

توانمندسازی در محیط‌های کاری حرفه‌ای و سلامت سازمانی: تحلیل روابط بین رهبری تحول‌آفرین، توانمندسازی روانشناختی، رفتارهای فعال شغلی و پیامدهای شغلی

محمد جواد عرب نژاد^۱ فاطمه عباس نژاد^۲ سونا قهرمانی^۳ امید فنائی نیا^۴ معصومه زارعی^۵ محمد شفیع‌یان^۶

۱. لیسانس مهندسی صنایع و فوق لیسانس مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی دانشگاه صنعتی اصفهان
۲. لیسانس مهندسی پلیمر گرایش صنایع پلیمر و فوق لیسانس مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی از دانشگاه صنعتی اصفهان
۳. لیسانس مدیریت صنعتی و فوق لیسانس مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی از دانشگاه صنعتی اصفهان
۴. لیسانس مدیریت صنعتی و فوق لیسانس مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی از دانشگاه صنعتی اصفهان
۵. لیسانس اقتصاد نظری و کارشناسی ارشد مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی دانشگاه صنعتی اصفهان
۶. لیسانس مهندسی مکانیک و فوق لیسانس مهندسی صنایع گرایش مدیریت مهندسی دانشگاه صنعتی اصفهان

چکیده :

این مقاله مروری یکپارچه به تحلیل روابط میان مفاهیم کلیدی توانمندسازی، رهبری و پیامدهای شغلی در محیط‌های کاری حرفه‌ای، با تمرکز ویژه بر دو زمینه پزشکی و پرستاری می‌پردازد. دو مطالعه محوری در این حوزه شامل: (۱) پژوهشی در مورد روابط بین رهبری تحول‌آفرین، توانمندسازی روانشناختی و طراحی شغل در میان اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی، و (۲) مرور نظام‌مند و فراتحلیلی درباره توانمندسازی ساختاری و روانشناختی در ارتباط با رضایت شغلی و فرسودگی شغلی پرستاران، مبنای این تحلیل یکپارچه را تشکیل می‌دهند.

یافته‌های هر دو مطالعه نشان می‌دهد که توانمندسازی (در ابعاد ساختاری و روانشناختی) نقشی تعیین‌کننده در بهبود پیامدهای شغلی دارد. مطالعه اول نشان داد که رهبری تحول‌آفرین از طریق توانمندسازی روانشناختی، بر طراحی شغل تأثیر مثبت می‌گذارد (ضریب استاندارد ۰.۳۵۲). مطالعه دوم نیز نشان داد که توانمندسازی ساختاری ارتباط متوسط تا قوی با رضایت شغلی دارد ($r = 0.52$). در حالی که توانمندسازی روانشناختی ارتباط ضعیف‌تری با رضایت شغلی نشان داد ($r = 0.33$). (این مقاله با ادغام یافته‌ها، مدلی مفهومی ارائه می‌دهد که در آن رهبری تحول‌آفرین، از طریق تقویت توانمندسازی روانشناختی و ساختاری، هم به رفتارهای فعال شغلی (مانند طراحی شغل) و هم به پیامدهای عاطفی مثبت (کاهش فرسودگی و افزایش رضایت) منجر می‌شود.

واژگان کلیدی فارسی: رهبری تحول‌آفرین، توانمندسازی روانشناختی، توانمندسازی ساختاری، طراحی شغل، رضایت شغلی، فرسودگی شغلی

در نظام‌های سلامت و آموزش عالی پزشکی، دو گروه حیاتی کارکنان یعنی اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی و پرستاران، با فشارهای شغلی بی‌سابقه‌ای مواجه هستند. اساتید علوم پزشکی علاوه بر تدریس، مسئولیت‌های پژوهشی، بالینی و اداری را به طور همزمان بر عهده دارند که منجر به اضافه بار نقش، فرسودگی شغلی و تنگناهای مسیر پیشرفت می‌شود. پرستاران نیز با شیفت‌های طولانی، مواجهه با رنج بیماران، کمبود منابع و فشارهای عاطفی دست‌وپنجه نرم می‌کنند. پیامد این فشارها، کاهش رضایت شغلی، افزایش تمایل به ترک خدمت، و در نهایت افت کیفیت آموزش پزشکی و مراقبت از بیمار است. در چنین شرایطی، مفهوم «توانمندسازی (Empowerment)» به عنوان یک راهبرد کلیدی برای بهبود وضعیت روانی و عملکردی کارکنان مطرح شده است. اما مسئله اصلی این است که علی‌رغم پژوهش‌های فراوان، هنوز ابهامات اساسی وجود دارد:

نخست، در مورد اساتید علوم پزشکی مشخص نیست که سبک رهبری تحول‌آفرین (با مؤلفه‌هایی چون ترغیب ذهنی، ملاحظات فردی و انگیزش الهام‌بخش) چگونه و از طریق چه مکانیزمی می‌تواند آنان را به سمت رفتارهای فعال و خودآغازگر شغلی (به‌ویژه طراحی شغل یا Job Crafting) سوق دهد. به عبارت دقیق‌تر، آیا توانمندسازی روانشناختی (احساس معنا، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر) در این میان نقش میانجی دارد یا خیر؟ این شکاف دانشی به ویژه در بافت خاص دانشگاه‌های علوم پزشکی که ترکیبی از آموزش، پژوهش و بالین است، به شدت احساس می‌شود.

دوم، در مورد پرستاران، علی‌رغم وجود دو دسته نظریه‌های توانمندسازی (ساختاری که بر دسترسی به منابع، اطلاعات، حمایت و فرصت‌ها تأکید دارد، و روانشناختی که بر ادراکات درونی معنا، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر تمرکز می‌کند)، مشخص نیست که کدام یک ارتباط قوی‌تری با دو پیامد حیاتی یعنی «رضایت شغلی» و «فرسودگی شغلی» (در ابعاد خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی) دارد. علاوه بر این، نتایج مطالعات پیشین متناقض است و مشخص نشده که آیا این روابط در مناطق جغرافیایی مختلف (مانند چین در مقایسه با اروپا و آمریکای شمالی) تفاوت معناداری نشان می‌دهد یا خیر. همچنین نگرانی وجود دارد که توانمندسازی بدون توجه به بار کاری، ممکن است پیامدهای ناخواسته‌ای مانند افزایش مسخ شخصیت به دنبال داشته باشد.

هدف از حل این مسئله، ارائه شواهد کمی قابل اتکا و یکپارچه است تا مدیران ارشد بیمارستان‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی بتوانند با آگاهی از اندازه اثر واقعی هر نوع توانمندسازی و نقش میانجی متغیرهای روانشناختی، مداخلات مدیریتی کارآمدی را طراحی کنند. این مداخلات می‌تواند شامل توسعه رهبری تحول‌آفرین در میان روسای گروه‌ها، تقویت توانمندسازی ساختاری (افزایش دسترسی به منابع و اطلاعات) برای پرستاران، و ایجاد بسترهای طراحی شغل برای اساتید باشد.

اهمیت و کاربرد مسئله از آنجا ناشی می‌شود که در بسیاری از کشورها، کمبود نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت و آموزش پزشکی به یک بحران تبدیل شده است. هر راهکاری که بتواند رضایت شغلی را افزایش، فرسودگی را کاهش، و رفتارهای فعال شغلی را تقویت کند، مستقیماً به بهبود کیفیت آموزش پزشکی (تولید پزشکان توانمندتر) و مراقبت از بیمار (کاهش خطاهای پزشکی و افزایش ایمنی بیمار) منجر خواهد شد. به عبارت دیگر، حل این مسئله نه یک اولویت آکادمیک، بلکه یک ضرورت عملی برای نظام‌های سلامت در سراسر جهان محسوب می‌شود.

۱- طبقه بندی مسئله:

۱-۲ مقاله اول:

موضوع اصلی: بررسی روابط بین رهبری تحول آفرین، طراحی شغل و توانمندسازی روانشناختی در میان اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی

بر اساس ادبیات روش‌شناسی تحقیق در علوم رفتاری، مسائل تحقیق به شش دسته اصلی تقسیم می‌شوند: توصیفی (صرفاً توصیف وضعیت موجود)، ارتباطی (بررسی همبستگی بین متغیرها بدون ادعای علیت)، علی ساده (تأثیر مستقیم یک متغیر بر متغیر دیگر)، علی با میانجی (بررسی مکانیسمی که از طریق آن متغیر مستقل بر وابسته تأثیر می‌گذارد)، علی با تعدیل (بررسی شرایطی که شدت یا جهت رابطه را تغییر می‌دهد) و پیش‌بینی (پیش‌بینی مقدار یک متغیر بر اساس متغیرهای دیگر). با توجه به این چارچوب، مسئله مقاله اول از نوع «علی با میانجی‌گری (Causal with Mediation)» «طبقه‌بندی می‌شود، زیرا هدف اصلی پژوهش، فراتر از صرف توصیف یا همبستگی، تعیین این است که آیا توانمندسازی روانشناختی به عنوان یک متغیر میانجی، مکانیسم انتقال تأثیر رهبری تحول آفرین بر طراحی شغل را ایفا می‌کند یا خیر. به عبارت دیگر، پژوهش نه تنها وجود رابطه علی بین رهبری تحول آفرین و طراحی شغل را آزمون می‌کند (بعد علی ساده)، بلکه به دنبال کشف «چگونگی» و «از چه مسیری» این تأثیر رخ می‌دهد (بعد میانجی‌گری). برای این منظور، مقاله سه فرضیه اصلی را مطرح می‌کند H_1 : تأثیر مستقیم رهبری تحول آفرین بر طراحی شغل، H_2 : تأثیر مستقیم رهبری تحول آفرین بر توانمندسازی روانشناختی، و H_3 : تأثیر مستقیم توانمندسازی روانشناختی بر طراحی شغل؛ اما هسته اصلی مسئله در آزمون اثر غیرمستقیم (میانجی) نهفته است که در آن توانمندسازی روانشناختی به عنوان حلقه واسطه، بخشی از اثر رهبری تحول آفرین را به طراحی شغل منتقل می‌کند. این طبقه‌بندی با روش‌شناسی به کار رفته در مقاله (مدل‌سازی معادلات ساختاری SEM و آزمون بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ نمونه باز نمونه‌گیری شده برای بررسی اثرات غیرمستقیم) هماهنگی کامل دارد. همچنین، چارچوب نظری مقاله مبتنی بر مدل «الزامات شغلی-منابع شغلی (JD-R)» است که رهبری تحول آفرین را به عنوان یک منبع شغلی اجتماعی و توانمندسازی روانشناختی را به عنوان یک منبع روانشناختی درون فردی مفهوم‌سازی می‌کند؛ بنابراین مسئله از نوع «علی با میانجی‌گری نظریه‌محور» محسوب می‌شود که در آن مسیر علیت از منبع بیرونی (رهبری) به منبع درونی (توانمندسازی) و سپس به رفتار فعال (طراحی شغل) ترسیم می‌گردد. یافته‌های مقاله نیز تأیید می‌کند که این میانجی‌گری از نوع «جزئی» است (چون اثر مستقیم رهبری بر طراحی شغل پس از وارد شدن میانجی همچنان معنادار باقی می‌ماند) و این ویژگی، مسئله را از حالت «میانجی کامل» که نادرتر است متمایز می‌سازد. در یک جمع‌بندی، مسئله مقاله اول در رده مسائل علی با متغیر میانجی قرار می‌گیرد و هدف آن تبیین «چگونگی» اثرگذاری رهبری بر رفتارهای فعال شغلی از طریق تغییر در ادراکات توانمندی روانشناختی کارکنان است.

۲-۲ مقاله دوم:

موضوع اصلی: توانمندسازی ساختاری و روانشناختی در ارتباط با رضایت شغلی و فرسودگی پرستاران: یک مرور نظام مند و فراتحلیل

بر اساس ادبیات روش شناسی تحقیق، مسائل تحقیق به دسته های توصیفی، ارتباطی، علی ساده، علی با میانجی، علی با تعدیل و پیش بینی تقسیم می شوند. با توجه به این چارچوب، مسئله مقاله دوم از نوع ارتباطی - ترکیبی (Relational - Synthesis) با تأکید بر فراتحلیل همبستگی (Correlational Meta-Analysis) طبقه بندی می شود. به عبارت دقیق تر، این پژوهش یک مطالعه کمی ثانویه است که به جای جمع آوری داده های اولیه، به ترکیب و یکپارچه سازی نتایج مطالعات پیشین می پردازد تا اندازه اثر تجمعی (pooled effect size) روابط بین متغیرها را برآورد کند. بر خلاف مقاله اول که از نوع علی با میانجی بود، مقاله دوم عمدتاً به دنبال پاسخ به پرسش های همبستگی و مقایسه ای است: (۱) قدرت و جهت رابطه بین توانمندسازی ساختاری با رضایت شغلی و ابعاد فرسودگی چقدر است؟ (۲) قدرت و جهت رابطه بین توانمندسازی روانشناختی با رضایت شغلی و ابعاد فرسودگی چقدر است؟ (۳) آیا بین این دو نوع توانمندسازی از نظر اندازه اثر تفاوت معناداری وجود دارد؟ بنابراین، ماهیت مسئله «ارتباطی» است نه علی، زیرا در مطالعات اولیه وارد شده در فراتحلیل، اکثراً از طرح مقطعی استفاده کرده اند و نمی توان نتیجه گیری علی قطعی انجام داد. همچنین، این مسئله دارای جنبه «توصیفی - تطبیقی» نیز می باشد، زیرا پژوهش به توصیف وضعیت موجود دانش در مناطق مختلف جغرافیایی (کلنادا، چین، اسپانیا، مالزی و غیره) و مقایسه اندازه اثر بین این مناطق می پردازد. در یک طبقه بندی دقیق تر، می توان مسئله مقاله دوم را از نوع «ارتباطی فراتحلیلی با تحلیل زیرگروهی (Meta-analytic relational with subgroup analysis)» نامید، زیرا هدف اصلی، ترکیب ضرایب همبستگی گزارش شده در مطالعات اولیه و سپس بررسی نقش متغیر تعدیل گر منطقه جغرافیایی از طریق تحلیل زیرگروه هاست. روش شناسی به کار رفته در مقاله (مدل اثرات تصادفی، آزمون های ناهمگونی I^2 ، روش قیف شکل و آزمون Egger) نیز مؤید این طبقه بندی است. به عنوان خلاصه، مسئله مقاله دوم در رده مسائل «ارتباطی - کمی ترکیبی» قرار می گیرد و هدف آن، ارائه برآوردی دقیق، قابل مقایسه و جامع از همبستگی بین انواع توانمندسازی و پیامدهای شغلی پرستاران در سطح جهانی است.

۲- مدل سازی مفهومی:

۳-۱ مقاله اول

مدل سازی مفهومی مقاله اول با شناسایی سه دسته متغیر اصلی آغاز می شود: متغیر مستقل «رهبری تحول آفرین» (دارای چهار بعد نفوذ آرمانی، انگیزش الهام بخش، ترغیب ذهنی و ملاحظات فردی)، متغیر میانجی «توانمندسازی روانشناختی» (دارای چهار بعد معنا، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر) و متغیر وابسته «طراحی شغل» (دارای سه بعد

تکلیفی، ارتباطی و شناختی). فرآیند مدل‌سازی در سه گام انجام می‌شود: ابتدا یک مدل ابتدایی شامل رابطه مستقیم بین رهبری تحول‌آفرین و طراحی شغل (اثر کل) در نظر گرفته می‌شود. در گام دوم، متغیر توانمندسازی روانشناختی به عنوان حلقه واسطه وارد مدل می‌گردد و سه مسیر تعریف می‌شود: تأثیر رهبری بر توانمندسازی (مسیر a)، تأثیر توانمندسازی بر طراحی شغل (مسیر b) و اثر مستقیم باقیمانده رهبری بر طراحی شغل پس از کنترل میانجی (مسیر c'). در این مدل، اثر غیرمستقیم از حاصلضرب مسیر a در b به دست می‌آید. در گام سوم، مدل نهایی با تفکیک هر سازه به ابعاد تشکیل‌دهنده آن ایجاد می‌شود تا مشخص گردد کدام بعد از رهبری از طریق کدام بعد از توانمندسازی به کدام بعد از طراحی شغل منجر می‌شود. تابع هدف مفهومی مدل، حداکثرسازی توانایی تبیین واریانس طراحی شغل (R^2) است و محدودیت‌های اصلی شامل ماهیت خودگزارشی داده‌ها، طرح مقطعی، محدودیت جامعه آماری و عدم کنترل متغیرهای مهمی مانند جو سازمانی می‌باشند. نکته جالب توجه اینکه میانجی‌گری از نوع جزئی است؛ یعنی پس از وارد شدن توانمندسازی روانشناختی، اثر مستقیم رهبری بر طراحی شغل همچنان معنادار باقی می‌ماند که نشان‌دهنده وجود مسیرهای میانجی دیگر (مانند اعتماد یا حمایت اجتماعی) است. رویکردهای جایگزین مدل‌سازی شامل مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) که برای پیش‌بینی و داده‌های غیرنرمال مناسب‌تر است، مدل‌سازی چندسطحی (HLM) که ساختار سلسله‌مراتبی اساتید در گروه‌های آموزشی مختلف را لحاظ می‌کند، مدل‌سازی طولی با منحنی رشد پنهان برای بررسی تغییرات در طول زمان، و شبکه‌های عصبی مصنوعی برای کشف روابط غیرخطی می‌باشند. مدل انتخاب شده در این مقاله از نوع علی خطی با رویکرد کوواریانس محور (CB-SEM) است که به دلیل توانایی در آزمون نظریه‌های پیچیده و ارائه شاخص‌های برازش متعدد (مانند GFI، CFI، RMSEA) برای این پژوهش مناسب بوده است.

۳-۲ مقاله دوم:

مدل‌سازی مفهومی در مقاله دوم که یک فراتحلیل (Meta-Analysis) است، تفاوت اساسی با مدل‌سازی در پژوهش‌های اولیه دارد. در اینجا مدل، نه بر اساس داده‌های خام بلکه بر اساس «اندازه اثرهای استخراج‌شده از مطالعات پیشین» ساخته می‌شود. متغیرهای اصلی شامل دو نوع متغیر مستقل (توانمندسازی ساختاری و توانمندسازی روانشناختی) و دو دسته متغیر وابسته (رضایت شغلی و فرسودگی شغلی با سه بعد خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی) هستند. فرآیند مدل‌سازی در چهار گام انجام می‌شود: گام اول، تعریف معیارهای ورود و خروج مطالعات (مانند استفاده از ابزارهای استاندارد CWEQ برای توانمندسازی ساختاری، PES برای توانمندسازی روانشناختی، MSQ برای رضایت شغلی و MBI برای فرسودگی) و جستجوی نظام‌مند در پایگاه‌های داده. گام دوم، استخراج ضریب همبستگی (r) از هر مطالعه به همراه اندازه نمونه و تبدیل آنها به یک مقیاس مشترک با استفاده از تبدیل فیشر. گام سوم، ترکیب اندازه‌ها با استفاده از مدل اثرات تصادفی (Random-Effects Model) به دلیل وجود ناهمگونی پیش‌بینی‌شده بین مطالعات (نظیر تفاوت در فرهنگ، ابزارها و جمعیت). گام چهارم، انجام تحلیل‌های زیرگروهی (برای بررسی نقش تعدیل‌گر منطقه جغرافیایی) و تحلیل حساسیت

حذف مطالعات با کیفیت پایین) و آزمون‌های سوگیری انتشار (همانند روش کیف‌شکل و آزمون Egger). تابع هدف مفهومی در این مدل، برآورد «اندازه اثر تجمعی (Pooled Effect Size)» «با کمترین خطای استاندارد و بیشترین دقت ممکن است، در حالی که محدودیت‌های اصلی شامل ناهمگونی بالای بین مطالعات (I^2 بالا)، وابستگی به کیفیت مطالعات اولیه، عدم امکان نتیجه‌گیری علی به دلیل غالب بودن طرح‌های مقطعی، و خطر سوگیری انتشار به دلیل عدم جستجوی منابع خاکستری می‌باشد. یک نکته بسیار جالب در مدل‌سازی این فراتحلیل، شناسایی ارتباط مثبت و غیرمنتظره بین توانمندسازی ساختاری و مسخ شخصیت ($r=0,27$) است که بر خلاف انتظار نظری بوده و نشان می‌دهد مدل ساده «توانمندسازی همیشه مفید است» باید با احتیاط بیشتری تفسیر شود. رویکردهای جایگزین برای مدل‌سازی در فراتحلیل شامل: (۱) مدل اثرات ثابت (Fixed-Effects) که فرض می‌کند همه مطالعات یک اندازه اثر واقعی مشترک دارند (در این پژوهش به دلیل ناهمگونی بالا رد شده است)، (۲) فراتحلیل شبکه‌ای (Network Meta-Analysis) که امکان مقایسه همزمان چندین مداخله را فراهم می‌کند (در اینجا برای مقایسه دو نوع توانمندسازی به طور ضمنی انجام شده)، (۳) فراتحلیل رگرسیونی (Meta-Regression) برای بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر پیوسته مانند میانگین سن یا درصد پرستاران زن (که به دلیل گزارش ناقص در مطالعات اولیه امکان‌پذیر نبود)، و (۴) رویکرد مدل‌سازی چندسطحی فراتحلیل (Multilevel Meta-Analysis) که وابستگی درون مطالعه‌ای (چندین اندازه اثر از یک مطالعه) را مدل می‌کند. مدل نهایی انتخاب شده در این مقاله از نوع «فراتحلیل همبستگی با مدل اثرات تصادفی و تحلیل زیرگروهی» است که برای ترکیب مطالعات با ناهمگونی بالا مناسب‌ترین روش محسوب می‌شود.

۴- روش حل مسئله:

۴-۱ مقاله اول:

برای حل مسئله تحقیق در مقاله اول که به بررسی روابط علی میان رهبری تحول‌آفرین، توانمندسازی روانشناختی و طراحی شغل می‌پردازد، ترکیبی از روش‌های آماری چندگانه به کار گرفته شده است. فرآیند حل مسئله در شش مرحله اصلی قابل خلاصه‌سازی است: مرحله اول، جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد شده (پرسشنامه رهبری تحول‌آفرین لی چائوپینگ، پرسشنامه طراحی شغل اسلمپ و ولا-برودریک، و پرسشنامه توانمندسازی روانشناختی اسپریتزر) از ۵۶۶ استاد دانشگاه‌های علوم پزشکی. مرحله دوم، پیش‌پردازش داده‌ها شامل پاکسازی، حذف پرسشنامه‌های ناقص (با بیش از ۲۰٪ داده‌های missing) و جایگزینی مقادیر پرت با میانگین. مرحله سوم، تحلیل پایایی ابزارها با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ که برای هر سه پرسشنامه مقادیر بالای ۰,۸۷۳ گزارش شده است. مرحله چهارم، آزمون فرضیه‌های اولیه همبستگی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون در نرم‌افزار SPSS ۲۸,۰ که روابط معنادار بین همه متغیرها را تأیید کرد. مرحله پنجم و اصلی، مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) با رویکرد کوواریانس محور در نرم‌افزار AMOS ۲۸,۰ که شامل دو بخش است: ابتدا تحلیل عاملی تأییدی (CFA) برای ارزیابی روایی سازه (همگرا و واگرا) و برازش مدل اندازه‌گیری، و سپس برآورد مسیرهای ساختاری (ضرایب استاندارد و غیراستاندارد) و شاخص‌های برازش مدل (χ^2/df , GFI, CFI, RMSEA و غیره). مرحله ششم، آزمون اثر میانجی با استفاده از روش بوت‌استرپ (Bootstrap) با ۵۰۰۰ نمونه باز نمونه‌گیری شده و سطح اطمینان ۹۵٪ که تأثیر غیرمستقیم معنادار توانمندسازی روانشناختی را نشان داد. روش‌های حل جایگزینی که در ادبیات

موضوع برای مسائل مشابه وجود دارد شامل: (۱) رگرسیون سلسله‌مراتبی (Hierarchical Regression) که به جای SEM، اثر میانجی را از طریق چندین معادله رگرسیون گام به گام آزمون می‌کند، (۲) روش سوبل (Sobel Test) که یک آزمون پارامتریک ساده‌تر برای معناداری اثر غیرمستقیم است اما فرض نرمال بودن دارد و توان آماری کمتری نسبت به بوت‌استرپ ارائه می‌دهد، (۳) مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS-SEM) که برای داده‌های با توزیع غیرنرمال و حجم نمونه کوچک مناسب‌تر است، و (۴) روش بوت‌استرپ بیزی (Bayesian Bootstrap) که با استفاده از توزیع‌های پیشین، فاصله اطمینان اثر غیرمستقیم را برآورد می‌کند. در جدول زیر، روش‌های حل مسئله تحقیق در سه دسته طبقه‌بندی شده‌اند:

دسته روش	نام روش	کاربرد در مسئله مقاله اول
روش‌های دقیق	مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) با رویکرد حداکثر درست‌نمایی (ML)	برآورد پارامترهای مدل و شاخص‌های برازش (روش اصلی مقاله)
روش‌های ابتکاری	رگرسیون سلسله‌مراتبی (گام به گام)	آزمون ساده‌تر میانجی‌گری بدون نیاز به (SEM روش جایگزین)
روش‌های فراابتکاری	الگوریتم‌های بهینه‌سازی (مانند ژنتیک یا ازدحام ذرات)	در این مقاله استفاده نشده؛ برای بهینه‌سازی همزمان چندین معیار برازش مدل قابل استفاده است

۲-۴ مقاله دوم:

برای حل مسئله تحقیق در مقاله دوم که به بررسی ارتباط توانمندسازی ساختاری و روانشناختی با رضایت شغلی و فرسودگی پرستاران می‌پردازد، از روش فراتحلیل (Meta-Analysis) به عنوان روش اصلی حل استفاده شده است. فرآیند حل مسئله در شش مرحله سیستماتیک انجام شده است: مرحله اول، جستجوی نظام‌مند در پنج پایگاه داده اصلی (PubMed, Web of Science, Embase, CINAHL و Cochrane Library) از ابتدا تا سپتامبر ۲۰۲۵ با استفاده از کلیدواژه‌های تخصصی. مرحله دوم، غربالگری مطالعات بر اساس معیارهای ورود و خروج که شامل مطالعات مقطعی با گزارش ضریب همبستگی، استفاده از ابزارهای استاندارد شده (CWEQ برای توانمندسازی ساختاری، PES برای توانمندسازی روانشناختی، MSQ برای رضایت شغلی و MBI برای فرسودگی) و جامعه هدف پرستاران بالینی بود. در نهایت ۳۷ مطالعه با مجموع ۱۸,۱۰۴ شرکت‌کننده وارد تحلیل شدند. مرحله سوم، ارزیابی کیفیت مطالعات با استفاده از نسخه adapted شده مقیاس نیوکاسل-اتاوا (NOS) که ۲۸ مطالعه دارای کیفیت بالا (نمره ≥ 7) ارزیابی شدند. مرحله چهارم، استخراج داده‌ها شامل ضریب همبستگی پیرسون (r)، اندازه نمونه، و اطلاعات زمینه‌ای (کشور، ابزار اندازه‌گیری، ابعاد فرسودگی) و سپس هماهنگ‌سازی جهت نمره‌دهی (برای ابعاد فرسودگی که در برخی مطالعات معکوس نمره داده شده بودند). مرحله پنجم و اصلی، ترکیب اندازه‌های اثر با استفاده از مدل اثرات تصادفی (Random-Effects Model) به دلیل وجود ناهمگونی پیش‌بینی شده بین مطالعات؛

این مدل با نرم افزار R اجرا شده و خروجی شامل ضریب همبستگی تجمعی (Pooled r)، فاصله اطمینان ۹۵٪، و شاخص های ناهمگونی (I^2 ، Q، τ^2) بود. مرحله ششم، تحلیل های تکمیلی شامل تحلیل زیرگروهی بر اساس منطقه جغرافیایی (کانادا، چین، اروپا و آسیای جنوب شرقی)، تحلیل حساسیت (حذف مطالعات با کیفیت پایین و تحلیل leave-one-out)، و ارزیابی سوگیری انتشار با استفاده از روش قیف شکل (Funnel Plot)، آزمون رگرسیون Egger و روش Trim-and-Fill. روش های حل جایگزینی که در ادبیات فراتحلیل وجود دارد عبارتند از: (۱) مدل اثرات ثابت (Fixed-Effects Model) که فرض می کند همه مطالعات یک اندازه اثر واقعی مشترک دارند (در این پژوهش به دلیل I^2 بالا و ناهمگونی قابل توجه، این مدل نامناسب بود)، (۲) فراتحلیل رگرسیونی (Meta-Regression) که می تواند نقش متغیرهای تعدیل گر پیوسته را بررسی کند (در این مقاله به دلیل گزارش ناقص متغیرهای زمینه ای در مطالعات اولیه امکان پذیر نبود)، و (۳) فراتحلیل شبکه ای (Network Meta-Analysis) که امکان مقایسه همزمان چندین مداخله را فراهم می کند. در جدول زیر، روش های حل مسئله تحقیق در سه دسته طبقه بندی شده اند:

جدول: طبقه بندی روش های حل مسئله :

دسته روش	نام روش	کاربرد در مسائل
روش های دقیق	مدل اثرات تصادفی (Random-Effects) با روش واریانس معکوس	ترکیب اندازه های اثر با وزندهی بر اساس واریانس هر مطالعه (روش اصلی مقاله)
روش های ابتکاری	روش قیف شکل (Funnel Plot) با آزمون Egger	تشخیص بصری و آماری سوگیری انتشار (روش جایگزین ساده)
روش های فرابتکاری	الگوریتم های بهینه سازی تکاملی (مانند GA برای همسان سازی مطالعات)	در این مقاله استفاده نشده؛ برای بهینه سازی وزندهی در فراتحلیل های با حجم بالا قابل استفاده است

۵- نقد ادبیات

۵-۱ مقاله اول:

خلاصه مقاله

مقاله اول با عنوان «پژوهش در مورد روابط میان رهبری تحول آفرین، طراحی شغل و توانمندسازی روانشناختی اساتید دانشگاه های علوم پزشکی» به بررسی مسئله از نوع علی با میانجی گری می پردازد. رویکرد مدلسازی مقاله مبتنی بر مدل معادلات ساختاری (SEM) با رویکرد کوواریانس محور است که در آن رهبری تحول آفرین به عنوان متغیر مستقل،

توانمندسازی روانشناختی به عنوان متغیر میانجی، و طراحی شغل به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است. روش حل مسئله شامل شش مرحله جمع‌آوری داده با پرسشنامه‌های استاندارد از ۵۶۶ استاد سه دانشگاه علوم پزشکی، تحلیل پایایی با آلفای کرونباخ، تحلیل همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی تأییدی (CFA)، برآورد مدل ساختاری با نرم‌افزار AMOS ۲۸،۰، و آزمون بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ نمونه برای بررسی اثر میانجی بوده است. نتایج اصلی نشان داد که رهبری تحول‌آفرین تأثیر مستقیم مثبت بر طراحی شغل (ضریب استاندارد ۰،۲۹۷) و توانمندسازی روانشناختی (۰،۴۳۰) دارد، توانمندسازی روانشناختی نیز بر طراحی شغل تأثیر مثبت دارد (۰،۳۵۲)، و اثر غیرمستقیم (میانجی) توانمندسازی روانشناختی (۰،۱۸۷) معنادار است که بیانگر میانجی‌گری جزئی می‌باشد. زمینه‌های تحقیقاتی آتی ذکر شده در مقاله شامل: انجام پژوهش‌های طولی برای استنتاج علیت، استفاده از رویکردهای ترکیبی (کمی و کیفی)، وارد کردن متغیرهای مخدوش‌کننده مانند جو سازمانی و حمایت اجتماعی، و تعمیم یافته‌ها به سایر دانشگاه‌ها و کشورهای مختلف می‌باشد.

نقد مقاله (نقاط قوت و ضعف)

نقاط قوت: یکی از مهم‌ترین نقاط قوت این مقاله، استفاده از مدل نظری مستحکم مبتنی بر مدل الزامات شغلی-منابع شغلی (JD-R) است که چارچوبی منسجم برای تبیین روابط علی فراهم می‌کند. همچنین، استفاده از ابزارهای استاندارد و بومی‌سازی شده (پرسشنامه لی چائوپینگ برای رهبری تحول‌آفرین در بافت چین) و گزارش ضرایب پایایی بالا (آلفای کرونباخ ۰،۹۴ برای رهبری، ۰،۹۱۹ برای طراحی شغل و ۰،۸۷۳ برای توانمندسازی) نشان‌دهنده دقت ابزارهای اندازه‌گیری است. آزمون دقیق سوگیری روش متداول (با روش هارمن) که واریانس عامل اول را ۲۵،۷٪ گزارش کرده و عدم وجود سوگیری جدی را تأیید می‌کند، و همچنین استفاده از روش بوت‌استرپ به جای روش سوبل برای آزمون میانجی‌گری (که نیازمند فرض نرمال بودن نیست) از دیگر نقاط قوت روش‌شناختی مقاله محسوب می‌شود. شاخص‌های برازش مدل نیز عالی گزارش شده‌اند ($\chi^2/df=1,380$, RMSEA=0,020, CFI=0,970).

نقاط ضعف: مهم‌ترین نقطه ضعف مقاله، طراحی مقطعی (Cross-sectional) آن است که امکان نتیجه‌گیری قطعی درباره جهت علیت را نمی‌دهد؛ اگرچه مدل بر اساس نظریه علیت را از رهبری به طراحی شغل فرض کرده، اما احتمال علیت معکوس (مثلاً اساتید طراح شغل، رهبر خود را تحول‌آفرین‌تر درک کنند) وجود دارد. دوم، اتکا به داده‌های خودگزارشی (Self-report) علی‌رغم آزمون هارمن، همچنان می‌تواند با سوگیری تمایل اجتماعی (Social Desirability Bias) همراه باشد. سوم، جامعه آماری محدود به سه دانشگاه علوم پزشکی در چین است که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر کشورها و حتی سایر دانشگاه‌های چین با ساختارهای متفاوت کاهش می‌دهد. چهارم، متغیرهای مخدوش‌کننده مهمی مانند جو سازمانی، سبک رهبری همکاران، و عوامل فردی (مانند شخصیت و انگیزه) در مدل وارد نشده‌اند که می‌توانند بخشی از واریانس تبیین نشده را پوشش دهند. پنجم، مقاله علی‌رغم اشاره به نیاز به پژوهش طولی در بخش محدودیت‌ها، برآوردی از حجم نمونه مورد نیاز برای مطالعات طولی ارائه نداده است. ششم، متغیر فرسودگی شغلی که در مقاله دوم مورد بررسی قرار گرفته، در این مقاله به عنوان یک پیامد بالقوه طراحی شغل لحاظ نشده و زنجیره علی کامل‌تر (رهبری ← توانمندسازی ← طراحی شغل ← فرسودگی) مورد آزمون قرار نگرفته است.

۵-۲ مقاله دوم:

خلاصه مقاله

مقاله دوم با عنوان «توانمندسازی ساختاری و روانشناختی در ارتباط با رضایت شغلی و فرسودگی پرستاران: یک مرور نظام‌مند و فراتحلیل» به بررسی مسئله از نوع «ارتباطی - فراتحلیلی» می‌پردازد. هدف اصلی، برآورد اندازه اثر تجمعی رابطه بین دو نوع توانمندسازی (ساختاری و روانشناختی) با دو پیامد شغلی (رضایت شغلی و ابعاد فرسودگی شامل خستگی عاطفی، مسخ شخصیت و کاهش کفایت شخصی) در میان پرستاران است. رویکرد مدل‌سازی مقاله مبتنی بر فراتحلیل با مدل اثرات تصادفی است که به دلیل وجود ناهمگونی پیش‌بینی‌شده بین مطالعات انتخاب شده است. روش حل مسئله شامل شش مرحله بود: جستجوی نظام‌مند در پنج پایگاه داده اصلی، غربالگری ۳۷ مطالعه واجد شرایط (با مجموع ۱۸,۱۰۴ پرستار)، ارزیابی کیفیت با مقیاس نیوکاسل-اتاوا، استخراج ضرایب همبستگی و هماهنگسازی جهت نمره‌دهی، ترکیب اندازه‌ها با مدل اثرات تصادفی در نرم‌افزار R، و در نهایت تحلیل‌های زیرگروهی (بر اساس منطقه جغرافیایی)، تحلیل حساسیت و ارزیابی سوگیری انتشار با روش کیف‌شکل، آزمون Egger و روش Trim-and-Fill. نتایج اصلی نشان داد که توانمندسازی ساختاری ارتباط مثبت متوسط تا قوی با رضایت شغلی دارد ($r=0,52$)، در حالی که این ارتباط برای توانمندسازی روانشناختی ضعیف‌تر است ($r=0,33$). توانمندسازی ساختاری با خستگی عاطفی رابطه منفی معنادار ($r=-0,25$) و با مسخ شخصیت رابطه مثبت غیرمنتظره ($r=0,27$) نشان داد، در حالی که توانمندسازی روانشناختی با هیچ یک از ابعاد فرسودگی ارتباط معناداری نداشت. تحلیل زیرگروهی نشان داد اندازه اثرها در نمونه‌های متعلق به کشورهای شرق آسیا به طور معناداری بزرگ‌تر از نمونه‌های اروپایی و آمریکای شمالی است. زمینه‌های تحقیقاتی آتی ذکر شده در مقاله شامل: انجام مطالعات طولی و مداخله‌ای برای نتیجه‌گیری علی، بررسی متغیرهای میانجی مانند خودکارآمدی و حمایت سازمانی، استانداردسازی ابزارهای سنجش فرسودگی و گزارش شفاف جهت نمره‌دهی، و انجام فراتحلیل‌های شبکه‌ای برای مقایسه همزمان چندین مداخله توانمندساز می‌باشد.

نقد مقاله (نقاط قوت و ضعف)

نقاط قوت: یکی از مهم‌ترین نقاط قوت این مقاله، رویکرد همزمان به هر دو نوع توانمندسازی (ساختاری و روانشناختی) و هر دو دسته پیامد (رضایت و فرسودگی) است که در مقایسه با فراتحلیل‌های قبلی که فقط به یکی از این ابعاد پرداخته بودند، جامعیت بیشتری دارد. همچنین، حجم نمونه تجمعی بزرگ (۱۸,۱۰۴ پرستار) و تعداد مطالعات قبل قبول (۳۷ مطالعه) به برآوردهای دقیق‌تری منجر شده است. استفاده از مدل اثرات تصادفی به جای اثرات ثابت، با توجه به ناهمگونی بالای بین مطالعات (I^2) برای بسیاری از تحلیل‌ها، انتخاب مناسبی بوده است. ارزیابی سوگیری انتشار با سه روش مکمل (کیف‌شکل، آزمون Egger و Trim-and-Fill) و گزارش شفاف نتایج پیش و پس از تصحیح، اعتماد به یافته‌ها را افزایش می‌دهد. تحلیل زیرگروهی بر

اساس منطقه جغرافیایی و آشکارسازی تفاوت معنادار میان کشورهای شرق آسیا و کشورهای غربی، بینش ارزشمندی درباره نقش فرهنگ در روابط توانمندسازی ارائه می‌دهد. همچنین، گزارش شاخص‌های ناهمگونی (I^2 ، τ^2 ، Q) برای هر برآورد و انجام تحلیل حساسیت (حذف مطالعات با کیفیت پایین) نشان‌دهنده دقت روش شناختی بالاست.

نقاط ضعف: مهم‌ترین نقطه ضعف مقاله، وابستگی به مطالعات اولیه با طراحی مقطعی است که حدود ۹۰٪ از مطالعات وارد شده از نوع مقطعی بودند. این امر نه تنها نتیجه‌گیری علی را غیرممکن می‌کند، بلکه احتمال سوگیری روش متداول را نیز افزایش می‌دهد. دوم، عدم جستجوی منابع خاکستری (مانند پایان‌نامه‌ها، گزارش‌های منتشر نشده و پیش‌چاپ‌ها) می‌تواند منجر به سوگیری انتشار شده باشد، هرچند روش Trim-and-Fill تلاش برای تصحیح آن کرده است. سوم، ناهمگونی بسیار بالای بین مطالعات (برای برخی تحلیل‌ها I^2 بیش از ۹۰٪) حتی پس از تحلیل زیرگروهی نیز باقی مانده و نشان می‌دهد که متغیرهای تعدیل‌گر مهم دیگری (مانند نوع بخش بیمارستان، نسبت پرستار به بیمار، و فرهنگ سازمانی) در مطالعات اولیه گزارش نشده و در این فراتحلیل قابل بررسی نبوده‌اند. چهارم، ارتباط مثبت و غیرمنتظره بین توانمندسازی ساختاری و مسخ شخصیت ($\beta = ۰.۲۷$) علی‌رغم تلاش برای هماهنگسازی جهت نمره‌دهی، همچنان ممکن است ناشی از تفاوت در نسخه‌های ابزار سنجش فرسودگی (MBI-HSS) در مقابل (MBI-GS) باشد و مقاله تحلیل حساسیت کافی برای تفکیک این دو نسخه ارائه نداده است. پنجم، عدم ثبت پروتکل در پایگاه PROSPERO و عدم ذکر جزئیات کامل استراتژی جستجو برای همه پایگاه‌ها در متن اصلی (ارجاع به ضمیمه) شفافیت را کاهش داده است. ششم، مقاله علی‌رغم اشاره به نقش بالقوه فرهنگ در نتایج، از هیچ شاخص فرهنگی استاندارد (مانند ابعاد فرهنگی هافستد) برای تحلیل تعدیل‌گری استفاده نکرده و صرفاً به منطقه جغرافیایی به عنوان یک جانشین تقریبی بسنده کرده است.

مقاله اول	مقاله دوم	معیار مقایسه
۲۰۲۶	۲۰۲۵	سال
علی با میانجی	ارتباطی - فراتحلیلی	نوع مسئله (بخش ۲)
بله (توانمندسازی روانشناختی)	خیر	وجود متغیر میانجی
خیر	بله (منطقه جغرافیایی در تحلیل زیرگروهی)	وجود متغیر تعدیل‌گر
مقطعی (Cross-sectional)	ترکیبی از مطالعات مقطعی	نوع داده
پرسشنامه خودگزارشی (سه مقیاس استاندارد)	فراتحلیل از ۳۷ مطالعه اولیه (جستجوی نظام‌مند)	روش جمع‌آوری داده
مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) با AMOS و بوت‌استرپ	مدل اثرات تصادفی (Random-Effects) در نرم‌افزار R	روش تحلیل
محدود (سه دانشگاه علوم پزشکی در چین)	نسبتاً وسیع (۱۰۴،۱۸ پرستار از چندین کشور)	تعمیم‌پذیری

۶- نتیجه‌گیری:

در این پژوهش دو مقاله مکمل در حوزه توانمندسازی در نظام سلامت و آموزش پزشکی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. مقاله اول به بررسی روابط علی میان رهبری تحول‌آفرین، توانمندسازی روانشناختی و طراحی شغل در میان اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت و نشان داد که رهبری تحول‌آفرین هم به طور مستقیم و هم از طریق توانمندسازی روانشناختی (به عنوان یک متغیر میانجی جزئی) بر رفتارهای فعال شغلی اساتید تأثیر مثبت می‌گذارد. یافته‌های این مقاله مدل الزامات شغلی-منابع شغلی (JD-R) را در بافت آموزش پزشکی تأیید کرد و نشان داد که سبک رهبری مبتنی بر چشم‌انداز، ترغیب ذهنی و ملاحظات فردی می‌تواند با تقویت احساس معنا، شایستگی، خودتعیینی و تأثیر در اساتید، آنها را به سمت تغییر و شخصی‌سازی نقش شغلی خود سوق دهد.

مقاله دوم با رویکرد فراتحلیل، ارتباط دو نوع توانمندسازی (ساختاری و روانشناختی) را با رضایت شغلی و فرسودگی پرستاران در ۳۷ مطالعه با بیش از ۱۸ هزار شرکت‌کننده بررسی کرد. نتایج نشان داد که توانمندسازی ساختاری ارتباط قوی‌تری با رضایت شغلی دارد ($r=0.52$) و با خستگی عاطفی رابطه منفی معناداری نشان می‌دهد ($r=-0.25$)، اما به طور غیرمنتظره‌ای با مسخ شخصیت ارتباط مثبت دارد. ($r=0.27$) در مقابل، توانمندسازی روانشناختی ارتباط ضعیف‌تری با رضایت شغلی داشت ($r=0.33$) و با هیچ یک از ابعاد فرسودگی ارتباط معناداری پیدا نکرد. همچنین، تحلیل زیرگروهی نشان داد که اندازه اثرها در کشورهای شرق آسیا به طور معناداری بزرگ‌تر از کشورهای غربی است که حاکی از نقش فرهنگ در روابط توانمندسازی می‌باشد.

با ادغام یافته‌های دو مقاله، چند نتیجه کلی قابل استخراج است: نخست، توانمندسازی در هر دو بعد ساختاری و روانشناختی نقشی کلیدی در بهبود پیامدهای شغلی کارکنان نظام سلامت ایفا می‌کند، اما نوع تأثیر آن به بافت سازمانی و نوع پیامد وابسته است. در محیط‌های با ساختار سلسله‌مراتبی و وظایف استاندارد شده (مانند پرستاری)، توانمندسازی ساختاری (دسترسی به منابع، اطلاعات و فرصت‌ها) اثرگذارتر است، در حالی که در محیط‌های حرفه‌ای با خودمختاری بالا (مانند اساتید دانشگاه)، توانمندسازی روانشناختی و رهبری تحول‌آفرین نقش پررنگ‌تری در ایجاد رفتارهای فعال شغلی دارند. دوم، توانمندسازی لزوماً همیشه مفید نیست و در شرایط خاص (مانند افزایش بار کاری همراه با ساختار توانمند) می‌تواند پیامدهای ناخواسته مانند مسخ شخصیت را تشدید کند. سوم، تفاوت‌های فرهنگی (به ویژه بین کشورهای شرق آسیا و غرب) بر شدت روابط تأثیر می‌گذارند و طراحی مداخلات توانمندسازی باید با توجه به بافت فرهنگی انجام شود.

در مجموع، این دو مقاله با ارائه شواهد تجربی از دو گروه شغلی متفاوت (اساتید و پرستاران) نشان می‌دهند که سرمایه‌گذاری بر روی رهبری تحول‌آفرین و توانمندسازی (با تأکید بر بعد ساختاری یا روانشناختی متناسب با زمینه) می‌تواند به افزایش رضایت شغلی، کاهش فرسودگی و تقویت رفتارهای فعال و خودانگیخته در کارکنان نظام سلامت منجر شود. با این حال، به دلیل غلبه طرح‌های مقطعی در هر دو حوزه، توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی و مداخله‌ای، جهت علیت را با قطعیت بیشتری بررسی کنند و متغیرهای تعدیل‌گری مانند فرهنگ سازمانی، حمایت اجتماعی و ویژگی‌های فردی را نیز در مدل‌های خود لحاظ نمایند.

۷-منابع:

Song, C., Zhu, B., Xie, D., Lu, Z., & Wang, D. (2026). Research on the relationships among transformational leadership, job crafting and psychological empowerment of teachers in medical universities. Scientific Reports. <https://doi.org/10.1038/s41598-026-42797-1>

*Li, Y., Liu, X., Liu, Y., Zhao, Y., & Meng, Z. (2026). Structural and psychological empowerment in relation to nurse job satisfaction and burnout: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Services Research, *26*, 590. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14080-6>*