

Exploration of Nurses' Organizational Silence and Representing the Role of Managerial and Personality Factors on it

Jafariyani H^{1*}, Rabbani A²

1- University of Bojnord, Faculty of Humanities, Business Management Department, Iran. (**Corresponding Author**)

Email: h.jafariyani@ub.ac.ir

2- Msc in Administrative Management. The Bentolhoda Hospital Employee, Iran.

Abstract

Introduction: Silence in Iranian culture indicates satisfaction, but in organizations, especially health and medical organizations, silence does not indicate satisfaction, but on the contrary expresses a kind of silent protest.

Methods: To answer question, a conceptual model was proposed by reviewing the theoretical foundations. To test the model, North Khorasan nurses were defined as the research population. Out of 1000 people in the statistical population, 240 people were selected as samples and standard research questionnaires after given reliability and stability were distributed in a cluster sampling. The collected data were tested with LISREL8 software by using path analysis methods.

Results: it showed that organizational silence among nurses gained 4/2 from 5 which is so high. The study also revealed that managerial factors (mechanical structures and work oriented leadership) have caused this organizational silence and personality factors have strongly influenced the effect of managerial factors on nurses' organizational silence (raised 2 to 5). Among the five characteristic factors, the two factors of conscientiousness and Agreeableness had the greatest effect on the relationship between managerial factors and organizational silence.

Conclusions: The research suggests that in order to reduce the organizational silence of nurses, the structures of the health care system and management style in hospitals should be changed and flexible.

Keywords: Organizational silence. Managerial traits. Characteristic factor.

پایش سکوت سازمانی پرستاران و بازنمایی نقش عوامل مدیریتی و شخصیتی بر آن

حسن جعفریانی^{۱*}، آرزو ربانی^۲

۱- استادیار دانشگاه بجنورد، دانشکده علوم انسانی، گروه مدیریت بازرگانی، بجنورد، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: H.jafari@ub.ac.ir

۲- کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، کارمند بیمارستان بنت الهدی، ایران.

چکیده

مقدمه: سکوت در فرهنگ ایران نشان دهنده رضایت است اما در سازمان ها و بویژه سازمان های بهداشتی و درمانی سکوت نشان دهنده رضایت نیست بلکه برعکس بیانگر نوعی اعتراض خاموش است.

روش کار: برای پاسخ به سوال تحقیق با مرور مبانی نظری مدلی مفهومی پیشنهاد شد برای آزمون مدل، پرستاران خراسان شمالی به عنوان جامعه تحقیق تعریف شدند از بین ۱۰۰۰ نفر جامعه آماری ۲۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه های استاندارد تحقیق پس از اثبات روایی و پایایی به شیوه تحلیل عاملی، به شیوه خوشه ای بین جامعه تحقیق توزیع شد. داده ها با استفاده معادلات ساختاری و نرم افزار لیزرل نسخه ۸ و با روش spmls مورد آزمون واقع شدند.

یافته ها: تحقیق نشان داد نمره سکوت سازمانی در بین پرستاران ۴/۲۸ از ۵ است که نشاندهنده شدت بسیار زیاد است. همچنین آشکار شد که عوامل مدیریتی (مکانیکی بودن ساختارها و کارمدار بودن نوع رهبری) در این سکوت نقش داشته اند و عوامل شخصیتی شدت اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی پرستاران را تحت تاثیر قرار داده است. از بین عوامل مختلف پنج گانه شخصیتی دو عامل وظیفه شناسی و سازگاری با افزایش بیش از ۳ واحدی بارعاملی بیشترین اثر را بر رابطه بین عوامل مدیریتی و سکوت سازمانی داشت.

نتیجه گیری: برابر با یافته های این تحقیق برای کاهش سکوت سازمانی پرستاران باید ساختارهای نظام بهداشت و درمان منعطف شده و شیوه مدیریت در بیمارستانها به سمت منابع انسانی منعطف گردند.

کلیدواژه ها: سکوت سازمانی، عوامل مدیریتی، عوامل شخصیتی.

مقدمه

سکوت اگرچه در فرهنگ ایرانی نشانه رضایت است اما سکوت سازمانی نه تنها نشانه رضایت نیست، بلکه به زعم برخی محققان نشانه نارضایتی است (۱، ۲، ۳) و به زعم برخی دیگر وجود سکوت سازمانی برای سازمان های بهداشتی بسیار خطرناک است (۴، ۵ و ۶). پرستاران به عنوان یکی از ارکان مهم نظام سلامت کشور میتوانند با بیان ایده ها، نظرات و اطلاعات خود زمینه را برای تحقق اهداف و چشم انداز نظام سلامت فراهم آورند؛ اما گاهی اوقات آن ها ترجیح می دهند که سکوت پیشه کنند و ایده ها و نظرات و حتی دانش خود را در مورد مسائل مربوط به سازمان بیان نکنند. این پدیده در جهان مدیریت تحت عنوان سکوت

سازمانی تعبیر می شود. سکوت سازمانی را پدیده ای در سطح جمعی می دانند که در آن کارکنان از ارائه اطلاعات، عقاید یا دغدغه های خود در رابطه با مسائل و مشکلات بالقوه کاری خودداری می کنند (۷). سکوت پرستاران می تواند زیان بار باشد زیرا پیامدهای منفی هم برای خودشان و هم برای سازمان دارد. ماریسون و میلیکن (۱) معتقدند سکوت سازمانی تبدیل به مانعی قدرتمند در موفقیت برنامه ها و اهداف سازمان ها شده است (۸).

نظر به هدفمند بودن سکوت سازمانی و انتخابی بودن این رفتار، شناسایی علل بروز و ظهور آن دشوار به نظر می رسد. آشکار است که هرگونه تلاش در جهت بازنمایی عوامل ایجاد کننده رفتار سکوت کارکنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. اهمیت مطالعه این پدیده در مورد پرستاران

دو چندان است زیرا سکوت سازمانی پرستاران ممکن است پیامدهای مهمی مانند به خطر افتادن سلامت جامعه را در پی داشته باشد (۵) بزرگی بیمارستان ها، فشردگی برنامه های کاری پرستاران، تعداد پرسنل ناکافی، انتظارات بسیار زیاد بیماران، فاصله های زمانی نامنظم کاری، حساسیت و استرس شغلی، انتظارات پزشکان و ... شرایطی را فراهم کرده است که فرصت های ارتباطی حذف شوند. در بررسی عوامل موثر بر سکوت سازمانی تحقیقات مختلف بر جنبه های بسیاری تاکید کرده اند که عمده این عوامل مانند فرصت ارتباطی به سازمان ها مربوط می شود (۵، ۶).

پژوهش حاضر بدینال این هدف است که اثبات کند عوامل سازمانی به تنهایی اثر زیادی بر سکوت سازمانی پرستاران ندارند بلکه متناسب با ویژگی های شخصیتی پرستاران سطح سکوت سازمانی می تواند تفاوت پیدا کند. فارغ از اینکه سکوت سازمانی در مورد پرستاران مورد مطالعه جدی نبوده است، این تحقیق از طریق پاسخ به این سوال که عوامل مدیریتی و عوامل شخصیتی چگونه بر سکوت سازمانی ایفای نقش می کنند، می تواند هم به مدیران نظام سلامت برای تعالی آن کمک شایان توجهی کند و هم در جهان نظریه پردازی تصویر جدیدی از نحوه تعامل عوامل مدیریتی و عوامل شخصیتی نمایان کند.

مبانی احصا مدل و فرضیه های پژوهش

سکوت سازمانی:

ون داین و آنگ وبوتره سکوت سازمانی را "پنهان کردن عامدانه اطلاعات و عدم ابراز ایده ها، عقاید و راهکارهای بهبود محیط کار" تعریف کرده اند (۹). برینسفیلد (۲۰۰۹) سکوت سازمانی را پدیده ای در سطح جمعی می داند که در آن کارکنان از ارائه اطلاعات، عقاید یا دغدغه های خود در رابطه با مسائل و مشکلات بالقوه کاری خودداری می کنند. اگر چه یک فرد قادر است به سازمان و محیط کاریش کمک کند و آوای خود را به گوش همکاران و مدیران خود برساند و با وجود آنکه صدای سازمانی، یکی از منابع قدرتمند برای تغییرات سازمانی محسوب می شود، کارکنان اغلب تمایلی به بیان عقاید و نقطه نظرات خود ندارند و به دلایل بسیار در برخی مواقع ترجیح می دهند تا سکوت پیشه کنند. است (۱۰) این سکوت نقطه مقابل آوای سازمانی است. برخی مواقع سکوت ناشی از ارتباطات ناقص است که در چنین شرایطی افراد ترجیح می دهند سکوت کنند. این اما همه دلیل نیست. ترس از بازخوردهای منفی

از جانب مدیران، اعتقاد به اینکه بیان صادقانه اطلاعات چیزی را حل نمی کند، اعتقاد برخی مدیران به منفعت طلبی و غیر قابل اعتماد بودن کارکنان، ساختار بوروکراتیک سازمانی، هم نوایی با عقاید عمومی، سبک رهبری و حواس سازمانی به ویژه جو بی عدالتی، ترس از بدنام شدن و انگ خوردن، ترس از آسیب دیدن روابط، ترس از تنبیه و بازخواست و ترس از سوء برداشت دیگران مهمترین دلایل بروز سکوت سازمانی هستند (۱، ۱۱، ۲، ۶).

مطالعات مختلف نشان داده است سازمان های بهداشتی و درمانی نیز از سکوت سازمانی رنج می برند. در همین زمینه مطالعه ای در ترکیه انجام شده و بیان کرده است " سکوت سازمانی تبدیل به یک مشکل سازمانی و ارتباطی شده است. این موضوع در ترکیه از ویژگی های فرهنگی نیز تاثیر پذیرفته است. آنها معتقدند در ساختارهای که نظام قدرت و تصمیم گیری متمرکز است و ساختارها کاملاً بوروکراتیک هستند، پدیده سکوت بیشتر دیده می شود و این موضوع یکی از دلایل سکوت سازمانی است (۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰). هنریکسون و دایتون (۶) پا را فراتر می نهند و تاکید می کنند که سکوت سازمانی خطری پنهان برای امنیت بیماران است. استعفا، افزایش غیبت، فقدان نیروی کار پرستاری، کاهش تعهد و رضایت شغلی پرستاران نتایج سکوت سازمانی است (۱۳، ۱۲، ۳).

ویژگی های شخصیتی و سکوت سازمانی:

شولتز معتقد است شخصیت از واژه یونانی پرسونا نقابی که هنر پیشه ها در اجرای نقش به چهره خود می زنند، گرفته شده است. می توان آن را الگوهای اختصاصی و متمایز تفکر، هیجان و رفتار دانست که اسلوب شخصی تمایل به محیط فیزیکی و اجتماعی هر شخص را رقم می زند (۱۴). نظریات شخصیت همگی مبین آنند که شخصیت افراد، رفتار آنها را پیش می بینی کند. عمده پژوهش ها بویژه پژوهش هایی که در بستر سازمان و مدیریت به اجرا درآمده اند مدل پنج عاملی شخصیت را مبنای مطالعه خود قرار داده اند. (۱۵، ۱۶). ابعاد این مدل عبارتند از: برون گرایی، انعطاف پذیری، وظیفه شناسی، گشودگی و روان رنجوری.

روان رنجوری ویژگی افرادی با ثبات عاطفی پایین است و با خصوصیات چون اضطراب، افسردگی و پرخاشگری، هیجان های تند و ناخوشایند، متخاصم، افسرده، شتابزده، عصبی، هیجانی، نگرانی و عدم امنیت شناخته می شوند (۱۷) افرادی که دارای برون گرایی بالائی هستند با عناوینی

حسن جعفریانی و آرزو ربانی

با سکوت رابطه معناداری وجود ندارد.

عوامل مدیریتی و سکوت سازمانی

با عنایت به مطالعات وسیع در مورد عوامل مدیریتی موثر بر سکوت سازمانی این پژوهش در مورد ادبیات عوامل مدیریتی به این توضیح اکتفا می‌کند که: سال‌ها پیش، مک‌گریگور (۱۹۶۰) خاطر نشان ساخت که باورهای مدیریتی تأثیری مهم بر نحوه برخورد با کارکنان و متعاقباً بر نحوه رفتار کارکنان دارد. به عنوان مثال، وقتی مدیران فرض می‌کنند کارکنان کارشان را دوست ندارند و نمی‌توان برای انجام یک کار بدرستی، به آن‌ها اعتماد کرد، ساز و کارهای کنترلی را برقرار می‌سازند تا مانع از آن شوند که افراد از مسئولیت‌شان شانه خالی کنند. کارکنان با درک این که مدیریت به آن‌ها اعتماد ندارد، دچار استرس می‌شوند و به دنبال یافتن راهی برای فرار از این باورها در سازمان خواهند بود و این، خود واکنشی است که باعث تقویت باورهای اولیه مدیریتی می‌شود. وقتی سکوت کردن همچنان استراتژی برتر در یک سازمان است و این باورها در مدیران وجود دارد که: ۱- کارکنان به دنبال منافع شخصی هستند. ۲- مدیریت بهترین اطلاعات را دارد ۳- اختلاف نظر بد است. در این صورت مدیریت ساختارها و سیاست‌هایی را به کار خواهد گرفت که جریان حرکت صعودی اطلاعات را با کندی مواجه سازد. سازمان‌هایی که در آن‌ها این نوع شرایط و باورها وجود دارد دارای دو ویژگی اصلی ساختاری هستند. تمرکز بالای تصمیم‌گیری و فقدان ساز و کارهای رسمی دریافت بازخور (۸).

با عنایت به مجموعه استنتاجات و مفاهیم اشاره شده مدل مفهومی این تحقیق به شکل زیر و فرضیات نیز به صورت زیر ظاهر خواهد شد:

چون قاطع، جاه طلب، پرحرف، خوش بین، بشاش تعریف می‌شوند. به علاوه آن‌ها یک تمایل بالا برای بازشناسی پایگاه و شان بالاتر دارند. برون‌گراها به عنوان یک گرایش عمومی به سمت جامعه‌پذیری، ابزار وجود، وفاق، پرحرف بودن در نظر گرفته شده‌اند (۱۸). انعطاف‌پذیری نیز مانند برون‌گرایی بعدی از تمایلات بین فردی است. فرد انعطاف‌پذیر نوع دوست است. نسبت به دیگران همدردی می‌کند و باور دارد که دیگران هم متقابلاً کمک‌کننده هستند. این افراد شکیبا، صادق و رک گو، توصیف می‌شوند (۱۹). وظیفه‌شناسی و ویژگی‌هایی چون تفکر قبل از عمل، به تأخیر اندازی ارضای خواسته‌ها، رعایت قوانین و هنجارها و سازماندهی و اولویت‌بندی تکالیف را در برمی‌گیرد. کنترل خود، همچنین می‌تواند به مفهوم قدرت خیلی فعال، سازماندهی و انجام وظایف محوله به نحو مطلوب نیز باشد. تفاوت‌های فردی در این موارد اساس با وجدان بودن است. آخرین جنبه از ابعاد پنج‌گانه شخصیت، گشودگی نسبت به تجربه است در ادبیات نظری الگوی ۵ عاملی شخصیت این بعد کمتر شناخته می‌شود (۲۰). فرد آماده برای تجربه کردن دارای قوه تصور قوی، خلاق، مبتکر دارای ذهن و به طرز با اهمیت حساس است (۲۱). به عنوان درجه‌ای است که یک فرد خلاق، کنج‌کاو به عنوان یک تفکر باریک تعریف می‌شود. سکوت سازمانی سطح خرد در قالب ویژگی‌های شخصیتی متبلور می‌شود. متأثر از این دیدگاه، می‌توان انتظار داشت که شخصیت یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر کارکنان در سکوت سازمانی می‌باشد و می‌توان سکوت سازمانی را از زاویه تفاوت‌ها و ویژگی‌های شخصیتی افراد بررسی و تحلیل کرد. افخمی اردکانی و خلیلی صدرآباد نشان داده‌اند برون‌گرایی، گشودگی نسبت به تجربه و وظیفه‌شناسی رابطه منفی و معناداری با سکوت دارند؛ در حالی که بین سازگاری و سکوت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ آنها دریافتند بین بعد شخصیتی روان رنجوری



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

فرضیه اول: عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی اثر مثبت دارد.
 فرضیه دوم: انعطاف پذیری اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی را تعدیل می کند.
 فرضیه سوم: روان رنجوری اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی را تعدیل می کند.
 فرضیه چهارم: وظیفه شناسی اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی را تعدیل می کند.
 فرضیه پنجم: گشودگی به تجربه اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی را تعدیل می کند.
 فرضیه ششم: برون گرائی اثر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی را تعدیل می کند.
 مبانی تاریخی پژوهش:

مطالعات و محققان زیادی در توسعه مفهوم و کاربردهای سکوت سازمانی نقش داشته اند. مطالعات اولیه ای که منجر به ظهور تئوری سکوت سازمانی شد توسط موریسون و میلیکن در سال ۲۰۰۰ انجام شد. مانند همه رشته های علمی محققان در سالهای اولیه بر توسعه مفهوم و ترویج تئوری تاکید داشته اند (۱). بوون و بلکمن (۲۰۰۳) از جمله این محققان بودند که در توسعه تعریف سکوت موثر بودند (۱۱). پیندر و هارلوس (۲۰۰۱) سکوت سازمانی را اقدامی آگاهانه در اعتراض به بی عدالتی و نابرابری نسبت می دهد (۲۲). ون دابن و همکاران در سال ۲۰۰۳ در اقدامی مهم انواع سکوت را معرفی کردند (۹). موضوع سکوت سازمانی رفته رفته علاقمندان زیادی را به خود جلب کرد و مطالعات تنوع پیدا کردند. مطالعات جدید عموماً بر عوامل اثرگذار بر سکوت و یا پیامدهای ناشی از سکوت سازمانی متمرکز شدند. پرلو (۲۰۰۳) اثرات سکوت سازمانی را مطالعه کرد و چنین نتیجه گرفت سکوت سازمانی باعث کاهش اثربخشی تصمیم گیری سازمانی می شود (۲۳). واکلا و بورداس در سال ۲۰۰۵ نتیجه گرفتند کارکنان به سبب نگرانی از این که مافوق های آن ها، آن ها را به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به جهت آشکار کردن اشتباهات یا زیر سؤال قرار دادن اعمالشان مجازات خواهند کرد. همچنین آنها مدل ماخذ و پیامدهای سکوت سازمانی موریسون و میلیکن را به صورت تجربی تست کردند. آن ها با نظر خواهی از ۶۷۷ نفر از کارمندان سازمانی در بخش تکنولوژی، سه بعد از ابعاد جو سکوت را شناسایی کردند (۲۴). اسلاد نشان داد سکوت سازمانی

ناشی از عواطف و احساسات مخربی همچون ترس، فریب و خشم در کارکنان سازمان است (۲۵). زهیر و «اردوغان» (۲۰۱۱) در مطالعه ای ارتباط بین سکوت سازمانی و رهبری اخلاقی در عملکرد کارکنان را ثابت کردند (۲۶). سکوت سازمانی در ایران نیز مورد مطالعه بوده است. زارعی متین، طاهری و سیار (۱۳۹۰) در مقاله ای تحت عنوان سکوت سازمانی را بازتعریف نموده، مفاهیم، پیامدها و دلایل انرا بصورت ترویجی مرور کردند (۸). اردکانی و صدرآباد نیز در سال ۱۳۹۱ رابطه بین عوامل شخصیتی و سکوت را مطالعه کردند (۲۷). دانایی فرد، فانی و براتی در سال ۱۳۹۰ به تبیین نقش فرهنگ سازمانی در سکوت سازمانی پرداختند (۲۸). نقش رفتارهای سازمانی مثبت در کاهش سکوت سازمانی نیز توسط الوانی و همکارانش مطالعه شد (۲۹).

سکوت سازمانی در مورد سازمان های بهداشتی هم مورد مطالعه بوده است. نیکولائو و همکاران، ۲۰۱۰ عدم همراهی مدیران را در نظام سلامت باعث سکوت دانستند (۳۰). تانگیرالا و رامانجام (۲۰۰۸) چنین دریافتند که در نتیجه وجود ارتباطات ناقص و فرایندهای ارتباطی نادرست در سازمان کارکنان ممکن است سکوت کنند (۳۱). رابطه بین سلامت بیمار و سکوت سازمانی حرفه ای های نظام بهداشت و سلامت در مطالعات مکس فیلد، ۲۰۰۵، اوکویاما و همکاران، ۲۰۱۴ برحسته شد (۱۲، ۱۳). اروغلو و همکاران، ۲۰۱۱ نیز در مطالعه خود چنین نتیجه گرفتند سکوت سازمانی در نظام های سلامت نظام بهداشت و درمان را تهدید می کند (۳۲). یوردوفلو، بوشون و اردوغان (۲۰۱۶) در مطالعه ای مهم چنین دریافتند که سکوت سازمانی در بیمارستان های ترکیه بین پرستاران موضع رایجی است (۳۳).

روش کار

این مطالعه از نظر هدف جزء تحقیقات کاربردی و از نظر روش در زمره مطالعات پیمایشی قرار می گیرد. ابزار اصلی گرد آوری اطلاعات در این تحقیق پرسشنامه بوده است. پرسشنامه تحقیق استاندارد بوده و از تجمیع پرسشنامه های استاندارد موریسون و میلیکن (۲۰۱۰)، پرسشنامه ۵ عاملی شخصیتی نئو حاصل شده است. پرسشنامه دارای سه بخش بود بخش اول مشخصات شخصیت شناختی (۲۰ گویه در مورد مدل ۵ عاملی شخصیت) و بخش دوم

حسن جعفریانی و آرزو ربانی

در مجموع تعداد ۲۴۰ پرسشنامه سالم جهت تحلیل داده ها جمع آوری گردید. روش نمونه گیری از نوع تصادفی خوشه ای بود بدین ترتیب که در گام اول بین شهرهای استان و سپس بین حوزه های مختلف پرستاری توزیع شد. برای تجزیه و تحلیل داده از روش های آماری توصیفی و استنباطی به شیوه پارامتری استفاده شد. روش تحلیل مسیر، تحلیل عاملی تأییدی، برازش مدل و... روش هایی بودند که با استفاده از نرم افزار اس پی اس و لیزرل مورد آزمون و بررسی قرار گرفتند.

یافته

در (جدول ۱) و (جدول ۲) آماره های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل تعداد پاسخگویان، کمترین مقدار، بیشترین مقدار، میانگین، انحراف معیار، ضرایب چولگی و کشیدگی گزارش شده است. چولگی میزان عدم تقارن توزیع را اندازه گیری و بیان می کند، این میزان برای توزیع نرمال صفر است، پس در بررسی ضرایب چولگی متغیرهای تحقیق چنانچه ضریب چولگی به اندازه کافی به صفر نزدیک باشد، داده های مربوط به آن متغیر دارای توزیع نرمال هستند. کشیدگی نشان دهنده قله مندی یا درجه اوج یک توزیع احتمالی است، این میزان برای توزیع نرمال ۳ است. برای مقادیر بیشتر از ۳ می گوئیم توزیع تیزتر از نرمال و برای مقادیر کمتر از ۳ می گوئیم توزیع پهن تر از نرمال است. در مجموع قدر مطلق ضریب چولگی و کشیدگی بزرگتر از ۲، تخطی از نرمال بودن داده ها را نشان می دهد.

سوالات مربوط به سنجش متغیر سکوت سازمانی (۱۲ گویه) و بخش سوم شامل سنجش عوامل مدیریتی (۱۰ گویه) در مورد ساختار و سبک رهبری را شامل می شد. برای سنجش متغیرهای تحقیق از طیف ۵ تایی لیکرت (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) استفاده شد. برای کمی سازی پرسشنامه به خیلی کم عدد ۱، کم عدد ۲، متوسط عدد ۳، زیاد عدد ۴ و خیلی زیاد عدد ۵ تخصیص داده شد. در پژوهش حاضر برای روایی علاوه بر روایی صوری از روایی سازه (همگرا) و برای پایایی از سه شاخص تحلیل عاملی تأییدی و نیز پی ولیو و روش کیو دو و آر دو استفاده شد. خروجی نرم افزار برای همه این متغیرها که در قسمت یافته های آماری ذکر شده است، بیانگر پایایی مناسب ابزار است. جامعه آماری این پژوهش تمام پرستاران شاغل در واحدهای علوم پزشکی خراسان شمالی هستند. که طبق اعلام این سازمان تقریباً ۱۰۰۰ نفر هستند. در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه برای جامعه آماری مشخص پس از توزیع تعداد اولیه پرسشنامه و محاسبه انحراف معیار تعداد نمونه بر اساس فرمول زیر برآورد گردید. نمونه مورد نیاز با توجه تعداد جامعه (N=۱۰۰۰)، دقت برآورد (E=۰/۰۶) و واریانس نمونه اولیه (۲۵=۰/۳۳) و سطح معنی داری ۹۵ درصد، بزرگتر مساوی ۲۳۰ بدست آمد.

$$n \geq \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times \sigma^2}{(N - 1) \times \epsilon^2 - Z_{\alpha}^2 \times \sigma^2}$$

برای کسب اطمینان بالاتر تعداد ۲۹۰ پرسشنامه توزیع و

جدول ۱: آماره های توصیفی شاخص های پژوهش

متغیر	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سکوت سازمانی	۲۴۰	۱,۴۴	۵,۰۰	۴,۲۸	۱,۱۰	۰/۰۸۵	-۱/۰۱۵
سازگاری	۲۴۰	۱,۵۰	۵,۰۰	۳,۱۷	۱,۲۸	۰/۲۸۲	-۱/۱۹۷
وظیفه شناسی	۲۴۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۵۵	۱,۲۰	۰/۲۰۸	-۱/۳۰۶
گشودگی به تجربه	۲۴۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۲۱	۱,۳۱	۰/۰۸۶	-۱/۲۳۲
روان رنجوری	۲۴۰	۱,۲۵	۵,۰۰	۳,۶۱	۱,۰۱	۰/۲۰۵	-۱/۲۴۹
عوامل مدیریتی	۲۴۰	۱,۸۰	۵,۰۰	۳,۴۹	۱,۰۳	۰/۱۶۶	-۱/۲۹۱

جدول ۲: آماره‌های توصیفی پاسخ دهنده ها

جنسیت	سن	تحصیلات	تعداد
مرد	۳۱-۴۰	کارشناسی	۱۴۲
زن	۴۱-۵۰	کارشناسی ارشد	۷۸
	بالتر از ۵۰	دکتر	۲۰
جمع	جمع	جمع	۲۴۰

عاملی همگی بالای ۰/۵ هستند. آلفای کرونباخ معیاری کلاسیک برای ارزیابی پایداری درونی محسوب می‌گردد. مقدار آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ نشانگر پایایی قابل قبول است. روش حداقل مربعات جزئی (PLS) معیار مدرن‌تری نسبت به آلفای کرونباخ به نام پایایی ترکیبی به کار می‌برد. در صورتی که مقدار پایایی ترکیبی برای هر عامل بالاتر از ۰/۷ شود. همان‌طور که در جدول ۳ مشخص شده است، مقدار مربوط به این معیارها یعنی آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی عامل‌های پژوهش در همه عامل‌ها بالاتر از ۰/۷ می‌باشد (جدول ۳). معیار دوم از بررسی مدل‌های اندازه‌گیری، روایی همگرا است که به بررسی همبستگی هر عامل با سوالات خود می‌پردازد. معیار AVE نشان‌دهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر عامل با سوالات خود می‌باشد. هرچه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بیشتر است. با توجه به (جدول ۲) و روش فورنل و لارکر که مقدار مناسب برای AVE را ۰/۵ به بالا معرفی کرده‌اند، برای تمام متغیرهای تحقیق مقدار AVE بیشتر یا مساوی ۰/۵ می‌باشد (جدول ۳).

با توجه به جدول فوق، ضرایب چولگی و کشیدگی برای همه شاخص‌های پژوهش در بازه (۲ و -۲) قرار دارند، پس با توجه به ضرایب چولگی و کشیدگی فرض نرمال بودن داده‌ها برای این شاخص‌ها تایید می‌شود.

بررسی برازش مدل پژوهش

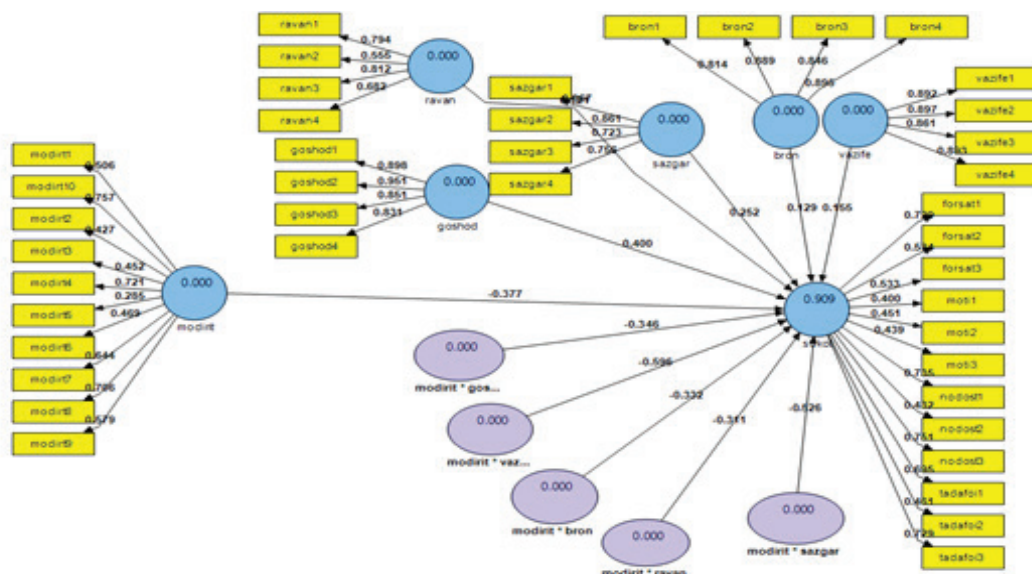
به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق، از روش دو مرحله ای هالاند (۱۹۹۹) برای مدل‌یابی به روش حداقل مربعات جزئی استفاده شده است. مرحله اول شامل تعیین مدل اندازه‌گیری از طریق پایایی و روایی است و مرحله دوم شامل تعیین مدل ساختاری از طریق تحلیل شاخص‌های برازندگی، ضرایب تعیین و تحلیل مسیر است.

ارزیابی مدل اندازه‌گیری

برای بررسی برازش مدل‌های اندازه‌گیری سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا استفاده می‌شود.

الف) پایایی و روایی همگرا:

پایایی از سه طریق شامل بررسی ضرایب بارهای عاملی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی صورت می‌پذیرد. (شکل ۲) رابطه متغیرهای زرد رنگ (گویه‌ها) و متغیرهای اصلی را نشان می‌دهد. مطابق با این شکل بارهای



شکل ۱: مدل ضرایب استاندارد (بارهای عاملی)

حسن جغرفیانی و آرزو ربانی

جدول ۳: عناصر و نشانگرهای تعیین کننده متغیرهای پژوهش به همراه مقادیر مربوط به معیارهای برازش مدل اندازه گیری

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	روایی همگرا (AVE)	نتیجه
برون گرایی	۰,۸۸	۰,۹۱	۰,۷۳	مناسب و مورد تایید
گشودگی نسبت به تجربه	۰,۹۰	۰,۹۳	۰,۷۸	مناسب و مورد تایید
عوامل مدیریتی	۰,۷۷	۰,۸۳	۰,۸۴	مناسب و مورد تایید
روان رنجوری	۰,۷۹	۰,۸۶	۰,۶۱	مناسب و مورد تایید
سازگاری (انعطاف پذیری)	۰,۸۲	۰,۸۷	۰,۶۳	مناسب و مورد تایید
سکوت سازمانی	۰,۸۱	۰,۸۴	۰,۶۳	مناسب و مورد تایید

معیار مهم دیگری که با روایی واگرا مشخص می گردد، میزان رابطه یک عامل با سوالاتش در مقایسه با رابطه آن عامل با سایر عامل هاست، به طوری که روایی واگرای قابل قبول یک مدل حاکی از آن است که یک عامل در مدل تعامل بیشتری با سوالات خود دارد تا با عامل های دیگر. (جدول ۴).

با توجه به اینکه مقدار مناسب برای آلفای کرونباخ ۰/۷، برای پایایی ترکیبی ۰/۷ و برای AVE، ۰/۵ می باشد و تمامی معیارها در قسمت سنجش بارهای عاملی مقدار مناسبی دارند، می توان مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرای تحقیق را تایید ساخت. روایی واگرا:

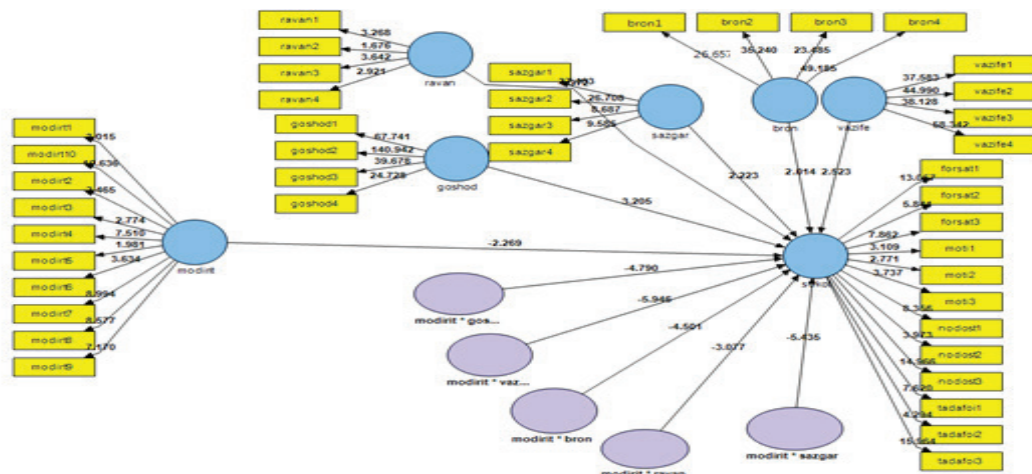
جدول ۴: ماتریس سنجش روایی واگرا به روش فورنل لارکر

متغیر	برون گرایی	گشودگی	عوامل مدیریتی	روان رنجوری	سازگاری	سکوت سازمانی
برون گرایی	۰,۸۵					
گشودگی	۰,۵۹	۰,۸۸				
عوامل مدیریتی	۰,۲۵	۰,۵۶	۰,۹۱			
روان رنجوری	۰,۰۹	۰,۰۴	۰,۵۳	۰,۷۸		
سازگاری	۰,۷۱	۰,۴۳	۰,۳۱	۰,۱۴	۰,۷۹	
سکوت سازمانی	۰,۴۸	۰,۶۷	۰,۵۹	۰,۱۷	۰,۳۸	۰,۷۹

(t-values):

ابتدایی ترین معیار برای سنجش رابطه ی بین عامل ها در مدل، اعداد معنی داری t است. در صورتی که مقدار این اعداد از ۱/۹۶ بیشتر شود، نشان از صحت رابطه ی بین عامل ها و در نتیجه تایید فرضیه های پژوهش در سطح اطمینان ۰/۹۵ است.

همان گونه که در (جدول ۴) مشخص شده است، در جاهایی که با رنگ تیره مشخص شده مقدار جذر AVE هر عامل از مقدار همبستگی دو عامل بیشتر است که این امر حاکی از قابل قبول بودن روایی واگرای سازه ها و برازش خوب مدل های اندازه گیری است. آزمون مدل ساختاری: الف) ضرایب معنی داری t (مقادیر



شکل ۲: مدل ضرایب معنی داری

زا یا وابسته می‌گذارد. سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان ملاک‌هایی برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می‌شود. مقدار R^2 برای عامل‌های برون زا یا مستقل برابر صفر است. مقدار Q^2 باید در مورد تمامی عامل‌های وابسته مدل محاسبه شود. در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک عامل وابسته صفر و یا کمتر از صفر شود، نشان از آن دارد که روابط بین عامل‌های دیگر مدل و آن عامل وابسته به خوبی تبیین نشده است.

جدول ۵: مقادیر R^2 و Q^2 برای متغیرهای پژوهش

نتیجه	Q^2	R^2	متغیر
بسیار خوب	۰,۷۳	-	برون گرایی
بسیار خوب	۰,۷۸	-	گشودگی نسبت به تجربه
بسیار خوب	۰,۶۴	۰,۹۰۹	عوامل مدیریتی
بسیار خوب	۰,۶۱	-	روان رنجوری
بسیار خوب	۰,۶۳	-	سازگاری (انعطاف پذیری)
بسیار خوب	۰,۶۵	-	سکوت سازمانی

نیز کنترل نماید. معیار GOF توسط تنه‌هاوس و همکاران در سال ۲۰۰۴ ابداع گردید و فرمول آن در زیر آمده است: Commuality (مقادیر اشتراکی) = این مقدار از میانگین مجذور بارهای عاملی هر عامل به دست می‌آید.

$$GOF = \sqrt{R^2 * Commuality}$$

Commuality = از میانگین مقادیر اشتراکی هر عامل درون زای مدل به دست می‌آید.
 (R^2) = میانگین مقادیر R Square عامل‌های درون زای مدل است.

$$GOF = \sqrt{Commualitiea \times R^2} = \sqrt{0.673 \times 0.909} = 0.782$$

و تشخیصی و به دنبال آن آزمون روابط بین سازه‌های تحقیق انجام شد، باید گفت مدل ارائه شده توسط پژوهشگر تایید می‌شود. حال می‌توان به بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش پرداخت.

بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش و آزمون فرضیات برای بررسی روابط مستقیم اگر مقدار تی ویو برای یک

با توجه به مندرجات (شکل ۲) که برای همه‌ی رابطه‌ها نشان داده شده است بین تمام عامل‌های مدل رابطه معنی‌داری برقرار است زیرا مقدار تی ویو برای این رابطه‌ها بیشتر از ۱/۹۶ می‌باشد.

ب) معیار R Squares یا R^2 و معیار Q^2 :
 R^2 معیاری است که برای متصل کردن بخش اندازه‌گیری و بخش مدل ساختاری به کار می‌رود و نشان از تأثیری دارد که یک عامل برون زا یا مستقل بر یک عامل درون

همان طور که در (جدول ۵) مشاهده می‌شود معیارهای R^2 و Q^2 برای همه عوامل درون زا متوسط و قوی می‌باشد که این نشان می‌دهد که عامل‌های برون زا (مستقل) در پیش‌بینی عامل‌های وابسته مناسب هستند و برآزش مناسب مدل ساختاری را بار دیگر تایید می‌سازد.

آزمون مدل کلی

مدل کلی شامل هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری می‌شود و با تایید برآزش آن، بررسی برآزش در یک مدل کامل می‌شود. معیار GOF مربوط به بخش کلی مدل‌های ساختاری است. بدین معنی که توسط این معیار محقق می‌تواند پس از بررسی برآزش بخش اندازه‌گیری و بخش مدل ساختاری پژوهش خود، برآزش بخش کلی را

با توجه به سه مقدار ۰/۲۵، ۰/۳۶ و ۰/۳۶ که به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی شده است و حصول مقدار ۰/۷۸۲ برای GOF، نشان از برآزش مناسب مدل دارد.

در مجموع با عنایت به نتایج به دست آمده و مراحل که جهت تصدیق مدل اندازه‌گیری و محاسبات روایی سازه

حسن جعفریانی و آرزو ربانی

یک رابطه بزرگتر از ۱/۹۶ باشد، رابطه غیرمستقیم میان دو متغیر و نقش میانجی متغیر واسطه تایید می‌شود. نتایج رابطه های مستقیم در (جدول ۶) نشان داده شده است.

رابطه بزرگتر از ۱/۹۶ باشد نشان‌دهنده رابطه معنادار بین آن دو متغیر است. در این آزمون برای روابط غیر مستقیم میان متغیرهای تحقیق، پس از محاسبه ضریب استاندارد غیرمستقیم و مقدار تی ویو چنانچه مقدار تی ویو برای

جدول ۶: نتایج مدل ساختاری (با رویکرد PLS)

فرضیه	مسیر ساختاری	(T-value)	ضریب مسیر (β)	تایید رابطه
فرضیه اول	عوامل مدیریتی - سکوت سازمانی	-۲.۲۲۶	-۰.۳۷۷	بله
فرضیه دوم	عوامل مدیریتی * انعطاف پذیری * سکوت سازمانی	-۵.۴۳	-۰.۵۲۶	بله
فرضیه سوم	عوامل مدیریتی * روان رنجوری - سکوت سازمانی	-۳.۰۷	-۰.۳۱۱	بله
فرضیه چهارم	عوامل مدیریتی * وظیفه شناسی - سکوت سازمانی	-۵.۹۴	-۰.۵۹۶	بله
فرضیه پنجم	عوامل مدیریتی * گشودگی نسبت به تجربه - سکوت سازمانی	-۴.۷۹	-۰.۳۴۶	بله
فرضیه ششم	عوامل مدیریتی * برون گرایی - سکوت سازمانی	-۴.۵	-۰.۳۳۲	بله

بحث و نتیجه گیری

الف) بحث در نتیجه پایش سکوت: این تحقیق نشان داد پرستاران سکوت سازمانی را پیشه کرده اند زیرا مقدار سکوت سازمانی در جامعه مورد بررسی این تحقیق ۴/۲۸ بود. این عدد میانگین نمرات سکوت سازمانی نمونه ها است و بیانگر این است که سکوت سازمانی در جامعه پرستاری بسیار بالاست. این نتیجه قابل انتظار بود زیرا کمبود نیروی کار، فشار زیاد کاری، ترک شغل، به تعویق افتادن حقوق و پرداختی های مورد انتظار آنان نشانه هایی هستند که به زعم تحقیقات بسیار منجر به سکوت سازمانی بین پرستاران می شوند. این یافته با نتایج پژوهش اروغلو و همکاران (۲۰۱۱) و یوردوفلو، بوشون و اردوغان (۲۰۱۶) سازگار است و زیرا آنها نیز اشاره کرده بودند سکوت سازمانی در نظام بهداشت و درمان موضوعی رایج و البته تهدید کننده است. این یافته نشان می دهد باید سکوت سازمانی پرستاران به عنوان امری مهم در نظام های بهداشتی و درمانی مورد بررسی قرار بگیرد. مطابق با یافته های ادبیات موضوع سکوت سازمانی بالا در پرستاران و عدم توجه به این پدیده باعث پیامدهای جبران ناپذیر خواهد شد. این سکوت علاوه بر نارضایتی، کاهش عملکرد، افزایش ترک شغل پرستاران و .. می تواند نهایتاً باعث آسیب به امنیت بیماران شود.

ب) بحث در مورد تاثیر عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی: این تحقیق همپنین آشکار کرد عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی اثرگذار است و هر چه ساختارها مکانیکی تر باشند

با توجه به مندرجات جدول فوق که برای همه ی رابطه ها نشان داده شده است بین تمام عامل های مدل در سطح معناداری ۰/۰۵ رابطه معنی داری برقرار است زیرا مقدار تی ویو برای این رابطه ها بیشتر از ۱/۹۶ می باشد. یافته ناشی از فرضیه اول نشان می دهد بین عوامل مدیریتی و سکوت سازمانی رابطه منفی معنا دار وجود دارد. این بدان معنا است که عوامل مدیریتی بر سکوت سازمانی بصورت معکوس اثرگذار است. با توجه به اینکه در عوامل مدیریتی ساختار و نوع رهبری مورد سنجش واقع شدند و ساختار از مکانیکی به سمت پویا حرکت می کند و نوع رهبری نیز از کارمند محور به کارمحور حرکت میکند، بنابراین مقدار تی ویو منفی (اثر عوامل مدیریتی بر سکوت) بیانگر این است که هر چه ساختارها مکانیکی تر باشند و نوع رهبری و مدیریت در نظام بهداشت و درمان کارمدار باشد، سکوت سازمانی بالاتر می رود. فرضیات دوم تا چهارم اثر تعدیل گری شخصیت را نشان می دهد و در همه عوامل مقدار بارعاملی افزایش داشته است. ورود متغیرهای شخصیتی به مدل نشان می دهد مقدار تی ویو و بارعاملی هر رابطه بسیار بیشتر از قبل می شود (جدول ۶). این موضوع بیانگر این است که همه ویژگی های شخصیتی بر رابطه بین عوامل مدیریتی و سکوت سازمانی اثرگذار است و مقدار اولیه را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد. در بین عوامل شخصیتی وظیفه شناسی و انعطاف پذیری بیشترین اثر تعدیل گری را داشته است.

امکان وجود ندارد که آنها بتوانند خودمختار عمل کنند. توجه به تحقیق نیکولاو و همکاران، ۲۰۱۰ در همین زمینه که عدم همراهی مدیران را در نظام سلامت باعث سکوت دانسته است، قابل توجه است. تاثیر عوامل شخصیتی بر سکوت سازمانی نتیجه ای جدید و تازه به شمار می رود. زیرا این نتیجه نشان می دهد میزان سکوت سازمانی در افراد با شخصیت های مختلف متفاوت است و عموماً افراد که در محیط کار نوعی آزادی طلب می کنند، در ساختارهای غیرمکانیکی و رهبری متمرکز و کارمدار بیشتر سکوت سازمانی را دنبال می کنند.

د) پیشنهادات و محدودیت ها: با عنایت به یافته های مختلف این تحقیق پیشنهاد می شود در نظام پرستاری مکانیزمهای ارتباطی بین پرستاران با پزشکان و مدیران بیشتر شود و همچنین نوعی استقلال و آزادی عمل باید در شغل پرستاری تعبیه گردد. چنانچه پرستاران هم چنان امکان ارائه نظر در فرایندهای درمان و بهداشت را نداشته باشند و ساختارهای بیمارستانی نیز آنها را به ربات تقلیل دهد، میزان سکوت موجود باعث ترک شغل بیشتر، نارضایتی بالاتر، استرس و نهایتاً ناکارمندی نظام بهداشت و درمان خواهد شد. این تحقیق متمرکز بر عوامل شخصیتی بود. بررسی میزان اثر عوامل دیگر نظیر دستمزد، غنای شغلی، توسعه شغل و .. بر سکوت سازمانی و یا بررسی همزمان آنها متناسب با نوع شخصیت افراد بر سکوت سازمانی یافته های جدیدتری را پیش روی محققان خواهد گذاشت و نیز بررسی سکوت سازمانی پزشکان در نظام بهداشت و درمان می تواند مشخص کند چه میزانی از سکوت سازمانی به شغل بر میگردد و چه میزانی ناشی از عوامل مدیریتی است.

این تحقیق یک محدودیت عمده دارد و آن این است که در جامعه پرستاری غالب پرستاران زن هستند اما به دلیل نوع سوالات (نقد ساختار و مدیریت) پرستاران زن به دلایل محافظه کارانه پرسشنامه های کمتری به محققان تحویل دادند. به همین دلیل تعمیم پذیری یافته ها به جامعه زنان باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

References

- Morrison, E.W., & Milliken, F.J. Organizational silence : A barrier to change and development in a pluralistic word. *Academy of Management Review*. 2000,25(4),PP.706-732.
- Greenberg, J. and Edwards, M. S. *Voice and Silence in Organizations*, Bingley, UK: Emerald

و نوع رهبری و مدیریت در نظام بهداشت و درمان کارمدار باشد، سکوت سازمانی بالاتر می رود. با عنایت به اینکه ساختار سازمانی بیمارستانها به شدت متمرکز بوده و تصمیمات توسط غیرپرستاران گرفته می شود و پرستاران نیز به عنوان نیروی کار تعریف می شوند تا نیروی انسانی بدین جهت این نتیجه صحیح به نظر می رسد زیرا هم ساختارهای مکانیکی و هم رهبری کارمدار باعث می شوند مکانیزمهای ارتباطی بدرستی کار نکنند. این نتیجه توسط تانگیرالا و رامانجام (۲۰۰۸) نیز گزارش شده است. در تحقیقات داخل کشور نیز قبلاً اثبات شده است تمرکز بالای تصمیم گیری و فقدان ساز و کارهای رسمی دریافت بازخور باعث سکوت سازمانی می شود. (زارعی متین و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۵). اثبات این رابطه بیانگر این است که بخش عمده سکوت سازمانی ناشی از عوامل بیرونی و غیر قابل کنترل توسط پرستاران بوجود آمده است. در حال حاضر به دلیل وضعیت اقتصادی نامناسب نیروی کار در کشور ممکن است پرستاران این شیوه را تحمل کنند لکن قابل پیش بینی است اگر اصلاحاتی در ساختار سازمانی نظام درمانی صورت نگیرد و پرستاران احساس نکنند صدای آنها شنیده می شود، عدم اقبال از این شغل با توجه به چالش های زیادی جسمی و روحی آن، دور از انتظار نخواهد بود.

ج) بحث در مورد نقش عوامل شخصیتی: در ادامه این تحقیق در ارتباط با متغیرهای شخصیتی نشان داد رابطه عوامل مدیریتی و سکوت سازمانی تحت تاثیر نوع شخصیت پرستاران نیز قرار می گیرد و شخصیت افراد می تواند شدت رابطه را افزایش دهد. اگر چه میزان تاثیر انواع شخصیت ب رابطه متفاوت است اما مرور یافته های آماری اثبات می کند افراد وظیفه شناس در ساختارهای مدیریتی مکانیکی و کار محور بیشتر به سمت سکوت سازمانی میل می کنند (افزایش بار عاملی از ۲ به ۵). دلیل این امر مهم است زیرا افراد وظیفه شناس و انعطاف پذیر تمایل زیادی به ایفای نقش موثرتر در کار دارند در حالیکه در نظام بهداشت و درمان و شغل پرستاری به دلیل نوع ساختار و نوع مدیریت این

Press. 2009.

- Vogus T.J., Sutcliffe K.M. & Weick K.E. Doing no harm: enabling, enacting, and elaborating a culture of safety in health care. *Academy of Management Perspectives*. 2010. 24 (4), 60–77.
- Yalçın B, Baykal Ü. Development and psychometric testing of the Organizational

- Silence Behavior Scale for healthcare professionals. *Nurs Health Sci.* 2019.13(2)1-7
5. Yurdakul M, Beşen MA, Erdoğan S. The organisational silence of midwives and nurses: reasons and results. *Journal of nursing management.* 2016. 24(5):686-94
 6. Henriksen, K and Dayton, E. Organizational Silence and Hidden Threats to Patient Safety. *HSR: Health Services Research* (2006).41(4). 1539-1554.
 7. Brinsfield, C. D., Edwards, M. S., Greenberg, J. Voice and Silence in Organizations: Historical Review and Current Conceptualizations. Emerald Group Publishing Limited, 2009. pp.3- 33.
 8. Zare'I-Matin, H., Taheri, F., & Syar, A. Organizational silence: concepts, antecedents, and consequences. *Iranian journal of management sciences.* 2011.6(21), 77-104.
 9. Van Dyne, Linn, Soon Ang and Isabel C. Botero, Conceptualizing Employee Silence and Employee Voice as Multidimensional Constructs, *Journal of Management Studies.* 2003. 40:6. 1359-1392.
 10. Tangirala S. & Ramanujam R. Employer silence on critical work issues: the cross level effect of procedural justice climate. *Personnel Psychology.* 2010. 61, 37-68.
 11. Bowen, F. & Blackmon, K. Spirals of silence: The dynamic effects of diversity on organizational voice, *Journal of Management Studies.* 2003. 40(6): 1393- 1417.
 12. Maxfield D, Grenny J, McMillian R, Patterson K & Switzler A. Silence Kills. Available at: <https://www.aacn.org/nursing-excellence/healthy-work.environment/~/-/media/aacn-website/nursing-excellence/healthy-work.environment/silencekills.pdf?la=en> (accessed 10 April 2017).
 13. Okuyama A, Wagner C & Bijnen B. Speaking up for patient safety by hospital based healthcare professionals: A literature review. *BMC Health Services Research.* 2014. 14:61, 1-8.
 14. Atkinson, Rita L.; Atkinson, Richard C. (Richard Chatham), 1929-; Hilgard, Ernest Ropiequet, 1904-
 15. Christopher A. Cooper, H. Gibbs Knotts, David M. McCord and Andrew Johnson. Taking Personality Seriously: The Five-Factor Model and Public Management; *The American Review of Public Administration* published online. 2012.
 16. John E. Buckner V, Christopher M. Castille, Tilman L. Sheets. The Five Factor Model of personality and employees' excessive use of technology. *Computers in Human Behavior.* 2012. 28, 1947-1953.
 17. McCrae, R. R. & Costa, P.T. A contemplated revision of NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences.* 2004.36, 587-596 .
 18. Waugh, Ch. E. Fredrickson, B.L. & Taylor, S.F. Adapting to lifes slings and arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat. *Journal of Research in Personality.* 2008. 42,1031-1046
 19. Garousi Farshi. M. Personality evaluation. Tabriz. Jaameh Pazhouh express (Danial expression). 2001.
 20. Digman, J. M. Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology.* 1990. 41, 417-440.
 21. Costa, P. T. & McCrea, R. R. Personality disorder and the five factor model of personality, *Journal of personality disorder.* 1990. 4, 362-377
 22. Pinder, C. C., & Harlos, K. P. Employee silence: quiescence and acquiescence as responses to perceived in justice. *Research in Personnel and Human Resources Management.* 2001. 20, 331-369.
 23. Perlow, L., and S. Williams. Is Silence Killing Your Company?. *Harvard Business Review* . 2003. 81 (5): 52-8.
 24. Vakola, Maria & Bouradas , Dimitris. Antecedents and Consequences. Antecedents and consequences of organizational silence : an empirical investigation. 2005.27.441-458
 25. Slade, M. R. the adaptive nature of organizational silence: A cybernetic exploration of the hidden factory. *The Graduate School of Education and Human Development, George Washington University.* 2008 pp. 64-78.
 26. Zehir C & Erdogan E. The Association between Organizational Silence and Ethica Leadership through Employee Performance. *Procedia Social and Behavioral Sciences.* 2011. 24, 1389-1404
 27. Afkhami Ardakani M, Khalili Sadr Abad O. The Relationship between personality factors and silence of knowledge employees. *Journal of Public Management Researches.* 2016. 18: 65-84.
 28. Danaei Fard, Fani & Barati. clarification on the role of organizational silence on organizational

- silence in public sector. *Journal of Public Administrationperspective*. 2011. 8. 61-82
29. Alvani, S.M., Vaezi, R. & Honarmand, R. The role of positive organizational behavior in reducing organizational silence, *Journal of Management Studies*. 2013. 24(79).1-26
30. Nikolaou I, Vakola M & Bourantas D. The role of silence on employees' attitudes "the day after" a merger. *Personnel Review*. 2010. 40, 723-741
31. Tangirala S & Ramanujam R. Employee silence on critical work issues: the cross level effects of procedural justice climate. *Personnel Psychology* 2008. 61. 37-68.
32. Eroğlu HA, Adıgüzel O & Öztürk UC. Dilemma of silence vortex and commitment: relationship between employee silence and organizational commitment. *Suleyman Demirel University The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 2011. 16 (2). 97-124.
33. Yurdakul M, Beşen MA, Erdoğan S. The organisational silence of midwives and nurses: reasons and results. *Journal of nursing management*. 2016. 24 (5): 686-94.