

رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی: چالش‌ها و راهکارها

علی محمد مصدق راد^۱، مریم تاجور^۲، سارا طاهری^{۳*}

۱- دکترای تخصصی سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، استاد، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۲- دکترای تخصصی مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، دانشیار، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ۳- دانشجوی دکترای مدیریت سلامت، گروه مدیریت سلامت، دانشکده علوم بهداشتی، دانشگاه اروپایی لکه، لکه، جمهوری ترک قبرس شمالی.

*نویسنده مسئول: جمهوری ترک قبرس شمالی، لکه، دانشگاه اروپایی لکه، دانشکده علوم بهداشتی، تلفن: ۰۰۹۱۲۵۸۵۳۲۸۷، پست الکترونیک: sarataheri.tums@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۱

چکیده

مقدمه: رهبری «علم و هنر نفوذ در کارکنان، ترغیب و آماده‌سازی آنها برای دستیابی به اهداف سازمانی» است. هدف این پژوهش شناسایی چالش‌های رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه راهکارهای مناسب برای رفع آنها بود. **روش کار:** این پژوهش پدیدارشناسی تفسیری از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته حضوری با ۲۷ نفر از مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شهر تهران انجام شد. نمونه پژوهش با روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. روش تحلیل موضوعی و نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۱۸ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۲۰ چالش در رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شناسایی شد که در ۴ گروه چالش‌های ساختاری، فرآیندی، انسانی و فرهنگی طبقه‌بندی شدند. ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیران زن مثل مهربانی، دلسوزی، عطف و انعطاف‌پذیری، به همراه تجربه کم مدیریت، اختیارات نا کافی، ناهماهنگی با مدیران مافوق و همتا، کمبود منابع، بار کاری زیاد، انگیزه، دانش و مهارت کم زیردستان، گروه‌های غیررسمی، مردسالاری سازمانی، باورهای غلط جنسیتی و تبعیض سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بودند. برخی از راهکارهای مناسب برای رفع این چالش‌ها عبارتند از تقویت هوش، دانش و مهارت‌های مدیریتی، پایبندی به ارزش‌های اخلاقی، رعایت عدالت، مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، تفویض اختیار، خلق منابع، افزایش ریسک‌پذیری، بهبود ارتباطات، مدیریت مؤثر تعارض، توسعه شبکه‌های ارتباطی، مراقبه، تقویت مربیگری، اصلاح کلیشه‌های جنسیتی و رفع تبعیض جنسیتی.

نتیجه‌گیری: مدیران زن با چالش‌های متعددی در رهبری کارکنان خود در سازمان‌های بهداشتی و درمانی مواجه هستند که باید شناسایی و رفع شوند. مدلی برای تقویت رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسعه یافت که منجر به افزایش بهره‌وری آنها خواهد شد. **واژگان کلیدی:** مدیران زن، رهبری، سازمان‌های بهداشتی و درمانی و چالش‌ها

مقدمه

است. قدرت، اختیار، انگیزش، نفوذ و هدایت عناصر اصلی وظیفه رهبری مدیران است. مدیر در انجام وظیفه رهبری، به تعیین دورنما و اهداف سازمانی برای کارکنان، تعیین نقش و وظیفه کارکنان برای دستیابی به این اهداف، تأمین منابع لازم برای کارکنان و هدایت آنها برای دستیابی به اهداف سازمانی اقدام می‌کند [۲]. رهبری تأثیر زیادی بر عملکرد سازمان‌های

رهبری^۱ به عنوان یکی از وظایف اصلی مدیران «فرآیند نفوذ در کارکنان، ترغیب و بسیج آنها برای دستیابی به اهداف سازمانی» است [۱]. وظیفه رهبری مرتبط با توانمندسازی، انگیزش و هدایت کارکنان برای دستیابی به اهداف سازمانی

1. Leadership

بهداشتی و درمانی دارد. مطالعه‌ای نشان داد که سبک رهبری مدیران به میزان ۴۵ درصد بر عملکرد سازمان تأثیر دارد [۳]. رهبری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی بر ساختار و فرهنگ سازمانی [۴]، انگیزش، رضایت و تعهد سازمانی کارکنان [۵] و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار [۶] تأثیر دارد.

موفقیت رهبر در سازمان‌های بهداشتی و درمانی به ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیر، کارکنان، هم‌تایان و مدیران مافوق نظیر هوش، دانش، مهارت، نگرش، عقاید، ارزش‌ها و رفتارها و عوامل داخل و خارج سازمانی بستگی دارد. مأموریت، دورنما، برنامه و استراتژی‌های سازمان، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی از جمله عوامل درون‌سازمانی و عوامل سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فناوری از جمله عوامل برون‌سازمانی موثر بر موفقیت رهبر در سازمان‌های بهداشتی و درمانی هستند [۷].

سازمان‌های بهداشتی و درمانی سازمان‌های بسیار پیچیده چندتخصصی، بوروکراتیک و سازگار هستند که با تغییرات بسیار زیاد محیط داخلی و خارجی مواجه هستند. نوع سازمان و ماهیت خدمات ارائه شده، مستلزم به‌کارگیری نوعی از رهبری هوشمندانه، مشارکتی، مبتنی بر ارزش و پویا در این سازمان‌هاست. بنابراین توسعه رهبران توانمند برای بهبود عملکرد سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضروری است. با وجود این، چالش‌های متعددی بر سر راه رهبری موثر سازمان‌های بهداشتی و درمانی وجود دارد. برخی از این چالش‌ها عبارتند از پیچیدگی و بوروکراسی ساختاری بیمارستان، ماهیت توأم با استرس کار در بیمارستان، ضعف دانش مدیریت و رهبری مدیران، کمبود منابع و توزیع نامناسب آن در سازمان، تنوع زیاد کارکنان و بیماران، شرح شغل و شرایط احراز مبهم و نامناسب کارکنان، مکانیسم انگیزشی ضعیف، امنیت شغلی پایین، ارتباطات ضعیف، قوانین دست و پاگیر، ریسک‌پذیری و خلاقیت پایین، تمایل به کسب نتایج کوتاه‌مدت و فقدان حمایت کافی از طرف مدیران مافوق [۸].

اگرچه زنان بسیاری از کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند اما بیشتر پست‌های مدیریت و رهبری ارشد این سازمان‌ها به مردان اختصاص یافته است [۹]. چهار رویکرد جنسیتی، خانوادگی، سازمانی و اجتماعی در رابطه با علل حضور کمتر زنان در پست‌های مدیریتی

بالای سازمان وجود دارد [۱۰]. طرفداران رویکرد اول اعتقاد دارند که مدیران ارشد سازمان باید منطقی، مستقل، قاطع، قوی، رقابتی، با استقامت، دارای اعتماد به نفس بالا، نیرومند و قدرتمند باشند. در حالی که زنان احساسی، مهربان، دلسوز، فداکار، خوش‌برخورد و ملایم هستند [۱۱]. به عبارتی، زنان ویژگی‌های لازم و مهم مدیریت و رهبری سطوح ارشد سازمان را ندارند. ویژگی‌های شخصیتی زنان با شرایط احراز مدیریت ارشد سازمان هماهنگ نیست و نوعی ناسازگاری نقش^۲ برای مدیران زن به‌وجود می‌آید. گروهی هم اعتقاد دارند که زنان نقش فعالی در خانواده دارند و برای حفظ کانون خانواده، باید تعادلی بین کار و خانواده ایجاد کنند. وظایف مدیریتی مانع حفظ این تعادل می‌شود. زنان معمولاً بیشتر مسئولیت مراقبت از فرزندان و اعضای خانواده را برعهده دارند و به احتمال زیاد بیشتر از مردان مجبور به استفاده از مرخصی برای انجام امور منزل هستند [۱۲]. مطالعه‌ای نشان داد که کارکنان زن ۵ برابر بیشتر از همکاران مرد خود با مسائل خانواده مواجه هستند که بر روی پیشرفت شغلی آنها اثر می‌گذارد [۱۳]. به عبارتی، انتظار زیاد خانواده از زن مانع تمایل او به قبول پست مدیریت ارشد سازمان می‌شود.

طرفداران رویکرد سازمانی عقیده دارند که زنان بیشتر در پست‌های مدیریتی رده پایین سازمان قرار داده شدند، آموزش‌های مدیریت و رهبری کمتری دریافت می‌کنند، از قدرت سازمانی کمتری برخوردارند، فرصت و امکانات کمتری برای پیشرفت و افزایش قدرت دارند، با چالش‌های مدیریتی کمتری مواجه هستند و کمتر به خاطر موفقیت‌هایشان مورد قدردانی قرار می‌گیرند. اگر به زنان فرصت مدیریت سطوح بالای سازمانی داده شود، آنها هم به مرور زمان شرایط احراز لازم را برای آن مشاغل کسب خواهند کرد [۱۴]. در نهایت، طرفداران رویکرد چهارم مشارکت پایین زنان در پست‌های مدیریتی ارشد سازمان را به خاطر سیستم‌های اجتماعی می‌دانند که سازمان در آن فعالیت می‌کند. عرف و هنجارهای اجتماعی بر فرآیند مدیریت منابع انسانی در سازمان اثر می‌گذارد. تصور جامعه به خاطر هنجارهای مردسالارانه^۳ این است که مردان بیشتر برای پست‌های مدیریت ارشد سازمان مناسب‌تر هستند

2. Role incongruity

3. Patriarchal norms

شهید بهشتی برای جمع‌آوری داده‌های این پژوهش استفاده شد. سؤالات راهنمای مصاحبه با توجه به اهداف این پژوهش و مطالعات قبلی طراحی شد. از روش نمونه‌گیری هدفمند و گلوله برفی با رعایت حداکثر تنوع برای انتخاب مدیران زن استفاده شد. از مدیران زن دارای حداقل ۳ سال سابقه در سطوح مختلف مدیریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی برای مصاحبه دعوت شد. مصاحبه‌ها در محل کار مصاحبه‌شوندگان انجام شد و تا اشیاع داده‌ها ادامه یافت (۲۷ نفر). میانگین زمان انجام مصاحبه‌ها ۱۰۵ دقیقه بود (حداکثر ۱۵۵ و حداقل ۴۱ دقیقه). از روش تحلیل موضوعی^۶ ۶ مرحله‌ای براون و کلارک شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و در نهایت تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد [۱۹]. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA2018 استفاده شد. در این مقاله مصاحبه‌شوندگان با علامت «م» مشخص شده‌اند.

نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، انجام مصاحبه‌های پایلوت، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات و شواهد، مقایسه دائم بین اطلاعات به دست آمده، استفاده از دو کدگذار برای کدگذاری چند نمونه از مصاحبه‌ها، ارسال یافته‌ها برای نمونه‌ای از مصاحبه‌شوندگان و لحاظ کردن نظرات تکمیلی آنها و تبادل نظر با هم‌تایان از جمله اقدامات تضمین کیفیت پژوهش برای تقویت روایی، پایایی، بی‌طرفی و تعمیم‌پذیری یافته‌های این پژوهش بود.

ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این پژوهش عبارت بودند از اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، اخذ رضایت آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان و آزاد بودن آنها نسبت به شرکت در مصاحبه و کناره‌گیری در صورت تمایل، ضبط مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آنها و دخالت ندادن نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها.

یافته‌ها

۲۷ نفر از مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شهر

[۱۵]. ارزش‌های فرهنگی، هنجارها و انتظارات اجتماعی بر نگرش و رفتار زنان، اعضای خانواده و همچنین، ساختارها و فرآیندهای سازمانی اثر می‌گذارد.

بنابراین ویژگی‌های گاه متناقض زنان با ویژگی‌های مورد انتظار مدیران ارشد، انتظارات اعضای خانواده به ویژه همسران، قرار گرفتن زنان در مشاغل رده پایین سازمان و کلیشه‌سازی اجتماعی^۴ منجر به حضور کم زنان در مشاغل مدیریت ارشد سازمان می‌شود. با وجود این، ویژگی‌های بارز زنان نظیر نودوستی، مریبگری، همدلی، حمایت، مراقبت، صبوری، مصالحه، عشق به کار، توجه به جزئیات، ایجاد همبستگی در افراد، گوش دادن به افراد و ایجاد انگیزه در کارکنان با انگیزاننده‌های معنوی، نقش قابل توجهی در موفقیت یک مدیر دارد و مورد نیاز سازمان‌های امروزی است. طبق برآورد موسسه پژوهشی مکینزی اگر زنان به برابری کامل جنسی دست یابند، ستاده جهان به میزان ۲۵ درصد فعلی افزایش می‌یابد [۱۶].

مدیران زن به علت اقلیت و سابقه کم حضور در پست‌های مدیریت ارشد سازمان‌ها با چالش‌های رهبری بیشتری مواجه هستند [۱۷]. شناسایی چالش‌های رهبری مدیران زن و برنامه‌ریزی برای کاهش آنها، کمک قابل توجهی به مدیریت نظام سلامت می‌کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران و ارائه راهکارها انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی بود که با روش پدیدارشناسی تفسیری^۵ برای بررسی، توصیف، تبیین و تفسیر چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی و شناسایی راهکارهای رفع آنها انجام شد. پدیدارشناسی تفسیری شامل ۳ مرحله درک اولیه موضوع پژوهش، انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات و تأمل و تفکر روی داده‌هاست [۱۸].

از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و عمیق با مدیران زن شاغل در سازمان‌های بهداشتی و درمانی (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی) شهر تهران تحت پوشش ۳ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، ایران و

4. Social stereotyping

5. Interpretive phenomenology

6. Thematic analysis

ساختاری، فرآیندی، انسانی و فرهنگی طبقه‌بندی شدند. ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیران زن مثل مهربانی، دلسوزی، عطف و انعطاف‌پذیری به همراه تجربه کم مدیریت، اختیارات ناکافی، ناهماهنگی با مدیران مافوق و همتا، کمبود منابع، بار کاری زیاد، انگیزه، دانش و مهارت کم زیردستان، گروه‌های غیررسمی، مردسالاری سازمانی، باورهای غلط جنسیتی و تبعیض سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بودند.

۵۶ راهکار برای رفع یا کاهش چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شناسایی شد. برخی از راهکارهای مناسب برای رفع این چالش‌ها عبارتند از تقویت هوش، دانش و مهارت‌های مدیریتی، پایبندی به ارزش‌های اخلاقی، رعایت عدالت، مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، تفویض اختیار، خلق منابع، افزایش ریسک‌پذیری، بهبود ارتباطات، مدیریت مؤثر تعارض، توسعه شبکه‌های ارتباطی، مراقبه، تقویت مربیگری، اصلاح کلیشه‌های جنسیتی و رفع تبعیض جنسیتی (جدول ۲).

چالش‌های انسانی

ویژگی‌های شخصی و شخصیتی خود رهبر، کارکنان،

تهران در این مطالعه مشارکت داشتند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان دارای تحصیلات فوق لیسانس (۴۰/۷ درصد)، متأهل (۷۷/۸ درصد)، ۵۰ سال به بالا (۴۴/۵ درصد) و با سابقه کاری ۲۱ تا ۳۰ سال (۴۸/۱ درصد) بودند. بیشتر شرکت‌کنندگان (۴۰/۸ درصد) از مدیران ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی بودند (جدول ۱).

۲۰ چالش در انجام وظیفه رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شناسایی شد که در ۴ گروه چالش‌های

جدول ۱- اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل	۶	۲۲/۲	سن		
مجرد			کمتر از ۴۰ سال	۴	۱۴/۸
متأهل	۲۱	۷۷/۸	۴۰-۵۰ سال	۱۱	۴۰/۷
			۵۰ سال به بالا	۱۲	۴۴/۵
سابقه کار			میزان تحصیلات		
کمتر از ۱۰ سال	۱	۳/۷	لیسانس	۳	۱۱/۱
۱۱-۲۰ سال	۱۰	۳۷/۱	فوق‌لیسانس	۱۱	۴۰/۷
۲۱-۳۰ سال	۱۳	۴۸/۱	پزشک عمومی	۱	۳/۷
بیشتر از ۳۰ سال	۳	۱۱/۱	پزشک متخصص	۲	۷/۴
سطح مدیریتی			دکتری تخصصی	۱۰	۳۷/۱
ارشد	۱۱	۴۰/۸			
میانی	۸	۲۹/۶			
عملیاتی	۸	۲۹/۶			

جدول ۲- چالش‌های رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و راهکارهای مقابله با آنها

چالش‌های اصلی	چالش‌های فرعی	راهکارها
چالش‌های انسانی	ویژگی‌های شخصی و شخصیتی نامناسب رهبر، کارکنان، مشتریان، هم‌تایان و مافوقان	تقویت هوش مدیریتی، حمایت و هدایت تغییرات، مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، ارتقای دانش تخصصی، شایسته‌سالاری در انتصاب مدیران، تقویت ارزش‌های مثبت، پرورش استعدادها درونی رهبری در دختران از کودکی، بهبود ارتباطات، بهبود روش‌های انگیزش، ایجاد حس تعلق در کارکنان، تعیین شاخص‌های کنترلی مناسب، هدایت شبکه‌های غیررسمی، تقویت خودآگاهی، مراقبه، ورزش و مطالعه، توسعه شبکه‌های ارتباطی، پافشاری بر رویه‌های قانونی، تقویت تفکر جانبی، توانمندسازی زنان، تسخیر ایده از طریق تقسیم کار به پروژه‌های کوچک‌تر، برقراری جلسات رسمی و غیررسمی هم‌تایان و آموزش مدیریت تعارض
چالش‌های ساختاری	کمبود منابع سازمان، ساختار سازمانی بوروکراتیک، ساختار اطلاعاتی نامناسب و ساختار ارتباطات نامناسب	تفویض اختیار، خلق منابع، مدیریت منابع، به‌روزرسانی و اصلاح ساختار اطلاعاتی، ترکیب ساختار ارتباطی رسمی و غیررسمی و مطابقت با تغییر
چالش‌های فرهنگی	مقاومت نسبت به تغییر، مسئولیت‌ناپذیری، ضعف پاسخگویی، ریسک‌پذیری کم، کلیشه‌های جنسیتی و تبعیض جنسیتی	انعطاف‌پذیری و هدایت جریان تغییرات، تقویت ارزش‌های مثبت، تقویت هوش مدیریتی، توانمندسازی زنان، ایجاد حس تعلق، پرورش ریسک‌پذیری در دختران از کودکی، دریافت مشاوره‌های موضوعی، تقویت هوش هیجانی، کسب اطلاعات لازم درباره پست‌های چالشی، اصلاح و وضع قوانین مرتبط، تضمین و اعمال قوانین مرتبط، تقویت روحیه مطالبه‌گری زنان، اصلاح کلیشه‌های جنسیتی و رفع تبعیض جنسیتی
چالش‌های فرآیندی	ضعف توانمندسازی مدیران، نفوذ کم، قدرت کم، مکانیسم‌های انگیزشی ضعیف و سبک رهبری دموکراتیک	تقویت مهارت‌های مدیریتی، تلاش برای بالندگی افراد، ترکیب منابع قدرتی، تقویت مهارت‌های ارتباطی، توسعه شبکه‌های ارتباطی، خلاقیت در خلق منابع انگیزش، احقاق عدالت سازمانی، استفاده از سبک‌های رهبری ترکیبی، توسعه ساختار افقی ارتباطات، جانشین‌پروری و تقویت مربیگری

مردان مناسب‌ترند. حتی معتقد مردان پشتکار بیشتری دارند. واحدهایی که رئیس حسابداری آنها مرد است، بودجه بیشتری می‌توانند بگیرند. چندین بار مسائل را پیگیری می‌کنند. زنان به دلیل غروری که از کودکی دارند کمتر «نه» را می‌پذیرند و اگر یک بار مسئله‌ای را بیان کنند یا خواسته‌ای را مطرح کنند و با آن مخالفت شود، فقط یک بار دیگر پیگیری می‌کنند. اما آقایان تارسیدن به آن هدف پیگیر هستند.» (م ۵) یکی از مدیران ارشد در وزارت بهداشت نیز چنین گفت: «من در رهبری، خود را فرد قدرتمندی نمی‌دانم. هیچ‌وقت قدرت رهبری را در خود احساس نکرده‌ام. اکثر اوقات در مقابل خواسته‌های کارکنان یا کوتاهی آنها در اتمام کارهای سپرده شده، کوتاه می‌آیم. زنان اساساً دل‌رحم‌تر هستند. به همین دلیل مجبور می‌شوم کارها را خودم انجام دهم که منجر به فشار کاری بیشتر روی خودم می‌شود.» (م ۳) مدیر پرستاری عصر یک بیمارستان هم نظری مشابه داشت: «شاید مهربان و دل‌رحم بودن، یکی از دلایل اقتدار نداشتن زنان مدیر باشد.» (م ۴)

دانش تخصصی رهبر در میزان نفوذ او در کارکنان تأثیر دارد. اگر میزان تحصیلات مدیر از میانگین میزان تحصیلات کارکنان سازمان کمتر باشد، در برقراری ارتباط با کارکنان چالش‌هایی به وجود می‌آید. رئیس یکی از ادارات مرتبط با استانداردها در وزارت بهداشت گفت: «چالش عمده من این بود که با مجموعه‌ای از افراد با سابقه و مدیران قبلی با تحصیلات بالا مواجه شدم. مثلاً کارمندی دارم که از مدیران سابق وزارتخانه با بیش از ۲۰ سال سابقه بوده است. رئیس قبلی این اداره هم الان کارمند من است. کارمند دیگر من یک متخصص است. در حالی که من فوق لیسانس مدیریت هستم و از نظر سطح تحصیلی از ایشان پایین‌ترم. وقتی من اینجا آمدم، دیدم همه مدیران و کارشناس منم! کار بسیار سختی بود تا بتوانم بین این افراد یک ارتباط خوب برقرار کنم. دو پادشاه در یک اقلیم نمی‌گنجند اما توانستم این کار را انجام دهم.» (م ۱۴) شایسته‌سالاری و ارتقای دانش تخصصی می‌تواند چالش اختلاف سطح تحصیلات مدیر و کارکنان را کمتر کند. مدیر پرستاری عصر یک بیمارستان خصوصی در این باره گفت: «در مشکلاتی که در سازمان به وجود می‌آید، نظر فردی مهم است که بهترین ایده را می‌دهد. به عنوان یک مدیر باید بتوانی با سرعت بهترین ایده و راهکار را بدهی. این میسر نمی‌شود مگر با مطالعه و تجربه.» (م ۴)

مشتریان، مدیران مافوق و مدیران هم‌تراز، چالش‌های متعددی برای مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کند.

چالش‌های مرتبط با ویژگی‌های رهبر

محیط داخل و خارج سازمان‌های بهداشتی و درمانی دائم در حال تغییر است. هوش رهبر عامل مهمی در توانایی تطابق با تغییرات سازمان‌های بهداشتی و درمانی به شمار می‌رود. مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان گفت: «بیمارستان‌ها در محیط دائماً در حال تغییر قرار دارند. افرادی باید برای مدیریت این سازمان‌ها انتخاب شوند که هوش عقلی، هیجانی، اخلاقی و معنوی بالایی داشته باشند. این عوامل روی مهارت‌های اجتماعی و خودآگاهی مدیران تأثیر می‌گذارد. قابلیت سازگاری چنین مدیرانی با تغییرات بیشتر است.» (م ۲۴)

سن رهبر عامل مهمی در مقبولیت رهبر و عملکرد او است. مدیران زن در این پژوهش معتقد بودند که سن کم یک چالش برای رهبر بودن است. معمولاً مدیران با سن کم، سابقه کاری و تجربه کمتری نیز دارند که منجر به بروز چالش‌هایی در فرآیند رهبری می‌شود. مسئول توانمندسازی مدیران بیمارستان‌ها در یک دانشگاه علوم پزشکی در این زمینه گفت: «سن و جنس برای من چالش برانگیز بوده است. سنم بیشتر از جنسم در اینکه بخواهم با افراد ارتباط برقرار کنم و به آنها بگویم که این کار را انجام دهید، تأثیر داشته است. نمی‌توانم در فردی با ۲۰ سال سابقه کار، خیلی نفوذ داشته باشم.» (م ۱۶)

جنس رهبر نیز بر عملکرد رهبری او اثر می‌گذارد. ویژگی‌هایی نظیر مهربانی، دلسوزی، عطف، انعطاف‌پذیری و ایثار در زنان قوی‌تر از مردان است. مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، عملکرد رهبری مدیران زن را بهبود می‌بخشد. یک مدیر میانی در یک مرکز تحقیقات سرطان چنین گفت: «قدرت و نفوذ زنان به دلیل انعطاف‌پذیری و دلسوزی بیشتر آنها، کمتر است. زنان به دلیل دل‌رحم بودن شاید کمتر بتوانند تصمیمات قاطع بگیرند و در برابر مشکلات پرسنل زودتر کوتاه بیایند. مدیر زن مشکلات کارکنان زن خود را از لحاظ مسئولیت‌ها در خانواده راحت‌تر درک می‌کند و بیشتر با آنها راه می‌آید. در حالی که شاید باید قاطع‌تر باشد. خانم‌ها برای مدیریت عملیاتی مناسب‌ترند، زیرا سیستم را آرام نگه می‌دارند، اما برای تصمیم‌گیری‌های جدی که قاطعیت بیشتری نیاز است،

دانش تخصصی مدیر، منجر به افزایش قدرت او و در نتیجه نفوذ بیشتر در کارکنان می‌شود. یک متخصص پزشکی اجتماعی که به عنوان رئیس یکی از ادارات در دانشگاه علوم پزشکی نیز کار می‌کرد، چنین گفت: «دانش مدیر در ارتباط او با کارمندان تأثیرگذار است. وقتی کارمند در ارتباط با مدیر می‌بیند که به دانسته‌هایش هم اضافه می‌شود، برای مشارکت در کارها راغب‌تر می‌شود.» (۱۳م) در مقابل، ضعف دانش تخصصی مدیر مانع از درک نیازهای کارکنان می‌شود. به عنوان مثال، مدیر عمومی مرکز مطالعات و توسعه یک دانشگاه علوم پزشکی که سال‌ها عهده‌دار مسئولیت درمانگاه، واحد بحران، زایشگاه و بهداشت حرفه‌ای در شهرداری بوده، گفت: «بیشتر مدیران درس مدیریت نخوانده‌اند. مشکل اساسی من در یکی از درمانگاه‌های مجموعه قبلی این بود که تصور رئیس درمانگاه این بود که همه کارکنان از کار فراری هستند. با تئوری‌های جدید مدیریت آشنا نبود. برای دادن یک خودکار می‌گفت خودکار تمام‌شده قبلی را برای من بیاور تا خودکار جدید به تو بدهم. به کارمندان برمی‌خورد. منابع را باید کنترل کرد اما نه در این حد و با این روش. مدیر خانم و آقا در رهبری متفاوت هستند. خانم‌ها خیلی جزئی‌نگرند. هیچ مدیر آقایی نمی‌گوید که خودکار تمام‌شده قبلی را بده تا خودکار جدید بدهم! چون اصلاً خودکار برایش مهم نیست. مدیران مرد خیلی کلی‌نگرند.» (۷م)

رهبری ذاتی و اکتسابی است. مدیر پرستاری عصر یک بیمارستان خصوصی اعتقاد داشت: «بعضی ویژگی‌های رهبری ذاتی است و بعداً تقویت می‌شود. من از سال ۱۳۶۴ در این بیمارستان سوپروایزر بودم. تازه از دانشکده فارغ‌التحصیل شده بودم و ۲ سال بود که کار می‌کردم. رئیس وقت بیمارستان قصد انتخاب مترون جدید برای جایگزینی مترون بازنشسته را داشت. با وجود اینکه خیلی جوان بودم، ویژگی‌های رهبری را در من تشخیص داد و من را به عنوان مترون انتخاب کرد. رهبری در افراد تا حدی ذاتی است.» (۴م) نظر یکی از معاونان یک مرکز سرطان نیز این‌طور بیان شد: «۷۰ درصد مدیر بودن ذاتی است و این قدرت ذاتی تا ۷ سالگی در افراد شکل می‌گیرد. مهدکودک‌هایی وجود دارد که با بردن کودکان به خرید و دادن پول به آنها، به کودک تصمیم‌گیری و رهبری آموزش داده می‌شود. به والدین هم آموزش داده می‌شود که در

مقابل، کودک را تشویق و تأیید کنند تا کودک از خرید کردن و تصمیمی که گرفته احساس پشیمانی نکند. به کودکان بزرگ‌تر مسئولیت چند کودک کوچک‌تر را می‌دهند تا کنترل را یاد بگیرد. به نظر من خانواده‌ها تاکنون نتوانسته‌اند مخصوصاً دخترانشان را مدیران خوبی پرورش دهند. اما در بزرگسالی نمی‌دانم واقعاً چطور می‌توان افراد را به عنوان رهبر خوب پرورش داد. زنانی هستند که حتی دکترای مدیریت هم دارند اما مدیران موفقی نیستند. این نشان می‌دهد که آموزش‌های ما هم مشکل دارد. حداقل کاری که می‌توان کرد این است که زنان را در جایگاه معاونان در ادارات و سازمان‌ها قرار دهیم تا به مرور زمان، بخشی از امور را در عمل فرا گیرند. یکی از چالش‌ها همین است که بعضی زنان بدون برخورداری از مهارت، به واسطه پستی که آشنایانشان گرفته‌اند، در جایگاه‌های مهم قرار گرفته‌اند و از خود عملکرد بد نشان داده‌اند که این امر باعث شد دیدگاه عموم به مدیریت زنان بد باقی بماند.» (۵م)

رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت در ارتباط با استعداد رهبری گفت: «خمیرمایه اولیه مؤثر است. تربیت فرد، ویژگی‌های فردی و تجاربی که در محیط کار کسب می‌کند، بر رهبری تأثیرگذار است.» (۲م) مدیران دانش و مهارت‌های رهبری را در خانواده، جامعه و سازمان فرا می‌گیرند. رئیس یکی از سازمان‌های دارویی کشور در این زمینه گفت: «من در بازی‌های کودکی همیشه شاه می‌شدم و دیگران باید به حرف من گوش می‌دادند. اما از همان کودکی هم به فکر نفع جمع بودم و چیزی برای خودم نمی‌خواستم.» (۶م) او تربیت خانوادگی را در نوع نگرش و تعاملات رهبر با سایر افراد مرتبط می‌داند: «آدم‌هایی که بتوانند رهبری قوی داشته باشند، کم هستند. این به تربیت خانوادگی هم مربوط است؛ تربیتی که مادر و معلم به فرزند می‌دهند. مثلاً من مادری را سراغ دارم که [به بچه‌اش] می‌گوید: اگر مدرسه رفتی، دعوا کردی و کتک خوردی، وقتی به خانه بیایی من هم تو را می‌زنم. تو هم باید بزنی. من به فرزندم می‌گویم که تو باید درس بخوانی و به جامعه خدمت کنی، اما مادران دیگر می‌گویند تو باید درس بخوانی، پولدار شوی و بالاتر از بقیه شوی. دید من این است که دخترم باید توانمند شود تا بتواند کاری برای دیگران انجام دهد.» (۶م) رهبران زن با پایبندی به ارزش‌های اخلاقی، الهام‌بخش پیروان خود هستند. مدیران زن برای غلبه بر چالش‌های

سازمان.» (م ۴) رئیس یکی از ادارات مرتبط با استانداردها در وزارت بهداشت چنین گفت: «با اینکه جایگاه رئیس و مرئوسی باید رعایت شود، سعی می‌کنم به آدم‌ها احترام بگذارم. با این حال در کارم جدی هستم. کارمند اداره من با ۲۰ سال سابقه در پست‌های مدیریتی هم می‌داند که در کار با ایشان تعارف ندارم، اما حتماً احترام می‌گذارم.» (م ۱۴)

وقتی گفتار و رفتار رهبر با یکدیگر مطابقت دارد، روح صداقت در سازمان دمیده می‌شود و کارکنان به پیروی از رهبر ترغیب می‌شوند. معاون یک مرکز بهداشت درباره صداقت گفت: «من فقط توانمندی و صداقت خود فرد را عامل ترقی می‌دانم. در همین سیستم ما که سره را از ناسره تشخیص نمی‌دهد، افرادی که از طریق روابط به جایگاه بالا می‌رسند، بی‌دوامند. من وقتی سرپرست پلی‌کلینیک شده بودم، رئیس اداره از من خیلی حمایت می‌کرد. دیگران فکر می‌کردند که روابط فامیلی بین ما وجود دارد تا اینکه وقتی ایشان تغییر کردند و فرد دیگری بر مسند ریاست نشست، حتی بیشتر از قبل حمایت شدم و ارتقا پیدا کردم. اگر خانمی توانمند و صادق باشد، ممکن است دیر این توانمندی را دریابند، اما بالاخره معلوم می‌شود. رفتار بر گفتار مقدم است. کارکنان ما را می‌بینند. کلام رهبر سازمان زمانی تأثیر دارد که در عملش دیده شود. فقط در این صورت است که کارکنان هم به اصول اخلاقی سازمان پایبند خواهند بود.» (م ۱۱)

چالش‌های مرتبط با ویژگی‌های کارکنان

بی‌کفایتی کارکنان یکی از چالش‌های رهبری زنان بود. ضعف باورها و اعتقادات مثبت در کارکنان معمولاً منجر به بروز رفتارهای منفی و ضدارزش می‌شود. مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان گفت: «فردی را در بین کارکنان داشتم که با برکه بیمه افراد مسن یا برکه‌های بستری، کارهای غیرقانونی انجام می‌داد. وقتی متوجه شدم، به مدیر مافوقی که این فرد با او رابطه خوبی داشت اعلام کردم که این فرد برای واحد من مناسب نیست. این خطاها را بیشتر در آقایان دیده‌ام. به نظرم آقایان به دلیل اینکه ریسک‌پذیری بالاتری دارند، بیشتر مرتکب خطا می‌شوند. اما به طور کلی شخصیت و باورهای افراد تعیین‌کننده است. اگر ارزش‌هایی مثل اعتقاد به حق‌الناس، تضییع نکردن حق بیمار و حلال را حرام نکردن در

انسانی از این ارزش‌ها بهره می‌گیرند. اعتقادات، ارزش‌ها و رفتارهای رهبر (شخصیت مثبت) تا حدی می‌تواند تأثیر منفی ویژگی‌های شخصی نامطلوب رهبر را کاهش دهد. ارتباطات مؤثر، احترام متقابل، حسن خلق و صداقت می‌تواند آثار چالش‌های رهبری مدیران زن را کاهش دهد. برای مثال، تلاش برای احقاق عدالت در سازمان، راهکاری است که معاون یکی از مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران به کار گرفته است: «مدیر باید تلاش کند که در میان پرسنل به طور مساوی رفتار نشود. تساوی با عدالت فرق می‌کند. عدالت یعنی هر چیزی جای خودش. تساوی یعنی به همه، یک واحد تعلق بگیرد. باید پرسنل را هم در این‌باره توجیه و قانع کرد.» (م ۱۱) حسن خلق ارزش دیگری بود که بعضی مدیران در شیوه رهبری خود به آن اشاره کردند. مدیر پرستاری عصر یک بیمارستان خصوصی گفت: «در تمام این مدت سعی کرده‌ام با احتیاط رفتار کنم، تند نباشم، به آرامی تصمیم بگیرم، خشمم را کنترل کنم و به کسی ضربه نزنم؛ چه روحی، چه مالی.» (م ۴) برقراری ارتباطات مؤثر از جمله ارزش‌های دیگری است که مدیران زن برای تأثیرگذاری بر کارکنان به کار می‌گیرند. دوست شدن با کارکنان می‌تواند خود باعث بروز مشکلاتی برای مدیر خانم شود، اما مدیران زن معتقد بودند که روش کار کردن همراه با دوستی با کارکنان تأثیرگذارتر است. یک مدیر مالی در یک مرکز بهداشت در این رابطه گفت: «من از ابتدا سعی کردم با کارکنان خیلی دوست باشم و رابطه ما حالت رئیس و کارمندی نباشد. ممکن است اوایل سوءاستفاده‌هایی هم بشود، اما حالا کارکنان خیلی علاقه دارند که کارهای جدید را یاد بگیرند. به موردی برخوردیم که به حرف‌هایم گوش ندهند.» (م ۹)

عشق به کار یک ویژگی دیگر بارز رهبری مدیران زن است. مدیر پرستاری عصر یک بیمارستان خصوصی از این ویژگی با عنوان «سرمایه عاطفی» یاد کرد: «معتقدم کسی که توانمندتر است باید در پست‌های ارشد قرار بگیرد، من با جنسیت کاری ندارم. باید با تمام وجود شغلت را دوست داشته باشی. برای آنچه می‌خواهی به دست آوری، باید سرمایه‌گذاری کنی. مثلاً یک مدیر خوب باید قبل از همه بیاید و آخرین نفر از سازمان برود، بتواند ارتباط خوبی با پرسنل برقرار کند، مشکلات آنها را درک کند و به نفع سازمان عمل کند. یعنی این دو موضوع را در کنار هم محقق سازد: درک کارکنان و تأمین منافع

افراد نهادینه شود، مرتکب چنین خطاهایی نمی‌شوند.» (م ۲۴) آموزش و نهادینه کردن ارزش‌های مثبت و ایجاد حس تعلق در کارکنان، مهم‌ترین راهکاری بود که مدیران زن به آن اشاره کردند. مدیر گروه پرستاری یک دانشگاه گفت: «وقتی کارکنان در سیستم احساس تعلق کنند و نظراتشان از همه سطوح کاری که هستند، شنیده شود، خود را متعلق به سازمان می‌بینند. آن وقت رهبر می‌تواند از آنها کار بخواهد و آنها از دل و جان برای سازمان کار می‌کنند. ما برای ارزیابی تمام کارکنان شاخص‌های متعددی با حجم نمونه تعریف کرده‌ایم. از مدیرانم به راحتی بی‌کفایتی کارکنان را نمی‌پذیرم. باید با شاخص و معیار به من ثابت کنند که فردی توانمند است یا نیست. سالیانه به کسی که در ارزیابی ۳۶۰ درجه توسط خود فرد، زبردست، بالادست و همکار و بیمار ۱۰۰ درصد امتیاز را کسب کند، نشان اخلاق می‌دهیم. برای افرادی که در این سیستم امتیاز مناسب نمی‌آورند، مشاوره روانشناسی می‌گذاریم.» (م ۲۱)

سوءاستفاده از اعتماد مدیر از جمله چالش‌های رهبری زنان بود. برای مثال، مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان دولتی گفت: «یکی از کارکنان خانم در واحد، ساعت کارش که تمام می‌شد، می‌رفت دوباره عصر با لباس ناشناس برمی‌گشت و کارت می‌زد. این باعث تضییع اضافه‌کار بقیه می‌شد. این موضوع را بارها با مسئول حضور و غیاب و مدیریت در میان گذاشتم. یا فردی در واحد داشتم که مرخصی ساعتی مجازش تمام شده بود و صبح زودتر می‌آمد و کارت می‌زد و بدون اینکه به من اطلاع دهد از بیمارستان بیرون می‌رفت. فراتر از آنچه باید با چنین افرادی راه می‌آدم، اما در نهایت با اطلاع دادن به مسئول مربوطه، اضافه کارشان را حذف می‌کردم.» (م ۲۴) تعیین شاخص‌های کنترلی مناسب برای فرآیندهای کاری، راهکاری بود که برای حل این چالش پیشنهاد شد. سوپروایزر بالینی یک بیمارستان گفت: «یکی از کارکنان آزمایشگاه، نمونه‌های آزمایشی از بیرون بیمارستان را بدون اطلاع مسئول فنی آزمایشگاه به بیمارستان می‌آورد و با کیت‌های بیمارستان، آنها را تست می‌کرد و از این راه برای خود درآمد کسب می‌کرد. این فرد از لحاظ فنی، فردی کارآمد و مورد وثوق مسئول فنی بود، اما به دلیل کنترل نشدن صحیح فرآیندهای کاری توسط مسئول فنی آزمایشگاه و پایبند نبودن به ارزش‌های

اخلاقی تکنیسین، چنین اتفاقی رخ داده بود. نتیجه این شد که تکنیسین اخراج شد و فرد دیگری را جایگزین او کردند. با این حال راه حل واقعی، فرآیند کنترلی مناسب برای امور در آزمایشگاه بود.» (م ۲۷)

برای بعضی از کارکنان مرد پذیرفتن زنان به عنوان مدیر دشوار است و این ویژگی باعث تضعیف رهبری زنان می‌شود. مدیر کلینیک‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی گفت: «در واحد نگهبانی فردی را داشتیم که خیلی از مسئولیت‌ها را نمی‌پذیرفت. اگر با او قرار می‌گذاشتم که شیفت شب کاری را تحویل بگیرد، غالباً خبردار می‌شدم که همکاری نکرده است. ابتدا با کم کردن کارانه برخورد کردم و جواب نگرفتم. بعد برعکس عمل کردم و بابت کوچک‌ترین همکاری تشویقش کردم. ملایم‌تر رفتار کردم و کاری کردم که آن فرد دیده شود و در نهایت پاسخ گرفتم.» (م ۱۰) چنین رفتارهایی در کارکنان می‌تواند به علت ضعف سازمان در توانمندسازی کارکنان باشد. رئیس یکی از ادارات مرتبط با خیرین سلامت وزارت بهداشت موضوع را این‌گونه ریشه‌یابی کرد: «وقتی با ناتوانی فردی با ۱۰-۱۵ سال سابقه کار مواجه می‌شوم، معتقدم در واحدها یا سازمان‌های دیگر از او کار نخواسته‌اند و درست آموزش نداده‌اند و گرنه نیرویی که ۱۵ سال کار کرده و تحصیلات بالا دارد، خیلی از کارها را باید بلد باشد. کسی که توانسته کارشناسی ارشد بگیرد، ضعف در مدیریت سیستم قبلی او بوده که از او فرد توانمندی نساخته است. صرف جواب دادن یک نامه در اتوماسیون اداری مانند یک ربات، توانمندی فرد را نشان نمی‌دهد. با گذشت زمان فرد باید کارهای متنوع در ارتباط با واحدش را یاد بگیرد و به دیگران یاد بدهد و به دنبال موضوعات جدید باشد.» (م ۲)

تشکیل گروه‌های غیررسمی ضدسازمان تهدیدی برای رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. برای مثال، یکی از معاونان دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: «فردی که خودش تعهد کاری ندارد، معمولاً شبکه غیررسمی تشکیل می‌دهد و از این طریق در کار سازمان اختلال ایجاد می‌کند. به نظرم برای حل این موضوع باید از نقطه ضعف خود فرد استفاده شود. افراد انگیزه‌های متفاوتی دارند. مثلاً برای یک نفر پول مهم است و برای دیگری مرخصی. مدیر می‌تواند با هدایت شبکه‌های غیررسمی ایجاد شده خودش را تقویت

داد، اما از راه‌های دیگری می‌توان مسئله را حل کرد.» (م ۱۶) مدیران بالینی از برنامه‌ریزی شیفت‌ها و جایگزینی کارکنان استفاده می‌کنند. راهکار یک مدیر پرستاری شیفت عصر چنین بود: «من همیشه به پرسنل می‌گویم بیمارستان جای مقدسی است. نمی‌توانیم در آن را به دلیل مشکلات شخصی خود ببندیم. اگر مشکلی در خانواده خود دارید، باید بیرون از بیمارستان آن را حل کنید. بنابراین پرسنل باید بدانند که شیفت‌ها از قبل برنامه‌ریزی شده و باید طبق آن برنامه‌ریزی کنند، مگر در موارد استثنا مانند حادثه یا مشکلات عاطفی و مالی پرسنل که نیرو جایگزین می‌کنم و مشکل را حل می‌کنم.» (م ۴)

چالش‌های مرتبط با ویژگی‌های مشتریان

ویژگی‌های بیماران و همراه بیمار به عنوان مشتریان سازمان‌های بهداشتی و درمانی، ماهیت تخصصی، اضطراری و پیچیدگی وظایف سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نیازهای متنوع و متعدد بیماران و همراهان آنها و لزوم تصمیم‌گیری و اقدام سریع و درست، چالش‌هایی در فرآیند رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کند. مدیر پرستاری یک بیمارستان خصوصی گفت: «بعضی مشکلات مربوط به خود بیمار است، بیمار بدحال است، در شیفت عصر مشکل کمبود تخت بستری و داروی بیماران، مشکلات خانوادگی و گاهی مشکلات روانی یا اعتیاد بعضی بیماران موجب به هم‌ریختگی بخش می‌شود. با تکیه بر سال‌ها تجربه، این مشکلات را حل می‌کنم. همین‌طور مشکلات مربوط به نیاز بیمار یا همراهانش به پشتیبانی عاطفی. این قبیل مشکلات در شغل ما به قدری زیاد است که بحران تلقی نمی‌شود.» (م ۴) ویژگی‌های جنسی مدیران زن مانند شفقت و دلسوزی موجب عملکرد بهتر آنها در حل مشکلات ماهیتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. همان مدیر پرستاری در این رابطه گفت: «در ارتباط با بیماران باید آنها را حمایت عاطفی کنیم و همدلی داشته باشیم. آقایان در مورد این ویژگی خشک هستند. همیشه اولویت با بیمار است، اولویت با مشتری است. در حال حاضر در بسیاری از کتاب‌های ما به جای واژه بیمار، کلمه «مددجو» به کار می‌رود.» (م ۴)

تقویت خودآگاهی، مراقبه، ورزش و مطالعه از جمله

مشروط بر اینکه در کل مجموعه اختیار و کنترل داشته باشد.» (م ۱۲) تبدیل گروه‌های غیررسمی به فرصتی برای شناسایی نواقص مدیریت سازمان و فراهم کردن فرصت برای بیان انتظارات و نیازهای کارکنان، مهم‌ترین راهکارهایی بودند که رهبران زن از آن نام بردند. سوپروایزر بالینی یک بیمارستان گفت: «یک رهبر خوب به جای حذف گروه‌های غیررسمی می‌تواند با دریافت اطلاعاتی از این شبکه‌ها، نقاط ضعف و تهدیدهای مدیریت خودش و سازمان را شناسایی کند. چون ویژگی چنین گروه‌هایی این است که افراد در آنها به راحتی از سازمان و مدیران انتقاد می‌کنند. یک راه هم این است که جلسات غیررسمی با کارکنان برای بیان نیازهایشان برگزار کند.» (م ۲۷) مدیر گروه پرستاری یک دانشگاه گفت: «من به دلیل ارتباطات خوب و دوستانی که در سیستم دارم، از تشکیل این گروه‌ها و انگیزه آنها مطلع می‌شوم. این گروه‌ها مطالبات به‌حق یا ناحقی دارند. وقتی در زمان مناسب از وجود و انگیزه آنها -مثلاً جلوگیری از کاهش کارانه- مطلع می‌شوم، اقدام آنها را تبدیل به جلسه داخلی می‌کنم و تا حدود زیادی هم رفع می‌کنم، اما مواردی هم بوده که مشکل رفع نمی‌شود.» (م ۲۱)

برخی از مدیران زن در رهبری کارکنان هم‌جنس خود با چالش روبه‌رو می‌شوند. رئیس امور مالی یک مرکز بهداشت چنین گفت: «خانم‌ها در واحد ما بیشتر از آقایان غر می‌زنند. نقش کارکنان زن در ایجاد چالش‌ها بیشتر است. خیلی از مشکلاتی که در واحد پیش می‌آید، به خانم‌ها مربوط می‌شود. خانم‌ها به حواشی بیشتر توجه می‌کنند و به همه چیز کار دارند. آقایان این‌طور نیستند. بیشتر سرشان به کار خودشان است. سعی می‌کنم به این حاشیه‌ها توجه نکنم و روی کارم تأثیر نگذارد. با این حال از لحاظ روانی روی من تأثیر می‌گذارد و در منزل موضوع را با همسرم مطرح می‌کنم.» (م ۹) مسئول توانمندسازی مدیران بیمارستان‌های یک دانشگاه علوم پزشکی برای حل این مشکل از رفتار دوستانه استفاده کرد: «برقراری ارتباط با یکی از کارکنان خانم خیلی برایم سخت بود. تلاش کردم با کارهای مختلف، حتی خوراکی خریدن، با او دوست بشوم! با اینکه قرار بود ایشان برای من کار بکنند. بعضی افراد مثل این کارمند دوست دارند که به جای اینکه هدایت‌شونده باشند، هدایت‌کننده باشند. ویژگی شخصیتی آنهاست. این افراد را باید دوستانه هدایت کرد. همیشه نمی‌توان انسان‌ها را تغییر

بنابراین ما به عنوان پرستار در روند درمان بیمار نکاتی را به پزشک یادآور می‌شویم. مثلاً می‌گوییم بیمار این مقدار پتاسیم گرفته و الان باید قطع شود و نظیر آن تا بیمار دچار عوارض نشود.» (م ۴)

درخواست‌های غیرقانونی بیماران یکی دیگر از چالش‌های رهبری زنان بود. مدیران زن بیشتر در چارچوب ضوابط به وظایف خود عمل می‌کنند و با چالش‌هایی روبه‌رو می‌شوند. پافشاری بر رویه‌های قانونی، تقویت تفکر جانبی و یافتن راه‌حل جایگزین، راهکاری بود که برای رفع این چالش عنوان شد. مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان دولتی گفت: «یک چالش در ارتباط با بیماران درخواست‌های غیرقانونی آنهاست. مثلاً یک بیمار بی‌بضاعت تبعه خارجی از من خواست که ایشان را با دفترچه همسایه‌اش بستری کنم. رئیس بیمارستان هم گفت که این کار را انجام دهم. من در چنین مواردی صراحتاً می‌گویم که کار غیرقانونی انجام نمی‌دهم. گفتم حاضرم هزینه جراحی‌اش را خودم بدهم، اما خلاف قانون عمل نکنم. رئیس از مخالفت من ناراحت شد، اما در نهایت کار بیمار انجام شد و مجبور شدند با تخفیف در هزینه‌ها به بیمار کمک کنند. با مخالفت، سیستم زیر سؤال نمی‌رود.» (م ۴)

چالش‌های مرتبط با ویژگی‌های مافوقان

سازمان‌های بهداشتی و درمانی، سلسله مراتبی، بوروکراتیک و تخصصی هستند. مدیران برای پیشبرد اهداف سازمانی باید با مدیران ارشد سازمان هماهنگ باشند. امروزه مدیران نیاز دارند تا علاوه بر تأثیرگذاری بر کارکنان خود، مدیران مافوق خود را نیز رهبری کنند. رهبری مدیران مافوق مرد در مواردی برای مدیران زن چالش‌آفرین بوده است. رئیس امور مالی یک مرکز بهداشت این چالش را این‌طور بیان کرد: «درمورد امور مالی دانشگاه، شاید چون رئیس امور مالی هم یک خانم هستند، فاصله کمتری بین ما و ایشان وجود دارد. یک آقا با مدیر بودجه که او هم یک آقا است، راحت‌تر صحبت می‌کند تا من که یک خانم هستم.» (م ۹) یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت نیز گفت: «در مدیران ارشد، مدیرکل مردی داریم که نتوانسته‌ام با او خوب ارتباط برقرار کنم. احساس می‌کنم نفوذ در ایشان خیلی سخت است. هر بار که با ایشان برخوردی دارم، حس می‌کنم هنوز غریبه هستم.» (م ۲) مدیران

مهم‌ترین راهکارهای مدیران زن برای غلبه بر این نوع مشکلات مرتبط با بیماران بود. مسئول بخش پرستاری بیماران اعصاب و روان بیمارستانی گفت: «شرایط و نیازهای بیماران با هم متفاوت است. گاهی شرایط بیماران به قدری پیچیده می‌شود که همه پرستاران بخش درگیر آرام کردن یک بیمار می‌شویم. بعضی بیماران در درمان خود مشارکت نمی‌کنند و دارو را پس می‌زنند. با آرامش و صبوری باید با آنها برخورد کنیم. باید آنها را متقاعد کنیم که این فرآیند برای بهبود و آرامش آنهاست. به هر حال آنها بیمار هستند و به کمک و مراقبت ما نیاز دارند. گاهی خود بیمار طی فرآیند درمان آن‌قدر با ما ارتباط نزدیک برقرار می‌کند که بعد از بهبودی هم این رابطه ادامه‌دار می‌شود. بیمارانی داشته‌ام که در اوج ناآرامی فقط از من خواستند که بنشینم و برایشان دعا بخوانم. این تنوع بیماران، فشار روحی به خود ما وارد می‌کند. اما این ماهیت کار ماست. با آن کنار آمده‌ایم و یاد گرفته‌ایم که برای آرامش خود چکار کنیم.» (م ۲۵) مدیر گروه پرستاری یک دانشگاه علوم پزشکی گفت: «من حتماً در هفته یک روز را به استراحت و خلوت با خودم اختصاص می‌دهم. در آن روز مراقبه می‌کنم. با خدای خودم راز و نیاز می‌کنم. کتاب می‌خوانم و سعی می‌کنم از این طریق خودآگاهی را در خودم تقویت کنم و توانم را بازیابی کنم.» (م ۲۱)

خدمات سلامت در سازمان‌های بهداشتی و درمانی توسط گروهی از کارکنان بخش‌های مختلف ارائه می‌شود که چالش‌هایی برای مدیران زن ایجاد می‌کنند. تقویت شبکه‌های ارتباطی در کاهش این چالش‌ها مؤثر است. مدیر کلینیک‌های یک بیمارستان مشکل خود را با مثالی تشریح کرد: «در کلینیک به دلیل اینکه بعضی امور بیماران به پیمانکاران سپرده می‌شود، گاهی افراد از دو مسئول دستور می‌گیرند. این نوعی دوگانگی برای کارمندان به وجود می‌آورد. برای رفع این مشکل برنامه‌ای تنظیم کردم که مسئولان شرکت پیمانکار تصمیم‌گیری را به ما واگذار کنند. در پرسنل هم دیده‌ام که فرمانبری دارند. فکر می‌کنم مدیر قدرتمندی هستم.» (م ۱۰) مدیر پرستاری بیمارستان دیگری نیز در این باره گفت: «نظر پزشکان درمورد بیماران بسیار مهم است زیرا مسئولیت اصلی بیماران با پزشکان است. اما از آنجا که پزشک، به‌صورت دائم بر بالین بیمار حضور ندارد، برای پرستاران چالش‌آفرین است.

و تکه‌تکه کردن ایده و تسخیر آن در طول زمان، به اهداف سازمانی خود دست می‌یابند و بر چالش‌های مرتبط با مدیران مافوق خود غلبه می‌کنند. مدیر درمانگاه‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی راهکار را این‌گونه شرح داد: «مدیران بالادست را به سختی با خود همگام کرده‌ام. همیشه نظرشان را پرسیده‌ام و حتی اگر به دلایل کمبود بودجه مخالف بوده‌اند، در ابتدا پذیرفته‌ام. اما به مرور زمان کار را پیش برده‌ام. مثلاً ابتدا که آمدم، فضای کلینیک خیلی قدیمی و آسیب‌دیده بود. پیشنهاداتی برای بازسازی دادم. با کل کار موافقت نکردند، اما کمی بعد مرحله به مرحله کار را پیش بردم. رؤسا را مرحله به مرحله با خودم همگام کردم. تا اینکه الان همه چیز نو شده است. هم ظاهر ساختمان تغییر کرده و هم مدیران، پرسنل و مراجعان راضی‌ترند.» (م ۱۰)

چالش‌های مرتبط با ویژگی‌های هم‌تایان

مدیران برای مدیریت بهتر سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید توانایی رهبری هم‌تایان خود را هم داشته باشند. بعضی از مدیران زن چالش‌هایی در ارتباط با هم‌تایان مرد خود تجربه کرده بودند. یک مدیر مالی مرکز بهداشت به ما گفت: «مدیران هم‌تراز آقا همیشه خیلی حق به جانب هستند و در طرح موضوعات گستاخ‌ترند، در مقایسه با من که یک خانم هستم -البته شاید بقیه خانم‌ها این‌طور نباشند- من همه جوانب را در نظر می‌گیرم که به کسی برنخورد. به نظر خانم‌ها محتاط‌تر عمل می‌کنند.» (م ۹) بعضی مدیران زن بین چالش‌های هم‌تایان و جنسیت آنها ارتباطی قائل نبودند. یکی از مدیران ادارات مرتبط با تعالی بالینی چنین گفت: «آدم نرمال و سالم درست رفتار می‌کند و برای همکاری چالش ایجاد نمی‌کند. این ارتباطی به جنس افراد ندارد. از هر دو جنس می‌توان چالش داشت. آدم نرمال بچه کوچکش مانع کارش نمی‌شود. همان‌طور که من اجازه ندادم مانع شود. از مهدکودک، از دوستان و از خانواده کمک گرفتم. اما دیده‌ام که آقایان به شدت مدافع یکدیگرند. خانم‌ها شعار می‌دهند، اما در عمل این‌طور نیستند.» (م ۱۸)

در مقابل، بعضی از مدیران، چالش‌هایی در ارتباط با هم‌تایان زن را بیشتر تجربه کرده بودند. مدیر پرستاری شیفت عصر یک بیمارستان خصوصی در این ارتباط گفت: «زنان از

زن به علت سابقه کم در پست‌های مدیریتی در برقراری ارتباط مناسب با مقام مافوق از جنس مخالف با مشکل روبه‌رو می‌شوند. مدیر قبلی این‌طور ادامه داد: «در زنان روحیه ترس از مقام مافوق غالب‌تر است. فکر می‌کنند اگر نتوانند به مافوق پاسخگو باشند، اتفاق بدی می‌افتد. خصوصاً در افرادی که سن و سابقه کاری کمتری دارند و ترس از دست دادن جایگاه خود را دارند و برای حفظ و تثبیت موقعیت کاری خود ترجیح می‌دهند بیشتر حرف را گوش بدهند و بپذیرند تا اینکه بخواهند عقیده خود را بیان کنند. به مرور که سابقه کاری بیشتر می‌شود، شهامت فرد بیشتر می‌شود، چون چیزی برای از دست دادن ندارند. مثلاً الان من دلبستگی به این جایگاه ندارم. ۲۵ سال کار کرده‌ام، می‌خواهم برای دلم کار کنم و عقیده خودم را مطرح کنم، حتی اگر مخالفانی هم داشته باشد.» (م ۲)

حمایت مدیران ارشد تأثیر مثبتی در عملکرد مدیران زن و کاهش چالش‌های رهبری آنها دارد. برای مثال، مدیر پرستاری یک بیمارستان درباره حمایت مدیر مافوق گفت: «از نظر مدیرعامل بیمارستان، سوپروایزر عصر [من]، جانشین ایشان است و تمام بخش‌های اداری و پرستاری، حتی پزشکان کشیک، این دستور ریاست را می‌دانند. مدیرعامل بیمارستان این حمایت را از سوپروایزرهای عصر دارد و چالش‌ها را حل کرده. اگر چنین حمایتی نبود، هرج و مرج می‌شد.» (م ۱۴) گاهی همسو کردن مدیران ارشد برای جذب منابع و دستیابی به اهداف سازمانی نیاز به مستندات و دلایل کافی دارد. رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت راهکار خود را این‌طور بیان کرد: «من نه تنها اداره خودم را رهبری می‌کنم، بلکه مدیران بالادست را هم به نوعی رهبری می‌کنم تا بتوانم کارهایم را پیش ببرم. برای این کار مستند صحبت می‌کنم. آدم‌هایی که مسئولیتی دارند، آدم‌های باهوشی هستند. در جلسه‌ای حضور داشتم که تصمیم‌گیری اشتباهی داشت انجام می‌شد. من صحبت کردم و برای توجیه تصمیمی که داشت به اشتباه گرفته می‌شد، دلایلی ارائه دادم. البته از آنجا که معمولاً این به من ثابت شده که هر زمان پیشنهادی می‌دهم، فاعل آن کار خودم می‌شوم، سعی می‌کنم تصمیمی که می‌گیرم به جامعه لطمه وارد نکند و از طرف دیگر، سیستم را به گونه‌ای هدایت می‌کنم که وظایف سایر واحدها به دوش واحد ما نیفتد.» (م ۱۴) گاهی مدیران زن با تقسیم کار به پروژه‌های کوچک‌تر

چالش‌های ساختاری

مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌های ساختاری ناشی از کمبود منابع، ساختار سازمانی بوروکراتیک و سلسله‌مراتبی و ساختار نامناسب اطلاعاتی و ارتباطی روبه‌رو هستند. کمبود منابع، از جمله منابع انسانی، از نظر مدیران زن چالش‌هایی برای رهبری سازمان به همراه داشت. یک مدیر عملیاتی در واحد مدارک پزشکی یک بیمارستان دولتی گفت: «کمبود نیروی انسانی باعث می‌شود که فشار کار روی کارکنان بیشتر شود. شیفت‌های عصر و شب پشت سر هم باعث افزایش نارضایتی در کارکنان می‌شود. این فشار کاری عملکرد کارکنان را کاهش می‌دهد و انگیزه کاهش و نارضایتی از واحد افزایش می‌یابد.» (م ۲۴) بار کاری زیاد از جمله آثار مهم کمبود منابع است که منجر به افزایش فشار کاری و روحی رهبر می‌شود. از مهم‌ترین راهکارهای کاهش بار کاری، تفویض اختیار مناسب است. این مدیر عملیاتی ادامه داد: «وقتی بار کاری زیاد شد، چون می‌خواستم کار را به نحو احسن انجام دهم، بخشی از کار را به خانه می‌بردم. برای حل مشکل بخشی از مسئولیت پذیرش نوبت‌دهی را به یکی از کارکنان که مهارت فنی خوبی داشت، تفویض کردم. کنترل نهایی دست خودم بود اما این تفویض اختیار کمکم می‌کرد.» (م ۲۴)

خلق و مدیریت صحیح منابع از جمله مهم‌ترین راهکارهای مدیران زن برای مقابله با کمبود منابع بود. سوپروایزر بالینی یک بیمارستان خصوصی گفت: «اگر مدیری هنر شناسایی و به کارگیری منابع ناشناخته در سازمان را داشته باشد، رهبر موفقی می‌شود. برای مثال رئیس بیمارستان با سرمایه سهامداران یک ساختمان در مجاورت بیمارستان خرید و آن را تبدیل به بخش جراحی قلب کرد. با این کار هم یک دپارتمان تخصصی به بیمارستان اضافه شد، هم بیماران بخش داخلی قلب نیازمند به جراحی و آنژیوگرافی به سایر مراکز ارجاع داده نمی‌شدند و هم باعث تولید سود کلان و افزایش رضایت شرکا و بیماران شد.» (م ۲۷) مدیر اطلاعات سلامت بیمارستانی هم گفت: «من برای حل این چالش، منابع انسانی را با توجه به توانمندی‌ها و استعدادهایشان چینش می‌کنم. مثلاً از افرادی که ارتباطات بهتری برقرار می‌کنند در واحد اطلاعات و پذیرش استفاده می‌کنم.» (م ۲۴)

ساختار اطلاعاتی نامناسب می‌تواند برای رهبری مدیران

یکدیگر حمایت نمی‌کنند. از طرف آقایان مشکلی ندیدم، چون آقایان کمتر به مسائل توجه می‌کنند.» (م ۱۰) یکی از معاونان یک مرکز سرطان مشکلات مدیران زن هم‌تراز را این‌طور شرح داد: «مردان بیشتر اطلاعات در اختیار همدیگر قرار می‌دهند. در مقابل، زنان این‌طور نیستند. حتی در مورد آشپزی در دادن دستور یک غذای خاص همیشه فوت آخر را به هم نمی‌گویند. حسی مثل حسادت نسبت به هم دارند. در سازمان‌ها و رسیدن به پست‌های ارشد هم همین‌طور است. اگر ببینند که همکارشان برای پست ارشدی در نظر گرفته شده، به او کمک نمی‌کنند تا موفق شود که آنها هم موفق شوند. بالعکس، به اصطلاح زیرآب او را می‌زنند بلکه بتوانند جای او را بگیرند. اما مردان این کار را در مورد هم نمی‌کنند. این چالشی است که زنان خودشان برای خودشان به وجود می‌آورند.» (م ۵)

حمایت نکردن مدیران هم‌تراز از یکدیگر موجب شکست حلقه ارتباطی مدیران با یکدیگر، هدررفت منابع و نقص جریان اطلاعات و در نهایت، محقق نشدن اهداف سازمان می‌شود. به‌ویژه در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، نبود ارتباط صحیح مدیران با یکدیگر موجب سردرگمی بیماران می‌شود. یک پرستار اورژانس که پس از سال‌ها فعالیت بالینی و ارتقای تحصیلات، عهده‌دار مدیریت کلینیک‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی بود، در ارتباط با چالش‌های هم‌تایان هم‌جنس چنین گفت: «خانم‌های هم‌تراز با تحصیلات پایین‌تر معمولاً سخت‌تر ارتباط برقرار می‌کنند. گارد دارند. حتی تلفن‌ها را هم به سختی پاسخ می‌دهند. مثلاً در مورد مدیر پرستاری این مشکل را دارم. دستورالعمل‌های مهمی که از وزارتخانه می‌آید، معمولاً اول به دفتر ایشان ارسال می‌شود و از آنجا به بخش‌های دیگر ارجاع داده می‌شود. بارها پیش آمده که بعد از سه ماه متوجه شده‌ام که یک دستورالعمل آمده و ایشان به من اطلاع نداده یا برای جلسات از من دعوت نمی‌کنند. اما از طرف آقایان چنین رفتاری ندیده‌ام. خصوصاً آقایان مقام‌های بالادست ارتباط خوبی برقرار می‌کنند. من سعی می‌کنم حتی‌الامکان کارهایم با چنین افرادی ارتباط پیدا نکند، مگر اینکه مجبور باشم با آنها هم کلام شوم.» (م ۱۰) برقراری جلسات رسمی و غیررسمی هم‌تایان، آموزش مدیریت تعارض و توانمندسازی زنان راهکارهایی بود که به منظور کاهش چالش‌های رهبری هم‌تایان عنوان شد.

برای سیستم من دارد، اگر لازم باشد از خودم می‌گذرم و آن امتیاز را جذب می‌کنم. ساختار ارتباطی یک رهبر باید آمیزه‌ای از ارتباطات رسمی و غیررسمی باشد. من از تمام کانال‌های ارتباطی رسمی که دارم استفاده می‌کنم. به مرور زمان وقتی کانال‌های رسمی کم می‌شود، مجبور می‌شوم از کانال‌های غیررسمی استفاده کنم. استفاده از کانال‌های غیررسمی ارتباطی همیشه ایمن نیستند. تنش ایجاد می‌کنند و توان مدیر را کم می‌کند.» (م ۲۱)

چالش‌های فرهنگی

فرهنگ سازمانی مجموعه اعتقادات و ارزش‌های مشترک بین کارکنان سازمان است. مقاومت نسبت به تغییر، نپذیرفتن مسئولیت، ضعف پاسخگویی، ریسک‌پذیری پایین، کلیشه‌های جنسیتی و تبعیض سازمانی، رهبری مدیران زن را در سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش مواجه می‌کند.

تداوم حیات و توسعه سازمان‌های بهداشتی و درمانی در گرو تطبیق با تغییراتی است که با آنها مواجه می‌شوند. رهبری تحولات یکی از تأثیرگذارترین وظایف مدیران در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. حمایت نکردن از تغییر، چالشی بود که مدیران زن با آن مواجه بودند. یک جراح متخصص و رئیس یک بیمارستان موضوع را چنین بیان کرد: «هیچ‌گاه از اینکه تغییر به وجود بیاورم، نگران نیستم. بعضی افراد به محض اینکه شرایط ایده‌آلی پیدا می‌کنند، دیگر حاضر به تغییر نیستند. اما من، حتی الان که ۵۲ سال دارم، وقتی می‌بینم نمی‌گذارند تغییرات مثبت به وجود بیاورم، نهایتاً محیطم را تغییر می‌دهم. حتی حاضر از این شهر بروم. هیچ‌وقت نه از رقابت واهمه داشته‌ام و نه از تغییر ترسیده‌ام. تغییر دادن را دوست دارم. اکثر افراد در بیمارستان در مقابل تغییر مقاومت می‌کنند.» (م ۲۲) برخی مدیران زن ویژگی‌های جنسی زنان را مانع رهبری موفق تحولات می‌دانستند. برای مثال، یک مدیر میانی در یک مرکز سرطان گفت: «غالباً افراد در پذیرش یک روال یا فرآیند جدید ابتدا مخالفت می‌کنند بدون اینکه به فواید آن فکر کنند. به همان دلیل که افراد یاد نگرفته‌اند نفع دیگران را هم در نظر بگیرند. مدیران مرد قاطع‌ترند و کمتر از تصمیماتشان برمی‌گردند و به همین دلیل فکر می‌کنم در رهبری تغییرات موفق‌تر از زنان هستند، زیرا خانم‌ها

در سازمان‌های بهداشتی و درمانی مشکلاتی ایجاد کند. یک مدیر گروه پرستاری گفت: «من همه بخشنامه‌ها را حفظ هستم. اشراف به قوانین و مقررات، اشراف به پتانسیل‌ها و توانمندی‌ها برای من موفقیت به همراه داشته است. رهبر باید به همه امور اشراف داشته باشد تا بتواند کل مجموعه را ببیند. باید جامع‌الشرایط باشد تا بقیه برای حل مسائل خود به او رجوع کنند و در مرحله‌ای که تصمیم‌گیری برایشان مشکل شده از رهبر راهنمایی بگیرند.» (م ۲۱) به‌روزرسانی و اصلاح دائمی ساختار اطلاعاتی، مهم‌ترین راهکار مدیران زن در رفع این مشکل بود. یکی از مدیران تعالی بالینی گفت: «همیشه سعی می‌کنم حرفم را به کرسی بنشانم، اما قبلاً حتماً موضوع را کامل بررسی می‌کنم. اگر اطلاعاتم ناقص باشد که حرف نمی‌زنم. اگر موضوع را کامل بررسی نکرده باشم، سکوت می‌کنم، مستنداتم را کامل می‌کنم، به کارشناسان تیمم می‌گویم که تمام نامه‌ها و دستورالعمل‌ها را پیدا کنید و دست پر به جلسه می‌روم. خیلی اوقات در جلسات موضوعات جدیدی می‌شنوم. موضوعات بهداشتی و درمان بسیار متنوع هستند و باید همیشه اطلاعات مدیر به‌روز شود.» (م ۱۸)

به عقیده مدیران زن، ساختار نامناسب ارتباطات رهبر می‌تواند چالش‌هایی ایجاد کند. یک متخصص پزشکی اجتماعی که سال‌ها معاون بهداشتی یک دانشگاه علوم پزشکی نیز بوده، در ارتباط با چالش‌های ساختاری چنین گفت: «بیشتر ضعف‌های ما در سیستم به خاطر ساختار عمودی است، انتظار داریم دستور بدهیم و کارمند اجرا کند. او هم ظاهراً اجرا می‌کند، اما کار خودش را برای ایجاد ایمنی جایگاهش می‌کند. این ساختار عمودی نه ذره‌ای به دانش من مدیر اضافه می‌کند، نه به دانش خودش و نه به ارتقای سیستم. (م ۱۳) مدیران زن با ترکیب ارتباطات رسمی و غیررسمی و استفاده از ویژگی‌های اخلاقی مثبت از وقوع چنین چالش‌هایی دوری می‌کنند. مدیر گروه پرستاری یک دانشگاه در این باره گفت: «خلق و خوی رهبر در ارتباطات او خیلی اهمیت دارد. من افرادی را که دائماً اخمو و بدخلق هستند، اصلاً در دفترم راه نمی‌دهم. اگر شما با روحیه ملایم و پذیرا با دیگران ارتباط برقرار کنید، حتی اگر تصمیم خشنی هم بگیرید، آن تصمیم راحت‌تر پذیرفته می‌شود. من با هیچ‌کس تعارض ندارم. اگر تعارضی هم به وجود بیاید، برای حل آن پیشقدم می‌شوم. هر جا بدانم که امتیازی

انعطاف‌پذیرتر و دلسوزترند.» (م ۵) یک سوپروایزر بالینی در بیمارستان خصوصی دیدگاه متفاوتی به ارتباط جنسیت و رهبری تحولات داشت: «اتفاقاً مدیران زن در ایجاد و پذیرش تغییرات منعطف‌تر عمل می‌کنند و مدیران مرد در مقابل تغییرات مقاومت می‌کنند. حتی در مورد تغییرات در خانه هم زیاد شنیده‌ام که آقایان در مقایسه با خانم‌ها در برابر تغییر و تحول مقاومت دارند.» (م ۲۷) زنان با کمک ویژگی‌های انعطاف‌پذیری و هدایت جریان تحولات بر چالش مقاومت در برابر تغییر غلبه می‌کنند.

ترجیح منافع جمعی به منافع فردی در سازمان در نتیجه تقویت فرهنگ مسئولیت‌پذیری اتفاق می‌افتد. مدیران زن به ما گفتند که با چالش‌های مسئولیت‌پذیری در سازمان مواجه هستند. یک رئیس بیمارستان چالش وجود افراد مسئولیت‌ناپذیر در سازمان را این‌طور شرح داد: «ما در سازمان دخالتی در انتخاب کارکنان نداریم. کارکنان به‌طور رسمی استخدام و به ما واگذار شده‌اند. متأسفانه تعداد زیادی از آنها با روابط استخدام شده‌اند. به ویژه در تهران این‌گونه استخدام با روابط بیشتر رواج دارد. در نتیجه، افراد به جای اینکه بخواهند در ازای انجام وظایف دستمزد دریافت کنند، سازمان را بدهکار خود و امتیازات سازمانی را بدون تلاش حق خود می‌دانند. تغییر دادن فرهنگ در این افراد دشوار است. بسیاری از کارکنان از سنین پایین در بیمارستان بوده‌اند و به تنبلی و مسئولیت‌ناپذیری عادت کرده‌اند.» (م ۲۲) مدیران زن علاوه بر دلایل شخصیتی، علل جنسیتی برای مسئولیت‌پذیری افراد قائل بودند. برای مثال، یکی از معاونان در وزارت بهداشت با سال‌ها سابقه کار بالینی گفت: «مسئولیت‌پذیری زنان نسبت به آقایان بیشتر است، وقتی کاری به زنان سپرده می‌شود، شاید به دلیل ویژگی ریزبینی که دارند دقیق‌تر انجام می‌دهند.» (م ۳) مدیران زن با تصمیمات درست و به‌کارگیری توانمندی خود برای ایجاد مسئولیت‌پذیری در افراد تلاش می‌کنند. رئیس یک بیمارستان این‌طور گفت: «بعضی مدیران افراد را ۳ دسته می‌کنند؛ به افراد تنبل کار نمی‌دهند، به افراد پر تلاش کار بیشتر و به افراد معمولی کارهای پیش پا افتاده می‌دهند. اما من چون طرفدار عدالت هستم، بیشتر دچار چالش می‌شوم. کارکنان علیه من تبلیغات سوء می‌کنند، اما تحمل می‌کنم و تغییر را به وجود می‌آورم. چون اگر تغییر ایجاد نکنم،

بیمارستان به چشم نمی‌آید و هیچ مزیتی نخواهد داشت. در این دنیای تغییرات، سازمان باید روز به روز متحول شود. مبارزه کردم و این تعهد را در کارکنان به وجود آوردم. از روز اول که رئیس بیمارستان شدم، به کارکنان گفتم که تمام تلاش من این است که این بیمارستان را تبدیل به جایی کنیم که ترجیح دهیم عزیزترین افراد خانواده خود را برای امور درمانی به اینجا بیاوریم. این فرهنگ را بپذیرید که همه‌چیز برای بیمار است. این مشتری و بیمار است که به ما هویت داده است. وقتی کارکنان توانمندی خود را دیدند، تصمیمات درست من را درک کردند و عدالت را نه به عنوان شعار، بلکه در رفتار خود به عنوان الگوی بیمارستان احساس کردند، به تدریج تغییر در فرهنگ و رفتارشان اتفاق افتاد.» (م ۲۲)

در سازمانی که فرهنگ مسئولیت‌پذیری نهادینه است، افراد پاسخگوترند. پاسخگویی از مسئولیت‌پذیری حاصل می‌شود. ضعف پاسخگویی یکی دیگر از چالش‌های مدیران زن در رهبری سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. تفویض امور، هوش اخلاقی بالا و پیوند دادن فرآیندها با عقاید و ارزش‌های سازمان از جمله مهم‌ترین راهکارهای مدیران زن برای تقویت پاسخگویی بود. مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان گفت: «رفته رفته که مسئولیت‌های مدیر زیاد می‌شود، پاسخگویی به تمام مسئولیت‌هایی که به دوش اوست، پایین می‌آید. من در چنین مواردی بخشی از مسئولیت‌ها را به بعضی از کارکنانم که از لحاظ فنی قوی هستند، واگذار می‌کنم. کنترل امور همچنان به دست خودم است، اما کار را به آنها تفویض می‌کنم.» (م ۲۴) ریسک‌پذیری یکی از عوامل توسعه در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. فرهنگ سازمانی ریسک‌پذیر با خلاقیت و نوآوری مدیران و کارکنان حمایت می‌شود. ریسک‌پذیری پایین از جمله چالش‌هایی بود که مدیران زن با آن مواجه بودند. سرپرست یکی از ادارات معاونت بهداشتی یک دانشگاه علوم پزشکی گفت: «خانم‌ها دقت و نکته‌بینی بیشتری دارند. آقایان جسارت بیشتری دارند و ریسک‌هایی را می‌پذیرند که خانم‌ها نمی‌پذیرند. هر دو ویژگی قابل آموزش است. یعنی می‌توان به آقایان دقت و نکته‌بینی بیشتر و به خانم‌ها ریسک‌پذیری آموزش داد. خانم‌ها در جامعه همیشه از محدودیت‌ها و برخوردهایی پرهیز کرده‌اند. این باعث شده که کمتر ریسک کنند.» (م ۱۹) معاون یکی از ادارات بهداشت

این است که رهبری و قدرت، مردانه و متعلق به جنس مرد است. یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت گفت: «در فرهنگ ما قدرت مردان در رهبری پذیرفته‌تر است و به نوعی مردسالاری دیده می‌شود. نه به دلیل اینکه خانم‌ها توانمند نیستند، بلکه در فرهنگ غالب اگر زنان بخواهند قدرت بیشتری نشان دهند، جلوی آنها مانع وجود دارد.» (م ۲) سابقه مردان به عنوان منبع قدرت جسمانی و فرهنگ مردسالارانه در جامعه یکی از دلایل رواج نگاه مردانه به رهبری است. یکی از معاونان دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: «اینکه عموم تصور می‌کنند که مردان رهبران بهتری هستند، به دلایل فرهنگی است. ما به آدمی که خیلی قدرتمند است راحت‌تر اعتماد می‌کنیم. در مواردی که لازم است برای کاری بجنگیم، به مردان اعتماد می‌شود. در نتیجه کارکنان فکر می‌کنند که مردان رهبران بهتری هستند.» (م ۱۲) یک مدیر میانی در یکی از مراکز بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران هم گفت: «در فرهنگ ما این وجود دارد که افراد در امور مختلف بیشتر به آقایان مراجعه می‌کنند. مثلاً اگر به وکیل یا حسابرس احتیاج داشته باشند، ترجیح می‌دهند مرد باشد. شاید به خاطر همان شجاعت است که در آقایان بیشتر است، اما شاید توانایی خانم‌ها بیشتر باشد.» (م ۹) یک سوپروایزر بالینی گفت: «در مواقعی که یک بیمار در شرایط اورژانسی قرار می‌گیرد، یک پرستار مرد عملکرد جسورانه‌تری نسبت به یک پرستار خانم دارد. برای مثال ما چند بهیار مرد داشتیم که در شرایط اورژانسی که مرگ و زندگی بیمار هر ثانیه در گرو عملکرد کادر درمان است، تمام اقدامات لازم برای احیای بیمار را متهورانه انجام می‌دادند. سوپروایزر مرد ما، وقتی بخشی از کار بیمار مثلاً جواب آزمایش در واحد دیگری مانده باشد، خودش به سرعت پیگیری می‌کند، در حالی که سوپروایزر خانم ما این کار را به کارکنان مربوطه می‌سپارد. منظورم این نیست که خانم‌ها کمتر به بیمار اهمیت می‌دهند یا رهبران ناموفقی هستند. خانم‌ها ضابطه‌مندتر هستند و بیشتر در چارچوب قوانین حرکت می‌کنند.» (م ۲۷)

مدیران زن مورد مصاحبه تبعیض جنسیتی را احساس کرده‌اند. برای مثال، رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت در رابطه با تبعیض در دستمزد مردان و زنان گفت: «با اینکه کمترین دریافتی مربوط به زنان است، به دلیل دقت و مسئولیت‌پذیری

گفت: «خانم‌ها دقیق‌تر تصمیم‌گیری می‌کنند. کمی دیر تصمیم می‌گیرند اما تصمیمشان دقیق‌تر است. ریسک‌پذیری آقایان در مدیریت شاید بیشتر باشد یا خطای بیشتری هم داشته باشند. چون وقتی آدم ریسک را می‌پذیرد، احتمال اینکه خطا کند هم بیشتر است. چون معمولاً ریسک‌پذیری خانم‌ها کمتر است، خطای آنها هم کمتر است. زنان در پست مدیریتی سعی می‌کنند با مسائل مالی درگیر نشوند یا اگر درگیر می‌شوند خطای کمتری داشته باشند.» (م ۱۱) یک پرستار با مسئولیت مدیریت درمانگاه‌های یک بیمارستان نیز گفت: «فکر می‌کنم ریسک‌پذیری خانم‌ها کمتر است. خودم این‌طور نیستم اما در مورد غالب زنان این‌طور فکر می‌کنم.» (م ۱۰)

برخی از مدیران برای ریسک‌پذیری علل تربیتی و اکتسابی و برخی دیگر علل ذاتی قائل بودند. برای مثال یک جراح متخصص دارای پست معاونت در دانشگاه علوم پزشکی گفت: «در فرهنگ عمومی برای کارهایی که خطرناک محسوب می‌شود و ریسک بیشتری دارد، زنان را ناتوان‌تر می‌دانند. حتی در جاهایی از لحاظ علمی زنان را ناتوان‌تر می‌دانند. من این چالش‌ها را به وضوح در پزشکی احساس کرده‌ام، حتی در دانشگاهی با فرهنگ بالاتر مثل دانشگاه تهران هم دیده بودم که می‌گفتند زنان که نمی‌توانند. هرچه سطح فرهنگ پایین‌تر باشد، این چالش‌ها بیشتر دیده می‌شود. به نظرم این چالش‌ها مربوط به خود خانم‌هاست. این خانم‌ها هستند که آقایان را تربیت می‌کنند. اگر آنها را درست تربیت کنند، چنین طرز فکری پیدا نمی‌کنند.» (م ۸) معاون فرهنگی یک دانشگاه علوم پزشکی گفت: «آقایان به دلیل ویژگی خلقت، شهامت بالایی دارند، بیشتر ریسک‌پذیر هستند و برای گرفتن یک پست مدیریتی یا موفق شدن در آن خیلی ریسک می‌کنند. من پشت پست مدیریت کلی مخاطره می‌بینم.» (م ۱۲) علاوه بر پرورش ریسک‌پذیری از کودکی، دریافت مشاوره یکی از راهکارهایی بود که برای غلبه بر ریسک‌پذیری پایین عنوان شد. معاون یک واحد مرتبط با منابع انسانی گفت: «زنان مدیر قانون‌مدارترند و به این دلیل ریسک‌پذیری کمتری نسبت به مردان دارند. من خیلی ریسک‌پذیر نیستم و برای رفع این مشکل معمولاً با افراد خبره مشورت می‌کنم.» (م ۳)

نقش‌های جنسیتی برای مدیران زن چالش‌آفرین بود. مدیران زن معتقد بودند انتظار افراد در داخل و خارج سازمان

مسئولیتی را از ابتدا قبول نکرده است. الان که بیشتر اوقات سردرد دارم و خسته می‌شوم، فقط بعضی خریدها را انجام می‌دهد اما بقیه کارها به عهده خودم است. تمام مسئولیت‌های بچه شامل واکسن زدن و خرید و مدرسه هم به عهده خودم بوده و هست.» (م ۶)

از جمله آثار دیگر کلیشه‌های جنسیتی بر رهبری زنان، پدیده «سقف شیشه‌ای» بوده است. معاون یک مرکز بهداشت گفت: «ما حتی در حوزه سلامت در مورد جراحان زن و مرد این تفاوت را می‌بینیم. اکثر افراد، جراح مرد را به جراح زن ترجیح می‌دهند. در صورتی که شاید این بهتر بودن ظاهری، به دلیل سابقه کم زنان در جراحی است. ۵۰ سال فرق در میان است. این بحث فرهنگی است و باید روی فرهنگ افراد کار شود.» (م ۱۱) یک جراح متخصص و قائم مقام رئیس یک بیمارستان نیز گفت: «در دوره طرحم در شهرستان با اینکه مردم به من اعتماد داشتند و برای مشکلاتشان به من مراجعه می‌کردند، اما من را آقای دکتر خطاب می‌کردند. برای اینکه از نظر فرهنگی آقایان به عنوان مرجعیت پذیرفته‌تر هستند. در بین همکاران پزشکی هم شنیده‌ام که آنها را خانم پرستار خطاب می‌کردند. یعنی چون معتقد بودند که پزشک رتبه بالاتری نسبت به یک پرستار دارد، پس یک پزشک حتماً باید آقا باشد و یک خانم به احتمال بیشتر یک پرستار است تا یک جراح.» (م ۸) سرپرست یکی از ادارات معاونت بهداشت یک دانشگاه علوم پزشکی گفت: «زنان در جامعه ما جنس دوم تلقی می‌شوند. این تصور وجود دارد که وظیفه اصلی زن این است که در خانه باشد و وظیفه مرد این است که چرخ‌های اقتصاد جامعه را بچرخاند. اما زنان در جامعه امروز نشان داده‌اند که هم می‌توانند مسئولیت‌های خانه را داشته باشند و هم در جامعه حضور داشته باشند. حتی در جلسات بارها شنیده‌ام که آقایان به شوخی می‌گویند که خانم‌ها که مشکلی ندارند، بیچاره آقایان باید یک خانواده را بچرخانند. طبیعتاً این نوع نگرش زن را موجود درجه دو می‌داند و مرد را در اولویت می‌بیند. در نتیجه مردان که در جایگاه‌های بالا قرار دارند، بیشتر آقایان را دور خود جمع می‌کنند و دخیل کردن خانم‌ها در تصمیم‌گیری را کسر شأن خود و یک کار غیرطبیعی می‌دانند.» (م ۱۹)

اثر دیگر نقش‌های جنسیتی بر رهبری زنان «صخره

بیشترشان، بار بیشتری روی دوش خانم‌هاست. همیشه بین دستمزد دریافتی زنان و مردان تفاوت وجود دارد. مدیران فکر می‌کنند بار مسئولیت زندگی را مردان باید به دوش بگیرند. به همین علت دستمزد بیشتری برای آقایان در نظر می‌گیرند. این ناشی از فرهنگ ماست. در صورتی که یک خانم شاغل چندبرابر مسئولیت زندگی را به دوش می‌کشد. یک مرد فکر می‌کند بیشتر باید پاسخگوی نیازهای مادی خانواده باشد، در حالی که خانم‌ها حتی پاسخگوی نیازهای مادی هم هستند. در بسیاری از زندگی‌ها می‌بینم که مردان در امور و مسئولیت‌های مربوط به فرزندان هیچ‌گونه مداخله‌ای نمی‌کنند.» (م ۲) سوپروایزر بالینی یک بیمارستان نیز گفت: «علاوه بر تبعیض در دستمزد، در دادن اضافه‌کار به کارکنان زن و مرد هم در بیمارستان تبعیض وجود دارد. یعنی اگر یک فرصت اضافه‌کار و دو گزینه کارمند خانم و آقا وجود داشته باشد، اضافه‌کار به آقا تعلق می‌گیرد. مگر اینکه روابط دیگری حاکم باشد.» (م ۲۷) همچنین یک مدیر میانی در یک مرکز سرطان گفت: «جامعه ما مردسالار است. حتی در سازمان ما هم که معتقد هستم فرقی بین زن و مرد وجود ندارد، باز هم می‌بینم که رئیس من در اختصاص دادن مزایا به مردان تبعیض‌هایی قائل می‌شود، زیرا معتقد است کارمند مرد مسئولیت تأمین خانواده را به عهده دارد.» (م ۵)

نقش‌های جنسیتی، تبعاتی برای رهبری زن داشته است. این آثار از سطح خانواده‌ها به عنوان کوچک‌ترین نهادهای اجتماعی تا سطح جامعه قابل مشاهده است. یکی از معاونان در وزارت بهداشت گفت: «ما خانم‌ها به دلیل اینکه خواسته‌ایم اثبات کنیم که اگر عهده‌دار مسئولیت باشیم چیزی کم نمی‌گذاریم، مجبور شده‌ایم تبعات آن را بپذیریم. مثلاً به لحاظ پستی که داریم تلاش می‌کنیم خودمان را تطبیق بدهیم. درست است که من سعی می‌کنم در مورد مسئولیت‌های خانه کم نگذارم، اما شاید از دیدگاه فرزندانم و همسرم اشکالاتی وجود داشته باشد. خیلی اوقات به دلیل خستگی یا فشار کاری و تمام نشدن کار، آن را به منزل منتقل کنم که این از نظر آنها شاید مشکل داشته باشد. این موضوع برای زنان چالش‌های خانوادگی ایجاد می‌کند.» (م ۳) این نگرش جنسیتی به رهبری زنان باعث حمایت نکردن خانواده و جامعه از مدیران زن شده است. رئیس یک سازمان دارویی گفت: «همسر هیچ

را هم دارند. جامعه باید تسهیلاتی را فراهم کند، اما برای زمانی که من یک مدیر ارشد شده‌ام و به دلیل ساعات کار طولانی پیش فرزندانم حضور ندارم، جامعه چه کاری می‌تواند انجام دهد؟ اگر برای رفاه کارکنان زن، شرایطی برای نگهداری فرزندان‌شان در محل کار فراهم باشد، خوب است، اما وقتی در جایگاه بالاتر هستی، گاهی مجبوری ساعات طولانی‌تری در محل کار بمانی. بعضی جلسات اداری ساعت ۵ عصر شروع می‌شود و نمی‌توان تفویض هم کرد. یعنی باید وقت اختصاص دهی.» (م ۲) معاون یک مرکز بهداشت نقش جامعه را با مثالی این‌گونه بیان کرد: «در رسانه‌ها هم اکثراً مدیران سازمان‌های موفق را مرد نشان می‌دهند و زنان را به طریقی نشان می‌دهند که مدیری بدخلق و ناتوان است یا حتی نمی‌تواند چک امضا کند. این خود روی فرهنگ مردم تأثیر می‌گذارد. هم ما زنان باید روی توانمندی خود کار کنیم و هم رسانه، دانشگاه‌ها و کل جامعه باید در این راستا کار کنند که نشان دهند خانم مدیر توانمند هم داریم. مثلاً رئیس سازمان استاندارد جزو مدیران زن توانمند است.» (م ۱۱)

برخی از مدیران به نقش قوانین و مقررات در اصلاح کلیشه‌های جنسیتی اشاره کردند. یک مدیر امور عمومی گفت: «وقتی فرهنگ چیزی را نمی‌پذیرد، باید از قانون و جریمه استفاده کرد. باید برای این موضوع هم قوانینی نوشته شود و بابت انجام نشدنش جریمه‌هایی در نظر گرفته شود. مثلاً به سازمان‌ها بخشنامه زدند که تمام سازمان‌ها باید ۳۰ درصد تعداد مدیران زن را افزایش دهند اما جریمه‌ای برای انجام نشدنش تعیین نکردند.» (م ۷) ضمانت اجرای قوانین و پیگیری و مطالبه زنان نقش مهمی در اصلاح نقش‌های جنسیتی دارد. یک مدیر گروه تعالی بالینی گفت: «آقایان در کشور بهتر می‌توانند ترقی کنند. الان مصوبه داده‌اند که تعداد مدیران زن باید ۳۰ درصد افزایش یابد. با اینکه ابلاغ شده و در اسناد بالادستی اشاره شده اما سازمان‌ها به آن نرسیده‌اند. نمادین است. در اموری که مربوط به زنان است، مثلاً مامایی و امور زنان، مشاور وزیر زن داریم اما در بخش‌های دیگر، وزیر زن و مدیر ارشد زن نداریم.» (م ۱۸) تقویت روحیه مطالبه‌گری در زنان به اصلاح نقش‌های جنسیتی کمک می‌کند. یکی از سرپرستان معاونت‌های بهداشتی گفت: «هم مردان و هم زنان برای مطالبه حقوق خود منفعل هستند. وقتی برای پیگیری

شیشه‌ای» است. گاهی مدیریت بخش‌های نابه‌سامان به مدیران زن سپرده می‌شود تا با بیشترین چالش‌ها مواجه شوند. سوپروایزر بالینی یک بیمارستان گفت: «زمانی که برای اجرای استانداردهای اعتباربخشی نیاز به مدیر بهبود کیفیت داشتیم، مدیر بیمارستان - آقا بود - سعی می‌کرد رئیس بیمارستان را متقاعد کند که نیازی به استخدام چنین فردی در سیستم نیست، زیرا تصور می‌کرد که مدیر بهبود کیفیت ممکن است جای ایشان را بگیرد. از بین افرادی که برای استخدام می‌آمدند فقط خانم‌ها را انتخاب می‌کرد و از ابتدای ورودشان آن‌قدر برای آنها چالش ایجاد می‌کرد که یا خودشان کناره‌گیری کنند و یا فاقد شایستگی به نظر می‌آمدند. چهار پنج خانم با تحصیلات دکترای مدیریت آمدند و پس از مدت کوتاهی نتوانستند دوام بیاورند و استعفا کردند. در آخر هم رئیس بیمارستان یک آقای جوان از آشنایان خود را برای این پست در نظر گرفت که دیگر مدیر بیمارستان نتوانست مبارزه کند.» (م ۲۷) مدیر اطلاعات سلامت یک بیمارستان نیز از تجربه خود تعریف کرد: «مدیر مردی داشتم که با کار کردن خانم‌ها، مخصوصاً مدیرانشان مشکل داشت. از همسرش هم امضا گرفته بود که باوجود تحصیلات دانشگاهی، هیچ‌وقت اشتغال به کاری نداشته باشد. آقایان را مدیر می‌دانست حتی اگر شایستگی نداشتند، مگر اینکه یک مدیر خانم با مستندات بسیار محکم و زیاد برای کاری به ایشان مراجعه می‌کرد. با اینکه با من مشکل خاصی نداشت و می‌خواست من را جایگزین خانم دیگری کند که کارش خوب بود. اما نخواستم بازیچه ایشان شوم. شرایط واحد هم بسیار متزلزل بود. من با هوش هیجانی که داشتم، ترجیح دادم در گوشه‌ای از بیمارستان کار کوچک‌تری داشته باشم تا اینکه مدیر واحدی با شرایط بد باشم.» (م ۲۶) زنان با تقویت هوش هیجانی و کسب اطلاعات لازم درباره موقعیت پیشنهاد شده و قبول نکردن آن با وضعیت «صخره شیشه‌ای» مقابله می‌کنند.

درواقع جنسیت عامل بازدارنده در رهبری زنان نیست، بلکه مفهوم سنتی نقش‌های جنسیتی در رهبری چالش‌آفرین است. مدیران زن به نقش جامعه در اصلاح کلیشه‌های جنسیتی اشاره کردند. یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت گفت: «برای من جنسیت مانع نبوده. در بهداشت و درمان هر دو جنس می‌توانند به مدیریت ارشد برسند. توانمندی‌هایش

در ارائه و سخنرانی کردن خجالت می‌کشیدم. حتی در این جزئیات هم به من راهکار می‌داد و می‌گفت روبه‌روی آینه بایست و ارائه بده.» (م ۱۸)

چالش‌های فرآیندی

فرآیند رهبری شامل توانمندسازی کارکنان، استفاده از قدرت و ارتباطات برای نفوذ در کارکنان، انگیزش و هدایت کارکنان برای انجام وظایف محوله است. آموزش و توانمندسازی کارکنان، لازمه رهبری است. یک متخصص پزشکی اجتماعی که عهده‌دار یک معاونت در دانشگاه علوم پزشکی نیز بود، گفت: «بهبود مستمر سازمان در سایه آموزش مستمر است. اگر سازمان هوشمند باشد، باید کارمند توانمند را از انتهای یک مرکز بهداشتی درمانی کوچک پیدا کند و بگوید تو کجا بودی؟ من سال‌هاست دنبال تو می‌گردم! و او را بیاورد یک لایه بالاتر تا برنامه بنویسد. اما اگر سیستم هوشمند نباشد و خام و بی‌تجربه هم باشد، انتظاری از آن نمی‌رود.» (م ۱۳) معاون یک مرکز بهداشت هم درباره توانمندسازی مدیران گفت: «یک مدیر هم باید علم مدیریت را داشته باشد، هم هنرش را. مدیران باید برای داشتن این علم و هنر آموزش ببینند. علم مدیریت همان است که بتواند برنامه‌ریزی کند، اهداف را مشخص کند، بتواند از منابع نیروی انسانی و منابع مالی‌اش استفاده کند. اما هنر مدیر، هنر ارتباط برقرار کردن است. هنر اینکه کارکنان او را در جایگاه مدیر به‌عنوان یک مشاور امین هم تلقی کنند، حتی در مسائل شخصی و خانوادگی. اگر یک مدیر این توانمندی داشته باشد، جنسیتش خیلی مهم نیست.» (م ۱۱)

مدیران زن معتقد بودند که در سازمان‌های بهداشتی و درمانی برنامه‌ریزی صحیح برای آموزش و توانمندسازی کارکنان و مدیران زن صورت نمی‌گیرد. معاون مرکز بهداشت ادامه داد: «اشکال سیستم بهداشت و درمان ما این است که خیلی پزشک‌محور است. در سازمان هرچه به رده‌های بالای مدیریتی نزدیک می‌شویم باید توانمندی‌های مدیریتی و رهبری مدیر هم بالاتر باشد. لازم نیست که حتماً در توانمندی‌های فنی بالاتر باشد و بالعکس، هرچه به رده‌های عملیاتی نزدیک می‌شویم، فرد باید در بعد فنی قوی‌تر باشد و مثلاً بتواند سل را درمان کند.» (م ۱۱) گاهی هم سازمان

مصوبه‌ای قرار است گام برداریم فقط شعار می‌دهند اما وقتی در عمل به سازمان مربوطه مراجعه لازم است، هیچ‌کس همراهی نمی‌کند. نوعی ترس از دست دادن موقعیت و انفعال در مطالبه حقوق در همه وجود دارد. چون به خانم‌ها فرصت تجربه مدیریت داده نشده، ممکن است الان از خطا کردن در پست مدیریتی بترسند. این عقیده در آنها نهادینه شده که نه تنها جنس دوم، بلکه جنس پایین هستند.» (م ۱۹)

رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت درباره نقش خانواده‌ها در اصلاح کلیشه‌های جنسیتی ادامه داد: «این مسئله باید قبل از ازدواج و در شروع زندگی، حتی قبل‌تر و در مدارس دخترانه و پسرانه، آموزش داده شود که در زندگی مشترک کارها باید تقسیم شود. خودم در زندگی تقسیم کار انجام داده‌ام. به طور مثال پرداخت و رسیدگی به هیچ قبضی را به عهده نگرفته‌ام. حتی قبض تلفن خودم را هم پرداخت نمی‌کنم و به عهده همسرم است. در مورد کارهای منزل و خریدها قرار گذاشته‌ایم هر یک از اعضای خانواده که زودتر به منزل می‌آید، خرید را انجام می‌دهد. کار فرزندان تقسیم شده است. مثلاً یکی از بچه‌ها را من به مدرسه می‌برم و دیگری را همسرم. اما همه آقایان این را نمی‌پذیرند. باید در طول زندگی این تقسیم کار صورت بگیرد. اگر تقسیم کار صورت بگیرد، زن می‌تواند در پست‌های ارشد سازمانی قرار بگیرد. یعنی اگر یک مرد با دلیل، حضور نداشتن دائم همسرش را بپذیرد و برای فرزندانش توضیح دهد، خانم هم می‌تواند با خیال راحت کارش را انجام دهد.» (م ۲) مدیر امور عمومی یکی از دانشکده‌های پزشکی گفت: «خانواده‌هایی که از نظر فرهنگی پایین‌ترند، کمتر اجازه می‌دهند که دخترانشان در صحنه کار باشند. ما باید برای فرزندانمان این راه را هموار کنیم. در شهرستان‌ها شرایط به مراتب بدتر است. یکی از موانع مهم ممکن است همین خانه‌دار بودن خانم‌ها باشد، چون وقتی خانمی وارد شغل مدیریتی می‌شود، مشغله‌اش بیشتر می‌شود و ممکن است مثل قبل به کارهای خانه نرسد و همسرش مانعی برای او شود. تنها چاره فرهنگ‌سازی است.» (م ۱۰) حمایت همسران نقش به‌سزایی در اصلاح نقش‌های جنسیتی زنان دارد. مدیر یکی از گروه‌های مرتبط با تعالی بالینی وزارت بهداشت گفت: «مشوق من در هر کاری همسرم بوده است. برای مثال من

انجام بدهم.» (م ۲) آنها چالش‌های نفوذ در افراد را مرتبط با ضعف مهارتی رهبران بیان کردند. معاون فرهنگی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی گفت: «نفوذ مدیر در کارکنانش به مهارتش بستگی دارد. البته به نظرم خانم‌ها در نفوذ در افراد موفق‌ترند چون به طور حسی علائق آنها را تشخیص می‌دهند. مدیران خانم حتی تاریخ تولد کارکنان خود را می‌دانند اما کمتر پیش می‌آید که مدیران مرد این‌طور باشند. چنین عواملی مثل هدیه دادن به کارکنان یا درک بغض یک خانم کارمند باعث می‌شود که مدیر، کارمند را بهتر درک کند. درک کارکنان برای رهبری افراد مهم است.» (م ۱۲)

مدیران باید از پایگاه‌های قدرت مناسب برای نفوذ در کارکنان برخوردار باشند. منبع قدرت رهبران زن اعتماد و ارتباطات انسانی است. مدیران زن بیشتر از ارتباطات و جلب اعتماد کارکنان برای نفوذ در آنها استفاده می‌کنند. مدیر امور عمومی یکی از مراکز دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: «خانم‌ها سعی می‌کنند روابط زیادی در محیط کار ایجاد کنند. خیلی طول می‌کشد تا کارمند به او اعتماد کند. یک مدیر خانم خیلی طول می‌کشد تا حرفش را به کرسی بنشانند. چون رهبری و هدایت و انگیزش افرادش منوط به اعتماد است. او سعی می‌کند از منابع قدرتی استفاده کند که شخصی است. اما آقایان این‌طور نیستند. اگر کارمند کاری را انجام ندهد، فوراً توبیخی را می‌نویسند و از نظر قدرت سازمانی به کارمند ثابت می‌کند که باید حرفم را گوش کنی. چون عمر مدیریت مدیران ما کوتاه است، کار سازمان با مدیران آقا راحت‌تر و سریع‌تر پیش می‌رود.» (م ۷)

مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که مردان بیشتر از قدرت قانونی و زنان بیشتر از قدرت ارتباطات برای نفوذ در کارکنان استفاده می‌کنند: «آقایان بیشتر به منابع قدرت سازمانی متکی‌اند، یعنی تنبیه و تشویق می‌کنند. آقایان از مشروعیت و قوانین سازمانی استفاده می‌کنند. خانم‌ها سعی می‌کنند خیلی از قدرت جایگاه استفاده نکنند و منابع قدرتشان را به سمت منابع شخصی متمایل می‌کنند. مدیران زن می‌خواهند که ارتباطات انسانی آنها فارغ از ارتباطات سازمانی باشد. خانم‌های مدیر خیلی کمتر تنبیه می‌کنند. برای خانم‌های مدیر سخت است که توبیخ بنویسند اما آقایان به راحتی توبیخی می‌نویسند. در همین ۳-۴ ماهی که اینجا

برای آموزش کارکنان هزینه صرف می‌کند، اما کارکنان نفع شخصی را به نفع سازمان ترجیح داده و از آموزش‌ها در راستای تحقق اهداف سازمان استفاده نمی‌شود. هنگامی که افراد انگیزه لازم برای ماندگاری در سازمان را نداشته باشند و به نیازهای آنها توجه نشود، سازمان را رها می‌کنند. برای مثال، رئیس یک سازمان دارویی گفت: «از لحاظ روانشناسی فکر می‌کنم این گونه‌ای حس مادری است که می‌خواهم همه را بزرگ کنم و آموزش بدهم. ۹۰ درصد افرادی که توانمند کرده‌ام تیشه به ریشه خودم زده‌اند. اشکال کار اینجاست که من وقتی ابتدا فرد را آنالیز می‌کنم، می‌دانم ماندنی نیست اما چون به نفع جمع است او را آموزش می‌دهم تا از این فرد استفاده شود. من نفع کل را همیشه در نظر می‌گیرم، اما افراد بعد از آموزش، سازمان را رها می‌کنند.» (م ۶)

تلاش برای پذیرش پیروان، بالندگی و رشدیافتگی آنها مهم‌ترین راهکاری بود که برای توانمندسازی کارکنان از طرف مدیران زن صورت می‌گرفت. «رشدیافتگی پیروان و درک آنها از مسائل خیلی مهم است. گاهی پیروان آن قدر درگیر هیجانات و حواشی می‌شوند که مانع شنیدن حرف حق رهبر می‌شود. من یک روز خاص را در هفته تعیین کرده‌ام و خودم به بیمارستان‌ها می‌روم و با سطوح مختلف کارکنان به تنهایی مذاکره می‌کنم و حرف‌هایشان را می‌شنوم و تا ریزترین جزئیات را توضیح می‌دهم. وقتی کارکنان به موضوعات اشراف پیدا می‌کنند، سبک می‌شوند و مسیر حل مشکل را پیدا می‌کنند. به مدیران گفته‌ام اگر هر کسی یک نقطه مثبت دارد، باید یادداشت کنی و استفاده کنی. در این صورت افراد احساس بالندگی می‌کنند. خیلی مسائل از جنس پول نیست، بلکه از جنس پذیرفتن و بزرگ کردن افراد است. اگر یک کمک‌بهبیار فکر خوب دارد، در جلسه آورده شود و مطرح شود. از این طریق احساس تعلق به سازمان می‌کند. علاوه بر این افراد باید احساس برد-برد کنند.» (م ۲۱)

نفوذ در کارکنان عامل مهم دیگری در فرآیند رهبری است. برخی از شرکت‌کنندگان عامل جنسیت رهبر را مانعی برای نفوذ در کارکنان نمی‌دانستند. یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت گفت: «جنسیت هیچ وقت مانع نفوذ من در افراد نبوده است. هر کاری را که اراده کنم، می‌توانم

کارم را شروع کرده‌ام، رئیس ما ۲ نفر را اخراج کرده است و به حق بوده، اما اگر یک مدیر خانم بود، تحمل می‌کرد. با کارمند صحبت می‌کرد. سعی می‌کرد همه چیز را سازمانی ببیند و قدرتش متکی به منابع سازمانی نباشد. سعی می‌کرد ارتباطش کارزماتیک و انسانی باشد.» (م۷)

شرکت‌کنندگان معتقد بودند که زنان رهبران دموکرات‌تری نسبت به مردان هستند و مدیران مرد در رهبری بیشتر سبک استبدادی را به کار می‌گیرند. رئیس یکی از مؤسسات دارویی کشور گفت: «قدرت من ناشی از قدرت کارمندم است. من فکر می‌کنم که اگر کارمندم ضعیف باشد، من هم ضعیف هستم. در صورتی که بیشتر مدیران مرد فکر می‌کنند که اساساً نیروی زبردست آنها باید ضعیف باشد که خودشان نمایان شوند. این ناشی از فرهنگ مردسالارانه ماست.» (م۶) به طور مشابه، مدیر امور مالی یکی از مراکز بهداشت معتقد بود که مدیران زن در رهبری پیروان خود تعامل بیشتری از خود نشان می‌دهند. تا حدی که خود در انجام امور محول به کارمندان مشارکت می‌کنند: «همکاران مرد هم‌رده من در دانشگاه فقط کارهای بزرگ واحدشان را از دانشگاه پیگیری می‌کنند. جزئیات کارهای واحدشان را انجام نمی‌دهند. مثلاً خودشان سند نمی‌زنند. اما من با بچه‌ها [کارکنان] همراهی می‌کنم. مثلاً می‌گویم اگر الان کارتان زیاد است، ۲ تا سند هم بدهید من ثبت کنم. اولاً دوست دارم خودم هم کار کنم. احساس می‌کنم اگر این کار را نکنم، بی‌استفاده هستم و ممکن هست کار یادم برود. دوم اینکه وقتی با کارکنان کار می‌کنم، آنها متوجه می‌شوند که من تشخیص داده‌ام کارشان زیاد است.» (م۹)

ترکیب منابع قدرتی و تقویت مهارت‌های ارتباطی راهکاری بود که زنان برای افزایش قدرت و نفوذ عنوان کردند. مدیر امور عمومی ادامه داد: «الان که وارد این سازمان شده‌ام، کلی طول می‌کشد که بتوانم مراحل رهبری را پیش ببرم. اما یک مدیر مرد به محض آمدنش با چند حکم، روال را راه می‌اندازد. برای کشورهای مثل ژاپن که به تجربه احترام می‌گذارند و تغییر پست آن قدر سریع نیست، خوب است. خانم‌ها در این کشورها چون مدیریت‌های طولانی‌مدت دارند و برای تربیت مدیران خیلی هزینه می‌شود، موفق‌ترند. اما خانم‌ها در کشور ما که مدیر هر دو سال عوض می‌شود، اصلاً

وقت نمی‌کنند آن اعتماد را جلب کنند. بنابراین هم‌راستا کردن کارکنان با اهداف سازمانی برای مدیر خانم سخت می‌شود. راه‌حل این می‌تواند باشد که مدیر خانم، مدت زمان جلب اعتماد را کم کند و یا از همان منابع قدرت سازمانی استفاده کند.» (م۷)

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که توسعه شبکه‌های ارتباطی درون و برون سازمان می‌تواند به تقویت قدرت مدیران و افزایش نفوذ سازمانی آنها کمک کند. با این وجود زنان کمتر از مردان در زمینه شبکه‌سازی ارتباطی موفق هستند. یکی از معاونان امور منابع انسانی در وزارت بهداشت گفت: «در برقراری ارتباط، آقایان به دلیل نشست‌های غیررسمی که می‌توانند داشته باشند، راحت‌ترند.» (م۳) یک پزشک متخصص و معاون درمان یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی چنین گفت: «با توجه به اینکه تعداد خانم‌های مدیر ارشد کم است، نمی‌توان به خوبی شبکه‌های ارتباطی را توسعه داد. آقایان این شبکه‌های ارتباطی را دارند، چون بقیه مدیران ارشد هم آقا هستند. آنها با ایجاد روابط دوستانه و لابی‌گری یک سری کارها را راه می‌اندازند. اگر بقیه مدیران ارشد خانم بودند، ما هم آن شبکه را می‌داشتیم. چون تعداد مدیران مرد بیشتر است، مدیر مرد راحت‌تر می‌تواند با بقیه مدیران ارتباط برقرار کند. نه اینکه بلد باشند که ارتباط بهتر برقرار کنند. اتفاقاً خانم‌ها در ارتباطات خیلی قوی‌ترند، اما به دلیل اینکه انسان با جنس مقابل خیلی سخت‌تر می‌تواند ارتباط برقرار کند یا نمی‌خواهد ارتباط را خیلی دوستانه کند، طبیعتاً چالشی برای ایجاد می‌شود.» (م۸)

انگیزش و هدایت کارکنان عنصر مهم فرآیند رهبری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. مدیران از انگیزاننده‌های مختلف درونی و برونی برای انگیزش و هدایت کارکنان استفاده می‌کنند. مدیر امور عمومی یکی از مراکز آموزش علوم پزشکی گفت: «پاداش درونی خیلی خوب است، اما در خیلی از کارکنان تأثیر ندارد. برای هر آدمی و هر مقتضیاتی یک نوع رهبری باید داشته باشیم. اما مگر مدیر چقدر وقت دارد که همه را بشناسد؟» (م۷) مدیران زن با زمان محدودی که دارند، از ابزارهای انگیزشی در دسترس‌تر مانند برقراری ارتباط دوستانه با افراد استفاده می‌کنند. رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت گفت: «من به عنوان

راحت‌تر موافقت می‌کنم. مثلاً کارمندی داشتیم که با وجود چندین بار تذکر، باز هم لباس فرم نمی‌پوشید. هفته گذشته برای تنبیه، با مرخصی‌اش موافقت نکردم. این کار باعث شد در رفتارش کمی تغییر بدهد.» (م ۱۰)

استفاده از انگیزاننده‌های شغلی مناسب، نیازمند شناخت صحیح کارکنان است. با وجود این، چالش‌هایی مانع از شناسایی صحیح کارکنان توسط مدیران می‌شود. یکی از مهم‌ترین آنها نداشتن ثبات شغلی مدیران است. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این زمینه گفت: «خیلی از افراد فقط یک تشکر برایشان کافی است و می‌گویند ما را دیدند. اما بعضی هم می‌گویند باید به من پول بدهید. آدم‌ها با هم متفاوتند. اگر بخواهی درست ایجاد انگیزش کنی، باید افراد را بشناسی. بنابراین هدایت و انگیزش افراد به توانمندی و تمایل افراد زیردست بستگی دارد. علاوه بر این با تغییر دائمی مدیریت‌ها هم که با عوض شدن رئیس دانشگاه اتفاق می‌افتد، مگر مدیران چقدر وقت دارند که این مقتضیات را بشناسند؟ واقعیت این است که اگر بخواهی مدیر درستی باشی باید اقتضائات را بشناسی، محیط را بشناسی و مطابق آن رفتار کنی. مدیران ما چقدر وقت دارند؟ مدیر سازمانی که ۸۰۰ تا پرسنل دارد، چطور می‌تواند همه را بشناسد که چه کسی انگیزشش درونی است و چه کسی بیرونی که بعد بخواهد پاداش بدهد و بعد بفهمد چه چیز را به چه کسی بدهد؟» (م ۷)

عادلانسه نبودن پاداش، چالشی بود که در ارتباط با انگیزش در فرآیند رهبری عنوان شد. اگر معیارهای عادلانه‌ای برای پاداش تعریف نشود، ارتباطات رهبر و پیروان خدشه‌دار می‌شود. یکی از مدیران گفت: «مشکل دیگری که داریم این است که نمی‌دانیم آیا جایزه و پاداش خوب است یا بد؟ عوام جایزه دادن را خوب می‌دانند. اما جایزه نوعی تنبیه هم است. وقتی به کسی جایزه می‌دهی، بقیه تنبیه می‌شوند. یعنی اگر رضایتمندی یک نفر را بالا می‌بری، سطح رضایت چندین نفر را هم پایین می‌آوری. افراد برای دریافت نکردن پاداش برای خودشان توجیهی دارند. برای مثال اگر من به یک مرکز درمانی بروم و ببینم کارمندی خوب لباس پوشیده یا با بیمارش خوب صحبت کرده و یک جایزه به او بدهم، افراد دیگری که نتوانسته‌اند آن جایزه را بگیرند،

مدیر سعی می‌کنم تلاش افراد از لحاظ مالی دیده شود. اگر فردی ساعات طولانی کار کرده، تلاش می‌کنم در اضافه‌کار او محسوب شود. مثلاً در اعیاد با کارت هدیه یا بازدید سرزده از کارکنان و نشستن در کنار کارمندان و صحبت کردن در مورد کار آنها قدردانی‌هایی کرده‌ام و این‌گونه در افراد انگیزه ایجاد کرده‌ام.» (م ۲) معاون یکی از ادارات بهداشت نیز درباره تأثیر انگیزش مالی چنین گفت: «مدیر باید کاری کند که منافع سازمان با منافع ذی‌نفعان سازمان همسو باشد. برای مثال، وقتی افراد ببینند که اگر درآمد مرکز بهداشت و دانشگاه بالا رفت، روی درآمد آنها هم تأثیر دارد، انگیزه می‌گیرند.» (م ۱۱) برخی از مدیران با روش‌های خلاقانه سعی در خلق منابعی برای انگیزش کارکنان کردند: «به روحیات افراد خیلی توجه می‌کنم. مثلاً وقتی برای یک کارگاهی پوستر نیاز دارم، فکر می‌کنم که چرا سفارش طراحی آن را به بیرون بدهم و ۳ میلیون تومان هزینه کنم؟ آن را به کارمندانی که در سازمان این کار را بلد هستند، می‌سپارم و مزدش را هم برای آنها حساب می‌کنم. به این ترتیب، هم منابعم حفظ می‌شود و هم افرادم تشویق می‌شوند. برای اینکه بخواهم نیروی‌م را حفظ کنم، پول یا اعتبار باید به او بدهم. مثلاً دو نفر از همکارانمان در کار با رایانه خیلی قوی هستند. صحبت کردیم که تدریس واحدهای درسی چند تا از دانشکده‌ها را ایشان انجام بدهند. این قبیل انگیزاننده‌ها باعث می‌شود افراد با علاقه بیشتری کار کنند. به همین دلیل مطمئنم اگر این ساعت از عصر به واحدها بروید، هنوز نیمی از کارمندان در سازمان حضور دارند و مشغول کار هستند.» (م ۷) بسیاری از مدیران زن از ابزارهای تشویق و تنبیه برای انگیزش استفاده می‌کردند. مخالفت با برخی خواسته‌های کارکنان و حذف پاداش‌های مالی از جمله ابزار تنبیهی بود که عنوان شد. مدیر کلینیک‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی گفت: «من تشویق و تنبیه را در اینجا روتین کرده‌ام. وقتی فردی خوب کار می‌کند، نتیجه را در کارانه و پاداش انعکاس می‌دهم و بالعکس. اگر هم کسی کارهایی را که خواسته‌ایم، انجام ندهد، از کارانه و پاداشش کم می‌کنیم و می‌گوییم به چه دلیل این‌طور شده است. غالباً فرد عملکرد خود را اصلاح می‌کند. این روش تا حالا خیلی مؤثر بوده است. وقتی می‌بینم کارمندی خوب کار می‌کند، با مرخصی‌هایش

همه می‌توانند بنویسند که چرا آن رفتار را نکرده‌اند. درست است که بخشی از آن توجیه است، اما دلایل قانع‌کننده‌ای هم ممکن است داشته باشند. اینجا جایزه نوعی بی‌عدالتی به وجود می‌آورد. وقتی آدم‌ها در یک سازمان احساس بی‌عدالتی کنند و فکر کنند مستحق این جایزه بوده‌اند، یا ستاده خودشان را کم می‌کنند. یعنی دیگر کار نمی‌کنند، دیگران را می‌شورانند یا برای دیگران توجیه می‌کنند که چرا این جایزه را نتوانسته‌اند بگیرند. فکر می‌کنم همه اینها به ضرر سازمان تمام می‌شود.» (م۷)

قدردانی از پرسنل نیز یکی دیگر از روش‌های ایجاد انگیزه در برخی افراد است که مدیران زن از آن استفاده می‌کنند. مدیر توانمندسازی گفت: «شخصیت افراد متفاوت است. مثلاً یکی از کارمندان مرد ما با توجه و حمایت کلامی تشویق می‌شوند و کارهایی را که می‌خواهیم انجام می‌دهند.» (م۱۶) یک متخصص پزشکی اجتماعی و رئیس یکی از ادارات در دانشگاه علوم پزشکی در این باره گفت: «من آموزش و بازخوردهای سازنده و مثبت داده‌ام. اگر همکاری، کاری انجام داده که هم از سطح خودش بیشتر بوده، هم در سازمان قابل توجه بوده، حتماً بازخورد مثبت به او می‌دهم. حتی گفتنش هم کافی و انرژی‌بخش است.» (م۱۳) مشوق‌های مالی یکی از ابزارهایی بود که اکثر مدیران در ایجاد انگیزه در کارکنان به آن اشاره کردند. با وجود این، آنها بیان کردند که کمبود منابع مالی همواره برای آنها محدودیت ایجاد می‌کند: «انگیزش مادی هم مهم است. من امتحان کرده‌ام. مبلغی را برای تشویق فردی که زیاد کار نمی‌کرد در نظر گرفتم. بعد از آن با اشتیاق و تعهد کار کرد و متحول شد.» (م۱۶) مدیر دیگری چنین گفت: «مهم‌ترین چالش این است که ابزارهای ایجاد انگیزش برای مدیران خیلی در دسترس نیست. واقعاً دلم می‌خواهد کارت اعتباری هدیه حتی در حد ۲۰ تا ۴۰ هزار تومان در اختیار داشته باشم تا وقتی مدیریت‌های سرزده‌ام را انجام می‌دهم، به کسی که وظایفش را خوب انجام می‌دهد، هدیه‌ای بدهم. ممکن است بعدها یادم باشد و در اضافه کارش تأثیر بدهم، اما این فرق می‌کند.» (م۷)

یک ابزار انگیزشی واحد، پاسخگوی انتظار تمام افراد با شخصیت‌های متفاوت نیست. مدیران زن از روش‌های ترکیبی برای انگیزش کارکنان استفاده می‌کنند. مثلاً یک

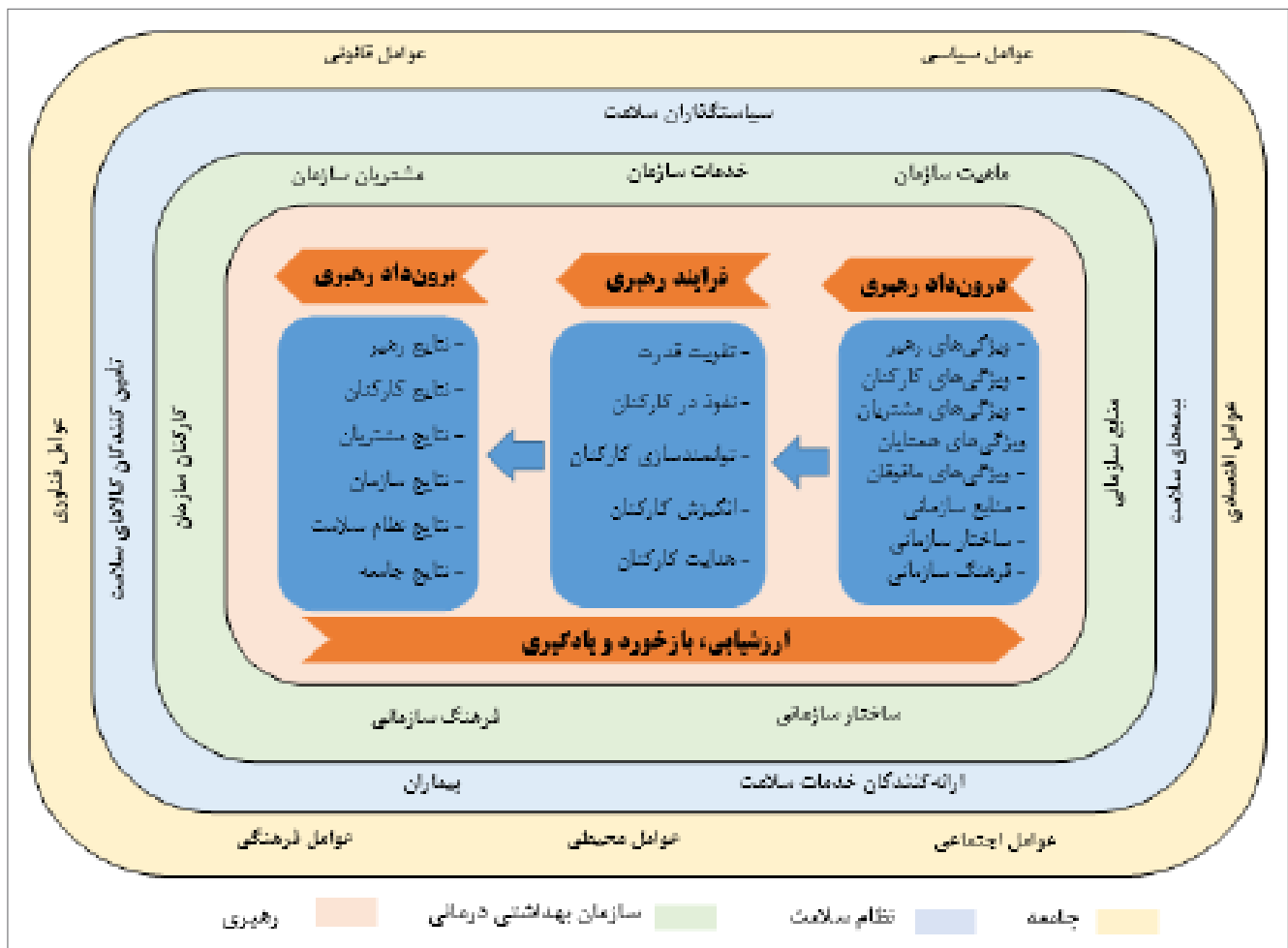
مدیر میانی در مرکز بهداشت گفت: «برای ایجاد انگیزه سعی می‌کنم برای تشویق برخی افراد، مبالغی را در اضافه‌کار و کارانه در نظر بگیرم. در اداره آن قدر حقوق‌ها کم است که فکر می‌کنم اگر بتوان از لحاظ مالی کمکی به کارمندان کرد، انگیزه‌شان بیشتر می‌شود. علاوه بر این، افراد از یاد گرفتن کارهای جدید خوشحال می‌شوند و انگیزه می‌گیرند. به همین خاطر، مسئولیت‌های جدید به آنها می‌دهم و به واسطه آن کارهای جدید یاد می‌گیرند. انتهای سال یک نامه تشویقی برای کارمندان در نظر می‌گیرم و از آنها تشکر می‌کنم. این نامه برای ارزشیابی هم خوب است.» (م۹) یکی دیگر از معاونان ادارات در وزارت بهداشت گفت: «معمولاً از مکانیزم‌های انگیزشی افزایش در پرداخت‌های مالی، فراهم کردن امکان شرکت در همایش‌ها و دوره‌های آموزشی خارج سازمانی که امکان آن برای همه فراهم نیست استفاده می‌کنم. افراد با عملکرد بهتر را در پژوهش‌ها مشارکت می‌دهم.» (م۳)

بیشتر مدیران زن بر این باور بودند که آموزش رهبر باید از طریق مربیگری، الگو بودن و برقراری روابط دوستانه و حمایت از کارکنان صورت بگیرد. رئیس یک مؤسسه دارویی دولتی در این باره گفت: «وقتی یک نیروی جدید به من می‌دهند، سعی می‌کنم اول خودم را به جای فرد بگذارم. تلاش می‌کنم بهترین حالت را برایش ایجاد کنم. کمک می‌کنم آن فرد در کارش جا بیفتد و احساس راحتی کند. بنابراین او تشویق می‌شود که بهتر کار کند و اگر کاری را از او بخواهم انجام دهد. حتی اگر نظر دیگری داشته باشد، نظر من را ارجح می‌داند. برای مثال یک بار تصمیم داشتم خانم داروسازی را مسئول پایش کمبود دارویی کشور کنم. به او گفتم به هیچ وجه نترس. خودم و چند نفر دیگر در کنارت هستیم. اما این کار را از الان شروع می‌کنی، این روش کار توست و این هم نیروهای تو هستند. حتی تا چند ماه بعضی کارها را خودم یا دیگران انجام می‌دهیم.» (م۶) رهبر باید الگوی کاملی از رفتارهایی باشد که از کارکنان انتظار دارد. ارائه ندادن الگوی مناسب رهبری توسط مدیران ارشد، چالش غالب مدیران زن بود. یک متخصص پزشکی اجتماعی با سابقه ریاست مرکز بهداشت درباره الگوی رهبری گفت: «انسان در سیستم ساخته می‌شود. اگر شانس بیاورد

است.» (م ۱۱)

مدیران زن سعی می‌کنند با سبک رهبری رابطه‌مدار، بسیاری از چالش‌های به وجود آمده را حل کنند. مسئول توانمندسازی مدیران بیمارستان‌های یک دانشگاه علوم پزشکی گفت: «یک همکار مرد داشتم که خیلی با اکراه کار می‌کرد. با هدیه کوچکی که برایش گرفتم، رفتارش تغییر کرد. اکنون مسئولیت‌هایی را که به او واگذار می‌کنم، به خوبی انجام می‌دهد. در واقع، مدیر باید برای هر فردی انگیزه ایجاد کند. در دین هم داریم: «مؤلفون القلوب» همین است. هر کسی به چیزی حب دارد. اگر آن حبش را برطرف کنی، او هم کاری را که بخواهی انجام می‌دهد. نباید به افراد مستبدانه بگویید که این وظیفه تو است و باید انجام بدهی. کارمندان هم انسان

و با چند مدیر و استاد کیفیت‌مدار روبه‌رو شود، بهتر الگو می‌گیرد. من مانند آن مدیران بیشتر از قدرت ارتباطی و دانشی‌ام استفاده می‌کنم. چون در محیط سازمان بهداشتی و درمانی قدرت دانشی، اولین قدرت است. من بر حسب تجربه به این دید رسیده‌ام.» (م ۱۳) معاون یکی از ادارات بهداشتی گفت: «کلام زمانی تأثیر دارد که در عمل دیده شود. پدر و مادر هرچه به فرزندش بگوید نماز بخوان، وقتی خودش نخواند، بچه هم نماز نمی‌خواند. من می‌گویم آنچه که به آن معتقد هستیم در رهبری رفتارمان باید آن را نشان بدهد. رفتار بر گفتار مقدم است. اعمال یک مدیر، رهبر یا پدر خانواده بیانگر افکارش باید باشد. در این صورت اگر تذکری هم بدهد، فایده دارد. در غیر این صورت آب در هاون کوبیدن



شکل ۱- مدل تقویت رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

مدل تقویت رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

رهبری به عنوان یکی از وظایف اصلی مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی فرآیند نفوذ در کارکنان، ترغیب، بسیج و هدایت آنها برای دستیابی به اهداف سازمانی است. اگر رهبری سازمانی را به عنوان یک سیستم در نظر بگیریم، خود رهبر، کارکنان، مشتریان، هم‌تایان، مدیران ارشد، منابع سازمانی، ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی اجزای ورودی این سیستم هستند. فرآیند رهبری هم شامل تقویت قدرت و نفوذ در کارکنان، توانمندسازی کارکنان، انگیزش و هدایت کارکنان است. خروجی سیستم رهبری نتایجی برای رهبر، کارکنان، مشتریان، سازمان، نظام سلامت و در نهایت، جامعه خواهد داشت.

در این پژوهش ۲۰ چالش برای رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شناسایی شد که حاصل دروندادها، فرآیندها و زمینه رهبری (سازمان، نظام سلامت و جامعه) است. ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیران زن، ضعف دانش و تجربه رهبری، فقدان حمایت و پشتیبانی مدیران مافوق و هم‌تا، اختیارات کم، کمبود منابع، بار کاری زیاد، انگیزه، دانش و مهارت کم کارکنان، گروه‌های غیررسمی، مردسالاری سازمانی، تبعیض سازمانی و باورهای غلط جنسیتی جامعه از مهم‌ترین چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بوده است. در نتیجه، رهبری ضعیف مدیران زن موجب عملکرد ضعیف آنها و کاهش انگیزه، رضایت شغلی و بهره‌وری کارکنان و در نتیجه، کاهش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی و بهره‌وری پایین سازمان می‌شود. برای تقویت وظیفه رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید ورودی‌ها، فرآیندها و عوامل زمینه‌ای رهبری را بهبود بخشید. آموزش و توسعه دانش و مهارت‌های مدیریتی، پایبندی به ارزش‌های اخلاقی، رعایت عدالت، مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، تفویض اختیار، خلق منابع، افزایش ریسک‌پذیری، بهبود ارتباطات، مدیریت موثر تعارض، توسعه شبکه‌های ارتباطی، مراقبه، تقویت مربیگری، اصلاح کلیشه‌های جنسیتی و رفع تبعیض جنسیتی از جمله راهکارهای موثر برای کاهش چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی است.

هستند. آنها ربات که نیستند.» (م ۱۶) شرکت‌کنندگان عقیده داشتند که ارتباطات درون‌سازمانی رهبران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی نسبت به مردان مؤثرتر است. به عبارت دیگر، رهبر سازمان باید در برقراری ارتباطات ویژگی‌های ارتباطی هر دو جنس را دارا باشد. به عنوان مثال، یک مدیر امور عمومی بیان کرد: «خانم‌ها در برقراری ارتباطات انسانی خیلی خوب هستند. خانم‌ها کاملاً می‌دانند که وقتی تعارضی در سازمان اتفاق می‌افتد، چگونه آن را مدیریت کنند. به نظرم در سازمان‌ها معمولاً یک رهبر رسمی و یک رهبر غیررسمی وجود دارد. به عقیده من یکی از این دو باید خانم باشد و یکی آقا. اگر رهبر رسمی خانم است، رهبر غیررسمی باید آقا باشد. زیرا آقایان یک سری ویژگی‌ها دارند و خانم‌ها یک سری ویژگی‌های دیگر. وقتی در سازمانی رئیس آقا باشد و معاون خانم یا برعکس، کارمندان یک مأمور برای صحبت‌های خصوصی‌شان دارند. رئیس سازمان ما مرد هستند و چون روابطشان با بالادست بیشتر و بهتر است، منابع را از بالادست می‌گیرد. من هم به عنوان مدیر امور عمومی سعی می‌کنم به مسائلی که کارمندان را از لحاظ روحی و روانی حفظ می‌کند، بپردازم.» (م ۷)

برقراری روابط دوستانه با افراد، از جمله روش‌های آموزش و هدایت کارکنان است. با این حال اگر فرهنگ سازمانی پذیرای سبک رهبری رابطه‌مدار نباشد، چالش‌هایی برای مدیر ایجاد می‌شود. به عنوان مثال کارکنان به دلیل ارتباط صمیمانه‌ای که با رهبر سازمان برقرار می‌کنند، وظایف خود را به طور کامل انجام نمی‌دهند. در نتیجه، مدیر برای جبران کم‌کاری کارکنان، باید وظایف آنها را هم انجام دهد. مدیر امور مالی یک مرکز بهداشت چنین گفت: «من از ابتدا سعی کردم با بچه‌ها خیلی دوست باشم. سعی کردم رابطه ما حالت رئیس و کارمندی نباشد. ممکن است اوایل سوءاستفاده‌هایی هم بشود. اما حالا خیلی علاقه دارند تا کارهای جدید را یاد بگیرند. با گذشت زمان دیگر به موردی برخوردیم که به حرف‌هایم گوش ندهند. در مورد یک کار جدید کنار کارمندان می‌نشیم و شاید حتی ۷۰ درصد کار را هم انجام می‌دهیم. به این ترتیب وقتی می‌بینند خودم هم کار را انجام می‌دهم، آنها هم همراه می‌شوند.» (م ۹)

بحث

فمینیسم فرهنگی^۷ معتقد است که که زنان همکاری، شراکت، وابستگی به یکدیگر، ارتباطات اجتماعی، اعتماد و صلح را ارج نهاده و مردان استقلال، سلسله مراتب، رقابت و سلطه‌گری را ارزش می‌دانند. حضور متعادل جنس مرد و زن در سطوح مدیریت ارشد سازمان موجب تقویت فرهنگ سازمانی می‌شود. بنابراین برای برابری جنسی باید در فرآیندهای مدیریت منابع انسانی سازمان مورد توجه قرار گیرد تا تبعیض جنسی به هنگام کارمندیابی، استخدام، انتصاب، آموزش، توسعه، ارزیابی عملکرد، جبران خدمت و ارتقای شغلی مدیران و کارکنان سازمان به‌وجود نیاید.

رهبری سازمانی، علم و هنر نفوذ مدیر در کارکنان برای دستیابی به اهداف سازمان است. مدیران زن در فرآیند رهبری اگر خیلی زنانه یا خیلی مردانه عمل کنند، مورد انتقاد کارکنان قرار می‌گیرند [۲۵]. در صورت بروز مشکلاتی در سازمان، مدیران زن نسبت به هم‌تایان مرد خود بیشتر مورد انتقاد قرار می‌گیرند. این انتقادات بر توانایی رهبری مدیران زن اثر منفی می‌گذارد، موجب کاهش رضایت شغلی آنها، افت عملکرد شغلی آنها و افزایش تمایل به ترک سازمان می‌شود [۲۶]. مدیران زن نسبت به مدیران مرد بیشتر با مقاومت آشکار افراد در مقابل قدرت مقامشان مواجه هستند که منجر به کاهش قدرت رهبری آنها می‌شود. مدیران زن کمتر از مدیران مرد بر منابع سازمانی کنترل دارند و اختیارات مالی کمتری به آنها داده می‌شود که برای موفقیت رهبری ضروری هستند [۲۷].

باورهای غلط جنسیتی کارکنان و مدیران نیز چالش‌هایی برای مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کرده است. مردان با توجه به اینکه اکثر پست‌های مدیریتی سازمان‌ها را در اختیار دارند، در این پست‌ها طبیعی و معمولی به نظر می‌رسند. در نتیجه کارکنان سازمان‌ها، مدیران زن را نسبت به مدیران مرد با قدرت کمتری می‌بینند. برخی از مدیران زن مجبور هستند که سخت کار کنند و توانایی‌های بیشتری از خود نشان دهند تا بر این تردید به وجود آمده در ذهن مدیران و کارکنان مرد غلبه کنند [۲۸].

وظیفه‌مداری و رابطه‌مداری دو بعد اصلی رهبری هستند. مدیر وظیفه‌مدار اهداف سازمانی را به وضوح مشخص می‌کند،

هدف این پژوهش شناسایی، تبیین و تفسیر چالش‌های مدیران زن در فرآیند رهبری سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه راهکارهای مقابله با آنها بود. رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌های انسانی، ساختاری، فرآیندی و فرهنگی همراه است. به عبارتی، عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی مشکلاتی در انجام وظیفه رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کنند. ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیران زن مثل مهربانی، دلسوزی، عطف و انعطاف‌پذیری، به همراه تجربه کم مدیریت، اختیارات نا کافی، ناهماهنگی با مدیران مافوق و هم‌تا، کمبود منابع، بار کاری زیاد، انگیزه، دانش و مهارت کم زیردستان، گروه‌های غیررسمی، مردسالاری سازمانی، باورهای غلط جنسیتی و تبعیض سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بودند. مطالعات قبلی تضاد بین کار و خانواده، حمایت نشدن از طرف خانواده، افزایش قدرت مردان در سازمان، نگرش سنتی مدیران ارشد سازمان‌ها نسبت به مدیریت زنان، نامساوی بودن شرایط ارتقا برای زنان و مردان، نپذیرفتن مدیریت زنان توسط کارکنان، حمایت نکردن مدیران مافوق، کلیشه‌های جنسیتی و رواج فرهنگ مردسالاری در جامعه را از چالش‌های مدیریتی مهم مدیران زن در ایران بیان کردند [۲۰-۲۲].

فرآیند رهبری مدیران تحت تأثیر ویژگی‌های شخصی و شخصیتی خود رهبر، کارکنان، مشتریان، مدیران مافوق و مدیران هم‌تراز قرار می‌گیرد. برخی از ویژگی‌های شخصیتی زنان مثل توانایی جسمی، اعتماد به نفس پایین، ترس از پذیرفتن مسئولیت، تعارض بین مسئولیت‌های مدیریتی و تعهدات خانواده و حس ایزوله بودن در پست مدیریتی، مانع از عملکرد بهینه رهبری آنها می‌شود [۲۳]. ویژگی‌های شخصی زنان می‌تواند فرصت یا تهدیدی برای ارتقای آنها به پست‌های بالای مدیریت و رهبری سازمان باشد. مدیران زن دارای اهداف بلندمدت، با مهارت‌های همدلی و صادق با زیردستان که از منابع سازمانی عاقلانه استفاده می‌کنند، به احتمال زیاد به مقام بالای مدیریت و رهبری می‌رسند [۲۴].

تفاوت بیولوژیک و شخصیتی دو جنس مرد و زن در سازمان‌ها باید پذیرفته شود و به‌صورت مکمل استفاده شود.

7. Cultural feminism

دسترسی به اطلاعات و توسعه فردی به افزایش اقتدار مدیران زن کمک می‌کند. توانمندسازی^{۱۰} موجب افزایش روحیه و حس وابستگی بیشتر فرد به سازمان می‌شود. در این صورت، فرد احساس می‌کند که مدیران برای او ارزش قائل هستند. شبکه‌سازی برای افزایش قدرت مدیران زن مناسب است. سرمایه اجتماعی به‌دست آمده از شبکه‌سازی با مدیران و رهبران قدرتمند و بانفوذ، گاهاً از عملکرد شغلی برای ارتقای شغلی مدیران مهم‌تر است [۳۳]. مربیانی باید برای مدیران زن در نظر گرفته شود و به آنها قدرت لازم داده شود تا با چالش‌های رهبری نقش خود مواجه شوند و اطلاعات لازم مدیریتی به آنها داده شود تا بهتر تصمیم بگیرند.

زنان آموزش‌های کمتری را قبل از انتصاب در پست‌های مدیریتی در زمینه رهبری دریافت می‌کنند. همچنین، کیفیت برنامه‌های آموزشی رهبری برای زنان کافی نیست تا بتواند نیازهای نقش آنها به عنوان رهبری سازمانی را برآورده سازد [۳۴-۳۵]. مدیران زن باید از استراتژی‌های مناسبی برای توسعه ظرفیت رهبری خود استفاده کنند. آنها باید نقاط قوت و ضعف رهبری خود را شناسایی کنند و با استفاده از نقاط قوت خود و فرصت‌های موجود، ضعف‌های خود را کاهش دهند و از تهدیدهای موجود بکاهند. آنها باید نگرش خود را نسبت به توانایی‌های خود ارتقا بخشند و مهارت‌های لازم را برای کسب مشاغل مدیریتی سطوح بالای سازمان به‌دست آورند.

آموزش، مربیگری و برنامه‌های جانشین‌پروری منجر به تقویت ظرفیت رهبری و شایستگی‌های مدیران زن می‌شود. باتوجه به اینکه ویژگی‌های شخصی مدیران زن نقش به‌سزایی در موفقیت آنها دارد، براساس تئوری سرمایه انسانی باید دانش، مهارت و توانایی مدیران زن از طریق آموزش، تربیت و تجربه کاری ارتقا یابد. بنابراین، آموزش‌های لازم باید برای مدیران و کارکنان زن فراهم شود تا به توسعه ویژگی‌های فردی مانند عزت‌نفس، اعتماد به نفس و پشتکار، در آنها کمک کند و شایستگی‌های لازم را برای ارتقا به پست‌های بالای مدیریتی به‌دست آورند. همچنین زنان باید به مربی و شبکه‌های اجتماعی برای توسعه قابلیت‌های خود دسترسی داشته باشند. مربیگری شامل تشویق، حمایت، ارائه وظایف چالشی، نصیحت و ارائه بازخورد به مدیران زن برای تقویت

شرح وظایف کارکنان را به‌طور دقیق تعیین کرده، انتظارات سازمان را مشخص می‌کند و منابع سازمان را در اختیار آنها قرار می‌دهد تا در راستای دستیابی به اهداف سازمانی تلاش کنند. در مقابل، مدیر رابطه‌مدار سعی می‌کند تا رفاه کارکنان در محیط کاری را افزایش دهد و با افزایش رضایت شغلی کارکنان، در آنها انگیزه لازم را برای دستیابی به اهداف سازمانی افزایش دهد. بر این اساس، سبک‌های رهبری استبدادی و دموکراتیک دو سبک متداول رهبری هستند. مدیران دموکراتیک یا مشارکتی تصمیمات خود را با کارکنان در میان می‌گذارند، مشارکت کارکنان را در تصمیم‌گیری‌ها تشویق می‌کنند و با ایجاد اجماعی در آنها، تعهد لازم را برای اجرای تصمیمات به وجود می‌آورند. در مقابل، مدیران استبدادی تصمیمات خود را در قالب دستورات سازمانی به کارکنان ابلاغ می‌کنند و از آنها انتظار اجرای تصمیمات را دارند [۱]. مدیران زن در این پژوهش بیشتر از سبک رهبری دموکراتیک استفاده می‌کردند. مطالعات قبلی هم نشان می‌دهد که زنان بیشتر از سبک رهبری دموکراتیک، رابطه‌مدار و تحول‌گرا^۸ و مردان بیشتر از سبک سلسله‌مراتبی، استبدادی، وظیفه‌مدار و عملگرا^۹ استفاده می‌کنند [۲۹-۳۰]. زنان بیشتر حمایتی بوده، طرفدار مساوات در محیط کار هستند، کارکنان را توانمند ساخته، دورنمایی برای آنها تعیین کرده، به عنوان الگو عمل کرده و از سبک تصمیم‌گیری مشارکتی استفاده می‌کنند. ویژگی‌های بارز زنان مانند هوش هیجانی و مهارت‌های ارتباطی قوی، منجر به استفاده بیشتر آنها از سبک رهبری دموکراتیک می‌شود. سبک رهبری رابطه‌مدار، مشارکتی و تحول‌گرای زنان منجر به افزایش انگیزه و رضایت کارکنان، بهبود ارتباطات، تقویت روحیه کار گروهی و افزایش عملکرد سازمانی می‌شود.

نبود اقتدار، یکی از چالش‌های مهم رهبری مدیران زن است. در نتیجه، آنها نقش غیرفعالی در رهبری داشته و نفوذ کمتری در تصمیم‌گیری‌ها و هدایت کارکنان برای دستیابی به اهداف سازمانی خواهند داشت [۳۱]. زنان نسبت به مردان دسترسی کمتری به گروه‌های بانفوذ و قدرتمند، شبکه‌های تخصصی قوی، ارتباطات اجتماعی با متخصصان و خبرگان، حمایت سازمانی و اطلاعات درون‌سازمانی دارند [۳۲].

8. Transformational

9. Transactional

10. Empowerment

انتخاب کنند. آنها حتی ممکن است تصمیم به داشتن فرزندان کمتری بگیرند تا بتوانند به سطوح بالای سازمانی ارتقا یابند. سیاست‌های حمایت سازمانی نظیر مرخصی زایمان و ساعات کاری انعطاف‌پذیر می‌تواند در این زمینه کمک‌کننده باشد. باید سیاست‌هایی برای تقویت تعادل بین کار و خانواده تدوین شود تا به مدیران زن کمک کند تا مسئولیت‌های شغلی را بدون استرس انجام دهند.

نتیجه‌گیری

مدیران زن در رهبری با چالش‌های ساختاری، فرآیندی، انسانی و فرهنگی مواجه هستند. ویژگی‌های شخصی و شخصیتی مدیران زن نظیر مهربانی، دلسوزی، عطوفت، انعطاف‌پذیری، ضعف دانش و تجربه رهبری کارکنان، ناهماهنگی مدیران مافوق و هم‌تا، نداشتن اختیارات کافی، کمبود منابع، بار کاری زیاد، انگیزه، دانش و مهارت کم زیردستان، گروه‌های غیررسمی، مردسالاری سازمانی، باورهای غلط جنسیتی جامعه و تبعیض سازمانی از مهم‌ترین چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بوده است.

مدیران زن برای رفع این چالش‌ها از راهکارهایی استفاده می‌کنند. برخی از راهکارهای مناسب برای رفع این چالش‌ها عبارتند از تقویت هوش، دانش و مهارت‌های مدیریتی، پایبندی به ارزش‌های اخلاقی، رعایت عدالت، مدیریت ویژگی‌های جنسیتی، تفویض اختیار، خلق منابع، افزایش ریسک‌پذیری، بهبود ارتباطات، مدیریت مؤثر تعارض، توسعه شبکه‌های ارتباطی، مراقبه، تقویت مربیگری، اصلاح کلیشه‌های جنسیتی و رفع تبعیض جنسیتی.

این مطالعه تا آنجایی که نویسندگان مقاله اطلاع دارند، برای اولین بار با رویکرد کیفی چالش‌های رهبری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران را بررسی کرده است. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با استفاده از مدل مفهومی توسعه یافته در این مطالعه و توسعه یک پرسشنامه معتبر به کمی‌سازی چالش‌های رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بپردازند تا نقشه جامع و کاملی برای توسعه مدیریت زنان فراهم شود. انجام پژوهش‌های کمی در زمینه رهبری زنان و توسعه مدل مفهومی مدیریت زنان نتایج مفیدی برای ارتقای وضعیت مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی

شایستگی‌ها و مهارت‌های آنهاست. مدیران زن باید بر روی سرمایه انسانی^{۱۱} خود سرمایه‌گذاری کنند و دوره‌های آموزشی لازم را بگذرانند تا دانش و مهارت‌های لازم را برای انجام وظایف سطوح مدیریت ارشد به دست آورند.

مدیران ارشد سازمان از قدرت بالایی برخوردار بوده و فرصت‌های زیادی برای آنها فراهم است. بنابراین حضور زنان در سطوح بالای سازمان منجر به رشد و توسعه آنها نیز خواهد باشد. غیبت زنان در پست‌های مدیریت ارشد سازمان، موجب توجه کمتر به نیازهای کارکنان زن در سازمان شده و به نوعی تبعیض جنسی ایجاد می‌شود. وفاداری درون‌گروهی موجب می‌شود که مدیران از افراد مشابه خود از نظر ویژگی‌های شخصی و شخصیتی برای تکمیل پست‌های مدیریتی سازمان استفاده کنند. به عبارتی اگر مدیران ارشد سازمان مرد باشند، براساس تئوری همانندسازی هم‌تایان اجتماعی^{۱۲} شانس حضور مدیران مرد در رده‌های مدیریتی سازمان بیشتر خواهد بود [۱۴].

بنابراین حضور نداشتن زنان در مدیریت ارشد سازمان موجب می‌شود که مدیران زن سطوح پایین سازمان شانس کمتری برای ارتقای شغلی داشته باشند. در مقابل، افزایش حضور زنان در پست‌های رده بالای سازمان موجب بهبود عملکرد سازمان می‌شود [۳۶]. حضور مدیران زن و مرد در تیم مدیریت سازمان موجب تقویت خلاقیت و نوآوری، توسعه هوش سازمانی [۳۷]، بهبود پاسخگویی اجتماعی [۳۸]، افزایش نظارت و کنترل و کاهش تخلف و تقلب [۳۹]، ارتقای عملکرد و بهره‌وری سازمان [۴۰] و در نهایت، افزایش سودآوری سازمان می‌شود [۴۱].

با این حال حضور زنان در سطوح مدیریت ارشد سازمان بدون به‌کارگیری تغییراتی در فرهنگ، سیاست‌ها و روش‌های کاری سازمان‌ها افزایش نخواهد یافت.

زنان یک شیفت در سازمان کار می‌کنند و شیفت دوم در خانه، باید وظایف روتین خانه‌داری و فرزندپروری را انجام دهند. علاوه بر این، آنها باید ساعاتی را در شیفت کاری سازمان به خاطر بروز مشکلات منزل، مرخصی بگیرند و به امور منزل برسند. برای ایجاد تعادل بین کار و خانواده، زنان ممکن است ارتقای شغلی خود را به تأخیر بیندازند و یا اینکه بین داشتن خانواده و داشتن شغل مدیریت یکی را

11. Human capital

12. Homosocial reproduction

و متعهد باید شناسایی شوند، آموزش‌های لازم را دریافت کنند و برای پست‌های مدیریتی مورد توجه قرار گیرند. سیاست‌های سازمان باید به‌گونه‌ای باشد که به مدیران زن کمک کند تا تعادلی بین کار- خانواده برقرار کنند. قوانین و مقرراتی باید برای مرخصی زایمان و ساعت کاری انعطاف‌پذیر برای برقراری تعادل بین کار خانه و سازمان مدیران زن وضع شود.

علاوه بر این، آموزش‌های مدارس و دانشگاه‌ها نیز باید اصلاح شوند. متأسفانه کلیشه‌سازی اجتماعی و مفروضات در مورد ظاهر و رفتار یک رهبر کلاسیک و سنتی اغلب به شانس پیشرفت زنان آسیب می‌زند و زنان را به جای رهبر، در رده کارمند قرار می‌دهد. بنابراین، برابری جنسیتی باید در مدارس و دانشگاه‌ها آموزش داده شود تا نگرش عموم مردم در این زمینه تغییر یابد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1396.4205 با عنوان «بررسی چالش‌های زنان در پست‌های مدیریتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی شهر تهران» در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران است. ضمن قدردانی صمیمانه از مشارکت بی‌دریغ مدیران شرکت‌کننده در این پژوهش، نویسندگان مراتب سپاسگزاری خود را از داورانی که با بیان نظرات خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، اعلام می‌دارند.

References

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran, Iran; 2015: 230. [in Persian]
2. Etemadian M, Mosadeghrad A M, Soleimani M J, Hedayati S P. Leadership critical success factors in a hospital: Case Study of Hasheminejad Hospital. Razi Journal of Medical Sciences. 2020; 27 (1): 38-61. [in Persian]
3. Lord RG, De Vader CL, & Allinger GM. A meta-analysis of the relationship between personality traits and leadership perceptions: An application of validity generalization procedures, Journal of Applied Psychology. 1986; 71 (3): 402-410.
4. Mosadeghrad AM, Saadati M. Relationship between managers' leadership style and organisational structure

و درمانی به دنبال خواهد داشت. برخی از فرضیه‌هایی که در این پژوهش مطرح شدند، نظیر اثربخشی سبک رهبری دموکراتیک، مساوات‌طلب و تحول‌گرای مدیران زن باید مورد مطالعه بیشتری قرار گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

رهبری یکی از وظایف اصلی مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی است. رهبران موفق باید توانایی درک دیگران را داشته باشند و از مهارت‌های ارتباطی و هوش هیجانی (عاطفی) بالایی برخوردار باشند. با وجود این، عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی مشکلاتی در انجام وظیفه رهبری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کنند.

بی‌عدالتی جنسیتی در مدیریت و رهبری سازمان‌های بهداشتی و درمانی موجب کاهش انگیزه و رضایت کارکنان می‌شود و اثرات منفی بر خدمات ارائه شده به بیماران به ویژه زنان و کودکان دارد. بنابراین، اقداماتی باید در سطوح کلان و خرد برنامه‌ریزی و اجرا شود. حضور زنان در هیئت مدیره و پست‌های مدیریت ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند منجر به بهبود عملکرد شود. بنابراین سیاست‌گذاران نظام سلامت باید سیاست‌هایی برای پیشگیری از تبعیض در استخدام و ارتقای مدیران زن تدوین و از اجرای درست آنها اطمینان حاصل کنند. آنها همچنین باید سیاست‌هایی برای بهبود برابری جنسیتی در سطح رهبری ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی تدوین و ابلاغ کنند.

رعایت عدالت و برابری جنسی باید جزو اهداف اختصاصی سازمان‌های بهداشتی و درمانی باشد و مدیران برنامه عملیاتی برای دستیابی به این اهداف داشته باشند. افزایش تعداد زنان در هیئت مدیره سازمان‌ها، آموزش مدیران زن و افزایش دانش و مهارت‌های مدیریتی آنها، ارتقای فرهنگ سازمانی برای رعایت اصول عدالت و برابری جنسی، فراهم بودن دسترسی برابر به منابع سازمانی برای زنان و مردان و فرصت‌های ارتقای شغلی برابر برای زنان در این زمینه مهم هستند. فرآیند انتخاب و مصاحبه مدیران سازمان‌ها باید اصلاح شود و بر اساس شرایط احراز مشاغل مورد نظر، از رویکردهای مصاحبه عینی و ساختاریافته استفاده شود. مصاحبه‌های عینی ساختاریافته، ریسک نظرات ذهنی را به حداقل می‌رساند. کارکنان زن شایسته

- and culture of Qazvin hospitals. *Journal of Health in the Field*, 2018; 6(1): 36-45. [in Persian]
5. Mosadeghrad AM, & Yarmohammadian M.H. A study of relationship between managers' leadership style and employees' job satisfaction. *Leadership in Health Services*, 2006; 19 (2): 11-28. [in Persian]
 6. Mosadeghrad AM, Ferdosi M, Afshar H, & Hosseini-Nejhad M. The impact of top management turnover on quality management implementation. *Medical Archives*, 2013; 67(2): 134-140.
 7. Etemadian M, Mosadeghrad A M, Soleimani M J, Hedayati S P. Leader characteristics in hospital change management: A case study. *Hakim Health Sys Res* . 2019; 22 (3) :212-229. [in Persian]
 8. Ghiasipour M, Mosadeghrad AM, Arab M, Jaafari-pooyan E. Leadership challenges in health care organizations: The case of Iranian hospitals. *Medical Journal of Islamic Republic of Iran*. 2017; 31 (1): 560-567.
 9. LaPierre TA, Zimmerman MK. Career advancement and gender equity in healthcare management. *Gender in Management: An International Journal*. 2012;27(2):100-18.
 10. Mosadeghrad AM, Tajvar M, Taheri S. Female managers' decision-making in healthcare organizations: Challenges and solutions. *Modern Research in Decision Making*, 2020; 5(1): 51-94.
 11. Horner MS. Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social issues*. 1972;28(2):157-75.
 12. Rose SJ, Hartmann HI. Still a man's labor market: The long-term earnings gap. *Institute for Women's Policy Research; united states of America, Washington,DC*. 2004:24.
 13. Taylor KS, Lambert TW, Goldacre MJ. Career progression and destinations, comparing men and women in the NHS: postal questionnaire surveys. *BMJ*. 2009;338: 1-12.
 14. Kanter RM. *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books. 1977: 327.
 15. Lyness KS, Heilman ME. When fit is fundamental: performance evaluations and promotions of upper-level female and male managers. *Journal of Applied Psychology*. 2006;91(4):777.
 16. Woetzel J, Madgavkar A, Ellingrud K, Labaye E, Devillard S, Kutcher E, Krishnan M. The power of parity: How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. *New York: McKinsey Global Institute*. 2015: 11.
 17. Fontenot TE. Leading ladies: women in healthcare leadership. *Frontiers of health services management*. 2012;28(4):11-21.
 18. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of advanced nursing*. 2000;31(1):219-25.
 19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 2006; 3(2):77-101.
 20. Babaei MA. Women challenges in promoting to managerial jobs in public organizations. *Management Research in Iran*, 2006; 10 (20), 45-81.
 21. Taghizadeh H, Soltani Gh, Shokri AH. Identifying barriers to women promotion to management jobs. *Journal of Woman and Family studies*, 2012; 5 (17): 33-50.
 22. Pourezat A, Zohrei S, Yazdani HR, Faraji B. A survey of women challenges in management, *Journal of Women studies*, 2008; 1 (3): 40-53.
 23. Al-Halawani I. The obstacles that stand in the way of working women and impede the progress of success. *Arab Journal of management*. 2002;22(2):61-120.
 24. Muktar SA, Desta BF, Damte HD, Heyi WK, Gurmamo EM, Abebe MG, Mesele MG, Argaw MD. Exploring the opportunities and challenges of female health leaders in three regional states of Ethiopia: a phenomenological study. *BMC Public Health*. 2022;22(1):1-10.
 25. Bowles HR, Babcock L, Lai L. Social incentives for gender differences in the propensity to initiate negotiations: Sometimes it does hurt to ask. *Organizational Behavior and human decision Processes*. 2007;103(1):84-103.
 26. Pudrovskaya T, Karraker A. Gender, job authority, and depression. *Journal of health and social behavior*. 2014 Dec;55(4):424-41.
 27. Smith P, Caputi P, Crittenden N. A maze of metaphors around glass ceilings. *Gender in Management: an international journal*. 2012; 27 (7), 436-448.
 28. Eagly AH, Eagly LL, Carli LL. *Through the labyrinth: The truth about how women become leaders*. Boston, MA: Harvard Business Press; 2007:60.
 29. Eagly AH, Johannesen-Schmidt MC, Van Engen ML. Transformational, transactional, and laissez-faire leadership styles: a meta-analysis comparing women and men. *Psychological bulletin*. 2003;129(4):569.
 30. Van Engen ML, Willemsen TM. Sex and leadership styles: A meta-analysis of research published in the 1990s. *Psychological reports*. 2004;94(1):3-18.
 31. Metcalfe BD. Women, management and globalization in the Middle East. *Journal of Business ethics*. 2008;83(1):85-100.
 32. McGuire GM. Gender, race, and the shadow structure: A study of informal networks and inequality in a work organization. *Gender & society*. 2002;16(3):303-22.

33. Hewlett SA, Peraino K, Sherbin L, Sumberg K. The sponsor effect: Breaking through the last glass ceiling. Boston, MA: Harvard Business Review; 2010:13.
34. Al-Ahmadi H. Challenges facing women leaders in Saudi Arabia. *Human Resource Development International*. 2011;14(2):149-66.
35. King EB, Botsford W, Hebl MR, Kazama S, Dawson JF, Perkins A. Benevolent sexism at work: Gender differences in the distribution of challenging developmental experiences. *Journal of Management*. 2012;38(6):1835-66.
36. Noland M, Moran T, Kotschwar BR. Is gender diversity profitable? Evidence from a global survey. Peterson Institute for International Economics Working Paper. United states of America, Washington, DC: 2016:4.
37. Dezsö CL, Ross DG. Does female representation in top management improve firm performance? A panel data investigation. *Strategic management journal*. 2012;33(9):1072-89.
38. Hafsi T, Turgut G. Boardroom diversity and its effect on social performance: Conceptualization and empirical evidence. *Journal of business ethics*. 2013;112(3):463-79.
39. Adams RB, Ferreira D. Women in the boardroom and their impact on governance and performance. *Journal of financial economics*. 2009;94(2):291-309.
40. Arnold KA, Loughlin C. Continuing the conversation: Questioning the who, what, and when of leaning in. *Academy of Management Perspectives*. 2019;33(1):94-109.
41. Opstrup N, Villadsen AR. The right mix? Gender diversity in top management teams and financial performance. *Public Administration Review*. 2015;75(2):291-301.

Female managers' leadership in healthcare organizations: Challenges and solutions

Ali Mohammad Mosadeghrad¹, Maryam Tajvar², Sara Taheri^{3*}

1- Professor, Department of Health Management and Economics, Health Information Management Research Center, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Associate Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- PhD Student, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, European University of Lefke, Turkish Republic of Northern Cyprus.

Abstract

Introduction: Organizational leadership is 'the science and art of influencing employees, and mobilizing them to achieve organizational goals'. The purpose of this research was to identify the leadership challenges of female managers in healthcare organizations.

Methods: This interpretive phenomenological research was conducted through in-depth semi-structured face-to-face interviews with 27 female managers in healthcare organizations in Tehran, Iran. The research sample was selected by purposeful and snowball methods. Thematic analysis method and MAXQDA2018 were used to analyze the data.

Results: Overall, 20 challenges were identified in the leadership of female managers of healthcare organizations, which were classified into four groups of structural, process, human, and cultural challenges. Personal and personality characteristics of female managers such as kindness, compassion, and flexibility, along with little management experience, insufficient authority, inconsistency with superior and peer managers, lack of resources, high workload, low motivation, knowledge and skills of subordinates, informal groups, organizational masculinity, gender misconceptions, and organizational discrimination were among the most important leadership challenges of female managers of healthcare organizations. Some of the solutions to solve these challenges include strengthening intelligence, knowledge, and management skills, adhering to moral values, managing gender characteristics, delegating authority, creating resources, increasing risk-taking, improving communication, effective conflict management, developing communication networks, meditation, coaching, correcting gender stereotypes and removing gender discrimination.

Conclusion: Female managers face several challenges in leading their employees in healthcare organizations that need to be identified and resolved. A model was developed to strengthen the leadership of female managers of healthcare organizations, which will lead to an increase in their productivity.

Keywords: Female managers, Leadership, Healthcare organizations, Challenges

Please cite this article as follows:

Mosadeghrad A, Tajvar M, Taheri S. Female managers' leadership in healthcare organizations: Challenges and solutions. *Hakim Health Sys.* 2022; 25(1): 1-31

*Corresponding Author: PhD Student, Department of Health Management, Faculty of Health Sciences, European University of Lefke, Lefke, Turkish Republic of Northern Cyprus. Celphone: +989125853287, Email: sarataheri.tums@gmail.com

Copyright © 2022 Tehran University of Medical Sciences. Published by National Institute of Health research (NIHR). This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>. Non-commercial uses of the permitted, provided the original work is properly cited.