

روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران

معصومه طالبی^۱، مریم شهودی^{۲*}، فرزانه حمزه‌زاده^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۰/۱۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: رهبری اخلاقی به‌عنوان رویکرد نوینی در چشم‌انداز رهبری پا به عرصه ظهور گذاشته و با اولویت دادن به اخلاقیات در سازمان، زمینه را برای ایجاد و ارتقای اثربخشی فردی و سازمانی فراهم نموده است. در همین راستا، پژوهش حاضر باهدف روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران انجام شد.

مواد و روش کار: روش پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران سه بیمارستان دولتی شهر بابلسر بودند (۳۰۰ نفر) که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ۱۶۸ نفر برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها سه پرسشنامه بود که روایی و پایایی آن‌ها، بررسی و مورد تأیید گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که رهبری اخلاقی با امنیت روانی (با ضریب استاندارد ۰/۲۴ و مقدار $t=2/65$) و مدیریت ریسک (با ضریب استاندارد ۰/۴۱ و مقدار $t=4/25$) رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. همچنین نقش میانجی امنیت روانی در رابطه بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک تأیید گردید.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع می‌توان گفت که تکیه بر اخلاقیات و رهبری اخلاقی مدار در بیمارستان، ضمن آماده‌سازی فضا و بافت برای افزایش احساس امنیت روانی، مدیریت ریسک را در پرستاران ارتقا می‌دهد. بر این اساس، ضرورت توجه به مباحث اخلاقی در بیمارستان احساس می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: رهبری اخلاقی، امنیت روانی، مدیریت ریسک

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره اول، پی‌درپی ۶۶، فروردین ۱۳۹۴، ص ۵۴-۴۷

آدرس مکاتبه: دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه ارومیه، تلفن: ۰۴۴۳۳۶۶۲۰۱۰

Email: Laya_talebi@yahoo.com

مقدمه

ریسک به‌عنوان احتمال بروز یک واقعه (مثبت یا منفی) و شک و تردید همراه با تغییرات در نتایج ممکن و ناتوانی در پیشگویی از نتایج یک موقعیت با ۱۰۰ درصد صحت تعریف شده (۱) و مدیریت ریسک در بیمارستان، شامل گسترش استراتژی‌های درمانی در میان یک بافت چندحرفه‌ای برای کاهش شدت و تکرار ریسک‌های تعیین شده می‌باشد (۲). برنامه‌های مدیریت ریسک بیمارستان باهدف افزایش سلامت بیماران و مراجعه‌کننده‌گان و همچنین کاهش هزینه‌های مالی به‌هنگام شناسایی، ارزیابی و جلوگیری از ریسک طراحی می‌شود (۳)؛ به‌عبارت‌دیگر، مدیریت ریسک در نظام مراقبت سلامت یک فرایند ساختاری به‌منظور به‌حداقل رساندن

احتمال مسئولیت ناشی از فراهم‌کنندگان این مراقبت‌ها، جلوگیری از آسیب‌های وارده به بیماران، تثبیت هزینه‌های حق بیمه مهیاکنندگان این خدمات و حفاظت از بیمارستان‌ها در برابر تلفات ویرانگر مالی می‌باشد (۴) که شامل سه بخش به هم وابسته است: شناسایی ریسک، جلوگیری از آسیب و کاستن تلفات و هزینه‌های مالی به‌منظور مؤثر عمل نمودن در محیط بیمارستان (۵). مطالعات انجام‌شده در محیط‌های مراقبت‌های پزشکی نشان می‌دهد که با افزایش تعداد بیماران و کمبود تعداد پرسنل پرستاری، احتمال بالایی از صدمات فیزیکی و روانی به بیماران که ناشی از غفلت فراهم‌کنندگان این خدمات است، وجود دارد که این موارد شامل افتادن بیماران، اعتبار تجهیزات پزشکی، خطاهای درمانی و ریسک‌های محیطی می‌باشد.

^۱ دانشجوی دوره دکتری مدیریت آموزشی

^۲ دانشجوی دوره دکتری مدیریت آموزشی (نویسنده مسئول)

^۳ کارشناس ارشد مدیریت آموزشی

حاکمی از آن بودند که رفتار رهبر گروه، مانند پذیرش نظرات اعضا و احترام قائل شدن به تفاوت‌های افراد، امنیت روانی را در افراد افزایش می‌دهد (۱۳). علاوه بر این، در ادبیات مدیریت مراقبت‌های بهداشتی، چشم‌انداز مشترکی در حال ظهور است که عدم وجود احساس امنیت روانی در پزشکان باعث افزایش فشار روانی، غیبت از کار و کاهش رضایت شغلی می‌شود (۱۴).

امروزه، رهبری به انواع مختلفی از مهارت‌ها و شیوه‌های انعطاف‌پذیر، به‌منظور مواجهه با چالش‌های تغییر و تقاضاهای جدید نیازمند است (۱۵). نگاهی به سبک‌های رهبری حاکمی از وجود طیف متنوعی از سبک‌ها می‌باشد که برخی از آن‌ها از لحاظ ماهیت و تأکیدات نسبت به سبک‌های رهبری دیگر جدیدتر هستند (۱۶). از جمله این سبک‌ها که طی سال‌های آغازین هزاره سوم میلادی پا به عرض حضور گذاشت، رهبری اخلاقی است. بنا به تعریف، رهبری اخلاقی عبارت است از: "نمایش رفتار مناسب به‌صورت هنجاری از طریق اعمال شخصی و روابط بین فردی و ترویج این‌گونه رفتارها در میان پیروان از طریق ارتباطات دوجانبه، تشویق و تصمیم‌گیری" (۱۷). از جمله ویژگی‌های رهبری اخلاقی می‌توان به مواردی همچون احترام به دیگران، خدمت‌گزار دیگران بودن، عادل بودن، صادق بودن و جمع‌گرا بودن (۱۸)، حمایتگری، توسعه مهارت‌ها و اعتمادبه‌نفس زبردستان (۱۹)، دلسوزی، انصاف، توصیه پیروان به پایبندی و رعایت معیارهای اخلاقی و در نظر گرفتن پاداش و مجازات برای رفتارهای اخلاقی و غیر اخلاقی (۲۰، ۲۱) و توجه و برقراری روابط انسانی (۲۲) اشاره نمود.

با اذعان به اهمیت شناسایی و مدیریت ریسک در بیمارستان‌ها (۶) و نقش کلیدی امنیت روانی در بهبود کیفیت ارائه خدمات بهداشتی- درمانی (۱۴) و با توجه به اینکه رهبری به‌عنوان یکی از الزامات اولیه برای نظام مراقبت سلامت محسوب می‌گردد (۲۳) و پرستاران به‌عنوان بزرگ‌ترین منابع انسانی در اکثر سازمان‌های بهداشتی- درمانی، نقش عمده‌ای در کیفیت ارائه خدمات دارند (۲۴) و قسمت عمده مراقبت از بیماران به عهده آنان می‌باشد؛ بنابراین، اهمیت رهبری آگاهانه در خدمات بهداشتی درمانی مخصوصاً در سطح پرستاری به‌خوبی آشکار می‌شود (۲۵)؛ در همین راستا پژوهش حاضر باهدف بررسی روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه پرستاران سه بیمارستان دولتی وابسته به دانشگاه علوم

کیفیت در مراقبت‌های پزشکی با تخمین امنیت بیماران شروع می‌شود و بنابراین فنون مدیریت ریسک نیازمند گسترش و اجرای خدمات به‌منظور کاهش اثرات ریسک، حفاظت از بیماران در مقابل ریسک و کمک به بیمارستان‌ها در رسیدن به درجات بالایی از کیفیت خدمات برای بهبودی بیماران می‌باشد (۶).

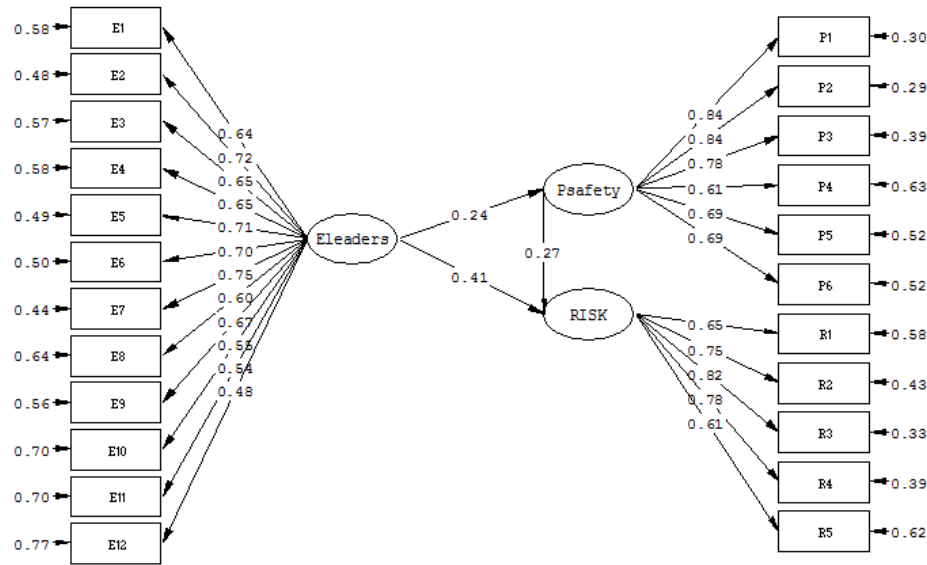
با توجه به اینکه امنیت روانی، مفاهیم فردی را درباره نتایج حاصل از ریسک‌های بین فردی در محیط‌های کاری توصیف می‌کند (۷)، این‌طور به نظر می‌رسد یکی از متغیرهای مرتبط با مدیریت ریسک در بین پرستاران، امنیت روانی باشد؛ احساس امنیت روانی به برداشت درونی شخص در مواقعی اشاره می‌کند که وی در موقعیت مخاطره‌آمیز قرار می‌گیرد و اینکه دیگران چگونه به این رفتارها پاسخ می‌دهند. به‌عنوان مثال: شرایطی که در آن، فرد نظر جدیدی ارائه می‌دهد یا انتظار دریافت بازخورد دارد یا گزارش یک اشتباه‌کاری را می‌دهد و یا سوآلی را می‌پرسد. در واقع، افراد در نوعی از محاسبات ضمنی از شرایط تصمیم‌گیری رفتارهای خود درگیر می‌شوند و در آن شرایط، ریسک بین شخصی با رفتارهای به وجود آمده را تعیین می‌کنند. در این فرایند ضمنی، فرد رفتارهای بالقوه را در مقابل شرایط بین شخصی خاص مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در پژوهشی که به‌منظور بررسی تأثیر ساختار گروه بر نرخ خطای درمانی انجام گرفته، نتایج حاکمی از آن بود که گروه‌های پرستاری که بالاترین عملکرد را در کنار مدیران کارداران داشته‌اند، نرخ خطاهای درمانی بیشتری را از سایر گروه‌ها که از لحاظ ابعاد مطالعه پایین بودند، گزارش نمودند. با استفاده از مصاحبه، مشاهده و اطلاعات موجود، تفاوت معنی‌داری بین باور پرستاران درباره گزارش دادن خطاهای درمانی یافت گردید. این عقاید به‌طور بارزی بین گروه‌ها متنوع بود. در بعضی گروه‌ها پرستاران اظهار داشتند، اشتباهات درمانی را به‌عنوان یک امر بدیهی و لازم، بیان می‌دارند اما در برخی گروه‌ها اعضا اعتقاد داشتند که اشتباهات کاری خود را تا حد امکان و تا آخرین لحظه کتمان می‌کنند؛ بنابراین یکی از سطوح امنیت روانی از گزارشات اختیاری اعضا از چگونگی عملکرد گروه‌های پرستاری و دیدگاه آنان در مورد گزارش خطاهای کاری آنان، استنباط می‌گردد (۸). در پژوهش‌های دیگری نیز ارتباط معنی‌داری بین اشتباهات کاری و امنیت روانی پرستاران تأیید گردید (۹، ۱۰). سطوح امنیت روانی، روش‌هایی را که افراد با یکدیگر تعامل دارند را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر رفتارهای دیگر تأثیر می‌گذارد (۱۱)؛ یکی از این رفتارها که به‌نوعی مرتبط با مدیریت ریسک است، کمک گرفتن از دیگران است (۱۲). در واقع، احساس امنیت روانی، نگرانی‌های بیش‌ازحد ناشی از عکس‌العمل افراد را کاهش می‌دهد. همچنین پژوهش‌ها در مورد امنیت روانی

استفاده شده است و چندین مسیر فرعی نیز مورد بررسی قرار گرفت (که نتایج آن‌ها به صورت کلی در شکل‌های ۱ و ۲ ارائه شده است). یافته‌ها حاکی از این بود که رهبری اخلاقی دارای اثر مستقیم، مثبت و معنی‌دار بر امنیت روانی با ضریب $0/24$ می‌باشد. همچنین مقدار t برای رابطه بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی $2/65$ می‌باشد. با توجه به اینکه این عدد بزرگ‌تر از $2/57$ است بنابراین با 99 درصد اطمینان می‌توان ادعا نمود که پرستاران دارای احساس رهبری اخلاقی بالا، امنیت روانی بالاتری دارند. در رابطه با مسیر فرعی دوم در رابطه با تأثیرگذاری رهبری اخلاقی بر مدیریت ریسک، نتایج نشان دادند که رهبری اخلاقی دارای اثر مستقیم، مثبت و معنی‌دار بر مدیریت ریسک با ضریب $0/41$ می‌باشد و مقدار t هم برابر با $4/25$ است که در سطح $0/01$ معنی‌دار می‌باشد. در رابطه با مسیر فرعی سوم، در رابطه بین امنیت روانی و مدیریت ریسک، نتایج نشان داد که امنیت روانی اثر مستقیم و معنی‌دار بر مدیریت ریسک دارد (ضریب $0/27$ و مقدار t هم برابر با $3/00$ می‌باشد). با توجه به اینکه این عدد بزرگ‌تر از $2/57$ است بنابراین با 99 درصد اطمینان می‌توان ادعا نمود پرستاران دارای احساس امنیت روانی بالا، بهتر می‌توانند ریسک‌ها را مدیریت نمایند. با تأیید مسیر فرعی سوم، به نوعی نقش میانجی امنیت روانی در رابطه بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک در مدل تأیید می‌شود. با تأیید نقش میانجی امنیت روانی، رهبری اخلاقی دارای اثر غیرمستقیم، مثبت و معنی‌دار بر مدیریت ریسک می‌باشد.

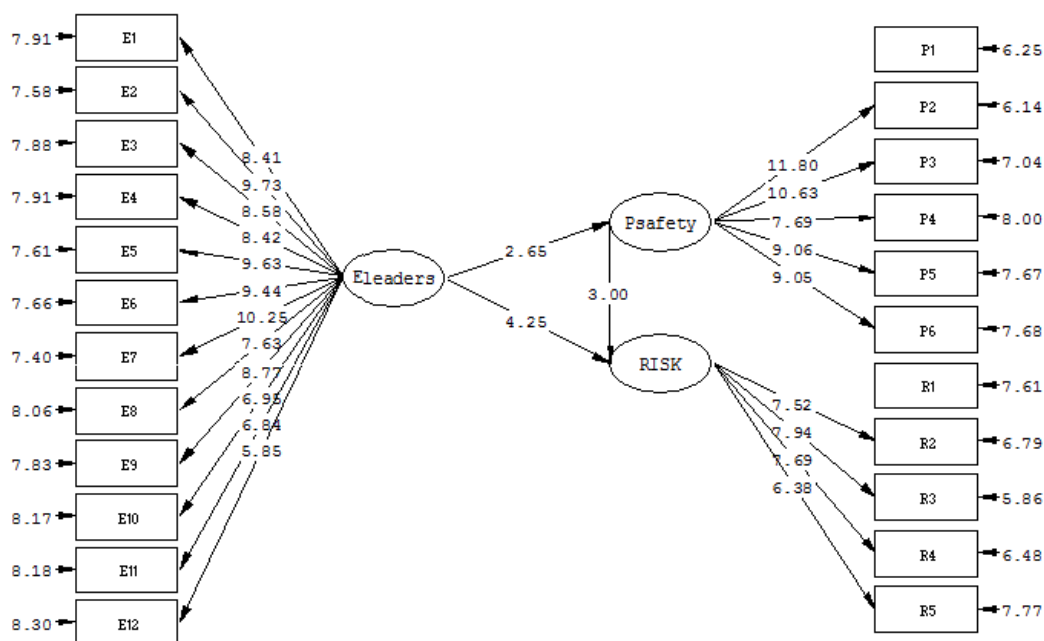
پزشکی بابلسر بودند که بر اساس آمار موجود 300 نفر اعلام شدند، در ادامه با استناد به جدول مورگان تعداد 168 نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش سه پرسشنامه بودند که شرح مختصری از آن‌ها در ادامه آمده است: پرسشنامه اول، پرسشنامه رهبری اخلاقی بود که بدون بعد و در قالب 12 سؤال و بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت (از خیلی زیاد=۵ تا خیلی کم=۱) تنظیم شد و روایی و پایایی این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تأییدی و آلفای کرونباخ در پژوهش‌های دیگر، مورد تأیید قرار گرفت (21)؛ پرسشنامه دوم، پرسشنامه مدیریت ریسک بود که در قالب 5 سؤال و به‌عنوان یکی از ابعاد حاکمیت بالینی در نظر گرفته شده و روایی و پایایی آن در پژوهش‌های دیگر بررسی و تأیید گردید (26)؛ پرسشنامه سوم، پرسشنامه امنیت روانی بود که در قالب 6 سؤال تنظیم گردید و روایی و پایایی آن نیز در پژوهش‌های دیگر، مورد تأیید قرار گرفت (11). در پژوهش حاضر نیز به‌منظور برآورد پایایی پرسشنامه‌ها از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای پرسشنامه رهبری اخلاقی ($0/91$)، امنیت روانی ($0/78$) و مدیریت ریسک ($0/82$) محاسبه شده است. در نهایت نیز داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش از مدل‌یابی معادلات ساختاری



شکل (۱): خروجی نرم‌افزار لیزرل در حالت استاندارد



شکل (۲): خروجی نرم‌افزار لیزرل با مقادیر t

برازش RMSEA الگو را می‌سنجد و میزان کوچک‌تر آن، برازش بهتری را نشان می‌دهد. شاخص نرم شده برازندگی (NNFI) و شاخص برازندگی فزاینده (IFI) نیز که هرکدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهند، مقدارشان از بین صفر و یک متغیر می‌باشد و هرچقدر مقدار این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشند، بر برازش بهتر الگو دلالت دارند (۲۷).

جدول (۱): شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری کلی

مقدار	آماره
۱۶۴/۲۶	Chi-Square
۷۴	Df
۲/۲۱۹	Chi-Square/ Df
۰/۰۸	RMSEA
۰/۸۷	GFI
۰/۹۷	IFI
۰/۹۷	CFI
۰/۹۶	NNFI

در مدل یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی نیکویی برازش مدل، آماره‌هایی به‌وسیله نرم‌افزار لیزرل عرضه می‌شود. لیزرل چندین آزمون نیکویی برازش عرضه می‌کند. در پژوهش حاضر از چند شاخص برای ارزیابی مدل ساختاری استفاده شده است: ۱. مجذور کای ۲. نسبت مجذور کای به درجه آزادی ۳. شاخص نیکویی برازش (GFI) ۴. شاخص (NNFI) ۵. شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) ۶. شاخص برازندگی افزایشی (IFI) و ۷. ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA). مجذور کای نشان می‌دهد که ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. اعداد کوچک‌تر مجذور کای نشان‌دهنده برازش مناسب مدل مورد آزمون است. شاخص نیکویی برازش، شاخص تطابق کوواریانس مشاهده‌شده با کوواریانس مدل نظری است. عدد این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هرقدر عدد به‌دست‌آمده به یک نزدیک‌تر باشد، مدل مناسب‌تر و برازنده‌تر است. شاخص برازندگی تطبیقی، به‌مثابه شاخص برازش تطبیقی بنتلر نیز شناخته می‌شود، این شاخص ماتریس کوواریانس پیش‌بینی‌شده با مدل را با کوواریانس مدل صفر (مدل تئوریک) مقایسه می‌کند. مقدار آن بر پایه قرارداد باید دست‌کم ۰/۹۰ باشد تا مدل موردنظر پذیرفته شود. شاخص

نتایج حاصل از تحلیل مدل ساختاری در جدول ۱. ارائه شده است. مقدار مجذور خی برای قضاوت در مورد خطی بودن ارتباط سازه‌های مکنون برابر با $164/26$ در سطح معنی‌داری $0/01$ به دست آمد. مقدار خی دو بر درجه آزادی $2/219$ می‌باشد. بر اساس این شاخص عدد حاصل این نسبت، ناپیوستگی بیشتر از ۳ باشد تا الگو تأیید گردد (۲۸). با توجه به اینکه نسبت مجذور خی به درجه آزادی کمتر از ۳ می‌باشد، می‌توان گفت که داده‌های به‌دست‌آمده با مدل فرضی مطابقت دارند. مقدار ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب برابر با $0/08$ می‌باشد. سایر شاخص‌های CFI, GFI, JFI, NNFI که هر کدام وجهی از برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهند، در جدول ۴ آمده است. با توجه به شاخص‌های ارزیابی برازندگی کلی مدل (جدول ۴)، می‌توان گفت مدل نهایی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران انجام شد. نتایج حاکی از این بود که رهبری اخلاقی به‌تنهایی و با واسطه‌گری امنیت روانی بر مدیریت ریسک در بین پرستاران تأثیرگذار است.

بدون تردید، رویکرد اخلاق‌مدار در رهبری، برای سازمان‌ها دارای فواید بسیاری است که این اهمیت در نظام مدیریت سلامت و جامعه پرستاران به دلیل وجود جو صمیمی و نزدیک، بیشتر به چشم می‌خورد. در واقع، نزدیکی وظایف، محیط کاری و شرایط خاص بیمارستان ایجاد می‌کند که فضایی نزدیک و صمیمی بین پرستاران، کارکنان، پزشکان و بیماران به وجود آید و طبعاً به‌واسطه این نزدیکی، برخوردها و مسائل اخلاقی زیادی نیز مجال بروز می‌یابند؛ به نظر می‌رسد چنانچه جو رهبری اخلاقی در بیمارستان حاکم باشد و مدیران بخش‌ها و واحدها خود مقید به اصول اخلاقی بوده و به‌نوعی الگوی زبردستان باشند، می‌توان از پرستاران نیز انتظار انجام رفتارهای اخلاقی را داشت. بنا به تعریف، رهبری به معنی نفوذ بر دیگران است و به‌واسطه تأکید بر پیروی داوطلبانه زبردستان از مدیریت متمایز می‌گردد، در حقیقت رفتار رهبری به‌خودی‌خود، مؤثر، حامی، محرک و بااهمیت است و وقتی رعایت اخلاقیات و الگوی اخلاقی بودن، چاشنی آن می‌شود، رنگ و بوی دل‌پذیرتری می‌گیرد که از این طریق به نهادینه‌سازی اصول اخلاقی در سازمان کمک قابل توجهی می‌کند. در مورد ارتباط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در تأیید پژوهش (۱۳) مبنی بر ارتباط بین رفتار رهبر گروه با افزایش احساس امنیت روانی

افراد دانست؛ در تحقیق مذکور، پژوهشگر به این نتیجه رسیده بود که چنانچه رهبر گروه، رفتارهایی مبتنی بر احترام، حمایتگری، دلسوزی و همدلی را از خود به نمایش بگذارد، طبعاً این احساسات برای زبردستان خوشایند بوده و امنیت روانی را در آنان افزایش خواهد داد. به عبارتی، دور از انتظار نیست که رهبرانی که مقید به اصول اخلاقی هستند، زمینه‌ساز ایجاد و ارتقای احساس امنیت روانی در زبردستان باشند. همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی از وجود ارتباط معنی‌دار بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک بود که در این زمینه پژوهش مشابهی یافت نگردید ولی از آنجائی که معمولاً مدیریت ریسک و رهبری دو فاکتور مهم از رویکرد جامع و یکپارچه حاکمیت بالینی محسوب می‌گردند، می‌توان به نزدیکی و ارتباط این دو متغیر پی برد. در تبیین ارتباط بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک باید ادعان داشت که انجام موفقیت‌آمیز شاخص‌ها و فاکتورهای مدیریت ریسک در بیمارستان بدون حمایت و هدایت رهبری، قطعاً امکان‌پذیر نخواهد بود و ردپای رهبری به وضوح در این فرایند نمایان خواهد بود. چرا که رهبر اخلاق‌مدار بیمارستان از طریق پایبندی به اصول اخلاقی، حل و فصل منصفانه و عادلانه مسائل، شنیدن صحبت‌ها و دغدغه‌های پرستاران، دلسوزی و رفع مشکلات آنان و مواردی از این قبیل، زمینه را برای مدیریت نمودن ریسک‌ها در بیمارستان فراهم می‌نماید؛ اما نکته شایان توجه در پژوهش حاضر، تأیید نقش میانجی امنیت روانی در رابطه بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک بود؛ این واسطه‌گری را می‌توان این‌گونه تبیین نمود که ثمره تلاش‌های رهبر اخلاقی بیمارستان در فضا سازی و ایجاد شرایط مساعد برای احساس امنیت روانی در پرستاران، باعث ایجاد و پرورش این احساس می‌گردد که پرستاران در انجام وظایف محوله، موفق، اثربخش و خودکارآمد عمل نمایند و به‌خوبی از عهده مدیریت بر ریسک‌های احتمالی برآیند و در نهایت بتوانند در حرفه خود مؤثر بوده و رضایت کادر بیمارستان و بیماران را جلب نمایند. در واقع، وجود رهبر اخلاقی بیمارستان و به تبع آن ایجاد و ارتقای احساس امنیت روانی در پرستاران این احساس را ایجاد می‌کند که بدون هیچ‌گونه دغدغه و هراسی در زمینه‌های کاری و تخصصی خود اظهار نظر نموده و حتی در مواقعی که اشتباه یا خطایی در کار خود داشته باشند، در مورد اظهار این خطا و عدم کتمان آن، تردیدی به خود راه نداده و در پی جبران اشتباهات کاری خود برآیند. اگرچه به دلیل برخی محدودیت‌ها همچون افت نمونه و تنها استفاده از یک ابزار (پرسشنامه) برای جمع‌آوری داده‌ها لازم است که تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد، اما در مجموع با توجه به تأیید نقش میانجی امنیت روانی در رابطه بین رهبری اخلاقی و مدیریت ریسک،

تقدیر و تشکر

در نهایت نیز از همکاری کادر اداری و پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر بابل‌سر که بدون مساعدت و همکاری آن‌ها، انجام پژوهش میسر نمی‌شد، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی سازوکارهای ارتقای ارزش‌های اخلاقی در محیط کار و نیز بررسی استانداردهای مدیریت ریسک و ایجاد و ارتقای احساس امنیت روانی در بیمارستان‌ها پرداخته شود.

References:

- Vinestock M. Risk Assessment. A Word to the Wise? *Adv Psychiatr Treat* 1996;2(1):3-10.
- Reed J. Risk assessment and clinical risk management: the lessons from recent inquiries. *Br J Psychiatry Suppl* 1997;(32):4.
- Yoder-Wise PS. Leading and managing in nursing. St Louis, Missouri, Mosby Year Book; 1997.P.48, 200.
- Montgomery B. Risk management, Chapel Hill, North Carolina, Chapel Hill Training-Outreach Project, ARCH National Legal Resource Center; 2002.P.1-3.
- Carroll R, Management AS for HR, others. Risk management handbook. Burlington: The University of Vermont 1997;4-34.
- Mostafa, G. M. A. Enhancing nurses' knowledge and awareness about risk management: system design. *Eastern Mediterranean Health J* 2009, 15(5): 1135-44.
- Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: Group and organizational influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioral Science*, 1996, 32(1): 5-28.
- Edmonson AC. Psychology safety, Trust, and learning in organization (A -group -level lens), Harvard business school, Morgan hall; 2005.
- Edmondson AC, Woolley AW. Understanding outcomes of organizational learning interventions, In M. Easterby-Smith & M. Lyles (Eds), *International Handbook on Organizational Learning and Knowledge Management*. London: Blackwell; 2003.
- Edmondson AC, Bohmer RM, Pisano GP. The role of team learning in organizational adaptation to new technology. Boston, MA: Working Paper, Harvard Business School;2000.
- Edmondson AC. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Admin Sci Quart* 1999a, 44(2): 350-83.
- Edmondson AC. A psychological safety net: Investigating organizational learning at the group level of analysis. Boston, MA: Working Paper, Harvard Business School; 1999b.
- Lee F. When the going gets tough, do the tough ask for help? Help seeking and power motivation in organizations. *Organ Behav Hum Decis Proc* 1997, 72 (3): 336-63.
- Laschinger HK, Finegan S, Shamian J, Wilk P. A longitudinal analysis of the impact of workplace empowerment on work satisfaction. *J Organ Behav* 2004, 25(4): 527-45.
- Haris A, Spillane J." Distributed leadership through the looking glass. *Manag Educ* 2008, 22 (1): 31-4.
- Golparvar M, Javadian R, Hosseinzade KH. Structural model of psychological contract, organizational justice, moral leadership, exchange leadership - members and organizational support, *J New Psychol Industrial/ organizational*, 2011, 2(7): 21-32. (Persian)
- Brown ME, Trevino LK. Ethical leadership: A review and future directions. *Leadership Quart* 2006, 17: 595-616.

18. Siyadat SA, Esfahani AN, Allahyari S. Moral leadership in educational organizations. *Cultural Engineering* 2010, 5(45, 46): (Persian)
19. Yukl G, Mahsud R, Hassan SH, Prussia GE. An Improved Measure of Ethical Leadership. *J Leadership Organiz* 38-46 (Studies, 2013, 20(1): 38-48.
20. Niri SH, Golparvar M, Mahdad A. The role of Ethical values and moral leadership in reducing job stress of employees. *Ethics Sci Tech* 2010, 5(3, 4): 67-76. (Persian)
21. Saleh niya, M, Allah tavakoli, Z. Organizational Ethics with an Emphasis on Ethical Charter. *Ethics Sci Tech* 2010, 4 (1, 2): 66-78 (Persian)
22. Zhu W. The effect of ethical leadership on follower moral identity: The mediating role of psychological empowerment. *Kravis Leadership Institute, Leadership Review*, 2008, 8: 62-70.
23. Lane MR. Arts in health care a new paradigm for holistic nursing practice. *J Holistic Nurs* 2006, 24 (1): 70-5.
24. DehghanNayeri N, Nazari AA, Salsali M, Ahmadi F, AdibHajbaghery M. Iranian staff nurses views of their productivity and management factors improving and impeding it: a qualitative study. *Nurs Health Sci* 2006; 8(1): 51-60. (Persian)
25. Madani Gh, Toosi F. A survey on the effects of teaching on head nurses awareness about human communication with nursing personnel. *Proceedings of the Conference on Problems in Nursing and Midwifery Management, Khorasegan: June 5-6, 1996. Khorasegan: Islamic Azad Univ Khorasegan Branch; 1996. (Persian)*
26. Mirkamali SM, Javanak M, Yeganeh MR. A study of the relationship between organizational culture and clinical governance (Case of: state hospitals of Rasht). *J Hayat* 2013 (Persian).
27. Hooman HA. Structural equation modeling with LISREL application. Tehran: SAMT Publication; 2009. (Persian)
28. Sobhanifard Y, Akhavan Kharazian M. Factor analysis, structural modeling and multilevel. 1st ed. Tehran: Imam Sadiq University Press; 2012. (Persian)

THE STUDY OF RELATIONSHIP BETWEEN MORAL LEADERSHIP AND PSYCHOLOGY SAFETY WITH RISK MANAGEMENT AMONG NURSES

Talebi M¹, Shohoudi M^{2*}, Hamzezadeh F³

Received: 9 Nov, 2014; Accepted: 9 Jan, 2015

Abstract

Background & Aim: Behavioral leader as a pervasive and modern issue in leader outlook has been devoted to the role of morality in organization which has essential consequences for the creation and improvement of individual effectiveness and organization. This study aims at finding the relationship between moral leadership and psychology safety with risk management among nurses.

Materials & Methods: The method of research was correlation-descriptive, and all nursing staff in three public hospitals were used as a statistical population (n=300). Using a randomization sampling, 168 persons were selected to answer the questionnaires. Three tools (questionnaire) were used for data collection and the reliability and validity of the tools were also tested. The data analysis was done by structural equation model.

Results: The findings of the study indicated that moral leadership and psychology safety (standard coefficient 24%, value $t=2/65$) have a positive and significant relationship with risk management (standard coefficient 41%, value $t=4/25$). The mediation role of psychology safety between risk management and moral leadership was confirmed as well.

Conclusion: In sum, with an emphasis on ethical behaviors and leadership-based ethics in hospitals, along with an appropriate context to improve psychology safety, risk management would be improved in nurses. The results are discussed as far as ethical issues are concerned to be useful in hospitals.

Key words: moral leadership, psychology safety, risk management

Address: Department of Education, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University

Tel: (+98) 4433662010

Email: laya_talebi@yahoo.com

¹PHD student in educational management, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Iran

²PHD student in educational management, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Iran
(Corresponding Author)

³M.A of educational management, Faculty of Literature and Humanities, Urmia University, Iran