشناس ارشد پرستاری، مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۵- دکترای مدیریت بهداشتی درمانی، استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

دریافتند که بهترین پیشگوهای تعهد عاطفی، کیفیت کار (هدف) و متغیرهای کیفی تصمیم‌گیری، آن هم یکسال پس از استخدام در سازمان می‌باشد (۱۲).

برای توانمندسازی کارکنان دو دیدگاه اساسی مطرح است. اولی، توانمندسازی ساختاری (structural empowerment) که شامل تعدیل ساختارهای محیط کار توسط مدیران و تسهیل دسترسی کارکنان به امکانات سازمان می‌باشد و دومی، دیدگاه توانمندسازی روانشناختی (Psychological empowerment) است که طبق تعریف اسپریتزر (Spreitzer) در سال ۱۹۹۵، انعکاسی از حس کارکنان از کنترل در محیط کار بوده و متأثر از ادراک کارمندان از محیط کار خود می‌باشد. این دو دیدگاه در کنار یکدیگر بوده و توأمأ احساس توانمندی کارکنان در سازمان را تشکیل می‌دهند (۱۳).

کانگر و کانانگو (Conger & Kanungo) استدلال می‌کنند که توانمندسازی، باعث افزایش مسئولیت کارمندان در قبال اثر بخشی کارشان می‌گردد (۱۳). توماس و ولتهوس (Thomas & Velthouse) بیان می‌کنند که توانمندسازی روانشناختی چندوجهی بوده و ماهیت آن را نمی‌توان در یک مفهوم گنجانند (۱۴).

اسپریتزر با استفاده از الگوی روانشناختی توماس و ولتهوس، توانمندسازی روانشناختی را در دو شرکت برتر امریکا اندازه‌گیری نموده و ابعاد آن را بیان کرد. این ابعاد عبارت بودند از: "معنادار بودن" (Meaning)، "شایستگی" (Competence)، "استقلال و خودمختاری" (Autonomy) و "موثر بودن" (Impact) (۱۵). بعد احساس معنادار بودن، یعنی با ارزش بودن اهداف شغلی و علاقه درونی شخص به شغل (۱۶). بعد دوم، احساس شایستگی است. شایستگی به درجه باور یک فرد که می‌تواند وظایف شغلی را با مهارت انجام دهد اطلاق می‌شود. بعد سوم، احساس استقلال و خود

خدمات سلامت را تشکیل می‌دهند و توانمندی حرفه‌ای آنها نقش مهمی در تحقق رسالت نظام سلامت ایفا می‌کند (۳). پرستاران فاقد قدرت، غیر مؤثر بوده و از شغلشان کمتر راضی هستند (۴) و این فقدان قدرت ممکن است در مراقبت از بیمار نیز تاثیر منفی بگذارد (۵). اما در حال حاضر به دلایل گوناگون، کمتر به توانمند نمودن پرستاران در تمامی بخش‌ها پرداخته می‌شود. توانمندسازی پرستاران توسط مدیران پرستاری، می‌تواند مشارکت فعال آنها را در حل مشکلات سیستم‌های بهداشتی درمانی بالا برده و آنها را به عضوی مؤثر و خلاق در تیم‌های درمانی تبدیل نماید. این امر می‌تواند پیامدهای مختلف از جمله تعهد سازمانی (Organizational commitment) که یکی از عوامل مؤثر در عملکرد نیروی انسانی در بیمارستان است را افزایش دهد (۶، ۷). پرستارانی که متعهد به سازمان شده‌اند، برخوردهای کمتری بخاطر غیبت از کار، درجه بالاتری از تولید خلاقانه و حل سریع مشکلات، مشارکت بیشتر در تصمیم‌گیری‌ها، توانمندسازی کاری و رضایت شغلی بهبود یافته دارند (۸). تعهد سازمانی پرستاران نتیجه‌ای از انتظارات آنها از محیط کاری‌شان، توانمندسازی محیط کاری، اعتماد سازمانی و توانمندسازی روانشناختی می‌باشد (۹).

تعهد سازمانی نوعی نگرش است که میزان علاقه و دلبستگی و وفاداری کارکنان نسبت به سازمان و تمایل آنان به ماندن در سازمان را نشان می‌دهد (۱۰). این نگرش کاری دارای سه بعد است: تعهد عاطفی (Affective Commitment)، تعهد مستمر (Continuance Commitment) و تعهد هنجاری یا تکلیفی (Normative Commitment). "تعهد عاطفی" یعنی نوعی تعلق و وابستگی و احساس هویت نسبت به سازمان (۱۱).

کارمندان دارای احساسات قوی تعهد عاطفی، در سازمان باقی خواهند ماند چرا که "خودشان می‌خواهند". می‌یر و همکاران

توانمندسازی، بالاترین میانگین را به خود اختصاص دادند (۲۲).

با آنکه مطالعات بسیاری در مورد تعهد سازمانی و یا توانمندسازی کارکنان در دنیا انجام شده است، اما جستجوی وسیع در منابع الکترونیک و غیر الکترونیک در دسترس، نشان می‌دهد علیرغم اهمیت موضوع، مطالعات زیادی در خصوص ارتباط توانمندسازی روانشناختی با تعهد سازمانی در میان پرستاران شاغل در ایران انجام نشده است. لذا این مطالعه با هدف کسب شناخت از وضعیت توانمندسازی پرستاران در ابعاد روانشناختی و همبستگی آن با تعهد عاطفی آنها در بیمارستان‌های استان زنجان انجام گرفت.

روش بررسی

در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۴۹۱ پرستار حائز شرایط شاغل در ۸ بیمارستان دانشگاهی و ۲ بیمارستان وابسته به سازمان تامین اجتماعی استان زنجان به صورت مقطعی در بهمن و اسفند ماه ۱۳۸۸ شرکت داشتند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: داشتن مدرک کاردانی پرستاری و بالاتر، عدم تصدی پست‌های مدیریتی مثل سرپرستار، سوپروایزر و مدیر خدمات پرستاری در یک سال اخیر و در زمان تکمیل پرسشنامه، سابقه فعالیت به عنوان پرستار در بیمارستان مورد مطالعه حداقل از یک سال قبل و انجام شیفت کامل موظفی در هر ماه در طول مدت یک سال قبل. برای جمع آوری داده‌ها و اندازه‌گیری متغیرهای اصلی این پژوهش از پرسشنامه‌ای سه قسمتی شامل اطلاعات جمعیت شناختی، توانمندسازی روانشناختی و تعهد سازمانی استفاده شد. قسمت اطلاعات جمعیت شناختی شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، وضعیت استخدام، بخش محل کار، میزان تحصیلات، سابقه کلی، مدت کار در بیمارستان و بخش فعلی محل کار، میزان کفایت حقوق دریافتی و اشتغال به کار در خارج از بیمارستان بود.

مختاری است که به معنای حس انتخاب در آغاز و تنظیم فعالیت‌ها و رفتارهای لازم برای انجام وظایف شغلی می‌باشد. بعد چهارم توانمندسازی روانشناختی، احساس تاثیرگذاری کارمندان است. میزان اثرگذاری، به درجه‌ای که یک شخص می‌تواند بر خروجی‌های استراتژیک، مدیریتی و یا عملکردی کاری اثر بگذارد، اطلاق می‌شود (۱۳).

مطالعات انجام شده نشان می‌دهند که دلایل قانع کننده‌ای برای توانمندسازی در پرستاری وجود دارد (۴). فالکنر (Faulkner) و لاشینگر (Laschinger) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که توانمندسازی روانشناختی پرستاران در حد متوسط می‌باشد (۱۷). نتایج مطالعه هان (Han) و همکاران در سال ۲۰۰۹ برای مقایسه میزان توانمندسازی، رضایت شغلی و تعهد سازمانی بین پرستاران دایمی و پرستاران موقتی شاغل، نشان داد که پرستاران دائمی تعهد عاطفی بالاتری نسبت به بقیه داشتند (۱۸).

دسیکو (Decicco) و همکاران در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۴ پرستار و بهیار شاغل در خانه‌های سالمندان، در انتاریوی کانادا نشان دادند که توانمندسازی پرستاران شاغل در خانه‌های سالمندان می‌تواند تعهد سازمانی آنها را بهبود ببخشد (۱۹).

در مطالعه توصیفی-همبستگی ایبلی و ناستی‌زایی در سال ۱۳۸۸ ضریب همبستگی توانمندسازی روانشناختی با تعهد عاطفی ($r=0/27$, $p<0/001$) از نظر آماری معنی‌دار بود و بعد معناداری توانمندسازی بیشترین همبستگی را با تعهد عاطفی داشت ($r=0/30$, $p<0/0001$) (۲۰). عباسی مقدم و همکاران نیز در سال ۱۳۹۱ در تحقیقی توصیفی-همبستگی خود نمره توانمندسازی پرستاران را ۳/۶ از ۵ بدست آوردند (۲۱). مطالعه دیگری که توسط نصیری پور و همکاران در سال ۱۳۹۰ انجام شد، نشان داد که میزان برخورداری کارکنان بیمارستان‌ها از مولفه‌های توانمندسازی با میانگین ۳/۸۹ در وضعیت مطلوبی قرار داشت و ابعاد شایستگی و معناداری

توانمندسازی روانشناختی به وسیله پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپریتزر اندازه‌گیری شد. این ابزار شامل ۱۲ سؤال برای اندازه‌گیری میزان درک پرستاران از چهار بعد توانمندسازی روانشناختی شامل "معناداری"، "شایستگی"، "استقلال کاری" و "تأثیرگذاری" بود. این سؤالات بر مبنای مقیاس پنج قسمتی لیکرت از کاملاً مخالف (امتیاز ۱) تا کاملاً موافق (امتیاز ۵) تنظیم شد. میانگین امتیاز هر بعد از یک تا پنج و مجموع امتیازات توانمندسازی روانشناختی نیز از طریق جمع کردن میانگین امتیاز چهار بعد در محدوده چهار تا بیست بدست آمد. مجموع امتیازات چهار بعد و میانگین هر کدام نشان دهنده میزان توانمندسازی بود و امتیازهای بیشتر بعنوان درجات بالای توانمندسازی روانشناختی محسوب گردید. امتیازات روانشناختی در سه گروه به ترتیب گروه یک (از نمره ۴ الی ۱۰/۶۷)، گروه دو (۱۰/۶۸ الی ۱۵/۳۳) و گروه سه (۱۵/۳۴ الی ۲۰) طبقه بندی گردید. نمرات ابعاد توانمندسازی نیز به تبعیت از توانمندسازی کل به همان شکل در سه گروه طبقه بندی شد که گروه یک از نمره ۱ الی ۲/۳۳، گروه ۲ از نمره ۲/۳۴ الی ۳/۶۷ و گروه ۳ از نمره ۳/۶۸ الی ۵ مشخص گردید (۱۳). با اینکه این ابزار در چندین کشور از جمله امارات متحده عربی، استرالیا، کانادا، سنگاپور، فرانسه، فلیپین، چین و ترکیه به طور کامل ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است ولی سوابقی از به کارگیری این ابزار در محیط‌های پرستاری در ایران تا قبل از انجام این پژوهش، یافت نشد. لذا برای اولین بار درخواست ترجمه رسمی و استفاده از آن برای ایران توسط پژوهشگر انجام و پس از دریافت نسخه اصلی ابزار و مجوز ترجمه و راهنمای استفاده آن از سازنده ابزار (اسپریتزر)، ترجمه دقیق انجام و سپس مجدداً به انگلیسی برگردان شد (forward backward translation).

تعیین اعتبار ابزار از روش تعیین شاخص اعتبار محتوا (Context Validity Index) با نظرخواهی از یازده نفر از

اساتید و اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، زنجان و دانشگاه تربیت مدرس تهران و پنج نفر از پرستاران شاغل برای مطالعه و کنترل عبارات از نظر مربوط بودن، واضح بودن و روان بودن، محاسبه شد که با توجه به استاندارد بودن ابزار و نیز دقت در ترجمه آن توسط پژوهشگر، شاخص اعتبار محتوا (CVI) برای کل ابزار برابر با ۰/۹۲ بدست آمد. پائین‌ترین شاخص اعتبار محتوا (۰/۸۵) مربوط به سوال ۳ (بعد معناداری) و بالاترین آن (۰/۹۸) مربوط به سوال ۱۱ (بعد تأثیرگذاری) بود. پایایی این ابزار توسط اسپریتزر در سال ۱۹۹۵ محاسبه شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد (۱۵). در مطالعه لاشینگر و همکاران در سال ۲۰۰۹، این ضریب برای ابعاد، بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ محاسبه شد (۲۳). در ایران نیز سه بعد این پرسشنامه در سال ۱۳۸۸ توسط عبدالهی در حوزه ستادی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری روانسنجی شد و ضریب کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد (۱۶).

در پژوهش حاضر، پایایی ابزار از طریق روش همسانی درونی و نیز آزمون مجدد اندازه‌گیری شد. بدین ترتیب که پرسشنامه توسط ۱۵ نفر از پرستاران دو بار با فاصله ۱۲ روز تکمیل شد و این افراد در مطالعه اصلی شرکت داده نشدند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برای کل ابزار (۰/۸۳ بعد معناداری، ۰/۹۱ بعد شایستگی، ۰/۸۷ بعد استقلال و خودمختاری و ۰/۷۶ بعد تأثیرگذاری) بدست آمد. ضریب همبستگی اسپیرمن برای کل ابزار توانمندسازی روانشناختی پس از انجام اصلاحات (I=۰/۷۳) بدست آمد.

برای اندازه‌گیری میزان تعهد عاطفی، از پرسشنامه تعهد سازمانی می‌یر و آلن (Meyer & Allen's Organizational Commitment Questionnaire) شامل ۸ سوال در بعد تعهد عاطفی استفاده گردید (۹). این سؤالات بر مبنای مقیاس پنج قسمتی لیکرت از اصلاً (امتیاز ۱)، تا خیلی زیاد (امتیاز ۵) تنظیم شد. میانگین امتیازات هر بعد و نمره کل نیز بین یک

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و اندازه‌گیری متغیرهای مورد پژوهش از نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمون‌های آماری آنالیز واریانس و تی تست برای مقایسه میانگین متغیرها، ضریب همبستگی پیرسون برای تعیین همبستگی ابعاد مختلف توانمندی با تعهد عاطفی و رگرسیون خطی برای تعیین میزان پیشگویی‌کنندگی متغیر توانمندی روانشناختی برای متغیر تعهد عاطفی استفاده شد. در موارد معنی‌دار بودن اختلاف بین گروه‌های توانمندی روانشناختی از آزمون تعقیبی توکی (Tukey) برای تشخیص تفاوت درون گروهی استفاده گردید. در تمامی آزمون‌ها که با اطمینان ۹۵ درصد انجام گرفته، $P \leq 0/05$ معنی‌دار فرض شد.

یافته‌ها

بر اساس نتایج بدست آمده، ۹۰/۶ درصد پرستاران زن و میانگین سن آنها ۳۰/۷۲ سال بود. ۹۷/۶ درصد نمونه‌ها دارای مدرک لیسانس پرستاری و بیشترین تعداد پرستاران (۳۷/۱ درصد) در بخش‌های داخلی جراحی فعالیت می‌نمودند. متوسط سابقه پرستاران در بخش فعلی ۲/۹۶ سال بود. ۱۱ درصد پرستاران، علاوه بر بیمارستان، در خارج بیمارستان نیز فعالیت می‌نمودند که فعالیت اکثر آنها مرتبط با حرفه پرستاری بود. سایر اطلاعات مربوط به متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران در جدول ۱ آورده شده است.

در بررسی ارتباط بین متغیر توانمندی روانشناختی با متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران، نتایج نشان داد که بین متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات پرستاران با نمره درک از توانمندی روانشناختی آنها در بعد معناداری، شایستگی، استقلال و تاثیرگذاری و نیز کل توانمندی روانشناختی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد.

الی پنج تعیین شد. امتیازهای بالاتر نشانگر میزان تعهد عاطفی بیشتر بود. این ابزار به کرات در ایران و در محیط‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. برای محیط پرستاری در سال ۱۳۸۴ توسط جهانگیر استفاده شد و پایایی آن ۰/۹۵ بدست آمد (۹). در پژوهش حاضر برای جلوگیری از اشتباه احتمالی در درک افراد، از واژه بیمارستان بجای سازمان استفاده گردید و به واسطه این تغییر، اعتبار و پایایی ابزار مجدداً اندازه‌گیری شد. برای تعیین اعتبار ابزار تعهد عاطفی از روش تعیین شاخص اعتبار محتوا استفاده گردید، که شاخص اعتبار محتوا برای آن برابر با ۰/۹۳ بدست آمد. برای پایایی ابزار نیز، همسانی درونی و آزمون مجدد محاسبه شد. در روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برای تعهد عاطفی بدست آمد و در روش آزمون مجدد، ضریب همبستگی اسپیرمن برای تعهد عاطفی ($r=0/67$) محاسبه گردید.

پس از تائید دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی زنجان و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان‌ها بویژه مدیران خدمات پرستاری، با مراجعه حضوری به بخش‌ها و توضیح اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها طبق لیست‌های دریافتی از دفاتر پرستاری بیمارستان‌ها به پرستاران ارائه و در شیفت بعدی از آن‌ها تحویل گرفته شد. از تعداد ۵۸۳ پرسشنامه توزیع شده در مدت ۲ ماه (بهمن و اسفند ۱۳۸۸)، تعداد ۵۱۰ پرسشنامه عودت گردید که از این تعداد ۱۹ مورد بدلیل عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه و یا ناقص بودن اطلاعات جمعیت شناختی، غیر قابل استفاده تشخیص داده شد و نهایتاً ۴۹۱ پرسشنامه (بیش از ۸۴ درصد کل پرستاران حائز شرایط) مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفت. افت ۱۵ درصدی نمونه‌ها با توجه به تعداد بالای نمونه‌های مورد بررسی، تاثیر چندانی بر روی نتایج نداشت.

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش برحسب متغیرهای جمعیت شناختی در بیمارستان‌های استان زنجان

میانگین (انحراف معیار)	درصد	فراوانی	مشخصات جمعیت شناختی
	۹/۴	۴۶	مرد
	۹۰/۶	۴۴۵	زن
	۶/۷	۳۳	زیر ۲۵ سال
۳۰/۷۲ سال	۳۵/۴	۱۷۴	۲۵-۲۹ سال
(±۴/۶۵)	۳۸/۱	۱۸۷	۳۰-۳۴ سال
	۱۵/۳	۷۵	۳۵-۴۰ سال
	۴/۵	۲۲	بالای ۴۰ سال
	۱/۶	۸	کاردان
	۹۷/۶	۴۷۹	کارشناس
	۰/۸	۴	کارشناسی ارشد
	۲۷/۹	۱۳۷	مجرد
	۷۲/۱	۳۵۴	متاهل
	۴۲	۲۰۶	۱-۵ سال
۶/۹۸ سال	۴۱/۱	۲۰۲	۶-۱۰ سال
(±۴/۴۵)	۱۵/۵	۷۶	۱۱-۲۰ سال
	۱/۴	۷	۲۱-۳۰ سال
	۸۵/۳	۴۲۰	دانشگاهی
	۱۴/۷	۷۱	غیر دانشگاهی
	۷۱/۵	۳۵۱	آموزشی درمانی
	۲۸/۵	۱۴۰	درمانی
	۲۵/۳	۱۲۴	رسمی
	۳۱/۴	۱۵۴	پیمانی
	۱۲/۲	۶۰	طرحی
	۳۱/۱	۱۵۳	قراردادی
	۱۰۰	۴۹۱	جمع

نشان داد. در بعد تأثیرگذاری روانشناختی نیز، پرستارانی که حقوق دریافتی خود را نسبتاً کافی می‌دانستند با میانگین $3/42 \pm 0/73$ نمره بالاتری نسبت به پرستارانی که حقوق خود را کافی و یا ناکافی می‌دانستند بدست آوردند که این اختلاف با $(p=0/004)$ از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

پرستاران پیمانی با میانگین $3/10 \pm 0/81$ نمره کمتری در بعد تأثیرگذاری نسبت به دیگر پرستاران داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود $(p=0/009)$. پرستاران پیمانی کمترین

بین متغیرهای حرفه‌ای شامل سابقه کار کلی، سابقه کار در بیمارستان، سابقه کار در بخش و کفایت حقوق دریافتی با نمره درک از توانمندسازی روانشناختی پرستاران در بعد معناداری و شایستگی و کل توانمندسازی روانشناختی ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده نشد، اما در بعد استقلال با افزایش سابقه کار بالاتر از ۱۰ سال، نمره درک از توانمندسازی افراد نیز بالا رفت بطوریکه با میانگین $3/91 \pm 0/60$ و $(p=0/02)$ تفاوت آماری معنی‌داری با پرستاران کمتر از ۱۰ سال سابقه

عاطفی آنها ارتباط آماری معنی داری بدست نیامد. پرستاران پیمانی کمترین نمره تعهد عاطفی را داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p < 0/001$). پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غیردانشگاهی با ($p = 0/03$) تعهد عاطفی بالاتری نسبت به پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. پرستارانی که در خارج بیمارستان فعالیت نمی‌کردند با ($p = 0/002$) نسبت به پرستاران دارای فعالیت اضافی در خارج بیمارستان تعهد عاطفی بالاتری داشتند و نیز پرستارانی که حقوق دریافتی خود را کافی نمی‌دانستند با ($p < 0/001$)، تعهد عاطفی بالاتری نسبت به دیگران داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود (جدول ۲).

نمره درک از توانمندسازی روانشناختی را داشتند که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0/04$). میانگین نمره درک از توانمندسازی روانشناختی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های غیردانشگاهی در بعد شایستگی $4/41 \pm 0/54$ بود که در مقایسه با نمره پرستاران بیمارستان‌های دانشگاهی از نظر آماری نیز معنی دار بود ($p = 0/03$). اما در بعد استقلال، تأثیرگذاری و کل توانمندسازی روانشناختی بین متغیرهای مرتبط با بیمارستان اختلاف آماری معنی داری بدست نیامد.

در بررسی ارتباط بین متغیر تعهد عاطفی با متغیرهای جمعیت شناختی پرستاران، یافته‌ها نشان داد که بین متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات پرستاران با میزان تعهد

جدول ۲: ارتباط بین نمرات توانمندسازی روانشناختی و بعد عاطفی تعهد سازمانی پرستاران با متغیرهای مهم جمعیت شناختی

تعهد عاطفی		توانمندسازی روانشناختی		متغیر جمعیت شناختی
نوع آزمون P value	(انحراف معیار) نمره	نوع آزمون P value	(انحراف معیار) نمره	
ANOVA $p < 0/001$	۳/۱۰ (۰/۸۷)	ANOVA ($p = 0/04$)	۱۵/۴۸ (۲/۵)	رسمی
	۲/۹۷ (۰/۸۸)		۱۵/۰۲ (۲/۲۵)	پیمانی
	۳/۲۹ (۰/۹۰)		۱۵/۱۸ (۲/۲۳)	طرحی
	۳/۳۸ (۰/۸۲)		۱۵/۷۸ (۲/۲۲)	قراردادی
t-test ($p = 0/03$)	۳/۱۳ (۰/۸۶)	t-test $p = 0/06$	۱۵/۳۱ (۲/۳۳)	دانشگاهی یا
	۳/۳۸ (۰/۹۱)		۱۵/۷۸ (۲/۱۷)	غیر دانشگاهی
t-test ($p = 0/002$)	۲/۸۳ (۰/۹۶)	t-test $p = 0/87$	۱۵/۴۴ (۲/۹۲)	فعالیت خارج از
	۳/۲۱ (۰/۸۶)		۱۵/۳۹ (۲/۲۴)	بیمارستان
ANOVA $p < 0/001$	۳/۱۹ (۱/۱۲)	ANOVA $p = 0/1$	۱۴/۷۷ (۲/۳۱)	کافی
	۳/۴۲ (۰/۷۸)		۱۵/۶۱ (۲/۲۱)	نسبتاً کافی
	۳/۰۱ (۰/۸۸)		۱۵/۳۰ (۲/۳۸)	کافی نیست

تعهد عاطفی گروه یک با دو گروه دیگر اختلاف آماری معنی دار وجود داشت. اما در بعد شایستگی توانمندسازی، نمره تعهد عاطفی گروه سه با دو گروه دیگر اختلاف آماری معنی دار داشت (جدول ۳). یافته‌ها نشان داد هر چهار بُعد توانمندسازی روانشناختی، همبستگی آماری معنی داری با بعد

مقایسه نمرات تعهد عاطفی واحدهای مورد پژوهش در گروههای سه گانه توانمندسازی روانشناختی به تفکیک ابعاد و کل توانمندسازی روانشناختی با استفاده از آزمون آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی توکی نشان داد، در توانمندسازی روانشناختی و ابعاد معناداری، استقلال و تأثیرگذاری، نمره

عاطفی تعهد سازمانی داشته و نیز نمره کل توانمندسازی روانشناختی نیز همبستگی متوسطی با نمره تعهد عاطفی

جدول ۳: مقایسه میانگین نمره بعد عاطفی تعهد سازمانی بر حسب گروه های سه گانه توانمندسازی روانشناختی در پرستاران

نوع آزمون P value	تعهد عاطفی (انحراف معیار) میانگین	گروه بندی بر اساس نمره توانمندسازی	
ANOVA p<۰/۰۰۱	۲/۰۹(±۱/۲۱) *	گروه یک (۱ - ۲/۳۳)	بعد معناداری
	۲/۸۲(±۰/۸۴)	گروه دو (۲/۳۴ - ۳/۶۷)	
	۳/۳۲(±۰/۸۲)	گروه ۳ (۳/۶۸ - ۵)	
ANOVA p<۰/۰۰۱	۲/۲۷(±۱/۴۰)	گروه یک (۱ - ۲/۳۳)	بعد شایستگی
	۲/۸۶(±۰/۹۹)	گروه دو (۲/۳۴ - ۳/۶۷)	
	۳/۲۳(±۰/۸۴) *	گروه ۳ (۳/۶۸ - ۵)	
ANOVA p<۰/۰۰۱	۲/۷۸(±۰/۸۹) *	گروه یک (۱ - ۲/۳۳)	بعد استقلال
	۳/۲۰(±۰/۸۰)	گروه دو (۲/۳۴ - ۳/۶۷)	
	۳/۲۷(±۰/۹۱)	گروه ۳ (۳/۶۸ - ۵)	
ANOVA p<۰/۰۰۱	۲/۷۰(±۰/۹۳) *	گروه یک (۱ - ۲/۳۳)	بعد تأثیرگذاری
	۳/۱۹(±۰/۸۴)	گروه دو (۲/۳۴ - ۳/۶۷)	
	۳/۴۲(±۰/۸۰)	گروه ۳ (۳/۶۸ - ۵)	
ANOVA p<۰/۰۰۱	۲/۰۰(±۱/۲۵) *	گروه یک (۴ - ۱۰/۶۷)	کل توانمندسازی روانشناختی
	۲/۹۶(±۰/۷۹)	گروه دو (۱۰/۶۸ - ۱۵/۳۳)	
	۳/۳۴(±۰/۸۸)	گروه ۳ (۱۵/۳۴ - ۲۰)	

* مقدار احتمال معناداری بر اساس آزمون توکی محاسبه شده است (p<۰/۰۵)

محاسبه رگرسیون خطی بین متغیر وابسته تعهد عاطفی با متغیر مستقل توانمندسازی روانشناختی نشان داد که توانمندسازی روانشناختی اثر پیشگویی کنندگی با $\beta=۰/۳۴۲$ و $R^2=۰/۱۲$ برای افزایش تعهد عاطفی داشت که به صورت زیر بیان می شود (جدول ۵).

توانمندسازی روانشناختی $\times (۰/۱۲۸) + ۱/۲۰ =$ تعهد عاطفی

جدول ۴: ضریب همبستگی بعد عاطفی تعهد سازمانی با ابعاد و کل توانمندسازی روانشناختی در پرستاران

P value	ضریب همبستگی (r)	ابعاد توانمندسازی روانشناختی
p<۰/۰۰۱ **	r = ۰/۳۷۲	بعد معناداری
p<۰/۰۰۱ **	r = ۰/۱۸۷	بعد شایستگی
p<۰/۰۰۱ **	r = ۰/۲۰۳	بعد استقلال
p<۰/۰۰۱ **	r = ۰/۳۲۳	بعد تأثیرگذاری
p<۰/۰۰۱ **	r = ۰/۲۹۱	کل توانمندسازی روانشناختی

جدول ۵: ضریب رگرسیون (میزان پیشگویی کنندگی) متغیر توانمندسازی روانشناختی بر تعهد عاطفی پرستاران در بیمارستان‌ها

فاصله اطمینان ۹۵٪	p-value	t	R Square	Unstandardized Coefficients		ضریب ثابت و متغیر
				Std. Error	B	
حد بالا ۱/۶۹	۰/۷۲	P < ۰/۰۰۱	۴/۸۵۹	۰/۲۴۹	۱/۲۰۸	ضریب ثابت
حد پایین ۰/۱۶	۰/۰۹	P < ۰/۰۰۱	۷/۹۴۸	۰/۰۱۶	۰/۱۲۸	توانمندسازی روانشناختی

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، نمره درک پرستاران از توانمندسازی روانشناختی در حد بالا بود. متغیرهای جنس، سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، بخش محل فعالیت، سابقه کار، نوع استخدام، کفایت حقوق و آموزشی بودن بیمارستان ارتباط معنی داری با نمره درک از توانمندسازی روانشناختی پرستاران نداشتند. پرستارانی که در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی فعالیت می‌نمودند، نمره بالاتری نسبت به پرستاران شاغل در بیمارستان‌های دانشگاهی داشتند که از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/06$). نتیجه بدست آمده در خصوص ادراک توانمندی کارکنان با یافته تورانی و همکاران (۱) و نتایج مطالعه ابیلی و ناستی‌زایی (۲۰) همخوانی دارد. در مطالعه نصیری‌پور و همکاران بین سابقه خدمت با بعد احساس موثر بودن توانمندسازی رابطه معنی دار وجود داشت که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت ندارد (۲۲). در مطالعه فالکنر و لاشینگر نیز بین توانمندسازی روانشناختی با متغیرهای فردی مثل سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت کاری، نوع بیمارستان محل کار یا میزان تجربه پرستاری ارتباط معنی داری بدست نیامد (۱۷).

در پژوهش حاضر نمره بعد شایستگی در حد بالا و بیشتر از بقیه ابعاد توانمندسازی روانشناختی بدست آمد. بدین معنی که پرستاران احساس قوی شایستگی داشته و توانایی و مهارت‌های لازم را برای انجام وظایف محوله دارند. این نتایج با یافته‌های لاشینگر و همکاران (۲۳)، اسپریتزر (۱۵)، شلتون

(Shelton) (۲۴) و نصیری‌پور و همکاران (۲۲) مطابقت داشت. اسپریتزر (۱۵) و شلتون (۲۴) در مطالعات خود دریافتند که افراد تحصیل کرده و کارکنان بخش دولتی از شایستگی بالایی برخوردار هستند. مانوژلویچ (Manojlovich) تأکید می‌کند که کفایت و شایستگی برای فعالیت‌های پرستاری (یکی از ابعاد توانمندسازی روانشناختی)، با رفتارهای فعالیت شغلی پرستاری مرتبط است (۵). در مطالعه بحرینی و همکاران نیز پرستاران، صلاحیت بالینی خود را در سطح خوب ارزیابی کردند (۲۵). اما در مطالعه دسیکو و همکاران، میانگین نمره توانمندسازی روانشناختی پرستاران شاغل در خانه‌های سالمندان بیشتر از نمره پرستاران شاغل در بیمارستان‌ها بود و بعد معناداری به عنوان مهمترین بعد توانمندسازی روانشناختی مطرح شد (۱۹).

گرچه در این مطالعه، پرستاران "معناداری" را در حد بالا ($4/05 \pm 0/67$) در کارشان درک کردند ولی بر این باور بودند که بودنشان در سازمان تأثیر کمی دارد ($3/28 \pm 0/82$). این نتایج با یافته‌های فالکنر (۱۷) و لاشینگر (۲۳) هم جهت بوده و همخوانی دارد. اما در مطالعه توصیفی تورانی و همکاران دو بعد تاثیرگذاری و معناداری با میانگین $3/74$ و $3/66$ از وضعیت مطلوبی برخوردار بودند و میانگین نمره ادراک توانمندی کارکنان $3/24$ بدست آمد که هر چند از سطح مطلوبی برخوردار نبود ولی نسبت به نمره جو توانمندسازی بالاتر بود (۱). در مطالعه حاضر بعد تأثیرگذاری کمترین نقش

(۳۰). اما در مطالعه زاهدی و همکاران که برای تحلیل رابطه توانمندسازی روانشناختی و تعهد سازمانی در بین ۱۲۵ نفر از کارشناسان اداره امور کل کارکنان بانک ملت انجام شد، نتایجی مغایر با مطالعه حاضر بدست آمد. در مطالعه مذکور، ابعاد شایستگی، معناداری و انتخاب (استقلال) فاقد ارتباط معنی‌دار با تعهد سازمانی بودند و ارتباط بعد موثر بودن با تعهد سازمانی تایید گردید (۳۱).

یافته‌های این پژوهش نشان داد که توانمندسازی روانشناختی همبستگی مثبتی با تعهد عاطفی داشته ($p < 0/001$) و یک عامل پیشگویی کننده برای تعهد سازمانی محسوب می‌شود (۳۹) ($\beta = 0/39$). اما مطالعه زاهدی و همکاران در محیط غیر پرستاری، نتیجه معکوس این ارتباط را نشان داد، یعنی هر چقدر افراد توانمندی روانشناختی بیشتری را احساس می‌نمودند، تعهد آنان به سازمان کمتر می‌گردید (۳۱) که این می‌تواند ناشی از تفاوت نوع شغل و میزان استفاده از توانمندی در محیط غیر کاری باشد.

در این پژوهش مشخص گردید که نمره توانمندسازی روانشناختی حدود ۶۰ درصد پرستاران در حد بالا بوده و دو بعد شایستگی و معناداری بالاترین میانگین را به خود اختصاص دادند و نیز تعهد عاطفی پرستاران ارتباط مستقیمی با توانمندسازی روانشناختی آنها دارد. لذا با توجه به نتایج یکسان مطالعه حاضر و مطالعات دیگر انجام شده در محیط‌های بیمارستانی، می‌توان با اهمیت دادن به لیاقت و شایستگی پرستاران و ایجاد شرایط کاری مثبت برای ارزش تلقی نمودن شغل پرستاری، تعهد عاطفی پرستاران را که باعث افزایش ماندگاری آنها در سیستم می‌شود، بهبود بخشید. ضمناً مدیران بیمارستان‌ها می‌توانند با ایجاد شرایطی در جهت افزایش میزان استقلال و تأثیرگذاری پرستاران در تصمیم‌گیری‌های سازمان که در اکثر مطالعات نقش کمتری را در توانمندسازی روانشناختی به خود اختصاص می‌دادند، اقدامات موثری انجام داد.

را در توانمندسازی روانشناختی به خود اختصاص داده بود که این نتیجه با یافته‌های مطالعه دسیکو و همکاران در خانه‌های سالمندان (۱۹)، مطالعه کاسی و همکاران در بیمارستان آموزشی (۲۶)، مطالعه شلتون در مراکز ارائه خدمات سلامتی و اجتماعی (۲۴) و مطالعه ایلی و ناستی‌زایی در بیمارستان‌های زاهدان که "تأثیرگذاری" کمترین نقش را داشت (۲۰)، همخوانی دارد. این نتایج نشانگر آن است که پرستاران احساس تأثیرگذاری کمتری در مسائل جاری بیمارستان‌ها دارند و نیاز به تغییر در فرآیندهای مدیریتی بیمارستانی وجود دارد.

از طرف دیگر، نتایج نشان داد که تعهد عاطفی پرستاران با میزان سابقه کار آنها در سازمان و بخش خاص تغییر نکرده است. در این رابطه می‌یر و همکاران در مروری که بر روی مقدمات تعهد سازمانی انجام دادند، ثابت کردند که متغیرهای جغرافیایی، بدون در نظر گرفتن شکل آن، نقش کمتری در بهبود تعهد سازمانی دارند (۲۷). اما مطالعه لاشینگر و همکاران نشان داد که مدت زمان ماندگاری افراد در یک واحد با میزان تعهد سازمانی آنها ارتباط مستقیم داشته است (۲۸). مطالعه جهانگیر نیز نشان داد که میزان تعهد سازمانی پرستاران بین متوسط تا بالا قرار داشته و میزان تعهد عاطفی در مقایسه با دیگر ابعاد تعهد سازمانی سهم بیشتری از نمره کل تعهد سازمانی را به خود اختصاص داده است و بین عوامل فردی (بجز جنس) با تعهد عاطفی ارتباطی وجود ندارد (۹).

هر چهار بُعد توانمندسازی روانشناختی همبستگی معنی‌داری با تعهد عاطفی نشان داد. این نتایج در سه بعد (بجز بعد شایستگی) با یافته‌های چن و چن مطابقت داشت (۲۹). در مطالعه دسیکو و همکاران نیز توانمندسازی روانشناختی با تعهد سازمانی پرستاران همبستگی ($r = 0/46$) داشت (۱۹). در مطالعه چانگ و همکاران نیز همبستگی ($r = 0/51$, $p < 0/01$) بین توانمندسازی روانشناختی با تعهد سازمانی گزارش گردید

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد در مدیریت پرستاری بوده و نویسندگان مقاله از مدیران محترم پرستاری بیمارستان‌های استان، تمامی سرپرستاران و پرستاران شاغل در بخش‌های درمانی به جهت حمایت و یا شرکت در پژوهش و همچنین معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و زنجان برای تصویب طرح (به تاریخ ۸۸/۱۱/۱۸ و مصوبه کمیته اخلاق زنجان به شماره ۸۸۱۱۱۹) و پشتیبانی از آن و نیز دکتر اسپریتزر به جهت ارائه ابزار اصلی برای ترجمه و استفاده از آن تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین از آقای دکتر نورالدین موسوی نسب و آقای منصور مهاجری تقدیر و تشکر می‌گردد.

در پژوهش حاضر فقط پرستاران مورد هدف بوده و سایر رده‌های پرستاری شامل بهیار، تکنسین اتاق عمل و بیهوشی مشارکت نداشتند و این مسئله می‌تواند بر تعمیم پذیری آن بر کل جامعه پرستاری استان تاثیر بگذارد. شرایط روحی-روانی و خصوصیات فردی واحدهای مورد پژوهش، تفاوت در نگرش افراد به شغل پرستاری و همینطور قوانین و آئین-نامه‌های حاکم بر بیمارستان و شرایط ناشی از کار می‌توانست بر نظرات پرستاران در تکمیل پرسشنامه‌ها تاثیر بگذارد که شناسایی این عوامل خارج از کنترل پژوهشگر بود و سعی شد برای به حداقل رساندن این عوامل، نمونه‌گیری در شرایط پایدار بخش انجام شود.

منابع

- 1-Tourani S, Yazdi V, Gouhari MR. Relation of empowerment circumstance with Staffs conception of empowering in Kerman hospitals. Modiriati-e Salamat Periodical Journal of science and research. 2008; 11(31): 17-26. [In Persian]
- 2-Aghayar S. Empowerment Power. Tadbir Scientific and Educational Journal, Industrial Management Organization. 2006; 169: 39-42.[In Persian]
- 3-World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services.[cited Oct 18 2012]. Available at: URL: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/924156217X.pdf>
- 4-Manojlovich M, Laschinger HKS. The relationship of empowerment and selected personality characteristics to Nursing job satisfaction. Journal of Nursing Administration. 2002; 32(11): 586-95.
- 5-Manojlovich M. Power and Empowerment in Nursing: Looking Backward to Inform the Future. The Online Journal of Issues in Nursing. 2007; 12(1). Available at: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/NAPeriodicals.OJIN/TableofContents/Volume122007/No1Jan07/LookingBackwardtoInformtheFuture.aspx> [2007 Jan07]
- 6-Scott T. The relationship of workplace empowerment and organization commitment among first Nations and Inuit Health branch Nurses. [Ms Thesis in Nursing]. Canada: University of Manitoba. 2006:8,13. Available at: umanitoba.ca/faculties/nursing/info/media/Annual_Report_2004_2005.pdf. [21july 2009]

- 7-Yaghoubi M, Yarmohammadian MH, Javadi MA. Survey of relationship between Organization Commitment and Job Stress among the Hospital Managers of Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan: HMERC 2007; 11(33): 63-8. [In Persian]
- 8-Peachey G. The impact of leadership behaviors on staff nurse workplace empowerment, organizational commitment, absenteeism, and patient outcomes. PhD Thesis in Nursing. Ontario: School of Nursing, McMaster University. 2002: 65-6.
- 9-Jahangir F. Survey of organizational commitment of nurses and related factors in surgery and medical units of Shahid Beheshti University of Medical Science owned hospitals in 2005. Ms dissertation in Nursing Iran: Shahid Beheshti University of Medical Science. 2005: 65-110. [In Persian]
- 10-Amuzad M, Mousavi SA, Madani SH. Study of Affecting Factors on Organizational Commitment of Staff Of National Petrochemical Company. Human Resource Management in Petroleum Quarterly. 2012; 3(9): 55-81. [In Persian]
- 11-Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. Human Resource Management Review. 1991; 1(1): 61-89.
- 12-Pazargadi M, Jahangir F. Organizational commitment of nurses and related acts. Issue of nursing and Midwifery faculty of Shahid Beheshti University. 2006; 16(54): 3-13. [In Persian]
- 13-Spreitzer GM. Taking Stock: A review of more than twenty years of research on empowerment at work. In: Cooper C, Barling J. the Handbook of Organizational Behavior. Vol 1. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008: 54-68.
- 14-Spreitzer GM. Empowerment at work. In: Rogelberg S. Encyclopedia of Industrial and Organizational Psychology. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2007: 340-9.
- 15-Spreitzer GM. Psychological empowerment in the workplace: Dimensions, measurement, and validation. Academy of Management Journal. 1995; 38(5): 1442-65.
- 16-Abdollahi B, Navehebrahim A. Employees Empowerment: Golden Key Human Resource Management. 1thed. Tehran: Virayesh co; 2007: 49,117. [In Persian]
- 17-Faulkner J, Laschinger HK. The effects of structural and psychological empowerment on perceived respect in acute care nurse. Journal of Nursing Management. 2008; 16(2): 214-21.
- 18-Han S-S, Moon SJ, Yun EK. Empowerment, Job satisfaction, and organizational commitment: Comparison of permanent and temporary nurses in korea. Applied Nursing Research. 2009; 22(4): 15-20.
- 19-DeCicco J, Laschinger H, Kerr M. Perceptions of empowerment and respect: Effect on nurses' organizational commitment in nursing homes. Journal of Gerontological Nursing. 2006; 32(5): 49-56.
- 20-Abili Kh, Nastezaie N. Surveying the Relationship between Psychological Empowerment and Organizational Commitment in Nursing Staff. Toloee Behdasht Quarterly. 2010; 8(1-2): 26-38. [In Persian]

- 21-Abbasi Moghadam MA, Bakhtiari M, Raadabadi M, Bahadori M. Organizational learning and empowerment of Nursing status; Tehran University of Medical Sciences. *Education Strategies*. 2013; 6(2): 113-18. [In Persian]
- 22-Nasiripour AA, Nave Ebrahim A, Tabibi SJ, Ebraze A, Izadi A. Study of Psychological Empowerment in Hospitals of Qom Province, Iran. *Qom Univ Med Sci J*. 2013; 7(4): 56-62. [In Persian]
- 23-Laschinger HKS, Finegan J, Shamian J. The impact of workplace empowerment, organizational trust on staff nurses' work satisfaction and organizational commitment. *Health Care Management Review*. 2001; 26(3): 7-23.
- 24-Shelton ST. Employees, Supervisors, and Empowerment in the Public Sector: The Role of Employee Trust. Degree of Doctor of Philosophy. North Carolina State University. 2002: 81-101. Available at: <http://www.lib.ncsu.edu/theses/available/etd> [5May 2010].
- 25-Bahraini M, Moattari M, Sherafat A, Mirzaei K. Determining nurses' clinical competence in hospitals of Bushehr University of Medical Sciences by self assessment method. *ISMJ*. 2008; 11 (1) :69-75. [In Persian]
- 26-Casey M, Saunders J, O'hara T. Impact of critical social empowerment on psychological empowerment and job satisfaction in nursing and midwifery settings. *Journal of Nursing Management*. 2010; 18(1): 24-34.
- 27-Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L. Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta analysis of antecedents, correlates and consequences. *Journal of Vocational Behavior*. 2002; 61(1): 20-52.
- 28-Laschinger HKS, Finegan J, & Wilk P. Context matters: The impact of unit leadership and empowerment on nurses' organizational commitment. *Journal of Nursing Administration*. 2009; 39(5): 228-35.
- 29-Chen HF, Chen YH. The impact of work redesign and psychological empowerment on organizational commitment in a changing environment: An example from Taiwan's state-owned enterprises. *Public Personnel Management*. 2008; 37(3): 279-302.
- 30-Chang LC, Shih CH, Lin SM. The mediating role of psychological empowerment on job satisfaction and organizational commitment for school health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2010; 47(4): 427-33.
- 31-Zahedi Sh, Boudlaie H, Sattari R, Koushkie A. An Analysis on the Relation between Psychological Empowerment and Organizational Commitment. *Roshd-e-Fanavari*. 2010; 6(24): 59-69.[In Persian]

***Relationship between Psychological Empowerment with Affective Commitment
among Nurses in Zanjan, 2010***

Eskandari F¹, Pazargadi M², Zaghari Tafreshi M³, Rabie Siahkali S⁴, Shoghli A⁵

¹MSc. Dept. of Nursing Management, Center Ayatollah Mousavi, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²PhD. Dept. of Management, Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³PhD. Dept. of Assistant Professor, School of Nursing and Midwifery, Shaheed Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴MSc. Dept. of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

⁵PhD. Dept. of Health Management, School of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Dept. of Nursing Management, Center Ayatollah Mousavi, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Email: feskandari2@zums.ac.ir

Received: 20 July 2013 **Accepted:** 16 Dec 2013

Background and Objectives: Nurses are the largest group of health workers whose professional abilities play important role in realization of health sector mission. Nurses' perceptions of their work environment forms their sense of empowerment and commitment to the organization. This study aimed to determine the relationship between psychological empowerment and affective commitment among nurses.

Materials and Methods: In this descriptive-correlative study, 491 nurses working in Zanjan province hospitals were selected to the study in winter 2010. The data collection tool included the "Spritzer psychological empowerment questionnaire" and the "organizational commitment questionnaire of Allen and Meyer". The validity and reliability of the questionnaire were assessed through appropriate methods. Data were analyzed using the ANOVA, t-test, Pearson correlation, and linear regression method in the SPSS-16.

Results: Most of the participants (%90.6) were female. The mean age of the participants was 30.7 years. The mean score of the empowerment perception among %85.7 of nurses was high. The mean score of the affective commitment was moderate (3.17±0.88). The correlation and linear regression tests indicated that psychological empowerment was statistically correlate with the affective commitment of nurses and could predicted it.

Conclusion: Based on the findings of this study, psychological empowerment was a predictive factor for affective commitment. In order to improve affective commitment of nurses, hospital managers should try to increase independency and participation of nurses in organizational decision-makings.

Key words: Psychological empowerment, Organizational commitment, Nurses, Iran

Please cite this article as follows:

Eskandari F, Pazargadi M, Zaghari Tafreshi M, Rabie Siahkali S, Shoghli A . Relationship between Psychological Empowerment with Affective Commitment among Nurses in Zanjan, 2010. Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal (PCNM); 2013-2014; 3(2): 47-60.