



طراحی و تبیین الگوی بومی رهبری مشفقانه؛ رویکردی داده بنیاد

ایوب شیخی زاده^۱، محمد حاکاک^۲، سید نجم الدین موسوی^۳، امیر هوشنگ نظرپوری^۴

۳۲

دوره ۱۲، شماره ۴، پیاپی ۳۲
زمستان ۱۴۰۳

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳-۰۳-۰۶

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳-۱۱-۰۳

صص: ۱-۲۶

شابا چاپی: ۲۳۲۲-۵۵۹۹

رتبه علمی

ب

پژوهشی، صنعت گواهی در:
JOURNALS.MSRT.IR

چکیده

امروزه سازمانها نیازمند مدیرانی با قدرت نفوذ و رهبری بالایی هستند. بنابراین رهبری بعنوان یک تخصص در این حوزه نیازمند بکارگیری تمام ابزارهای اعمال قدرت جهت رسیدن به اهداف نظام سلامت و راهبردهایی چند وجهی جهت تأمین نظر دولت، مردم و کارکنان است، لذا پژوهش حاضر با هدف طراحی و تبیین الگوی بومی رهبری مشفقانه در مدیران پرستاری صورت گرفته است. پژوهش حاضر کیفی و با رویکرد نظریه پردازی داده بنیاد بوده و برای جمع آوری اطلاعات از صاحب‌های نیمه ساختار یافته با مدیران پرستاری استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به روش اشتراوس و کوربین انجام گردید. نمونه گیری به روش نظری و با بهره مندی از روش هدفمند و گلوله برفی صورت پذیرفت که بر مبنای ۳۴ م صاحب‌ها صورت گرفت. نتایج حاصل از داده‌های بدست آمده از صاحب‌ها از طریق کدگذاری باز، محوری و انتخابی به ایجاد الگوی بومی رهبری مشفقانه براساس نظریه پردازی داده بنیاد در ۶ بعد و ۴۸ مولفه گردید. درک و شناخت شرایط علی ظهور و بروز رهبری مشفقانه، از قبیل ویژگی‌های شخصی، برنامه‌ریزی و الزامات حمایتی با در نظر گرفتن شرایط مداخله‌گری مانند نارسایی شغلی، اثرات برون سازمانی و نگرش ذینفعان بلید راهبردهایی را طراحی کنند که منجر به ایجاد رضایت، تقویت فکر و مهارت، تثبیت ارزش‌ها و فرهنگ سازمانی گردد.

کلیدواژه‌ها: رهبری مشفقانه، مدیران پرستاری، خوزستان، نظریه پردازی داده بنیاد

۱. دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی، دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۲- دانشیار گروه مدیریت دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (تویسنده مسئول) hakak.m@lu.ac.ir

۳- دانشیار گروه مدیریت دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

۴- دانشیار گروه مدیریت دانشکده علوم اداری و اقتصاد دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

مقدمه

امروزه ارائه الگوهای بومی در حوزه های مطالعات علوم انسانی حائز اهمیت است. تأکیدات چند سال اخیر مقام معظم رهبری درباره تشریح ابعاد گوناگون الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت نیز، بیانگر این موضوع است که فرهنگ و مسائل فرهنگی، نقش عمده و تعیین کننده ای در تدوین و اجرای سیاست های کلی نظام، سازمان های دولتی و اسناد بالادستی دارد (جلالی و همکاران، ۱۴۰۰). سازمانهای امروزی تحت تاثیر عوامل بیشمار از قبیل افزایش رقابت جهانی، دگرگونی های ناگهانی، منابع محدود، فشارهای اقتصادی، فرهنگی و سیاسی قرار دارند (غریب و همکاران، ۱۳۹۵). در چنین وضعیتی اهمیت رهبری و رهبران مکرراً در گفتمان حرفه ای و دانشگاهی مطرح می شود. این اصطلاحات اغلب زمانی به کار می روند که سیاستمداران در حوزه مسئولیت خود به چه میزانی توانسته اند رهبری خوبی از خود بروز دهند یا خیر (شباب و همکاران، ۲۰۲۱). مدیریت به مثابه جزئی جدایی ناپذیر از مقوله های مورد بررسی جوامع انسانی تبدیل شده و کشورهای مختلف با توجه به بافت فرهنگی-اجتماعی خود به طرح ریزی نظامهای مختلف مدیریتی می پردازند (دادفر و همکاران، ۱۳۹۹). سازمانها به رهبرانی نیاز دارند تا وضع موجود را به معاوضه بطلبند، چشم اندازهایی برای آینده خلق کنند و اعضای سازمان را برای دستیابی به آن چشم اندازها الهام بخشند (غیائی ندوشن و همکاران، ۱۳۹۵). رهبری در سازمان باید به گونه ای عمل کند که نه تنها بتواند تعارض بین اهداف فرد، سازمان و جامعه را کمرنگ نماید؛ بلکه بتواند زمینه ی مشارکت افراد را در تعیین اهداف، زمینه ی عمل داوطلبانه کارکنان، خود نظارتی و در نهایت یادگیری، خلاقیت و نوآوری را در سازمان توسعه دهد (جلالی و همکاران، ۱۴۰۰). بیشتر تعاریف مربوط به رهبری آن را: بعنوان "فرایندی که به موجب آن نفوذ خودخواسته بر افراد دیگر اعمال می شود تا فعالیت ها و روابط در یک گروه یا سازمان را هدایت، ساختاردهی و تسهیل کند" بیان می کنند. بنابراین رهبری را می توان هم به عنوان یک نقش تخصصی که یک فرد اشغال می کند و هم به عنوان یک روند نفوذ در افراد دانست. (وست و کولا، ۲۰۱۷). رهبری مطلوب به دلیل تأثیر آن بر متخصلان مراقبت های بهداشتی و بیماران، برای ارائه موفقیت آمیز خدمات مراقبت های بهداشتی ضروری است. رهبری بهینه به فرهنگ کارکنان متعهد و مثبت کمک می کند، که منجر به سطوح بالایی از رضایت در بیمار و نتایج بهتر

می شود (جوناس و همکاران، ۲۰۱۷). کیفیت منابع از سانی سازمان، احساس افراد از برخورد عادلانه، تعهد کارکنان به سازمان، اشتیاق و رضایت آنها از شغل شان و تجربیات شان، همه بر بهره‌وری سازمان، خدمات مشتری، شهرت سازمان و بقای آن تأثیرگذار است (فشارکی و صحت، ۱۳۹۵). نبود شفقت عامل بسیاری از مشکلات در محیط کار است. شفقت به همدردی نیاز دارد و همدردی هم به آگاهی. برای به دست آوردن این مهارت‌ها نیاز به توجه بیشتر و انگیزه خارجی است. همچنین برای رسیدن به نتایج مطلوب باید کارها را بهتر انجام داد (ویلیس و آستی، ۲۰۱۹). گیلبرت و چودن شفقت را "حساسیت به رنج در خود و دیگران با تعهد به تلاش برای کاهش و جلوگیری از آن" تعریف نمودند. به عنوان یک انگیزه اساسی، مراقبت، هم از حساسیت محرک و هم از اجزای عمل برخوردار است. بنابراین فرد در حالی که بینشی همدلانه نسبت به نیازهای دیگران دارد انگیزه دارد که متوجه ناراحتی دیگری شده، از آن آگاه شود و به این پری‌شانی توجه نماید (کول کینگ و گیلبرت، ۲۰۱۱). رهبری نقش اصلی را در پرورش مراقبت‌های بهداشتی مشفقانه ایفا می‌کند. در واقع، گروه مشاوره ملی در مورد امنیت بیماران در انگلیس صریحاً شفقت را در میان عناصر اصلی رهبری قرار می‌دهد: تغییر فرهنگ و بهبود مستمر ناشی از آنچه که رهبران انجام می‌دهند، از طریق تعهد، تشویق، شفقت و الگوسازی رفتارهای مناسب " (پاپادوپولوس و همکاران، ۲۰۲۰). پرستار و سایر مشاغل مراقبت‌های بهداشتی به رهبری دارای شایستگی فرهنگی و مشفقانه احتیاج دارند که پاپادوپولوس (۲۰۱۸) از آن به عنوان "رهبری فرهنگی شایسته و با فضیلت" - فعالیتی اخلاقی که بر اساس شفقت، صداقت، مهربانی، انصاف، نوع دوستی و همکاری بنا شده باشد یاد می‌کند (پاپادوپولوس و همکاران، ۲۰۲۰). در این میان با ظهور ویروس کرونا، که اکنون در تمام جهان گسترش یافته است و ایجاد شکاف در سیستم‌هایی که از پاسخگویی کارآمد به این همه‌گیری جلوگیری می‌کند، و وضعیت تکان‌دهنده‌ای در سراسر جهان ایجاد کرده است. این بیماری به عنوان مهم‌ترین بیماری همه‌گیر بشریت در ۱۰۰ سال گذشته شناخته شده است، نه به دلیل تعداد مرگ و میرهای ناشی از آن بلکه به دلیل گسترش سریع آن و خسارات اقتصادی بی‌سابقه و قرطینه جهانی که ایجاد کرده است. این بیماری همه‌گیر گسترش بی‌سابقه‌ای داشته و نیاز به تعهد و تغییر نگرش در بالاترین سطح رهبری در همه کشورها دارد. (بیناگواهو، ۲۰۲۰).

برای درک زمینه ها و دلایل بروز رفتارها م. شفقانه، نحوه برخورد با موقعیت‌ها در محیط‌های بیمارستانی بخصوص در شرایط بحرانی همچون پاندمی کرونا می‌بایست به ابعاد مختلف رهبری مشفقانه پرداخته شود. با توجه به اینکه تقریباً هیچگونه مطالعه مستقلی در باب رهبری مشفقانه چه در سازمانهای دولتی چه در محیط‌های بیمارستانی صورت نگرفته است و وجود شکاف پژوهشی در زمینه رهبری مشفقانه لازم است مدخلی به این مسئله گشوده شود. ما در این مطالعه به دنبال این هستیم که دریابیم مدیران پرستاری بعنوان مدیریت بخش بالینی بیمارستان که مسئولیت رهبری و مدیریت پرستار درهانی و بالینی بیمارستان را برعهده دارند، چه شاخص‌های رفتاری مشترکی در برنامه ریزی، تصمیم‌گیری، ارتباط و تعامل با همکاران و زیردستان بخصوص در موقعیت‌های بحرانی چون پاندمی کرونا دارند.

پرداختن به هر موضوعی بالاخص رهبری نیاز به بررسی و تحلیل موضوع در بستری از زمینه‌ها و عوامل هم‌راستا با بافتار فرهنگی و ارزش‌های مشترک همان سازمان و جامعه‌ای است که سازمان در آن تنفس کرده و از فرهنگ حاکم بر آن تأثیر می‌پذیرد. این مهم موجب می‌شود نظریه‌ها، الگوهای ارائه شده از داده‌های استخراج شده از یک جامعه بیشترین هماهنگی را با آن جامعه داشته و راهکارهای بومی نیز برای آن جامعه ارائه گردد. این پژوهش با بررسی داده‌های استخراج شده از فرهنگ ایرانی-اسلامی حاکم بر بیمارستانهای دولتی به دنبال ارائه الگویی بومی و یازگار با فرهنگ ایرانی اسلامی می‌باشد.

ارائه الگویی جامع از رهبری مشفقانه با توجه به علل، زمینه‌ها، پیامدها و راهبردهای رهبری مشفقانه جهت نیل به اهداف کلان سیستم بهداشتی کشور در جهت ارائه رهکارهای عملی در مدیریت موقعیت‌های بحرانی و استرس‌زا در محیط‌های بیمارستانی مورد نظر بوده و ما را بر آن داشت تا به بررسی همه جانبه موضوع بپردازیم. لذا این پژوهش بر آن است تا به طراحی و تبیین الگوی رهبری مشفقانه در مدیران پرستاری بیمارستان‌های دولتی استان خوزستان بر اساس نظریه پردازی داده بنیاد بپردازد.

پیشینه نظری پژوهش

رهبری مشفقانه

تأثیرگذارترین عامل در ایجاد فرهنگ های مراقبت بهداشتی مشفقانه، در رهبری و رفتار رهبران به صورت فردی و جمعی در تمام سطوح سازمان یافت شده است. رهبری مشفقانه یک چشم انداز روشن، تضمین جهت، همسویی ارزش ها و تعهد به اولویت دادن به مراقبت با کیفیت بالا ارائه می دهد. کارکنان سطوح بالایی از مشارکت را نشان می دهند و از حس قوی هدف مشترک، ارزش ها و انسانیت مشترک لذت می برند (دزولوتا، ۲۰۲۱).

مفهوم رهبری فردگرایانه یا شخصی شده «فهرمانانه» باید به نفع رهبری جمعی و فراگیر که در آن همه مسئولیت رهبری را بر عهده دارند، کنار گذاشته شود. این امر به ویژه در سازمان های مراقبت های بهداشتی که در آن ها در خط مقدم قرار دارند، افرادی با تحصیلات عالی، باهوش و مدیر هستند که مسئولیت قابل توجهی برای زندگی دیگران بر عهده دارند، بسیار مهم است (اسلامی و همکاران، ۲۰۲۱). رهبری مشترک در تیم ها به این معنی است که رهبری توسط شخصی که مناسب ترین نقش را برای موقعیت در دست دارد به عهده می گیرد، این ممکن است گاهی به معنای یک پرستار یا پزشک جوان باشد. برعکس، رهبری سلسله مراتبی "فرماندهی و کنترل" با عدم تقارن قدرت، استقلال را از افرادی که در سازمان کار می کنند سلب می کند و به جای غرور و شادی، تمایل به ترس و سرزنش ایجاد می کند که به سازمان چیزی را القا کند که منجر به نتایج ضعیف و روحیه پایین می شود (بردویک، ۲۰۱۳).

رفتارهای رهبری مشفقانه

رهبری دلسوزانه را می توان بر اساس چهار مؤلفه کلیدی (در راستای چهار فرآیند شفقت) بررسی کرد: حضور، همدلی، درک و کمک. رهبران با فراهم کردن منابع مورد نیاز و همچنین از بین بردن موانع برای ارائه مراقبت ایمن و مشفقانه از کارکنان حمایت می کنند. در موقعیت هایی با شدت بالا و حرکت سریع که در آن تصمیم گیری های سریع و کارهای نجات بخش در اولویت هستند، توانایی توجه به وضعیت عاطفی دیگران ممکن است به خطر بیفتد (دزولوتا، ۲۰۱۳). بنابراین رهبران باید خودآگاهی بالایی داشته باشند و با دیگران هماهنگ باشند. آنها همچنین باید بتوانند احساسات خود را مدیریت کنند و در مواقع بحرانی عاقلانه و آرام پاسخ دهند. رهبران به

طور فعال متوجه رفتار دل سوزانه و تمجید خواهند شد و به طور منظم دیدگاهی از شفقت و شایستگی را با هم در میان می‌گذارند و اطمینان حاصل می‌کنند که این امر در همه سطوح رسوخ می‌کند. آنها اشتباهات را فرصتی برای یادگیری می‌بینند و فرهنگ های سرزنش و شرم را تقویت نمی‌کنند که باعث ایجاد احساس بی کفایتی و ترس که به نوبه خود منجر به سازمان های "سمی" می‌شود. رهبران همچنین باید در حل تعارض مهارت داشته باشند (اورو و همکاران، ۲۰۲۱).

رهبران مشفق باید اجرای اصول کلیدی را تسهیل کنند تا کارکنان بتوانند شکوفا شوند و متعهد و با تعلق خاطر باقی بمانند. این اصول شامل: (۱) هدف و معنا در کار، (۲) خودمختاری، با امکان تصمیم‌گیری «در محل» با توجه به شرایط، (۳) ارتباط با دیگران - ایجاد روابط اعتماد خوب و (۴) تسلط، تسهیل افزایش مهارت‌ها و آموزش انفرادی و تیمی برای رهبری (دزولوتا، ۲۰۲۱).

شواهد متقن نشان می‌دهد که آموزش ذهن آگاهی دلسوزانه، شفقت بالینی، انعطاف‌پذیری در برابر پریشانی و فرسودگی شغلی و همچنین بهبود رفاه را افزایش می‌دهد. رهبران باید چابک و سازگار باشند تا بتوانند بین مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله شناختی تعادل برقرار کنند و این مستلزم آموزش و تجربه است. به طور کلی شواهد نشان می‌دهد که آموزش به بهترین وجه با تیم‌هایی در محیط سازمانی پیش می‌رود (وست، ۲۰۲۱).

حتی اگر دید روشنی از مراقبت دلسوزانه و رهبری دلسوزانه داشته باشد، واقعیت در عمل پیچیده‌تر و چالش برانگیزتر است. موانع زیادی در محیط مراقبت‌های بهداشتی وجود دارد که در برابر اقدامات دل سوزانه مانع ایجاد می‌کند. بیمارستان‌ها و خننه‌های مراقبت‌دلتاً مملو از اضطراب و حتی مکان‌های تهدیدکننده هستند. مراقبان به طور مرتب شاهد رنج و آسیب‌پذیری شدید، مرگ و میر، و از دست دادن کرامت انسانی هستند. تجارب از دست دادن، غم و اندوه و ناراحتی همدلانه می‌تواند باعث شود افراد شوکه شدن شود، و موجب اتخاذ مکانیسم‌های دفاعی روان شناختی محافظت از خود، مانند انکار، جدا سازی، و حتی از سانیت‌زدایی یا قربانی کردن بیماران سوق دهد. عوامل دیگری مانند کمبود خواب، ورزش، غذای سالم و حمایت اجتماعی

نیز می‌توانند تاب‌آوری و توانایی پاسخگویی با حساسیت و دلسوزانه را تضعیف کنند (کالینا، ۲۰۲۰).

مطالعات تجربی و تحقیقات علمی نشان می‌دهد که ترس واکنش تهدید (نزاع، فرار یا منفعل شدن) را تحریک می‌کند و این به نوبه خود حافظه کاری، حل مسئله، بینش خلاق و شفقت را مختل می‌کند. برعکس، شفقت احساس امنیت و ارتباط ایجاد می‌کند و به عنوان یک محافظ قوی در برابر ترس و نیروی محرک عمل می‌کند و به افراد این امکان را می‌دهد تا عملکردی با آرامش و امید داشته باشند (دزولوتا، ۲۰۲۱).

سازمان‌ها و رهبران در خلأ وجود ندارند، بلکه در یک محیط اجتماعی و سیاسی وجود دارند. سیاستمداران و رسانه‌ها در ایجاد محیط‌هایی نقش دارند که شفقت و نوع دوستی یا برعکس خودخواهی و سنگدلی را تقویت می‌کند. اگر رهبران سیاسی و سازمانی فقدان شجاعت، صداقت، همدلی نشان دهند، این امر بر افرادی که در سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی کار می‌کنند و بر جامعه‌گسترده تر تأثیر می‌گذارد (مهتا و همکاران، ۲۰۲۰).

پیشینه تجربی پژوهش

پاپادووپولوس و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان اجرای رهبری دلسوزانه توسط مدیران پرستاری و ماماها: نتایج حاصل از یک نظرسنجی آنلاین بین‌المللی دریافتند که شاخص‌های کلیدی شناسایی شده مدیریت دلسوزانه در پرستاری و ماماها بر قابلیت دسترسی، گوش دادن فعال و حساس، پاسخهای دلسوزانه به مشکلات کارکنان، پشتیبانی فعال و حمایت از تیم کارکنان فعال حل مسئله و حل تعارض فعال تأکید دارند.

آلی و تری (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان بررسی درک پرستاران ارشد از رهبری دلسوز در جامعه دریافتند رهبری دلسوزانه شامل الگو سازی، مراقبت شخص محور و شفقت نسبت به کارکنان و نه فقط بیماران است. سازمان‌های اجتماعی به رهبرانی دلسوز نیاز دارند که توأمان با منطق و احساس خود رهبری کنند و اطمینان حاصل کنند که بیماران، مشتریان و خانواده‌ها احساس می‌کنند که تنها تحت درمان قرار نمی‌گیرند.

دزولوتا (۲۰۲۱) در پژوهشی با عنوان چگونه مراقبت های بهداشتی دلسوزانه را حفظ کنیم؟ رهبری دلسوز در زمان همه گیری کووید ۱۹ بیان داشت که فرهنگ های مشفقانه در مراقبت های بهداشتی، رفاه کارکنان، یادگیری و نوآوری را افزایش می دهند و استرس، غیبت و خطاها را کاهش می دهند و منجر به بهبود نتایج درمان بیمار می شوند. فرهنگ های دلسوز به رهبری جمعی، فراگیر، دلسوزانه، کار تیمی خوب، طراحی دلسوزانه و تغییر از مدل سازمان به عنوان ما شین به سازمان به عنوان یک سیستم زنده و پیچیده نیاز دارند. توسعه و حفظ رهبری و فرهنگ های شفقت، کلید توانایی سازمان های مراقبت های بهداشتی برای ارائه مراقبت ایمن، با کیفیت بالا و بیمار محور، حتی در مواقع بحران است.

ساب و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود با عنوان تأثیر یک برنامه رهبری مراقبت دلسوزانه که ادراک رهبران پرستاری و مامایی در مورد تأثیر «برنامه مراقبت دلسوزانه رهبران» بر توسعه شخصی، تجربه یادگیری، ارائه خدمات و مراقبت، کیفیت برنامه، و رضایت از برنامه را مورد بررسی قرار دادند، دریافتند که توانایی درک شده شرکت کنندگان برای حمایت از یادگیری هممتلیان، مدیریت تعارض و ایجاد اعتماد در بیماران به طور قابل توجهی پس از برنامه افزایش یافت.

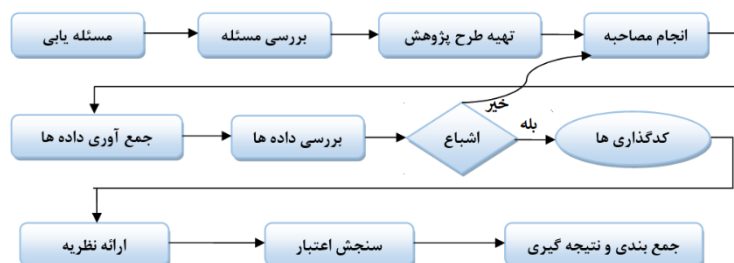
پسی و هاکنن (۲۰۱۸) در پژوهشی با عنوان شیوه رهبری دلسوزانه و ایجاد مارپیچ های الهام بخش در مشاغل و بخش های دولتی بیان می کنند که رهبری خدمتگزار دلسوز به عنوان یک محرک کلیدی برای پیامد های سازمانی و مثبت کارکنان، مانند رفاه و مشارکت، تعهد و عملکرد شغلی پیشنهاد می شود.

روش شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر جهت گیری، بنیادی؛ از نظر روش، کیفی؛ از دیدگاه فلسفه پژوهش تفسیری می باشد؛ نظریه پردازی داده بنیاد از یک سلسله رویه های سیستماتیک را به کار می گیرد تا نظریه ای مبتنی بر استقرار درباره پدیده مورد نظر ایجاد کند. هدف پژوهش اکتشافی و شیوه گردآوری داده ها مصاحبه نیمه ساختاریافته است. علت استفاده از این روش این است که این شیوه نظریه پردازی ریشه در تجارب و دیدگاه های افراد داشته تحلیل داده ها به وسیله مقایسه

مستمر صورت می گیرد. فرآیندی متشکل از گردآوری داده‌ها، دسته‌بندی کردن آن‌ها، گردآوری داده‌های بیشتر و مقایسه اطلاعات جدید با مقوله‌های در حال ظهور. داده‌هایی که توسط نظریه پرداز داده بنیان برای تشریح فراگردها گردآوری می گردد شامل انواع مختلفی از داده های کیفی نظیر مشاهده، گفت و شنودها، مصاحبه، اسناد و مدارک، خاطرات پاسخ‌دهندگان و تأملات شخصی خود پژوهشگر است. نظریه پرداز از داده بنیان از فراگردی استفاده می کند که مستلزم گردآوری و تحلیل همزمان و زنجیره وار داده ها می باشد. در این استراتژی پژوهشی، از نمونه برداری نظری استفاده می گردد. نمونه برداری نظری، فراگرد جمع آوری داده برای تولید نظریه است که به وسیله آن، تحلیلگر به طور همزمان داده‌ها را جمع آوری، کدگذاری و تحلیل نموده و تصمیم می گیرد به منظور بهبود نظریه خود تا هنگام ظهور آن، در آینده چه داده هایی را جمع آوری و در کجا جستجو نماید.

جامعه آماری این پژوهش شامل مدیران پرستاری بیمارستانهای دولتی استان خوزستان می‌باشد. با توجه به اینکه روش پژوهش که نظریه پرداز از داده بنیاد بود، نمونه گیری با استفاده از روش هدفمند و گلوله برفی انجام شد. حجم نمونه در حین کار مشخص می شود و مصاحبه با نمونه ها تا رسیدن به حد اشباع داده ها ادامه یافت. مصاحبه های نیمه ساختار یافته با ۳۴ نفر از مدیران پرستاری بیمارستان های دولتی استان خوزستان صورت گرفت. پرسش های مصاحبه ها که جهت رسیدن به نتایج مربوط به سوال اصلی پژوهش مد نظر بودند پس از چند مصاحبه مورد بازنگری قرار گرفت تا اهداف پژوهش را بیش از پیش در سوالات گنجانده و نتایج بهتره را ثبت گرداند. از مصاحبه ۲۹ به بعد، داده ها به اشباع نظری نزدیک شد و برای حصول اطمینان از تکمیل داده ها و رسیدن به اشباع نظری مصاحبه ها تا ۳۴ عدد صورت گرفت. سپس جهت جهت تحلیل داده ها از طریق مراحل سه گانه «کدگذاری باز» بر مبنای مفاهیم استخراج شده از مطالعه مقدماتی، «کدگذاری محوری» و در نهایت «کدگذاری انتخابی»، فرآیند پالایش مقوله ها، یکپارچه سازی آنها و نیز پیوند دادن مقولات به یکدیگر صورت گرفت و، الگوی پارادایمی پژوهش ارائه شد (بهادری، ۱۳۹۷). پس از تحلیل داده ها، یافته های پژوهش از طریق نرم افزار Maxqda ۲۰۲۰ به صورت الگویی از نظریه داده بنیاد ارائه گردید.



نمودار ۱. مراحل تحلیل داده ها در نظریه داده بنیاد

یافته های پژوهش

فرآیند تجزیه و تحلیل داده ها در نظریه پردازی داده بنیان مبتنی بر سه نوع کدگذاری باز جهت خردکردن، مقایسه سازی، نامگذاری، مفهوم پردازی و مقوله بندی داده ها، کدگذاری محوری جهت برقراری رابطه بین مقوله ها و انتخاب مقوله محوری و کدگذاری انتخابی جهت خلق نظریه است که در ادامه هر یک در خلال تحلیل داده ها و کدگذاریها تشریح می شوند.

کدگذاری باز

پس از انجام مصاحبه ها، تجزیه و تحلیل داده ها انجام می گیرد. هربخش از مصاحبه که دارای مفاهیم مرتبط با موضوع باشد جدا می شود. تعداد ۵۴۰ نقل قول از مصاحبه ها استخراج و با ۲۱۷ مفهوم پرچسب گذاری و کدگذاری باز صورت گرفت. بعد از این کار نوبت به کدگذاری محوری می رسد که در این مرحله کدها شبیه به هم در ۴۸ مجموعه مفهوم دسته بندی گردید.

جدول ۱. نمونه ای از نقل قول های مستخرج از مصاحبه ها

کد نهایی	نقل قول مربوطه
عوامل سیاسی اجتماعی	گاهی احساس میکنم تغییرات و جابجایی هایی در سمت ها برای انجام بهتر کارها لازم است ولی به دلیل فشارهای بیرونی امکان جابجایی وجود ندارد.
پختگی و تجربیات شغلی	همیشه سعی میکنم از تجربیات سالهای ابتدایی و نحوه برخورد و تعاملات کاری سرپرستان و مدیران با خود استفاده کنم تا بهتر شرایط را درک کنم و تصمیم گیری کنم.
امکانات بالینی بیمارستان	گاهی پیش آمده که به دلیل نبود امکانات و تجهیزات مشکلاتی پیش می آید. سعی می کنم ضمن عدم برخورد با پرستار مربوطه به سرعت کمبود را از ظرفیت سایر بخش ها برطرف کنم.

جلسات هم اندیشی	برای کنترل بهتر بخش ها سعی میکنم جلسات هفتگی با سرپرست های بخش ها و جلسات ماهانه با مسئولین شیفت ها برقرار کنم تا علاوه بر نظارت بر امکانات، مهارت افراد را هم بررسی کنم.
-----------------	---

در نهایت ۴۸ مفهوم استخراج شده در مقوله های اصلی دسته بندی و برای خلق و طراحی الگوی نظریه رهبری مشفقانه در مدیران پرستاری بیمارستانها دولتی استان خوزستان مهیا گردید.

کدگذاری انتخابی

شرایط علی

جدول ۳. مقوله و مفاهیم شناسایی شده مرتبط با شرایط علی

مقوله اصلی	مفهوم	کدهای نهایی
	ویژگی های شخصی	مهارت ارتباطات سیاسی
		پختگی و تجربیات شغلی
		خودانگیزی و انگیزه کاری
		مهارت های روانشناختی
		هنر ارتباط با زیردستان
		اعتماد به نفس در مواقع حساس
	عوامل درون سازمانی	معرفی سرپرستاران قوی در بخش ها
		ارتباط با سوپروایزر ها و تیم سازی
		حمایت شدن از سوی مدیر بیمارستان
	برنامه ریزی شغلی	جلسات هم اندیشی
		برداشتن موانع پیشرفت
		برنامه ریزی برای وضعیت بحران
		برگزاری جلسات توضیح شرح شغل دوره ای
		پایش مستمر عملکرد شغلی
	ساختار بیمارستانی	تعداد پرستاران نسبت به مراجعین
		امکانات بالینی بیمارستان
		امید به بهبود سیستم و تصمیمات مدیران

دستور العمل ها و رویه های ثابت		ویژگی های شغلی
ضعف های ساختاری و فناوری		
شایستگی شغلی		
تنوع دادن به وظایف جهت ارتقا توانایی		
استقلال و اختیار در تصمیم گیری در بحران		
قراردادهای طرحی و غیر دائمی		
بازخورد کیفیت ارائه خدمت		
مشوق های غیر مالی	جبران خدمات	
مزایایی اقتضایی بر اساس شرایط و استحقاق		
اصلاح احکام حقوقی		
پاداش های غیرنقدی و ملموس		
پشتیبانی از ایده های خلاقانه انجام وظیفه	الزامات حمایتی	
فرهنگ حمایتی و کمک به یکدیگر		
حمایت اجتماعی ادراک شده		
برنامه کاری منعطف در ایام و شرایط مختلف		
تغییرات مدیران به دنبال تغییرات سیاسی کلان	عوامل سیاسی-اجتماعی	
ادراکات اجتماعی مشترک همکاران		
اراده سیاسی موثر بر چپش سمت ها		
رسانه ها و وسایل ارتباط جمعی		
فرهنگ مشترک و ارزش های غالب و پذیرفته شده		

شرایط زمینه ای

جدول ۳. مقوله و مفاهیم شناسایی شده مرتبط با شرایط زمینه ای

مقوله اصلی	مفهوم	کدهای نهایی
نظام سلامت کشور		منشور اخلاقی سلامت
		سیاست های ابلاغی سازمان مرکزی
		کیفیت مراقبت از بیماران

سابقه شغلی	استاندارهای شغلی	
سیستم کاری مشارکتی		
بازخورد گرفتن از اعضای تیم		
تمرکز بر انسجام و کار تیمی		
مدت سابقه مدیریت و سرپرستی		
پاداش های عملکردی	بستر های رفاهی	
مرخصی و نوبت کاری منعطف		
مراکز تفریحی و گردشگری طرف قرارداد		
میزان بازتاب موفقیت مدیران در رسانه ها		
میزان بن های انگیزشی و رفاهی کارکنان		
مهارت های حرفه ای و تخصصی	نظام آموزش و مهارت	
رشته و گرایش تحصیلی		
تفکر و بازانديشي نسبت به عملکرد		
برداشت از تجربیات شخصی رفتارهای مشفقانه		
دوره های آموزشی کاربردی		
سنجش عملکرد دوره ای	فرآیند های اداری	
تعداد مجوز های استخدام		
نیاز سنجی و انتقال نیاز ها به بخش پشتیبانی		
فرآیند انتقال به شهر محل اشتغال همسر		
علاقه درونی به پرستاری	فرهنگ روانشناختی	
رویکرد غیرقضاوتی و برخورد بی طرفانه با بیمار		
نگرش فرهنگی مدیران بیمارستان		
ارزش های سازمانی		
آگاهی نسبت به رنج های بیماران و اهمیت آن		
مثبت اندیشی		
انگیزه معنوی خدمت		

توانایی اثرگذاری بر همکاران و زیردستان	بسترهای شخصیتی	
اعتماد متقابل میان همکاران		
درک دیدگاه های همکاران		
شنونده فعال		
ثبات رفتاری و اخلاقی		

شرایط مداخله گر

جدول ۳. مقوله و مفاهیم شناسایی شده مرتبط با شرایط مداخله گر

مقوله اصلی	مفهوم	کدهای نهایی
	مدیریت و ساختار بوروکراتیک	ساختار سلسله مراتبی و بوروکراتیک
		خط فرمان بالا به پایین و جبر بر اجرای برخی دستورات
		بودجه و امکانات تعریف شده و مشخص
		عدم انعطاف دستورات اداری و مدیریت بخشنامه ای
	نارسایی شغلی	افزایش بار کاری دوره کرونا
		تعارض کار-خانواده
		یکسان بودن ساعات و زمان شیفت میان آقایان و بانوان
		شیفت های طولانی و عدم انعطاف شیفت ها
	عوامل غیر قابل کنترل	تمایل به ترک خدمت ناشی از استرس و فرسودگی شغلی
		سرعت زیاد ابتلا افراد به بیماری
		حس ناکارآمدی ناشی از فوت بیمار
		ضرب و جرح ناشی از درگیری خانواده بیمار یا متوفی
		دلتنگی و اندوه ناشی از عدم دیدار طولانی مدت خانواده
	آمادگی شغلی	کمبود پرستار در بخش ها
		کمبود امکانات و تجهیزات در موج های کرونا
		عدم آمادگی سخت افزاری روبرویی با کرونا
		جابجایی ناگهانی از بخشی به بخش دیگر
		عدم آمادگی روانشناختی بحرانهای روانی ناشی از کرونا

عدم دانش تخصصی دقیق کادر درمان در مواجهه با بیماری	علم و دانش تخصصی	
اشتباهات ناشی از ابهام های علمی		
به روز نبودن فناوری و سیستم ها		
درونی سازی آموخته های تخصصی		
عدم انتقال صحیح دانش و تخصص به زیردستان		
کاهش روابط بین فردی	تأثیرات روانشناختی	
کاهش تمرکز فکری پرستاران		
کاهش انگیزه کاری پرستاران		
نگرش منفی به شغل در پرستاران		
اختلالات خواب ناشی از فشار و استرس		
ترس از ناقل بودن		
اضطراب ابتلا به کرونا		
انتظارات بیش از حد مردم از توان جسمی پرستاران	اثرات برون سازمانی	
گزارش رسانه ها از تلاش کادر درمان		
تغییرات مدیریتی ناگهان به دلیل تغییرات سیاسی		
ارتقا شغلی نابجا و تحت تاثیر عوامل سیاسی		
انتقال شایستگی افراد به مدیران بیمارستان	انتظارات همکاران	
انتظار ارتقاء شغلی در همکاران باسابقه		
انتظار همکار جهت ضمانت وام بانکی		
بی تفاوتی برخی پرستاران پس از مشاهده عدم تأثیر عملکرد مثبت	نگرش ذینفعان	
انتقاد بیماران از کمبود امکانات		
خستگی از عدم تأثیر جلسات هم اندیشی با مدیران بیمارستان		
احساس کمکاری کادر درمان از نظر بیمار		
نارضایتی مدیریت بیمارستان از فشار سیاسی		
مدیریت منفعلانه بخش فقط برای طی شدن ساعات کار		
چشم پوشی از رفتار افراد مخل نظم بیمارستان برای آرام نگه داشتن جو		

فردگرایی و مسئولیت‌گریزی	گرایش به ثبات	
توجه بیش از حد به حواشی برای حفظ افراد صاحب نفوذ و قدرتمند		

راهبردها

جدول ۳. مقوله و مفاهیم شناسایی شده مرتبط با راهبردها

مقوله اصلی	مفهوم	کدهای نهایی
راهبردها	تقویت روابط	ارتباط شبکه‌ای با هم‌تایان و میان حرفه‌ای جهت ارتقا عملکرد
		ارتباط با افراد کلیدی و سیاسی برون سازمانی
		بهبود روحیه کارهای جمعی پرستاران
		تقویت روحیه هم‌افزایی همکاران بخش
		کاهش تنش و تعارضات میان همکاران
فرهنگ تیم محوری		تقسیم وظایف و کارها میان افراد
		پشتیبانی و دفاع از پرستاران و اعضای تیم
		ساخت تیم منسجم و مشارکت‌پذیر
		توانمندسازی تیم و تشویق زیردستان
ارتقا مولفه‌های فردی		تقویت فرهنگ از خودگذشتگی و فداکاری
		ارتقا صبر و بردباری
		ارتقا تاب‌آوری و پایداری روانی
		تقویت حس مسئولیت‌پذیری
		تقویت امید به آینده و
تقویت مولفه‌های شغلی		هویت بخشی به نقش پرستاری
		تنوع‌گزینگی‌های جبران خدمت
		مدیریت تعارض کارخانواده پرستاران
		مدیریت استرس و فشار کاری زیردستان
		عدم سرزنش و در عوض دادن مشورت هنگام بروز اشتباهات
		برخورد غیرقضاوتی و پرهیز از پیش‌داوری

تقویت تفکر انتقادی و سازنده در برخورد با موانع	حذف تفکرات بازدارنده	
ترک موقعیت های مخرب فکری و تمرین شیوه های تقویت روانشناختی		
خلاقیت در استفاده از امکانات موجود در بحران ها		
بکارگیری همزمان منطق و احساس در تحلیل مسائل	نگاه چند بعدی	
استفاده از ماتریس SWOT در تجزیه و تحلیل و ارائه راهکارهای سازمانی		
توجه همزمان به نیاز های سازمان، تیم همکاران و بیماران		
تقویت روابط بخش ها برای سهولت در بکارگیری و جابجایی افراد در مواقع بحران		
در دسترس بودن و حذف فاصله سلسله مراتبی	افزایش صمیمیت	
شنوده فعال بودن و شنیدن دغدغه های همکاران		
کمک به رسیدگی بیشتر همکاران به خانواده و رفع دغدغه های خانوادگی آنها		
ارائه راهکار جهت رفع استرس و تنش های شغلی همکاران		
قدردانی از زیر دستان و تشویق عملکردهای موثر		
انتقال ارزش ها و جامعه پذیری سازمانی در پرستاران تازه کار	تقویت دیدگاه ارزش محوری	
احترام به ارزش های زیر دستان و بیماران		
کمک به رشد اصول اخلاقی		
ارزش قائل شدن برای تعهد کاری		
استفاده از روان درمانی و روانپزشکان جهت تبعات روانی کرونا	راهکارهای روانی	
تعیین زمان و مکان برای ورزش همکاران		
تشویق توانمندی های و مهارت های خاص افراد		
تقویت حس کارآمدی پرستاران		
طرح دغدغه های شغلی کارکنان با مدیریت بیمارستان	تفکر سیستمی یادگیرنده	
شناسایی نقاط قوت و ضعف پرستاران		
یادگیری تیمی مهارت های پرستاری		
تفکرات و الگوهای ذهنی مشترک اعضای تیم		
تقویت آرمان های مشترک		
تشویق ایجاد ارتباط همکاران با بخش های دیگر		

ایجاد انگیزه یادگیری حیطه های کاری مربوط به هر وظیفه	ایجاد و تقویت پویایی	
تدارک موقعیت و مانور هایی برای ایجاد تنوع در وظایف		
تسریع در روند جامعه پذیری با ایجاد ارتباط با افراد تازه استخدام	ابهام زدایی شغلی و تخصصی	
انتقال سریع دانش روز در زمینه بیمارهای نوظهور		
شفافیت و توضیح در زمینه موضوعات کاری ابهام آفرین		
احترام به زیردستان و شفافیت در پاسخ به انتظارات شغلی		
برقراری کلاسهای توجیهی و دوره های تخصصی به روز	رسانه بعنوان بازوی سلامت	
ترویج فرهنگ سلامت در میان مردم در رسانه ها		
ارتقا انگیزه با معرفی و تقدیر از مدیران نمونه در رسانه ها		
انتقال رسانه ای نیازها و کمبود های درمانی که مورد بی توجهی قرار گرفته است.		
ساخت موشن گرافیک و بروشور و تراکت برای ارتقا مهارت درمانی مردم		

پیامد ها

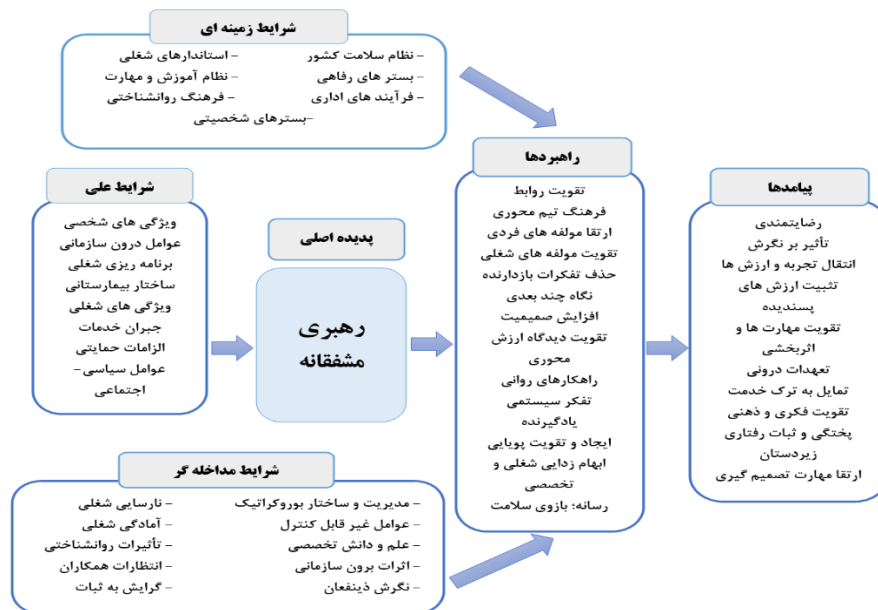
جدول ۳. مقوله و مفاهیم شناسایی شده مرتبط با پیامد ها

مقوله اصلی	مفهوم	کدهای نهایی
	رضایتمندی	رضایت بیمارستان از عملکرد پرسنل
		رضایت بیمار از خدمات ارائه شده
		رضایت همکاران از شرایط، مدیران و بیمارستان
		رضایت شغلی
		تعلق خاطر و تعهد شغلی
تأثیر بر نگرش		توسعه فرهنگ مشارکت پذیری کارکنان
		ارتقا و تقویت حس نوع دوستی در میان پرستاران
		درک اهمیت جایگاه و تاثیر آن بر عملکرد زیردستان
		تسهیم و انتقال دانش و مهارت به همکاران
		مثبت اندیشی پرستاران نسبت به شغل پرستاری

تقویت همذات پنداری و همدلی با بیمار	انتقال تجربه و ارزش ها	
تسهیل رفتار مشفقانه در همکاران		
تقویت ارزش های مشترک حوزه درمان		
برقراری جلسات توجیهی و انتقال تجربیات		
عدم تبعیض و رعایت انصاف در ارزش گذاری افراد	ثبیت ارزش های پسندیده	
تعالی بخشیدن به ارزش ها و تعهد شغلی		
تعهد درونی به انجام تعهدات و اصول اخلاقی		
انعطاف پذیری نسبت به شرایط و موقعیت پرستاران		
تقویت مهارت واکنش سریع و تجویز صحیح	تقویت مهارت ها و اثربخشی	
بازخورد دادن به همکاران		
یادگیری فعال در زمینه موارد جدید و کشفیات علمی حوزه پرستاری		
آموزش و تقویت مهارت های جانسین پروری		
پذیرش نقش با تمام ابعاد و مسائل	تعهدات درونی	
حفظ شادی و نشاط و برنامه ریزی جهت ارتقا آن		
اختصاص زمانی بیش از ساعات قانونی کار		
استفاده از تجربیات گذشته خود بعنوان پرستار جهت درک زیردستان		
بازنشستگی پیش از موعد	تمایل به ترک خدمت	
مدیریت استرس پرستاران		
مدیریت تعارض کار-خانواده		
سلامت محیط کار و آرامش روابط همکاران		
میزان رضایت از شغل با تمام ابعاد مثبت و منفی آن		
تقویت انگیزه یادگیری در پرستاران	تقویت فکری و ذهنی	
کمک به درک شرایط غیرمعمول و موقعیت های پر تنش		
تزئین اتاق کار به شکلی که موجب آرامش ذهنی گردد		
ترسیم چشم انداز شغلی روشن برای پرستاران		
تاثیر بر تقویت رفتار شهروندی مراجعان و بیماران		

تسریع در روند جامعه پذیری سازمانی	پختگی و ثبات رفتاری زیردستان	
اعتماد به نفس در برخورد با بحران و موقعیت اضطراری		
ارتباط طولانی مدت و پایدار با همکاران قدیمی		
انتخاب پرستاران توانمند برای بخش های مرتبط با توانایی	ارتقا مهارت تصمیم گیری	
تشکیل کارگروه برای آمادگی مواجهه با بحران		
حل مسائل با استفاده از خرد جمعی و مشورت		
بهبود تصمیمات مدیران بیمارستان در انتصابات و استفاده از مشاوره های مدیران پرستاری		

در نهایت ۶ مقوله و ۴۸ مفهوم و ۲۱۷ کد نهایی از فرآیند کدگذاری ها شناسایی و استخراج گردید که در شکل زیر ارائه گردیده است. در این شکل بسترها شکل گیری، شرایط علی موثر بر شکل گیری و شرایط مداخله گر در رهبری مشفقانه ارائه گردیده است تا راهبردها با نقاط قوت و ضعف و کلیه شرایط موجود منتهی به تصمیماتی گردد که پیامدهای قابل تحقیقی را منجر گردد.



شکل ۲- الگوی داده بنیاد رهبری مشفقانه

بررسی روایی محتوایی مدل نظری

جهت بررسی روایی مدل از دو شاخص CVI و CVR بهره گرفته شد. برای نیل به این هدف از نظر اساتید و خبرگان دانشگاهی که در مراحل تدوین مدل مشارکت داشتند کمک گرفته شد. برای سنجش نسبت روایی محتوایی یا CVR و شاخص روایی محتوایی یا CVI میزان ارتباط کدهای نهایی با مفاهیم و مقوله اصلی مورد مورد پرسش قرار گرفت. نتایج CVR برای همه شاخص ها بیش از ۰/۷۸ بود که حاکی از روایی محتوایی مورد قبول مقوله و کدها می باشد.

در صورتی که مقدار حاصل فرمول CVI اگر مقدار حاصل از ۰/۷ کوچکتر بود گویه رد می شود و اگر از ۰/۷۹ بزرگتر بود قابل قبول است لذا با توجه به اینکه نتایج حاصل از شاخص CVI در این پژوهش در تمام گویه ها بیش از ۸۵ بود لذا روایی محتوایی تایید می گردد.

بررسی پایایی مدل نظری

جهت بررسی پایایی مدل و کفایت داده ها می توان از شاخص کاپای کوهن استفاده کرد. در این روش از فردی بی طرف که سابقه ذهنی در مورد موضوع پژوهش ندارد خواسته می شود که مجدداً به کدگذاری نتایج م. صاحبه ها بپردازد و اگر میزان توافق میان کدگذاری ها طبق نتیجه خروجی نرم افزار SPSS ۲۵ بیش از ۰.۶ باشد بدین معنی است که میان کدگذاران توافق وجود دارد لذا در این راستا از یکی از دانشجویان دکتری خواسته شد این کار را انجام دهد.

معنی داری	Approx. T	Asymp Std. Error	ارزش		
۰.۰۰۰	۷.۱۳۵	۰.۱۲۹	۰.۷۴۶	Kappa	Measure of Agreement

ضریب کاپای کوهن بدست آمده طبق جدول فوق بیش از ۰.۶ و مورد قبول بوده که حاکی از وابستگی کافی کدهای استخراجی به یکدیگر می باشد.

بحث و نتیجه گیری

نظام بهداشتی از پیچیده ترین سیستم های هستند که اهمیت نحوه رهبری و مدیریت افراد جهت پیاده سازی سیاست های کلان بهداشتی کشور و همزمان جهت دهی رفتارهای خرد سازمانی در برآورده سازی اولویت های سازمانی و استانداردهای شغلی سیستم بهداشتی را نشان

می دهد. این مهم تخصصی بودن نقش رهبری در تعاملات سازمانی و ارتباطات روزمره کارکنان با محیط پیرامون به منصفه ظهور می رساند. ظهور و بروز موفقیت آمیز رهبری و سازمان را می توان در انجام مأموریت سازمان، سطح بالای رضایت کارکنان، تعهد شغلی آنان و تقویت فرهنگ سازمانی در بروز رفتارهای فعالانه در برخورد با بیماران و ذینفعان سازمان مشاهده نمود.

چالش هایی که رهبران در محیط های بیمارستانی با آن روبرو هستند گاه از سطح توانایی ها و ویژگی های فردی آنها و گاه از نحوه رویارویی با تنش و استرس های مخصوص محیط های بیمارستانی ناشی می گردد، لذا رهبران می بایست با دیدگاهی چندوجهی و پخته همزمان تصمیمات منطقی و درک احساسات کارکنان و افراد حاضر در آن محیط را مد نظر قرار داده و با قدرت تبیین و استفاده از ظرفیت های خویش تصمیمات خود و ساختار سازمانی را به کارکنان تفهیم نمایند. با این رویکرد، هدف پژوهش حاضر طراحی و تبیین الگوی رهبری مشفقانه در بیمارستان های استان خوزستان بوده است. در این پژوهش از رویکرد داده بنیاد مبتنی بر نظریه اشتراوس و کوربین استفاده گردیده و مدل پارادایمی حاصل از آن در شکل ۲ ارائه گردیده است. مدل پارادایمی رهبری مشفقانه در قالب ۶ بعد اصلی، ۴۸ بعد فرعی و ۲۱۷ مشخصه طبقه بندی گردید. مدل بدست آمده شاید اولین مدل ارائه شده در خصوص این موضوع به ویژه در محیط بیمارستان است که شرایط زمینه ای، علی، مداخله گر، پیامد ها و راهبردهای رهبری مشفقانه را در این حوزه خاص که از سایر محیط های سازمانی و فرهنگ های سایر سازمان های دولتی متفاوت است و چالش های خاص خود را داشته و خصوصیات ساختاری خاص خود را دارد، بررسی و ارائه می نماید.

بر اساس مفاهیم استخراج شده از صاحبانها و تجزیه و تحلیل داده ها توصیه می گردد مدیران پرستاری بیمارستان ها ابتدا با شناخت شرایط علی شکل دهنده رهبری مشفقانه مانند؛ ویژگی های شخصی، عوامل درون سازمانی، برنامه ریزی شغلی، ویژگی های شغلی، جبریات خدمات و غیره را شناخته و در تصمیم گیری و اعمال مدیریت خود بر کارکنان و افراد حوزه مدیریتی خود مورد استفاده قرار دهد زیرا در صورت عدم شناخت مولفه های پیش گفته اتخاذ تصمیم و راهبردهای صحیح دشوار می گردد. ضمن توجه به شرایط علی شکل گیری رهبری مشفقانه می بایست شرایط زمینه ای و بسترهای که رهبری مشفقانه در آن بروز می نماید از

قبیل؛ استاندارد هایی شغلی، فرآیند های اداری، بسترهای شخصیتی، بستر های رفاهی و سایر زمینه ها مورد مذاقه قرار گرفته و مواردی که موجب ارتقا رفتارها مشفقانه می گردد تقویت گردد. مواردی چون انعطاف کاری، بازخورد گیری از کارکنان و ارتقا مهارت های آنان، تقویت فرهنگ تیمی و اتخاذ تصمیمات با توجه به نیاز سنجی از جمله مورا تقویت کننده رهبری و رفتارهای مشفقانه در رهبری می باشد. از طرفی هنگام برنامه ریزی جهت پیاده سازی رهبری مشفقانه و فرهنگ سفتت در محیط بیمارستان می بایست شرایط مداخله گری مانند ساختار بوروکراتیک، نارسایی شغلی، آمادگی شغلی، تأثیرات رواز شناختی، غیر قابل کنترل را که می توانند بر پیاده سازی اهداف نظام سلامت و رهبری مشفقانه تأثیرات سوء بگذارند مدیریت نموده و با تقویت افراد تحت مدیریت در زمینه های روانشناختی و برنامه ریزی صحیح جهت کنترل شرایط مذکور دقت نظر به خرج داد. نظر به اینکه محیط های بیمارستانی محیط هایی با شرایط خاص و تنش و استرس های خاص خود است در برخورد با مسائل فردی چون تمایل به ترک خدمت و بی انگیزگی، افسردگی و نارضایتی کارکنان، مسائل شغلی و ساختاری مانند؛ تعارضات شغلی، عدم انعطاف ساختاری، شیفت های طولانی و نبود تجهیزات و سایر نارسایی ها و فشارهای برون سازمانی و فشارهای وارده از سوی بیماران و غیره می بایست راهبردهای صحیحی در این زمینه طراحی، برنامه ریزی و امکان سنجی و تبعات پیاده سازی آن بررسی گردد. از جمله راهبردهایی که جهت برپایی و تثبیت رهبری مشفقانه می بایست مد نظر قرار گیرد می توان از؛ تقویت روابط، حذف تفکرات بازدارنده، نگاه چند بعدی، ارتقاء مولفه های فردیتفکر سیستمی یادگیرنده، ایجاد و تقویت پویای، ابهام ردایی شغلی و تخصصی و تقویت دیدگاه ارزش محوری نام برد که مولفه ها و مشخصه های مبسوط این راهبردها در شکل ۲ منعکس گردیده است. پیاده سازی اجرا و نهادینه سازی رهبری مشفقانه با مدیریت صحیح شرایط آن منجر به پیامدهای مثبتی مانند رضایتمندی، تعهد درونی، تقویت مهارت و اثربخشی، تأثیر بر نگرش و انتقال تجربه ها و ارزش ها می گردد. رضایت چند جانبه سیستم، کارکنان و بیمار موجب ایجاد حس مثبت و تقویت روحیه تعهد کارکنان و درک اهمیت و جایگاه رهبری مشفقانه در مدیریت یک سیستم می گردد. رهبری مشفقانه با توجه همزمان به منطقی و احساس بازوی تعادلی سازمان در ایجاد و مدیریت فضای خاص محیط های بیمارستانی است و امید است سیستم ها بیش از پیش به وجود یک

مدیر م. شفق با نگاهی چند وجهی توجه نموده و در برنامه ریزی انتخاب مدیران خود به این ویژگی‌ها توجه دوچندان نمایند.

پیشنهادات

- با توجه به اهمیت رهبری و تصمیمات او بر افراد و سازمان، انتخاب مدیران پر ستاری بر اساس تجربه، تکامل شخصیت روانی و تسلط بر امور شغلی
- تفویض اختیار اعمال تشویق و جبران خدمات به مدیران پر ستاری بعنوان ابزاری جهت کنترل و ایجاد انگیزه در سازمان
- مدیران پر ستاری علاوه بر دارا بودن روابط درون سازمانی قوی دارای قدرت ارتباط برون سازمانی و قدرت اقناع بالا جهت نیل به اهداف و مأموریت‌های بالادستی نظام سلامت باشند.
- شناسایی موانع پیاده سازی رهبری مشفقانه در سازمان‌ها و برنامه ریزی جهت اجتناب از بروز مسائل و بازدارنده‌های پیاده سازی اهداف سازمانی.

منابع

- بهادری، علی. (۱۳۹۷). پژوهش کیفی داده بنیاد، «کدگذاری» و اهمیت، مراحل و شیوه اجرای آن در کارورزی دانشگاه فرهنگیان. راهبردهای نوین تربیت معلمان، دوره ۵، شماره ۴ ص ۸۸-۶۹.
۱. جلالی، سلمان؛ کینجا، عالمه؛ حدادی، ابراهیم؛ کشته گر، عبدالعلی؛ کمالیان، امین ر ضا. (۱۴۰۰). مدل رهبری هو شمنند اسلامی ایرانی با رویکرد قدرت نرم در سازمان‌های دولتی. فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۹(۲)، ۱۷۴-۱۵۱
 ۲. دادفر، محمد؛ نجاری، ر ضا؛ میانداری، کمال. (۱۳۹۹). طراحی الگوی جمع‌الجمع مدیریت ر صدخانه ای به ابتدای ذهنیت آزاد از تشریفات اندماجی (با تمرکز بر روش شفافیت‌گرایی مولد ذیل فلسفه خادمیت). فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۸(۲)، ۲۱۵-۱۷۰.
 ۳. غریب، عباس؛ علی‌طالب، علی؛ عباس‌سی، ستاره؛ شبیری، ارد شیر. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر مدیریت جهادی بر آموزش کارآفرینی در دانشگاهها. فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۴(۸)، ۴۶-۳۱.
 ۴. غیاثی ندوشن، سعید؛ عباسپور، عباس؛ قدمی، کاوه. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین هوش معنوی با رهبری آموزشی مدیران دانشگاه علامه طباطبائی. فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۴(۸)، ۸۸-۷۳.
 ۵. فشارکی، فرزاد؛ صحت، سعید. (۱۳۹۵). بررسی رابطه میان مدیریت منابع انسانی اسلامی و تعهد کارکنان با میانجی‌گری عدالت سازمانی. فصلنامه علمی مطالعات الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی، ۴(۸)، ۷۲-۴۷.
۱. Ali, S., & Terry, L. (۲۰۱۷). Exploring senior nurses' understanding of compassionate leadership in the community. *British journal of community nursing*, ۲۲(۲), ۷۷- ۸۷
 ۲. Aslam, M. Z., Omar, S., Nazri, M., Bustaman, H. A., & Yousif, M. M. M. (۲۰۲۱). Interpersonal leadership and job engagement: testing the mediating role of deep acting, initiative climate and learning goal orientation. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, ۹(۱), ۱۳۰-۱۴۸
 ۳. Berdwick D. A. (۲۰۱۳). promise to learn – a commitment to act: improving the safety of patients in England. London: National Advisory Group on the Safety of Patients in England.
 ۴. Binagwaho A. (۲۰۲۰). We Need Compassionate Leadership Management Based on Evidence to Defeat COVID-۱۹. *International journal of health policy and management*, ۹(۱۰), ۴۱۳-۴۱۴
 ۵. Cole-King, A. & Gilbert, P. (۲۰۱۱). Compassionate care: The theory and the reality. *Journal of Holistic Healthcare*, ۸(۳), ۲۹-۳۷
 ۶. De Zulueta. P. (۲۰۲۱) How do we sustain compassionate healthcare? Compassionate leadership in the time of the COVID-۱۹ pandemic. *Clinics in Integrated Care*. Vol.۸:۱۰۰۰۷۱-۱۰۰۰۷۱. DOI: ۱۰.۱۰۱۶/j.intcar.۲۰۲۱.۱۰۰۰۷۱

۷. Jonas S, McCay L, Keogh B (۲۰۱۷) The importance of clinical leadership. In Swanwick T, McKimm J (Eds) ABC of Clinical Leadership. Second Edition. Wiley-Blackwell, West Sussex, ۱-۴
۸. Kalina P. (۲۰۲۰). Resilient and inclusive healthcare leadership: Black Swans, COVID-۱۹, and beyond. *The International journal of health planning and management*, ۳۵(۶), ۱۶۱۱-۱۶۱۳. <https://doi.org/10.1002/hpm.۲۹۸۳>
۹. Mehta, M., Sarvaiya, H. and Chandani, A. (۲۰۲۰), "Community engagement through responsible leadership in managing pandemic: insight from India using ethnography", *International Journal of Sociology and Social Policy*, Vol. ۴ No. ۹, pp. ۱-۱۴
۱۰. Oruh, E. S., Mordi, C., Dibia, C. H., & Ajonbadi, H. A. (۲۰۲۱). Exploring compassionate managerial leadership style in reducing employee stress level during COVID-۱۹ crisis: the case of Nigeria. *Employee Relations: The International Journal*, ۴۳(۶), ۱۳۶۲-۱۳۸۱
۱۱. Pessi, A. B., & Hakanen, J. (۲۰۱۸). Practicing Compassionate Leadership and Building