



پژوهش‌های نوین در تصمیم‌گیری

دوره ۵، شماره ۱، بهار ۱۳۹۹، صص ۵۱-۹۴

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

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

۱. دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۱

چکیده

تصمیم‌گیری به‌عنوان یکی از مهمترین وظایف هر مدیر عبارت است از فرایند شناسایی و حل مسئله. این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران در انجام وظیفه تصمیم‌گیری و ارائه راهکارها انجام شد. پژوهش حاضر یک مطالعه کیفی و اکتشافی بود که با استفاده از مصاحبه‌های عمیق نیمه‌ساختاریافته با ۲۳ نفر از مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی شهر تهران انجام شد. شرکت‌کنندگان در پژوهش با روش هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند. داده‌ها با روش تحلیل موضوعی تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با ۲۲ نوع چالش در تصمیم‌گیری مواجه هستند. این چالش‌های تصمیم‌گیری در قالب پنج گروه چالش‌های ساختاری (مأموریت و نوع وظایف سازمانی، اندازه‌ی سازمان، پراکندگی کار و بار کاری، کمبود منابع مالی، حمایت نشدن توسط قانون)، فرآیندی (ضعف در تعریف مسأله، هدف‌گذاری اشتباه، توسعه‌ی راهکارهای غلط، نداشتن معیارهای مناسب برای ارزیابی راهکارها)، انسانی (کمبود کارکنان و انگیزه، دانش و مهارت کم کارکنان)، فرهنگی (رودربایستی سازمانی، باورهای شخصی، منفعت‌طلبی، بی‌تفاوتی و باورهای جنسیتی) و مدیریتی (عدم ثبات احساسی مدیران، نداشتن اختیار و تعهد و حمایت کم مدیران ارشد) طبقه‌بندی شد. مدیران زن برای رفع این چالش‌ها از تجربه، شواهد و



مستندات علمی، تصمیم‌گیری گروهی، اولویت‌بندی مسایل، ارتباطات مؤثر، شفاف‌سازی، اعتدال و میانه‌روی، تفکر سیستمی، توجه به منافع سازمانی، آموزش و انگیزش کارکنان، اصلاح فرهنگ سازمانی و مباحثات و مدارا استفاده می‌کردند.

واژگان کلیدی: مدیران زن، تصمیم‌گیری، چالش‌ها، سقف شیشه‌ای

۱- مقدمه

براساس گزارش‌های سازمان بین‌المللی کار، مشارکت زنان در بازار کار در حال افزایش است. افزایش سطح تحصیلات زنان و کاهش نرخ میزان باروری، منجر به افزایش مشارکت اقتصادی زنان در بازار کار شده است [۱]. با این وجود، در به‌کارگیری زنان در پست‌های مدیریتی سازمان‌ها شاهد تبعیض هستیم. زنان شانس کمتری برای دستیابی به مشاغل مدیریتی نسبت به مردان دارند [۲]. به‌عنوان مثال، زنان بخش قابل توجهی از کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی را تشکیل می‌دهند، ولیکن، سهم کمتری از پست‌های مدیریتی به ویژه مدیریت ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۲ در آمریکا نشان داد که شانس ارتقای زنان به مشاغل مدیریت ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی به مراتب کم است. یک سوم مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شاهد تبعیض جنسیتی بودند [۳]. همچنین، اختلاف حقوق و دستمزد زن و مرد در بخش سلامت بیش از ۲۰ درصد است [۴]. مطالعات مختلف نشان داده است که پزشکان، دستیاران پزشک، داروسازان و پرستاران زن نسبت به هم‌تای مرد خود حقوق کمتری دریافت می‌دارند [۵-۷].

در ایران نیز اگرچه مشارکت زنان در بازار کار در دو دهه اخیر افزایش داشته است، ولیکن، همچنان تفاوت زیادی بین اشتغال مردان و زنان مشاهده می‌شود. به‌عنوان مثال، نرخ مشارکت اقتصادی مردم ایران در تابستان ۱۳۹۸ برابر با ۴۰/۸ درصد بود. این شاخص برای مردان و زنان به ترتیب ۶۵/۴ و ۱۶ درصد بود. زنان فقط ۱۸ درصد جمعیت شاغلین حدود ۲۴ میلیون نفری کشور را تشکیل می‌دهند [۸]. مشارکت زنان در امور سیاسی کشور نیز کم است. در دوره ششم مجلس در سال ۱۳۷۸ فقط ۱۱ نفر از نمایندگان مردم را زنان تشکیل



داده بودند (۴ درصد). این رقم در دوره دهم مجلس در سال ۱۳۹۴ به ۱۷ نفر (۵/۹ درصد) افزایش یافت. سهم زنان از منتخبین شوراهای اسلامی شهر و روستا از ۰/۸ درصد در دوره اول در سال ۱۳۷۷ به ۳/۴ درصد در دور چهارم در سال ۱۳۹۲ افزایش یافت [۹]. با این وجود، این میزان بسیار کم است.

مطالعات متعددی به بررسی چالش‌های زنان در کسب پست‌های مدیریتی سازمان‌ها پرداخته و واژه‌هایی نظیر زمین چسبناک^۱، دیوار شیشه‌ای^۲، سقف شیشه‌ای^۳، صخره شیشه‌ای^۴ و هزارتوی سازمانی^۵ مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته تا به نوعی بیانگر چالش‌های کارکنان زن در تحرک شغلی و ارتقای شغلی باشد. زنان با موانع فردی، خانوادگی، سازمانی و اجتماعی متعددی برای دستیابی به پست‌های بالای مدیریتی سازمان‌ها مواجه هستند [۳، ۱۰ و ۱۱]. احساساتی بودن، اعتماد به نفس پایین و عدم جاه‌طلبی از جمله ویژگی‌های شخصی زنان است که مانع پیشرفت آن‌ها در مسیر راه شغلی‌شان می‌شود. مدیران زن به‌طور هم‌زمان دارای سه نقش همسری، مادری و شغلی هستند که هر کدام انتظارات خاصی از او دارند. همسران مدیران زن به دلایلی نظیر امکان درگیری خانواده با مسائل کاری زن، از هم پاشیده شدن کانون خانواده و رها شدن فرزندان، استقلال بیشتر اقتصادی و اجتماعی زن، آگاهی بیشتر زن نسبت به حقوق خود و در نتیجه، تغییر رفتار و عدم اطاعت از همسر، ممکن است با ارتقای شغلی آن‌ها موافقت نکنند. معیارهای استخدامی نابرابر، دستمزد نابرابر، دسترسی نابرابر به منابع، مشارکت نابرابر در تصمیم‌گیری‌ها و فرصت نابرابر برای ارتقای شغلی از عوامل سازمانی محدودکننده زنان برای مشاغل بالای مدیریتی است. در نهایت، سازمان‌ها از فرهنگ جامعه تأثیر می‌پذیرند. باورهای ذهنی و کلیشه‌های سنتی غلط جنسیتی موجب کاهش حضور زنان در مشاغل مدیریتی می‌شود.

دلایل حضور کمتر زنان در پست‌های مدیریتی بر اساس سه رویکرد جنسیتی، ساختار سازمانی و جنسیت- سازمان - سیستم قابل توضیح است. در رویکرد مبتنی بر جنسیت اعتقاد بر این است که پیشرفت محدود زنان در اشغال پست‌های رده‌های بالای مدیریتی سازمان به خاطر ویژگی‌های شخصیتی، نگرشی و رفتاری آن‌ها است. زنان دارای ویژگی‌هایی نظیر مهربانی، دلسوزی، شکیبایی، فداکاری، خوش‌برخوردی و ملایمت هستند،



در حالی که از مدیر سطوح بالای سازمان انتظار می‌رود که دارای ویژگی‌هایی نظیر اعتماد به نفس، مستقل، قوی، رقابتی، قاطع، منطقی، نیرومند و قدرتمند باشد [۱۲]. در رویکرد ساختار سازمانی اعتقاد بر این است که ساختارهای سازمانی، رفتار زنان را در یک شغل، شکل می‌دهند [۱۳]. پست‌های سازمانی خوب و مطلوب به فرد شاغل امکان و فرصت افزایش قدرت می‌دهد. بر اساس این رویکرد، تفاوت جنسیتی موجب حضور کم زنان در پست‌های مدیریتی نیست، بلکه زنان در پست‌های مدیریتی رده پایین سازمان قرار داده شدند و فرصت و امکانات کمتری برای پیشرفت و افزایش قدرت دارند. در نهایت، رویکرد جنسیت-سازمان - سیستم معتقد به تعامل همزمان بین فرد، سازمان و جامعه است [۱۴]. در این رویکرد پیشرفت محدود زنان در سازمان تنها به خاطر جنسیت آن‌ها یا به خاطر ساختار سازمانی نیست. این دو عامل رفتار زنان را در محیط کار شکل می‌دهند. مشارکت پایین زنان در پست‌های مدیریتی سازمان به خاطر سیستم‌های اجتماعی است که سازمان در آن فعالیت می‌کند. به عنوان مثال، در کشورهایی که ترجیح خانواده‌ها به داشتن فرزند پسر است، نابرابری جنسیتی بیشتر دیده می‌شود [۱۵]. عواملی نظیر ارزش‌های فرهنگی، هنجارهای اجتماعی و انتظارات مردم جامعه از مرد و زن، بر ساختارها و فرایندهای سازمانی اثر می‌گذارد و این عوامل هم بر نگرش و رفتار زنان در سازمان اثر می‌گذارد [۱۴]. بر اساس این تئوری، دلایل مشارکت پایین زنان در مشاغل مدیریتی سازمان عبارتند از ویژگی‌های گاهاً متناقض زنان با ویژگی‌های مورد انتظار مدیران رده بالای سازمان، قرار دادن زنان در مشاغل نامطلوب و محروم سازمان و انتظارات متفاوت جامعه از زنان. این عوامل جدا از هم نیستند و با هم در کنش و تعامل هستند [۱۶].

نابرابری جنسیتی مانع بزرگی بر سر راه توسعه نیروی انسانی است. تبعیض علیه زنان در آموزش، سلامت، بازار کار و حضور در عرصه‌های سیاسی نتایج منفی برای کشورها خواهد داشت. برابری جنسیتی آنقدر حایز اهمیت است که سازمان بهداشت جهانی هدف سوم توسعه هزاره در سال ۲۰۰۰ میلادی و هدف پنجم توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ میلادی را به ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان اختصاص داد و دولت‌ها را ملزم به به‌کارگیری اقداماتی برای کاهش نابرابری جنسیتی کرد [۱۷]. شاخص‌های متعددی برای سنجش نابرابری جنسیتی



توسعه یافتند که مهم‌ترین آن‌ها ایندکس شکاف جنسیتی^۱ و ایندکس نابرابری جنسیتی^۲ است. ایندکس شکاف جنسیتی در سال ۲۰۰۶ میلادی توسط مجمع جهانی اقتصاد برای اندازه‌گیری برابری جنسیتی معرفی شد. این ایندکس تفاوت‌های میان زنان و مردان را در چهار بعد سیاسی، اقتصادی، آموزش و بهداشت مورد بررسی قرار می‌دهد. ایندکس شکاف جنسیتی عددی بین صفر و یک است که هر قدر به سمت صفر نزدیک باشد، بیانگر نابرابری مطلق و هر قدر به سمت یک باشد، نشانگر برابری مطلق است. مقدار این ایندکس برای ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۰/۵۸۹ (رتبه ۱۴۲ جهان) بود. کشور ایسلند با امتیاز ۰/۸۵۸، رتبه اول جهان را داشت [۱۸]. ایندکس نابرابری جنسیتی در سال ۲۰۱۰ میلادی توسط برنامه توسعه سازمان ملل برای نشان دادن تفاوت بین دستاوردهای زنان و مردان معرفی شد. این شاخص سه بعد بهداشت باروری، توانمندسازی و مشارکت در بازار کار را مورد توجه قرار می‌دهد. مقدار این شاخص بین صفر و یک متغیر است. هر قدر این شاخص به سمت صفر نزدیک‌تر باشد، بیانگر میزان برابری زنان و مردان است. ایندکس نابرابری جنسیتی ایران در سال ۲۰۱۸ میلادی برابر با ۰/۴۹۲ بود (رتبه ۱۱۸ دنیا). کشور سوئیس با امتیاز ۰/۰۳۷، رتبه اول دنیا را بدست آورد [۱۹].

عدم حضور زنان در پست‌های مدیریتی سازمان، موجب می‌شود که نیازهای کارکنان زن کمتر مورد توجه مدیران قرار گیرد، از اولویت پایین‌تری برخوردار شوند و در نتیجه تبعیض جنسیتی در سازمان ایجاد شود. وجود مدیران زن و مرد در تیم مدیریت سازمان مانع ایجاد تفکر گروهی شده و موجب توسعه هوش گروهی و تقویت خلاقیت و نوآوری در سازمان می‌شود. ویژگی‌های بارز زنان نظیر نועدوستی، مربیگری، احساسی، همدلی، حمایت، مراقبت، صبوری، مصالحه، توجه به جزییات، توانایی ایجاد همبستگی در افراد، گوش دادن به افراد و ایجاد انگیزه در کارکنان با انگیزاننده‌های معنوی و غیر پولی نقش قابل توجهی در موفقیت یک مدیر دارد و مورد نیاز سازمان‌های امروزی است.

نسبت زنان شاغل در پست‌های مدیریتی سازمان‌ها در کشورهای توسعه یافته در سه دهه اخیر افزایش یافته است. به‌عنوان مثال، در آمریکا درصد مدیران زن از ۱۸ درصد در سال ۱۹۷۲ میلادی به ۴۵ درصد در سال ۲۰۰۲ میلادی رسید. در انگلستان این میزان از ۲۰



درصد به ۴۰ درصد در این بازه زمانی رسید [۲۰]. افزایش حضور زنان در پست‌های مدیریتی سازمان‌ها می‌تواند نتایج خوبی را به دنبال داشته باشد. با این وجود، تجربه کم زنان در پست‌های مدیریتی می‌تواند چالش‌های زیادی برای آن‌ها و سازمان‌ها ایجاد کند. بنابراین، آموزش‌های لازم باید به مدیران زن برای انجام بهتر وظایف مدیریتی داده شود. تئوری‌های سازمان و مدیریت، اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران زن قرار می‌دهد تا با استفاده از استراتژی‌های مناسب چالش‌های به وجود آمده را بهتر مدیریت کنند.

مدیران برای انجام وظایف اصلی خود مانند برنامه‌ریزی، سازماندهی، رهبری و کنترل باید تصمیماتی را اتخاذ کنند. تصمیم‌گیری به‌عنوان یکی از وظایف مهم مدیران عبارت است از انتخاب راهکاری از میان راهکارهای موجود برای حل یک مسأله [۲۱]. فرایند تصمیم‌گیری شامل پنج مرحله تعریف مسأله، تعیین اهداف تصمیم، توسعه راهکارها، ارزیابی راهکارها و انتخاب بهترین راهکار است. مدیر با جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات بدست آمده در مورد مسأله و علل ریشه‌ای آن (تعریف مسأله)، اهدافی را برای تصمیم‌گیری خود مشخص می‌کند، سپس، راهکارهای مختلفی را برای حل مسأله ارائه و با ارزشیابی مزایا و معایب آن‌ها، بهترین راهکار را انتخاب می‌کند [۲۲].

مدیران از دو رویکرد تفکر عقلایی^۱ و تفکر شهودی^۲ در حل مسائل سازمانی استفاده می‌کنند. رویکرد عقلایی اقتصادی در تصمیم‌گیری به دنبال حداکثرکردن منافع و حداقل کردن هزینه‌هاست و شامل مراحل تحلیل مسأله، ارائه و ارزیابی راهکارها، انتخاب و به‌کارگیری بهترین راهکار است. با این وجود، مدیران گاهی اوقات به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات لازم و کافی نمی‌توانند از رویکرد عقلایی در تصمیم‌گیری استفاده کنند و مجبورند تا از تجربه، ابتکار، خلاقیت و روش‌های قضاوتی شهودی استفاده می‌کنند. مدیران در سه محیط مطمئن، ریسک و نامطمئن تصمیم می‌گیرند. مدیر در محیط مطمئن تصمیم‌گیری، اطلاعات لازم و کافی را برای تحلیل مسأله و اتخاذ تصمیم درست در اختیار دارد و راهکاری را انتخاب می‌کند که بیشترین منفعت و کمترین هزینه را برای سازمان داشته باشد. مدیر در محیط ریسک تصمیم‌گیری، اطلاعات کامل در مورد مسأله را ندارد، ولی، با استفاده از احتمالات می‌تواند احتمال موفقیت راهکارهای خود را محاسبه کند. در این شرایط، برآورد احتمالات و منحنی توزیع احتمالات به مدیر کمک می‌کند تا تصمیم درستی بگیرد. در محیط نامطمئن تصمیم‌گیری، اطلاعات ناکافی بوده و مدیر حتی با احتمالات هم



نمی‌تواند راهکار مناسبی ارائه دهد. مدیر در چنین شرایطی بیشتر از روش‌های گروهی و با استفاده از تجربه و قضاوت شهودی تصمیم می‌گیرد. مدیران به طور کلی از دو سبک تصمیم‌گیری بهینه‌سازی^{۱۱} و راضی‌سازی^{۱۲} در حل مسائل سازمانی استفاده می‌کنند. مدیران با سبک تصمیم‌گیری بهینه‌سازی، به دنبال اتخاذ تصمیمات برتر بوده، وقت بیشتری برای تصمیم‌گیری اختصاص می‌دهند، اطلاعات بیشتری را به دست می‌آورند، مسأله را به طور کامل تحلیل می‌کنند و تصمیمی را اتخاذ می‌کنند که حداکثر منفعت و حداقل هزینه را داشته باشد. در مقابل، مدیران با سبک راضی‌سازی، تصمیمی را که به اندازه کافی خوب بوده و تا حدی تأمین‌کننده رضایت ذینفعان مختلف باشد، اتخاذ می‌کنند [۲۲].

سازمان‌های بهداشتی و درمانی با شرکت‌های تولیدی و خدماتی تفاوت زیادی دارند. برخلاف مدل سازمان ماشینی^{۱۲} اغلب شرکت‌های تولیدی که در آن بر سلسله مراتب عمودی، کنترل، اعداد و ارقام و استانداردهای محصولات تأکید می‌شود، در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، مدل سازمان تخصصی^{۱۳} حکم‌فرما است که بر متخصصان، توسعه مهارت‌ها و ارائه خدمات اختصاصی فردی به مشتریان تأکید می‌شود [۲۳]. بنابراین، ماهیت اضطراری خدمات سلامت و نوع وظایف سازمان‌های بهداشتی و درمانی به نوعی بیانگر اهمیت تصمیم‌گیری در این سازمان‌ها است.

تصمیم‌گیری مدیران در سازمان‌های بهداشتی و درمانی با توجه به چندبخشی و چندحرفه‌ای بودن محیط این سازمان‌ها، ماهیت اضطراری خدمات سلامت، پیچیدگی فرآیند تصمیم‌گیری و طولانی بودن زمان مشاهده پیامدهای تصمیم‌گیری با چالش‌های متعددی مواجه است. مدیران زن به علت اقلیت و سابقه‌ی کم حضور در پست‌های مدیریتی به ویژه سطوح مدیریت ارشد سازمان‌ها با چالش‌های بیشتری در تصمیم‌گیری مواجه هستند. شناسایی چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن و برنامه‌ریزی برای کاهش آن‌ها، کمک قابل توجهی به مدیریت نظام سلامت می‌کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران و ارائه راهکارها انجام شد.

۲- روش پژوهش

این پژوهش کیفی با روش پدیدارشناسی^{۱۴} انجام شد. پدیدارشناسی علم مطالعه، بررسی، توصیف



و تفسیر دقیق پدیده‌های زندگی است. در این نوع پژوهش تجربه، ادراک و احساس افراد در مورد پدیده یا موضوع مورد نظر مطالعه می‌شود [۲۴]. پدیده‌ها شامل واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، تجارب یا مفاهیم هستند. در این پژوهش به بررسی، توصیف و تبیین چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و ارائه راهکارها پرداخته شده است.

داده‌های پژوهش از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و عمیق با زنان شاغل در پست‌های مدیریتی ارشد، میانی و عملیاتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی شامل سطوح ستادی و صافی وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، بیمارستان‌ها، شبکه‌ها و مراکز بهداشت و درمان جمع‌آوری شد. سؤالات راهنمای مصاحبه با توجه به اهداف پژوهش و مطالعات گذشته طراحی شد. دو مصاحبه‌ی اول برای ارتقای روایی راهنمای پژوهش و سطح سؤالات و بهبود مهارت مصاحبه‌کننده، به‌صورت آزمایشی انجام شد. با توجه به ماهیت اکتشافی این مطالعه، نوع نمونه‌گیری، هدفمند، با رعایت حداکثر تنوع و در ادامه به روش گلوله برفی بود. مصاحبه‌ها در محل کار مصاحبه‌شوندگان انجام شد. برای این کار از طریق مراجعه حضوری، ایمیل، پیام کوتاه و یا مکالمه‌ی تلفنی از مشارکت‌کنندگان وقت قبلی گرفته شد. راهنمای مصاحبه به درخواست برخی از مصاحبه‌شوندگان، پیش از مراجعه برای آن‌ها ارسال شد. همه مشارکت‌کنندگان با ضبط صدا موافقت کردند. مصاحبه‌ها تا اشباع داده‌ها ادامه یافت (۲۳ نفر). میانگین زمان انجام مصاحبه‌ها ۹۸ دقیقه بود (حداکثر ۱۵۵ و حداقل ۴۱ دقیقه).

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل موضوعی^{۱۵} شش مرحله‌ای براون^{۱۶} و کلارک^{۱۷} شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و در نهایت، تهیه گزارش استفاده شد [۲۵]. متن مصاحبه‌ها به طور دقیق در نرم‌افزار ورد ۲۰۱۰ تایپ شد. در صورت تمایل مشارکت‌کنندگان، به منظور اصلاح احتمالی یا اضافه کردن نکات بیشتر، متن مصاحبه‌ها برای آن‌ها ارسال شد. محتوای مصاحبه‌ها برای استخراج کدهای اولیه چند بار مرور شد تا نسبت به جوانب مختلف داده‌ها شناخت کامل حاصل شود. کدهای اولیه در متن مصاحبه‌ها شناسایی شد. کدهای مشابه و دارای معنای نزدیک در تم‌های فرعی و در نهایت، در تم‌های اصلی جای‌گذاری شدند. تم‌های اصلی و فرعی چندین بار مرور شدند و در



صورت نیاز ترکیب، تعدیل و تفکیک شدند تا یک نقشه موضوعی منطقی از روابط بین تم‌های اصلی و فرعی ایجاد شود. سپس، تم‌های اصلی و فرعی نام‌گذاری و تعریف عملیاتی شدند. در نهایت، با توجه به سؤال پژوهش، تم‌های اصلی و فرعی با استفاده از کدهای شناسایی شده و نقل قول‌های مرتبط مصاحبه‌شوندگان در قالب یک داستان هدفمند به صورت گزارش آماده شد.

اقداماتی نظیر نمونه‌گیری با حداکثر تنوع، انجام مصاحبه‌های پایلوت، بررسی موضوع از زوایای مختلف، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، شرح دقیق روش انجام مصاحبه، 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 برای افزایش کیفیت پژوهش (بی‌طرفی، روایی، پایایی و تعمیم‌پذیری پژوهش) انجام شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش نظیر اخذ کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، توضیح شفاف اهداف مطالعه به شرکت‌کنندگان در پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه آن‌ها، آزاد بودن مصاحبه‌شوندگان نسبت به شرکت در مصاحبه، حق کناره‌گیری مصاحبه‌شوندگان در طول مصاحبه، ضبط مصاحبه‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آن‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگران در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

۳- یافته‌ها

تعداد ۲۳ نفر از مدیران زن در این مطالعه شرکت کردند. بیشتر مصاحبه‌شوندگان متأهل (۷۳/۹ درصد)، ۴۰ تا ۵۰ ساله (۴۳/۵ درصد)، با تحصیلات دکتری تخصصی (۳۹/۱ درصد) و با سابقه کاری ۲۱ تا ۲۵ سال (۳۹/۱ درصد) بودند. به ترتیب ۲۱/۷، ۴۳/۵ و ۳۴/۸ درصد شرکت‌کنندگان پژوهش مدیر عملیاتی، میانی و ارشد بودند. حدود ۸۶/۹ درصد مدیران مافوق مدیران زن شرکت‌کننده در این پژوهش مرد بودند (جدول ۱).



جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی	درصد
وضعیت تأهل مجرد متأهل	سن		سن		
	۶	۲۶/۱	کمتر از ۴۰ سال	۴	۱۷/۴
	۱۷	۷۳/۹	۴۰-۵۰ سال	۱۰	۴۳/۵
			۵۰ سال به بالا	۹	۳۹/۱
سابقه‌ی کار کمتر از ۱۰ سال ۱۱-۲۰ سال ۲۱-۳۰ سال بیشتر از ۳۰ سال	میزان تحصیلات		میزان تحصیلات		
	۱	۴/۳	لیسانس	۲	۸/۷
	۸	۳۴/۸	فوق‌لیسانس	۸	۳۴/۸
	۱۲	۵۲/۲	پزشک عمومی	۱	۴/۳
	۲	۸/۷	پزشک متخصص	۳	۱۳/۱
			دکتری تخصصی	۹	۳۹/۱

مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با ۲۲ نوع چالش تصمیم‌گیری مواجه شدند. این چالش‌ها در قالب پنج گروه چالش‌های ساختاری، فرآیندی، انسانی، فرهنگی و مدیریتی طبقه‌بندی شدند. مدیران زن برای رفع این چالش‌ها از تجربه، شواهد و مستندات علمی، تصمیم‌گیری گروهی، اولویت‌بندی مسائل، ارتباطات مؤثر، شفاف‌سازی، اعتدال و میانه‌روی، تفکر سیستمی، توجه به منافع سازمانی، آموزش و انگیزش کارکنان، اصلاح فرهنگ سازمانی و مداخلات و مدارا استفاده می‌کردند (جدول ۲).

جدول ۲. تصمیم‌گیری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی: چالش‌ها و راهکارها

چالش‌های اصلی	چالش‌های فرعی	راهکارها
چالش‌های ساختاری	مأموریت سازمان، نوع وظایف، تنوع وظایف، اندازه‌ی سازمان، بار کاری زیاد، کمبود منابع و عدم حمایت قانونی	راضی کردن ذینفعان، ارائه راه‌حل‌های جایگزین، قاطعیت در تصمیم‌گیری، اولویت‌بندی کارها، تقسیم شفاف وظایف، برنامه‌ریزی دقیق، تغییر در روتین کاری، جذب سرمایه‌گذار خارجی، چشم‌پوشی از منافع شخصی، تصمیم‌گیری مبتنی بر تجربه و یادگیری سازمانی



چالش‌های اصلی	چالش‌های فرعی	راهکارها
چالش‌های فرآیندی	ضعف در تعریف مسأله، هدف‌گذاری اشتباه، توسعه‌ی راهکارهای غلط و نداشتن معیار مناسب برای ارزیابی راهکارها	تصمیم‌گیری گروهی، جلب نظر ذینفعان، پیگیری مکرر، تمسک به روابط غیررسمی، شفاف‌سازی فرآیند تصمیم‌گیری و معیارهای ارزیابی، تقویت مهارت تفکر سیستمی و ملاحظات و مدارا
چالش‌های انسانی	کمبود کارکنان، انگیزه پایین کارکنان و دانش و مهارت کم کارکنان	استفاده از کارکنان مجرب، آموزش مداوم کارکنان و افزایش رضایت و انگیزه کارکنان
چالش‌های فرهنگی	رودربایستی سازمانی، اعتقادات و باورهای شخصی، منفعت‌طلبی شخصی، بی‌تفاوتی و باورهای غلط جنسیتی	اعتدال و میانه‌روی، ارتباطات موثر، داشتن تفکر سیستمی، تمرکز بر منافع سازمان، استفاده از ابزارهای انگیزشی مناسب و ملاحظات و مدارا
چالش‌های مدیریتی	عدم ثبات احساسی مدیران زن، نداشتن اختیار و استقلال و عدم تعهد و حمایت مدیران ارشد	حساس‌سازی، استفاده از شواهد و مستندات علمی، تصمیم‌گیری گروهی، تقویت ارتباطات موثر و ملاحظات و مدارا

۳-۱- چالش‌های ساختاری

مأموریت سازمان، نوع وظایف، تنوع وظایف، اندازه‌ی سازمان، بار کاری زیاد، کمبود منابع و عدم حمایت قانونی از جمله چالش‌های ساختاری بودند که مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با آن‌ها مواجه بودند. فرابخشی بودن مأموریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی، تصمیم‌گیری مدیران را تا مرزهای خارج از سازمان گسترش می‌دهد. در نتیجه، عدم همکاری سایر سازمان‌ها، تصمیم‌گیری را دشوار می‌کند: "مثلاً وقتی یک پرونده [تخلف یک درمانگاه] را به دادگاه می‌فرستیم، انتظار داریم که یک ماهه جواب دهند، اما، یک سال می‌ماند. طبیعتاً روی عملکرد خودم و کارکنان اثر می‌گذارد. احساس می‌کنم که تلاشی که می‌کنم به جایی نمی‌رسد." (م۱) در چنین مواردی روند اجرای تصمیم مدیر به علت وابستگی به عملکرد سازمان‌های دیگر طولانی می‌شود و منجر به ناامیدی و فرسودگی مدیر می‌شود. مدیر امور پژوهشی حوزه بهداشت یکی از دانشگاه‌ها موضوع را با ذکر مثالی این‌گونه بیان کرد: "چالش دیگر من هماهنگی‌های برون‌بخشی است. حالا که درون بخشم هماهنگ شده است، تازه باید مثلاً با آموزش و پرورش هماهنگ شوم، باید با آموزش عالی، برای دانشجویان هماهنگ شوم."



باید به آن‌ها بگویم که این تهدیدها در کمین سلامتی گروه تحت پوشش شما است، با من همکاری کن، کمک کن که مثلاً استاندارد مدرسه‌ات را بالا ببریم و مدرسه را مروج سلامت کنیم. همه این کارها را باید انجام بدهم، برای اینکه بتوانم فقط یک حرکت کششی را در مدرسه راه‌اندازی کنم! خوب هر کدام از این ذینفعان خواسته‌ای دارند. با وجود اینکه این کارها در راستای سلامت سازمان و زیرمجموعه‌ی آن‌هاست، متأسفانه فکر می‌کنند که دارند در راستای نفع ما زحمت می‌کشند. در فرهنگ سازمانی ما و در جامعه ما وقتی کسی پیشنهادی می‌دهد، سایرین فکر می‌کنند که پیشنهاددهنده حتماً ذینفع است. بنابراین، دنبال این هستند که سهم ما چه می‌شود و به ما چه می‌رسد. بنابراین، من به عنوان مدیر مجبور می‌شوم تا مقداری از منابعی را که باید در راستای کار اصلی صرف کنم، در راستای جلب رضایت ذینفعان صرف کنم. این باعث می‌شود که از من انرژی گرفته شود و خسته و فرسوده شوم." (م ۱۹) برخی از مدیران برای رفع مشکل مرتبط با مأموریت سازمان از راضی کردن ذینفعان و راه‌حل‌های جایگزین استفاده می‌کردند: "یک راهکار این است که سعی می‌کنم فردی را که مایل به اجرای تصمیم نیست، متقاعد کنم. دیگر اینکه وقتی می‌بینم نمی‌شود که ذینفع را راضی نگه داشت، به دنبال راهکار جایگزین می‌گردم. به هر حال یک مرزبندی‌هایی وجود دارد. هر کسی با یک دیدی در سیستم کار می‌کند که انتظار دارد با همان استراتژی که در ذهنش است کار پیش برود. ذینفع قدرتمند و تأثیرگذار است. در بعضی موارد راهکارها جواب داده." (م ۱۲) مدیر دیگری موضوع را چنین عنوان کرد: "آنجایی که فکر می‌کنم نظرم، نظر درستی است، سعی می‌کنم که رئیس را مجاب کنم، اما، همیشه هم موفق نبودم. فکر می‌کنم در چنین مواردی باید تصمیم مدیر مافوق را بپذیریم." (م ۱۱)

نوع وظایف سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز چالش‌هایی برای مدیران ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، معاون دانشجویی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی گفت: "[هر] دو کاری [پستی] که داشتم با کارهای روتین اداری متفاوت است؛ هم در مرکز تحقیقات و هم در معاونت دانشجویی. در مرکز تحقیقات تصمیم‌گیری در سطح مرکز نبود و عوامل زیادی در تصمیم‌گیری تأثیرگذار بود. من نمی‌توانستم به‌طور مستقل تصمیم‌گیرنده باشم. چون معاون بودم. به همین دلیل باید نظرات تمام ذینفعان در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ می‌شد. از این بابت فرآیند تصمیم‌گیری در این پست‌ها بسیار سخت و حساس است." (م ۱۲) بعضی از مدیران زن



این چالش مرتبط با وظایف سازمانی را تا حدودی مرتبط با جنسیت مدیر می‌دانستند و راه حل آن را عمل کردن در حد مأموریت سازمان معرفی کردند: "ما خانم‌ها چون ایده‌آل‌گرا و متعهد هستیم، تصور می‌کنیم که باید پا را فراتر از مسئولیت خود بگذاریم و کل دنیا را نجات دهیم. ما باید بدانیم هر سازمانی هدفی و مأموریتی دارد و باید در همان اندازه و همین‌طور در حد سطح مدیریتی خود عمل کنیم. مدیر باید در حد مأموریت سازمانی‌اش عمل کند. کسی از من به عنوان مدیر عملیاتی توقع ندارد که بیش از این عمل کنم و خود را درگیر سطوح دیگر کنم. اگر همین را بتوانیم خوب انجام دهیم، کفایت می‌کند." (م ۱۶) در واقع، برخی از مدیران زن در سازمان‌های بزرگ برای حل مسائل سازمانی فراتر از سطح مدیریتی خود عمل می‌کنند. آن‌ها به طور متقابل از سازمان انتظارات بیشتر از حد اختیارات خود داشته و هنگامی که انتظاراتشان برآورده نمی‌شود، بی‌انگیزه می‌شوند. مدیر امور پژوهشی معاونت بهداشتی یکی از دانشگاه‌ها نیز ویژگی ایده‌آل‌گرایی و فراتر از مأموریت‌های سازمان عمل کردن مدیران زن را چالش تصمیم‌گیری بیان کرد: "خیلی مواقع زیر سؤال رفته‌ام. معمولاً مافوق زمانی زیرمجموعه‌اش را صدا می‌کند که از او کم‌کاری دیده باشد. مافوق مرا صدا کرده و گفته که تو داری در این زمینه زیاد کار می‌کنی. کافی است! غالباً به من این جمله گفته شده که ۹۰ درصد بیشتر از آنچه از تو انتظار می‌رود کار می‌کنی! این مسأله باعث شده که بی‌انگیزه شوم." (م ۱۹)

سازمان‌های بهداشتی و درمانی مؤسساتی چند تخصصی هستند. تنوع خدمات ارائه شده، اگر به درستی مدیریت نشود، مشکلاتی ایجاد می‌کند. تعدادی از مدیران به مشکل تنوع وظایف اشاره کردند. مدیر مالی یکی از شبکه‌های بهداشت شهر تهران گفت: "من حدود هشت سال مرکز تحقیقات پزشکی بودم که با اینجا [مرکز بهداشت] خیلی فرق داشت. در مرکز تحقیقات یک بودجه تعلق می‌گرفت و فقط با هیأت علمی سر و کار داشتیم. اینجا، هم پرسنل متفاوتند و هم کارهای متنوعی انجام می‌شود. کار در مرکز بهداشت خیلی پراکنده و به مراتب خیلی سخت‌تر است. اما مرکز تحقیقاتی یک سری کار مشخص و افراد مشخص دارد." (م ۹) تنوع کارها موجب می‌شود که موقعیت‌های نیازمند تصمیم‌گیری‌های برنامه‌ریزی نشده، زیاد اتفاق بیفتد. در چنین موقعیت‌هایی، اگر مدیر برای انجام وظایف خود برنامه‌ی مدونی نداشته باشد، قادر به انتخاب راه حل مناسب نخواهد بود. اولویت‌بندی امور و تقسیم شفاف وظایف راهکاری بود که برای کاهش این چالش استفاده می‌شد: "من با مدیرم مجموعه‌ی مکاتبات را مرور می‌کنم، برای رفع



مشکل باید لیستی از اولویت‌ها داشته باشم و به فراخور زمانی که این مکاتبات صورت گرفته به آن‌ها رسیدگی کنم. به عنوان مثال، ما بخشنامه‌ای داریم که طبق آن باید مکاتباتی را که از دفتر وزارت می‌آید، در اولویت قرار داده و رسیدگی کنیم. بنابراین، ممکن است که بعضی کارها به این دلیل از اولویت پاسخ‌دهی خارج شود. این چالش به راحتی با برنامه‌ریزی قابل حل شدن است و با مرور روزانه‌ی این لیست رفع می‌شود." (م۲)

تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که اندازه سازمان بر تصمیم‌گیری مدیران تأثیرگذار است. تصمیم‌گیری در سازمان‌های بزرگ بیشتر سیستمی است. مدیران در سازمان‌های کوچک، کوچک‌ترین مسائل را مورد توجه قرار می‌دهند. در سازمان‌های کوچک روابط مستقیم بین فردی کارکنان با رئیس سازمان باعث می‌شود که تصمیم‌گیری بیشتر خانوادگی باشد. تصمیم‌گیری در سازمان‌های کوچک سریع‌تر و آسان‌تر است. با این وجود، این انعطاف دائمی منجر به عدم قاطعیت در تصمیم‌گیری می‌شود. همچنین، زمان مدیر ارشد صرف حل جزئی‌ترین مسائل سازمان شده که در نهایت، به بروز خطا در تصمیم‌گیری منجر می‌شود. مسئول حسابداری یکی از مراکز تحقیقاتی مسأله را این‌طور بیان کرد: "از آنجا که در سازمان‌های بزرگ احتمال رسیدن اعتراضات کارکنان به گوش رؤسا کم است، نارضایتی کارکنان از سازمان نسبت به سازمان‌های کوچک بیشتر است. در سازمان کوچکی مانند سازمان ما که رئیس سعی می‌کند تا چنین اختلافاتی را حل کند، نتیجه چنین می‌شود که رئیس سازمان دچار خطا در تصمیم‌گیری می‌شود." (م۵) مصاحبه‌شونده عقیده داشت که قاطعیت مدیر و اصلاح فرهنگ سازمانی در رفع این چالش مؤثر است: "نگرش من یا رئیس من را در مورد این چالش‌ها نمی‌توان تغییر داد. باید از خانواده‌ها شروع کنیم. به عنوان مثال، من در مورد کارمندی که معلولیت جسمی دارد و در شغل خدمه به خوبی انجام وظیفه نمی‌کند، نمی‌توانم قاطع تصمیم بگیرم. به همین دلیل مدیران مرکز در حال پیدا کردن جای دیگری برای فرد مورد نظر هستند. اما به نظرم درست این است که باید قاطع‌تر تصمیم گرفت. به فرد باید گفته شود که شما بر اساس ارزشیابی صورت گرفته، برای این کار مناسب نیستید و باید کار دیگری پیدا کنید. در چنین شرایطی فرد ممکن است در این سازمان ضربه بخورد، اما تصمیم می‌گیرد که عملکرد خود را اصلاح کند." (م۵)

یکی از ویژگی‌های سازمان‌های بهداشتی و درمانی تکرار فرآیندهای کاری و بار کاری زیاد



آن‌ها است. گاهی اوقات تکرار وظایف، مدیران را دچار روزمرگی می‌کند که منجر به ضعف تفکر سیستمی و ایجاد خطا در تصمیم‌گیری می‌شود. یکی از مدیران پرستاری در این باره گفت: "یک مدیر جدید ممکن است مواردی را ببیند که من به دلیل عادت به سیستم، متوجه آن نشده باشم. [برای کاهش این چالش] سعی می‌کنم در کارم تغییر ایجاد کنم. مثلاً ساعت و شکل راندهای مدیریتی‌ام را عوض می‌کنم." (م۴) بار کاری زیاد مدیران نیز منجر به عدم توانایی آن‌ها در کنترل همه مسائل سازمانی می‌شود: "گاهی به دلیل تعدد کارها از بعضی کارها غفلت می‌شود. بعضی کارها از اولویت خارج شده و موقت کنار گذاشته می‌شود." (م۲) همچنین، تمایل مدیران زن به انجام چند کار به‌طور همزمان چالش‌هایی برای آن‌ها ایجاد می‌کند: "درست است که زنان در آن واحد می‌توانند روی موضوعات متعددی تمرکز کنند، اما یک موضوع ممکن است آن‌ها را به قدری به هم بریزد که توان تمرکزشان را بگیرد. اما برای مردان این موضوع کمتر پیش می‌آید. آن‌ها دغدغه‌ای جز آن موضوع برای خود باقی نمی‌گذارند و بقیه امور را به دیگران محول می‌کنند. به نظر من ضعف توان تمرکز در بعضی مواقع می‌تواند چالش بزرگی برای یک مدیر زن باشد." (م۱۶) مدیران زن سعی می‌کنند با تمرین و برنامه‌ریزی دقیق بر این چالش‌ها چیره شوند: "این چالش به راحتی با برنامه‌ریزی قابل حل شدن است. با مرور روزانه‌ی لیست اولویت‌بندی کارها رفع می‌شود." (م۲)

برای دستیابی به اهداف سازمان‌های بهداشتی و درمانی به منابع نیاز است. کمبود منابع به ویژه منابع مالی یکی از مهم‌ترین چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران بوده است. به گفته یکی از معاونین دانشگاه‌ها: "کمبود منابع مالی و به طور کلی کمبود منابع از مهم‌ترین چالش‌ها است." (م۸) مصاحبه‌شونده دیگری موضوع را این‌گونه بیان کرد: "در ارتباط با منابع سازمانی مشکل داریم. در زمینه منابع انسانی و منابع مالی کاستی‌هایی در سازمان وجود دارد." (م۱۳) مدیر مالی یکی از شبکه‌های بهداشت گفت: "اگر بیمه‌ها به من پول ندهند و اداره درآمد درستی نداشته باشد، ممکن است که نتوانم کارانه پرسنل را بدهم و لوازم مصرفی بخرم. سال گذشته ما تقریباً ۹۶٪ تفاهم‌نامه‌مان را گرفتیم. ولی امسال متأسفانه فکر می‌کنم هنوز ۲۰٪ هم نگرفته باشیم. یعنی خیلی از تصمیم‌گیری‌ها به شرایط مالی بستگی دارد." (م۹) یکی از مدیران بیمارستانی گفت: "تقریباً ۷۰-۸۰ درصد تصمیماتی که می‌گیرم توسط مدیرعامل تأیید می‌شود، مگر اینکه از لحاظ مالی تأیید نشود." (م۱۰) یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی ایران راهکار



جبران کمبود منابع مالی را اولویت‌بندی کارها بیان کرد: "مشکلات مالی همیشه وجود دارد و راه حل علمی آن اولویت‌بندی و تصمیم‌گیری بر اساس آن است." (م ۱۶) بعضی از مدیران زن با جذب سرمایه‌گذار خارجی و چشم‌پوشی از نفع مالی شخصی، کمبود منابع مالی را جبران می‌کنند. یکی از مدیران دارویی موضوع را این‌طور بیان کرد: "با چالش پول که همواره مواجه هستیم، برای [کاهش] چالش مالی، خودم به دنبال سرمایه‌گذار می‌گردم، از جمله، اگر برای چاپ کتابی ۴۰ میلیون تومان احتیاج داشته باشم، از بودجه سازمان نمی‌توانم کمک بگیرم. بنابراین، ناشری پیدا می‌کنم که سرمایه‌گذاری کند و در ازای آن فقط حق تألیف کتاب را می‌گیرم. برداشت مالی از آن نمی‌کنم، زیرا هیچ‌وقت چشم‌داشت مالی به کارها نداشته‌ام، یعنی همیشه نفع مالی را به فرد دیگری می‌دهم و کار را برای سازمان انجام می‌دهم." (م ۶) مصاحبه‌شوندگان دیگر نیز به تناسب نوع فعالیت سازمان به راهکار فوق اشاره کردند: "مثلاً اگر سمیناری داشتیم، سعی می‌کردیم پول سمینار را از بیرون تأمین کنیم تا پول خودمان برای کارهای دیگر بماند. یا بعضی کارهایمان را به طرح تحقیقاتی تبدیل کرده بودیم تا ضمن اینکه کار انجام می‌شود درآمدی هم داشته باشد." [پرسنل] از لحاظ علمی هم این قابلیت را داشتند." (م ۸)

تصمیم‌گیری در سازمان با توجه به قوانین و اسناد بالادست صورت می‌گیرد. حمایت نشدن تصمیمات مدیران توسط قوانین و مقررات به دلایل فقدان، ابهام، به روز نبودن و تعداد زیاد قوانین، چالش دیگر مدیران زن در تصمیم‌گیری بود. کمبود قوانین در موضوع مورد تصمیم‌گیری مدیران را در تنگنا قرار می‌دهد. برخی از مصاحبه‌شوندگان موضوع را این‌گونه بیان کردند: "در معاونت درمان با مسائل قانونی زیاد سر و کار داریم. در بعضی زمینه‌ها دستمان باز نیست؛ یا قانون دستمان را باز نگذاشته یا قانون مبهم است. مشکل اصلی ما در تصمیم‌گیری، کمبودهای قوانین است." (م ۸) کمبود قانون در مواردی مانند استخدام نیروهای طرحی، انگیزش کارکنان و صدور پروانه مؤسسات پزشکی موقعیت‌هایی بودند که شرایط تصمیم‌گیری را برای مدیران دشوار کرده است. مصاحبه‌شوندگان ابهام قوانین را چالشی مهم در فرآیند تصمیم‌گیری ذکر کردند. برای مثال، سرپرست امور نظارت بر درمان یکی از شبکه‌های بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: "مشخص نبودن قوانین در بسیاری از موارد یکی از چالش‌های تصمیم‌گیری است. روال مشخصی برای کارها وجود ندارد. این موجب می‌شود که هر کسی سلیقه‌ای عمل کند. برای خیلی موضوعات قانونی وجود



ندارد." (م ۱) گاهی قوانین و مقررات قدیمی بوده و با شرایط موجود کاری تناسب ندارند. یکی از مدیران شبکه بهداشت تهران به این چالش این‌گونه اشاره کرد: "برخی قوانین به‌روز نیستند. برای مثال، در واحد ما [واحد نظارت بر درمان] مبالغ جریمه‌هایی که قانون برای برخی تخلفات تعیین کرده، به دلیل اینکه به‌روز نیستند، بازدارنده نیست، تا افراد از کار خلافی که می‌کنند نگران بشوند." (م ۱) تعداد زیاد قوانین و مقررات هم محدودیت‌هایی برای تصمیم‌گیری مدیران ایجاد می‌کند. یکی از مدیران دانشگاه در این زمینه چنین گفت: "ما یک سری مصوبات دیگر مانند آئین‌نامه‌های هیأت امناء داریم. هر دانشگاهی هم برای خودش هیأت امناء دارد. هر کدام از این‌ها آنقدر گستردگی دارد و تبصره و مصوبه دارد که واقعاً یک حقوقدان می‌خواهد! غالباً مدیران ما هم یا توان دانستن آن‌ها را ندارند یا حوصله‌اش را ندارند. این را به دفعات در مدیران بیمارستانها دیده‌ام." (م ۱۶) مدیران برای مقابله با این چالش‌ها از راهکارهایی نظیر یادگیری سازمانی کمک می‌گیرند. مصاحبه‌شوندگان در صحبت‌های خود بیان کردند که در مواردی که قانون از تصمیمات آن‌ها پشتیبانی نمی‌کند، مبتنی بر تجربه تصمیم می‌گیرند. برای مثال، مدیر نظارت بر درمان یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی این‌گونه عمل می‌کند: "مجبور هستم بر اساس مشورتی که از افراد مختلف می‌گیرم و سابقه و تجربه افراد قبلی که دهان به دهان منتقل شده تصمیم‌گیری کنم." (م ۱)

۳-۲- چالش‌های فرآیندی

ضعف در تعریف مسأله، هدف‌گذاری اشتباه، توسعه راهکارهای غلط و نداشتن معیار مناسب برای ارزیابی راهکارها از جمله چالش‌های فرآیندی تصمیم‌گیری مدیران زن در این پژوهش بود. با توجه به ماهیت مسائل سازمان‌های بهداشتی و درمانی، باید تیم‌های چند تخصصی برای تعریف و حل مسأله ایجاد شود. بسیاری از مدیران در این مرحله با چالش طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری و کیفیت پایین تصمیم مواجه هستند. در این خصوص یکی از مشاوران وزیر بهداشت گفت: "اولین اولویت ما این است که از تمام نی‌نفعان موضوع، نظر بگیریم و بعد از جمع‌بندی تصمیم نهایی را بگیریم. ولی بعضی وقت‌ها متخصصین نظر نمی‌دهند! مثلاً ممکن است از آن ۱۰۰ نفر، پنج، شش نفر بازخورد دهند." (م ۱۷) برخی از مشارکت‌کنندگان معتقد بودند که تصمیم‌گیری گروهی زمان‌بر بوده و انرژی زیادی از سیستم می‌گیرد. مدیر



کلینیک‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی این چالش را این‌گونه بیان کرد: "در این مرکز هر آنچه که باید خریداری شود، برای تأیید از چند کانال باید عبور کند. [این فرآیند] زمان‌بر است. یعنی حداقل ۳-۴ ماه زمان می‌برد تا به آنچه که نیاز داریم برسیم." (م ۱۰)

درگیر نمودن گروه‌های مختلف در فرایند تصمیم‌گیری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی گاهی اوقات منجر به تغییر هدف اصلی تصمیم‌گیری می‌شود. یکی از مدیران معاونت بهداشتی یکی از دانشگاه‌ها در این زمینه گفت: "وقتی برای حل برخی مسائل برنامه‌ای داریم، باید چند گروه را توجیه کنیم. مثلاً برای تحرک فیزیکی باید آموزش و پرورش را توجیه کنیم که معلم در طول کلاس درسی‌اش سه تا پنج دقیقه حرکات کششی برای بچه‌ها اجرا کند. من هیچ‌وقت نمی‌توانم به تنهایی این کارها را انجام دهم. به واحد بهداشت روان اداره احتیاج دارم که مهارت‌های زندگی را به من بگوید تا اینکه بتوانیم به والدین مهارت‌های فرزندپروری را بیاموزیم، به واحد بیماری‌ها نیاز دارم که به من بگوید که نوجوانی که ممکن است در مواجهه با بیماری ایدز باشد، باید چه کار کند یا مثلاً بیاموزد که رفتار پرخطر چیست. به واحد غیرواگیر نیاز دارم تا در خصوص تحرک فیزیکی به من راهکار بدهد. بنابراین، احتیاج دارم که واحدهای درون بخشی را هم حساس کنم و همکاری‌شان را جلب کنم. همه این‌ها هم در راستای یک هدف است. انجام چنین کارهایی یک چالش است." (م ۱۹) این نوع تصمیم‌گیری گروهی موجب طولانی شدن روند تصمیم‌گیری می‌شود. گاهی به علت فشاری که برخی ذی‌نفعان برای رسیدن به هدفی خاص می‌آورند، گروه از هدف اصلی دور می‌شود و تصمیم‌گیری با مشکل مواجه می‌شود: "برای مثال، برای خود من پیش آمده که تصمیم اصلی را باید رئیس بگیرد، اما، رئیس امور اداری، معاون پشتیبانی و غیره هر کدام باید جداگانه دخالت کنند و توجیه بشوند که بعضاً باعث آسیب به هدف اصلی می‌شود." (م ۱۶)

آثار و نتایج همه تصمیمات در سازمان‌های بهداشتی و درمانی مستقیم و فوری نیست. طولانی بودن فرایند تصمیم‌گیری، دیر به نتیجه رسیدن تصمیمات و غیرمستقیم بودن تأثیر آن‌ها، فرآیند تصمیم‌گیری را برای مدیران دشوار می‌کند. یکی از مشاوران وزارت بهداشت مسأله را اینطور بیان کرد: "طولانی بودن مسیر به نتیجه رسیدن تصمیم من و اینکه تأثیر تصمیم من مستقیم نیست، خود یک چالش است." (م ۱۷) مستقیم نبودن تأثیر تصمیمات و طولانی شدن مشاهده‌ی نتایج آن‌ها، منجر به ضعف مهارت تفکر سیستمی می‌شود و مدیران به



جای هدف‌گذاری‌های بلندمدت، تصمیمات خود را بر مبنای اهداف کوتاه‌مدت می‌گیرند. یکی از مدیران زن درباره‌ی این آسیب گفت: "به علت مستقیم نبودن تأثیر تصمیم‌ها، غالباً تصمیم‌گیری‌های سیاسی صورت می‌گیرد. در واقع یک چرخه‌ی معیوب وجود دارد. می‌گوییم چون عمر مدیریت کوتاه است، پس تصمیماتی بگیریم که در زمان مدیریت ما به نتیجه برسد. مدیر بعدی هم با همین رویکرد عمل می‌کند و روال همین‌طور ادامه می‌یابد." (۱۶م) مباحثات و مدارا و پیگیر مداوم در طول زمان به عنوان یک راهکار معرفی شد که مدیران زن از آن استفاده می‌کنند: "من سعی می‌کنم که مشکلات را کمی به زمان واگذار کنم. بعد با گوشزد‌های مکرر سعی می‌کنم مسأله را تازه نگه دارم و اجازه ندهم که به فراموشی سپرده شود. مثلاً در مورد یک مسأله توانستم که بعد از ۶ ماه آن را به نتیجه برسانم. رئیس‌مان گفت آنقدر این مسأله را گفتی که راضی شدند که آن تغییری را که می‌خواستی ایجاد کنند. یعنی راهکارم گوشزد‌های مکرری است که با دلایل و بیان‌های مختلف یادآور می‌شوم. مثلاً می‌گویم خانم دکتر فلانی پیگیری کرده که فلان کار چه شد، به او چه بگویم؟ یا می‌گویم فلانی گفته که فلان بیمارستان هم این مشکل را داشته‌اند و حل کرده‌اند. به نظر شما ما چه کار کنیم؟ این گفتن‌های مکرر تأثیر می‌گذارد." (۲۰م)

ارائه راهکارهای غلط توسط افراد سازمان، چالش فرآیندی دیگری بود که تعدادی از مدیران زن به آن اشاره کردند. جلب نظر ذی‌نفعان یکی از عوامل متضمن اجرای تصمیم است. با این وجود، درگیر شدن تعداد بیش از اندازه افرادی با منافع متضاد، فرآیند تصمیم‌گیری را با اختلال روبرو می‌کند: "من ممکن است بدانم که یک تصمیم، درست و به نفع سیستم است، اما، به دلیل افراد دیگری که در اجرای تصمیم نقش دارند، نمی‌توانم آن را عملی کنم. تعدد افراد در تصمیم‌گیری‌ها ممکن است منجر به ارائه راهکارهای اشتباه شود." (۱۲م) مدیران زن با پیگیری مکرر و تمسک به روابط غیررسمی راهکارهای صحیح را اجرا می‌کنند: "برای رفع این مشکل پشت سر هم نام می‌زنم. مشکل را با بازرس‌های سازمان تأمین اجتماعی که می‌آیند، در میان می‌گذارم و کار را پیگیری می‌کنم." (۱۰م) یکی دیگر از مدیران گفت: "به خود جناب وزیر کانال می‌زنیم. گاهی از طریق روابط غیررسمی و غیراداری و با گرفتن دستور مستقیم از خود وزیر کارها را پیش برده‌ام." (۱۷م) یکی از مدیران حوزه بهداشت در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی مسأله را با مثالی این‌طور بیان کرد: "برای مثال، وقتی ما می‌خواهیم معاینات یک گروه



سنى خاص را انجام دهيم، تاکتيک من اين است که پزشک را در مرکزى بگذارم که بچه‌ها هستند، تا اينکه بچه‌ها را مجبور کنم به مرکز جامع سلامت مراجعه کنند. خوب اين تصميم من است. اما، باز بعضى جاها با مانع برخورد مى‌کنم. مثلاً وقتى پزشک را مى‌خواهم قانع کنم که بيايد، مى‌گويد من بايد پاداش دريافت کنم. مجبورم براى اين پاداش دوباره سراغ مافوقم بروم. بنا بر اين، در مورد مسائلى که از بالا تصميم مى‌گيرند و به ما ابلاغ مى‌کنند و ماشين و منابعش کاملاً تأمين شده، آسان‌تر مى‌توانم تصميم‌گيرى کنم. ولى، اينکه من بخواهم کارى را با ابتکار و تجربه خودم پيش ببرم به آسانى در سيستم انجام پذير نيست." (م ۱۹)

انتخاب بهترين راهکار از ميان راهکارهاى موجود براى حل مسائل سازمانى، مستلزم داشتن معيارهاى مناسب و شفاف براى ارزيابى راهکارها است. نداشتن معيارهاى مناسب براى ارزيابى راهکارهاى حل مسأله چالش ديگرى بود که مديران زن به آن اشاره کردند: "زياد بودن تعداد پرسنل يکى از مشکلات سازمان ما است و ما مى‌خواهيم اين تعداد را کاهش دهيم. هر فرد در کميته يک سرى معيار براى کارمند موفق دارد. آن‌ها به معيارها وزن نمى‌دهند و کل سيستم را در نظر نمى‌گيرند. تصميم من چقدر براى خودم، سازمانم و جامعه‌ام مفيد است؟" (م ۵) مديران در تصميم‌گيرى کمتر به کل سيستم و پيامدهاى خارجى تصميم، توجه دارند. مدير حسابدارى يک مرکز تحقيقات پزشکى مسأله را اين‌طور بيان کرد: "براي مثال، در تصميم‌گيرى که اضافه‌کارى بيشتري به افراد مى‌دهد، مديران و کارکنان توجه ندارند که او با دادن اضافه‌کارى بيشتري به آن‌ها، به سيستم و در نهايت، به جامعه آسیب مى‌زند." (م ۵) مديران شفاف بيان کردن فرآيندها و معيارهاى ارزيابى را در رفع اين چالش تصميم‌گيرى مؤثر مى‌دانستند. يکى از مديران دارويى در اين زمينه گفت: "اگر مى‌توانستيم حقوق‌ها را ترميم کنيم و اضافه‌کارى را هم به کسانى مى‌داديم که واقعاً مستحق آن هستند، مشکلى پيش نمى‌آمد. اين فرايند بايد شفاف باشد که پرداختى‌ها بر چه مبنائى است. معيار مشخصى در اين زمينه نداريم. چالش تصميم‌گيرى بيشتري مربوط به شفاف نبودن فرآيند آن است. پرسنل به اين دليل احساس مى‌کنند آسیب ديده‌اند که نمى‌دانند منابع و فرصت‌ها چگونه تقسيم شده است. در صورتى که اگر چگونگى اين تقسيم‌بندى شفاف باشد، حتى اگر قرار نداشت منفعتى به آن‌ها برسد، راضى مى‌مانند. اما وقتى دليل تقسيم منابع به آن‌ها توضيح داده نمى‌شود، اين تصور براى آن‌ها به وجود مى‌آيد که شايد فرصت‌هاى را از دست داده‌اند." (م ۱) يکى ديگر از شرکت‌کنندگان



شفافیت مدیر در تصمیم‌گیری را راهکار مناسبی می‌دانست: "ما نظر دادیم که می‌خواهیم اضافه‌کار عصرمان افزایش یابد. مدیریت قبول نکرد و دلیل آن را برایمان توضیح داد. همین که رئیس‌مان به ما می‌گوید که چرا با این ایده مخالفت شده، ما را راضی می‌کند." (م ۲۰) شفاف نبودن تصمیمات سازمانی، به روابط سازمانی نیز آسیب وارد می‌کند. مصاحبه‌شونده در این زمینه گفت: "من کارشناس نظارت اتاق عمل هستم. رئیس اتاق عمل به من می‌گوید که اینجا قسمت پرستاری در کار بیهوشی خیلی دخالت می‌کند و و اعصاب همه را خرد می‌کند من این چالش را به رئیس بیمارستان انتقال می‌دهم. در سطح کلان شاید در آن لحظه نتوان آن چالش را حل کرد. بنابراین، دفعه‌ی بعد که به اتاق عمل بروم، کمی احساس شرمندگی می‌کنم که نتوانستم کاری کنم. رئیس اتاق عمل هم به من خواهد گفت که پس تو چه کاره‌ای؟ مگر مشکل ما را ندیدی؟ در سطح کلان یک سری محدودیت‌ها و معذوریت‌ها وجود دارد که باید آن را رعایت کنید. من نباید دید تک بعدی داشته باشم. اگر اینطور فکر کنم به آن رئیس اتاق عمل هم خواهیم گفت که گفته‌اند فعلاً کمی دست به عصاتر حرکت کنید تا بتوانیم نیروی بهتری به جای مدیر پرستاری فعلی پیدا کنیم." (م ۲۰)

۳-۳- چالش‌های انسانی

چالش‌های انسانی شامل کمبود نیروی انسانی، انگیزه کم و دانش و مهارت پایین کارکنان می‌باشند. کارکنان مجریان تصمیمات سازمانی هستند. کمبود نیروی انسانی برای اجرای تصمیمات سازمانی یکی از چالش‌های جدی مدیران زن بود. کمبود نیروی انسانی فرآیندهای کاری را کند می‌کند و موجب می‌شود که مدیر نتواند تصمیم بهینه را اتخاذ کند. گاهی مدیران به منظور جبران این کمبود از سایر کارکنان موجود استفاده می‌کنند، که فشار مضاعفی بر آن‌ها تحمیل می‌شود. مدیر پرستاری یکی از بیمارستانهای خصوصی موضوع را این‌گونه بیان کرد: "هر تصمیمی که گرفته می‌شود را نیروی انسانی باید اجرا کند. وقتی نیروی انسانی ماهر نداشته باشم، با مشکل مواجه می‌شوم. من چند نیروی پرستار خبره دارم که وقتی با کمبودی در یکی از بخش‌ها مواجه می‌شوم، مجبور می‌شوم از آن‌ها استفاده کنم. مثلاً وقتی در گرفتن رگ در یکی از بخش‌ها با مشکل مواجه می‌شویم از پرستار اتاق عمل که در این کار خبره است، استفاده می‌کنم." (م ۴) برخی از مدیران برای رفع مشکل کمبود نیروی انسانی با مهارت، از



تدابیری برای افزایش انگیزه، رضایت و در نتیجه، حفظ آن‌ها استفاده می‌کنند. مدیر کلینیک‌های یک بیمارستان تأمین اجتماعی گفت: "پزشک خوب کم داریم. اکثر پزشکان اینجا طرحشان را تازه گذرانده‌اند، خبره نیستند و تجربه کافی ندارند. به همین دلیل نمی‌توانند بیمار را خوب اداره کنند و او را این طرف و آن طرف می‌فرستند. پزشک خوب که پیدا می‌کنیم، سعی می‌کنیم با شیفت‌هایی که می‌خواهد کنار بیاییم و همان روزهایی را که می‌خواهد، برایش نگه داریم. اکثر پزشکان برای جای پارک ماشین مشکل داشتند و نمی‌آمدند. با یک پارکینگ در نزدیکی کلینیک صحبت کردیم و چند تا پارکینگ اجاره کردیم. قبلاً پزشکان ناهار نداشتند و باید خودشان ناهار تهیه می‌کردند، الان به آن‌ها ناهار می‌دهیم. به طریقی سعی می‌کنیم نیروی انسانی خوب را حفظ کنیم." (م ۱۰)

انگیزه پایین کارکنان چالش دیگر مدیران زن بود. مدیر حسابداری یکی از مراکز تحقیقات پزشکی در این ارتباط گفت: "مشکل دیگر این است که کسی هم که عملکرد بسیار خوبی دارد، دیده نمی‌شود. یک ضرب‌المثل بین رؤسا هست که می‌گوید: «کار را از فردی که انجام نمی‌دهد بگیر و بده به کسی که کار می‌کند». نیروهایی داریم که بسیار خوب کار می‌کنند، ولی، حتی به اندازه فردی که خوب کار نمی‌کند، از لحاظ مالی و امکانات رفاهی حمایت نمی‌شود." (م ۵) آموزش‌های نامناسب، مهارت کم و انگیزه‌ی پایین کارکنان منجر به انعطاف‌ناپذیری نیروی انسانی سازمان می‌شود. یکی از متخصصین پزشکی اجتماعی موضوع را این‌گونه بیان کرد: "نیروی انسانی خوب نیازمند مهارت، توانمندی، انعطاف‌پذیری، ارتباط صحیح و رشد مستمر است. وقتی ما نتوانیم این‌ها را پیاده کنیم، کارکنان در درازمدت سخت و انعطاف‌ناپذیر می‌شوند و تبدیل به مانع می‌گردند. از یک نیروی انسانی که هیچ انگیزه‌ای نداشته، بهایی به او داده نشده، آموزش مستمری ندیده انتظارات فرای سازمانی داریم." (م ۱۳)

چالش دیگر مرتبط با دانش و مهارت کم کارکنان بود. آموزش‌هایی که در دانشگاه‌ها به افراد داده می‌شود با آنچه مورد نیاز محیط کار است، همخوانی ندارد. رئیس یکی از ادارات وزارت بهداشت مشکل را این‌گونه توصیف کرد: "یکی از چالش‌های عمده ما در نظام سلامت این است که کارهای ما اجرایی است، ولی، دانشگاه‌ها نگاهشان بیشتر رنگ و بوی آکادمیک دارد. بین رویکرد دانشگاهی و رویکرد اجرایی خیلی سخت می‌توان ارتباط برقرار کرد. به عنوان مثال، آنچه ما در دانشگاه به عنوان تئوری درباره اعتباربخشی می‌خواندیم با آنچه که



الان در اعتباربخشی در عمل می‌بینیم، بسیار تفاوت وجود دارد." (م ۱۴) یکی از مدیران جوان دانشگاه علوم پزشکی ایران موضوع را از منظر دیگر بیان کرد: "مشکل عدم همخوانی رویکرد آکادمیک و اجرایی وجود دارد. اغلب سازمان‌های ما به جای اینکه علمی اداره شوند، به شکل هیأتی اداره می‌شوند. حتی در جلسات هم تصمیم‌گیری‌ها به همین شکل است." (م ۱۶) درست اجرا نکردن سرفصل‌های آموزشی، قدیمی بودن سرفصل‌های آموزشی و دستورالعمل‌های قدیمی و گاهاً متناقض سازمانی منجر به عدم تناسب آموزش‌های کارکنان در دانشگاه‌ها و نیازهای اجرایی محیط کار شده است: "شاید یکی از دلایل این است که سرفصل‌های آموزشی ما مربوط به سال‌های خیلی گذشته است." (م ۱۴) یکی از مدیران هم به قدیمی شدن دستورالعمل‌های سازمانی اشاره کرد: "دستورالعمل‌های متناقض سازمانی یک چالش است. گاهی اوقات دستورالعملی ۲۰ سال است که بدون بازنگری در سازمان اجرا می‌شود. بعضی از این دستورالعمل‌ها در ابتدا به طور فرمایشی تنظیم شده و ۳۰ سال اجرا شده و حالا جدا کردنش از سیستم یا اصلاحش بسیار مشکل است. امروزه در محیط و شرایط سازمانی دائماً در حال تغییر، به مدیریت اقتضایی نیاز داریم. باید بر حسب شرایط مدیریت کنیم، آنچه در اینجا در مورد دستورالعمل‌های متناقض اهمیت دارد، مدیریت تغییر است که ما در آن ضعیف هستیم." (م ۱۳) اصلاح سرفصل‌های آموزشی و برگزاری دوره‌های کارورزی مناسب پیشنهاداتی بود که برخی مدیران در این زمینه بیان کردند: "کوریکولوم‌های آموزشی نیاز به بازنگری دارد تا مثلاً مطالب در رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی یا سیاستگذاری سلامت با وظایف افرادی که در اجرا از آن استفاده می‌کنند، هم‌راستا و هماهنگ شود." (م ۱۴) همچنین، یکی از مدیران دارویی دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: "برای هر رشته‌ای باید کارورزی در نظر بگیرند تا دانشجویان پیش از ورود به کار از نزدیک مسائل کاری را ببینند." (م ۱) آموزش کارکنان باید مانند یک جریان دائمی در سازمان جاری و ساری باشد. این راهکاری بود که یکی از مدیران زن به آن اشاره کرد: "من به آموزش کارکنان اهمیت زیادی می‌دهم. برای مثال، در بهداشت که بودم در مورد جذب بیماران مقایسه‌ی مشکل داشتیم. این بیماران می‌خواستند ناشناخته بمانند، اما باید خدمات دریافت می‌کردند. طبق دستورالعمل‌ها باید نامشان را ثبت می‌کردیم. اما اگر می‌خواستیم طبق دستورالعمل عمل کنیم، بیماران را از دست می‌دادیم. به همین علت، هم خودم مسئولیت را به عهده می‌گرفتم و هم به همکاران آموزش



می‌دادم تا بتوانند این بیماران را جذب کنند. آن‌ها باید می‌دانستند که بهترین راه برای جلوگیری از اشاعه ریسک در چنین مواردی آن است که بیمار مقاببتی رها نشود." (م ۱۳)

اگرچه دانش و تجربه‌ی زیاد کارکنان منجر به یادگیری سازمانی می‌شود که در فرایند تصمیم‌گیری مفید است، ولی، به زعم برخی از مدیران فرایند تصمیم‌گیری را دشوار می‌سازد: "کارشناسی که خودش تجربه و علم کافی دارد، یک چالش است. تصمیم مافوق را به راحتی قبول نمی‌کند. از طرفی، تصمیمش ممکن است در تناقض کامل با تصمیم مدیر باشد. با این وجود، من کار کردن با چنین افرادی را دوست دارم. من دوست دارم به چالش کشیده شوم و به من بگویند که تصمیم غلط است. این باعث می‌شود که بیشتر به عمق موضوع توجه کنم. به خودم نهیب بزنم که نکند اشتباه می‌کنم. این [چالش] تصمیم را پخته‌تر می‌کند. بنابراین اصولاً هر چه آدم چالشی‌تر در مجموعه‌ام باشد، بهتر کار می‌کنم." (م ۱۵)

۳-۴- چالش‌های فرهنگی

چالش‌های فرهنگی مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شامل رودربایستی سازمانی، اعتقادات و باورهای شخصی، منفعت‌طلبی شخصی، بی‌تفاوتی سازمانی و باورهای غلط جنسیتی بودند. یکی از مدیران زن درباره‌ی وجود تعارف و رودربایستی در فرهنگ سازمانی اظهار کرد: "در فرهنگ سازمانی سازمان‌های ایران مقداری رودربایستی وجود دارد. ارتباطات انسانی به دلیل وجود رودربایستی در فرهنگ سازمانی تحت‌الشعاع قرار می‌گیرد. خیلی موارد تصمیم‌گیری با شماسست و درست هم هست. طبق ضوابطی هم تصمیم می‌گیرید. اما خوشایند بعضی از همکاران نیست و این چالش اتفاق می‌افتد. مثلاً ما نمی‌توانیم به کسی مستقیم بگوییم چرا قانون را رعایت نکردی. گرچه که قانون هم باشد و همه هم اذعان کنند که باید پیروی کنند." (م ۷)

تعارف و رودربایستی موجب می‌شود که کارکنان، مدیران عملیاتی و میانی نظرات واقعی خود را درباره مسائل سازمانی ابراز نکنند و در درازمدت تصمیم‌گیری در سطوح بالای سازمان متمرکز شود. مدیران زن از میانه‌روی برای کاهش این چالش استفاده می‌کنند: "راهکارش این است که حد وسط را بگیرید. نه خیلی قانونمند و وظیفه‌گرا عمل نکنید، نه خیلی رابطه‌مند و کارمندگرا. گاهی اوقات مجبور هستیم که صرفاً ظاهر قوانین را حفظ کنیم. ولی باطنش را به خاطر خوشایند برخی افراد تغییر بدهیم. به هر حال باید سعی کنیم دو طرف را



نگه داریم. حد وسط را بگیریم؛ نه خیلی وظیفه‌مدار باشیم، نه خیلی قانون‌مدار، تا بتوانیم مسأله را حل کنیم." (م۷) همچنین، مدیران زن با استفاده از مهارت‌های ارتباطی خود از اثر چالش رودرپایستی می‌کاهند: "به طور کلی معتقدم که در محیط کار برای هرگونه حاشیه‌زدایی، بهتر است که آدم‌ها روابطشان، حدودشان و کارهایشان برای هم شفاف باشد. چون خودم آن‌قدر آدم شفاف‌فای هستم، در تصمیم‌اتم به صراحت تصمیم می‌گیرم." (م۱۴)

مدیران در تصمیم‌گیری‌ها اعتقادات و باورهای شخصی را دخیل می‌کنند. برداشت اشتباه از ارزش‌ها و باورها یکی از عوامل ایجادکننده خطا در تصمیم‌گیری مدیران است. یکی از مدیران مشکل را این‌گونه بیان کرد: "مثلاً در تصمیم کنار گذاشتن یک کارمند از سیستم، اعتقادات مذهبی نیز دخیل هستند. به عنوان مثال، نگران این هستیم که به اصطلاح «نان کسی را نبریم». یک نگرش بد که در سیستم‌های دولتی وجود دارد و باید آن را حل کنیم این است که افراد می‌خواهند آدم خوبی باشند، اما، از جیب دولت! اگر قرار باشد از جیب خودشان برای سیستم خرج کنند، تصمیم‌گیری‌ها را به نحو دیگری انجام می‌دهند. مثال بارز این موضوع این است که فردی که یک پای او می‌لنگد، برای کار خدماتی مناسب نیست. حتی او را برای کار در منزل خودمان انتخاب نمی‌کنیم. اما، برای استخدام در سازمان مسائل عرفی و شرعی و غیره را در نظر گرفته و استخدامش می‌کنیم." (م۵) تناقض تصمیم درست سازمانی با باورهای شخصی مدیران به علت ضعف مهارت تفکر سیستمی اتفاق می‌افتد.

منفعت‌طلبی شخصی یکی از موانع فرهنگی بود که مدیران زن با آن مواجه بودند: "بعضی اوقات ممکن است همکاران نفع شخصی را به نفع سازمانی ترجیح بدهند. یک مدیر باید نفع سازمانی را هم ببیند. مثلاً ممکن است کارمندان بخواهند که ساعت ۲ بعد از ظهر، [پایان] ساعت کار سازمان بشود، اما، و دستور سازمانی این است که آن‌ها باید تا ساعت ۴ کار کنند. اگر قرار باشد من مدیر، فقط رضایت همکاران را مدنظر قرار بدهم، قطعاً باید ساعت کار را ساعت ۲ اعلام کنم. اما، اگر بخواهم قانون سازمان را اجرا کنم، باید آن‌ها را مجاب کنم که ساعت کار تا ساعت ۴ است." (م۱۱) مدیران زن برای رفع این چالش منافع سازمانی را در اولویت قرار می‌دهند: "من به کار جمعی اعتقاد دارم. اگر قرار است فرآیندی در سازمان اصلاح شود، باید صاحبان یا نی‌نفعان فرآیند در مورد آن فرآیند نظر بدهند. من معمولاً از کارشناسان سؤال می‌کنم که برای حل آن مشکل چه کار باید کرد؟ در نهایت، از جمع‌بندی نظرات آن‌ها به صورتی



که به نفع سازمان باشد، در تصمیم‌گیری استفاده می‌کنم." (م۱۱) رئیس یکی از بیمارستانهای شهر تهران نیز راهکار تمرکز بر منافع سازمانی را برای رفع این مانع فرهنگی پیشنهاد کرد: "همیشه سعی کردم به طور فردی تصمیم نگیرم. از نظرات سایر افراد استفاده می‌کنم. اما، هنگامی که اختلاف نظر روی موضوعی زیاد باشد بر اساس منافع سازمانی تصمیم می‌گیرم." (م۲۲)

بی‌تفاوتی مانع فرهنگی دیگری بود که مدیران زن در طی مصاحبه‌ها به آن اشاره کردند. هنگامی که کارکنان نسبت به امور سازمان بی‌تفاوت باشند، از اظهار نظر و ارائه راه‌حل برای مسائل کاری خودداری می‌کنند و به مرور از پویایی سازمان کاسته می‌شود. برخی از مدیران زن در فرآیند تصمیم‌گیری با این چالش مواجه بوده‌اند: "خیلی از افراد با روابط وارد سازمان شده‌اند. خیلی از این افراد برای گذراندن طرح از شهرستان آمده بودند و با روابط در بیمارستان تهران استخدام شده‌اند. این افراد در سیستم مشکل ایجاد می‌کنند. تغییر دادن فرهنگ آن‌ها دشوار است. عده‌ای از این افراد از سنین کم وارد بیمارستان شده‌اند و متأسفانه شخصیت آن‌ها با تنبلی و بی‌تفاوتی شکل گرفته است. اگر این وضعیت اصلاح نشود، بیمارستان تبدیل به مرکزی می‌شود که اصلاً به چشم نمی‌آید، برتری ندارد، دچار سکون می‌شود. در صورتی که دنیای امروز دنیای تغییرات است. من برای اصلاح این فرهنگ همیشه به همکاران می‌گویم که باید این بیمارستان را تبدیل به مرکزی کنیم که اگر بستگان خودمان بیمار شدند، این بیمارستان اولین گزینه‌ی ما برای درمان آن‌ها باشد." (م۲۲) مدیران زن اغلب، خود افراد بی‌تفاوتی در سازمان نیستند: "من بیشتر اوقات سعی می‌کنم حرفم را به کرسی بنشانم، اما قبلش موضوع را کامل بررسی می‌کنم. اگر حرف غیرمنطقی باشد، هیچ‌وقت در جلسه‌ای نمی‌گویم. دوست ندارم کسی به من بگوید که این حرفت اشتباه است. اگر بررسی نکرده باشم، سکوت می‌کنم. بررسی کامل می‌کنم، مستنداتم را کامل می‌کنم، به پرسنل زیرمجموعه‌ام می‌گویم همه اطلاعاتی که لازم است را از کارتابیل جلسات جمع‌آوری کنید، بعد بررسی می‌کنم سپس به جلسه می‌روم و صحبت می‌کنم. یکی از چیزهایی که دوست دارم انجام دهم این است که با دست پر به جلسه بروم. اگر هم دستم پر نباشد، به عنوان فردی که می‌خواهم شنونده باشد و یاد بگیرد در جلسه می‌نشینم. ابایی ندارم از اینکه بگویم چیزی را بلد نیستم. خیلی پیش می‌آید که در جلسه‌ای موضوع جدیدی را می‌شنوم، خب اینجا در سیستم



بهداشتی و درمانی کار می‌کنیم و حوزه‌های بسیار وسیعی داریم، باید بشنوی و یاد بگیری." (م ۱۸)

باورهای غلط جنسیتی مدیران مافوق و کارکنان یکی دیگر از چالش‌هایی است که مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی با آن مواجه هستند. یکی از مدیران میانی وزارت بهداشت در مورد این مشکل گفت: "مدیرانی دیده‌ام که تصمیم زنان را اصلاً قبول ندارند. در پرسنل زیرمجموعه هم همین‌طور است، خیلی وقت‌ها آقایان زیرمجموعه معتقدند که این خانم مدیر نه می‌تواند وقت بگذارد و نه می‌تواند درست تصمیم بگیرد." (م ۱۵) مصاحبه‌شوندگان اظهار کردند که مدیریت مسأله در ارتباط با کارکنان دارای چنین تصورات غلطی، آسان‌تر از مقامات بالاتر است: "در مورد آن آقایانی که تصمیمات خانم را نمی‌پذیرد، اگر کارمند زیرمجموعه یا هم‌سطح باشد، مدیریتش آسان‌تر است. با چند تصمیم قاطع و موفق می‌توان خلاف تصورش را نشان داد. گذشت زمان موضوع را حل می‌کند. اما اگر آن مرد با این تفکر، مافوق شما باشد، نمی‌توان به راحتی مسأله را حل کرد و به او بستگی دارد که چقدر بخواهد در مورد من به عنوان یک زن آزمون و خطا کند. این [مشکل] را در مورد خودم و در مورد همکارانم دیده‌ام که اگر مدیرمسئول، مردی با این دیدگاه باشد، مدیر زن شکست می‌خورد، راندمان کاری‌اش افت می‌کند و جایگاهش خیلی پایین‌تر از آنی که باید باشد، نشان داده می‌شود. خیلی سخت است. همیشه می‌توان مبارزه کرد، اما، گاهی میخ آهنین در سنگ فرو کردن است." (م ۱۵)

۳-۵- چالش‌های مدیریتی

عدم ثبات احساسی مدیران زن، نداشتن اختیار و استقلال و عدم تعهد و حمایت مدیران ارشد چالش‌های مدیریتی می‌باشند که در این پژوهش بر سر راه تصمیم‌گیری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی مشاهده شدند. برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که یکی از عوامل دشوارکننده تصمیم‌گیری این است که مدیران زنان بیشتر از مدیران مردان تحت تأثیر عواطف و احساسات قرار می‌گیرند: "[زنان] زودتر احساساتی می‌شوند. دیگران می‌توانند خیلی روی آن‌ها تأثیر بگذارند. از طرف دیگر، این ویژگی زنان باعث می‌شود که افراد به آن‌ها گوش بدهند. زیرا مهر و محبت مادری و زنانگی را در او می‌بینند. مثلاً در مورد پرداخت‌هایی که



انجام می‌دهیم، چون خانم‌ها خیلی زود تحت تأثیر قرار می‌گیرند، ممکن است مورد سوء واقع شوند. وقتی می‌خواهم لیست پرداختی را برای کارکنان تنظیم کنم، همه می‌آیند با من صحبت می‌کنند. هر یک حق خودشان می‌دانند که پول بیشتری به آن‌ها برسد. اینجاست که تصمیم‌گیری سخت می‌شود. برای پرداخت‌ها چکالیست و معیارهایی داریم. می‌دانم که فلان کارمند از زیر کار در رفته یا آنچه مد نظرمان بوده را انجام نداده، ولی باز هم تحت تأثیر قرار می‌گیرم." (م ۱۶) به‌طور مشابه، برخی معتقد بودند که موقعیت‌هایی در سازمان وجود دارد که به دلیل زن بودن از روی احساسات دلسوزانه تصمیم‌گیری نموده‌اند: "فکر می‌کنم من چون زن هستم، خیلی وقت‌ها احساساتی عمل می‌کنم. اما آقایان این‌طور نیستند. مثلاً در مورد کارمندی که مسئولیت‌پذیر نیستند، مدیران مرد شاید خیلی راحت کنارشان بگذارند. من شاید این‌طور نباشم. ولی آقایان را دیده‌ام که افراد را کنار می‌گذارند. من کارهای با حساسیت کمتر به آن‌ها می‌دهم و نهایتاً اگر باز هم بی‌مسئولیتی کنند، از آنجا که افراد روی مبالغ اضافه‌کاری که می‌گیرند خیلی حساسند، از مقدار این مبالغ کم می‌کنم. دلایلش را هم به خودشان می‌گویم." (م ۹) در صورتی که مدیران زن نتوانند احساسات خود را مدیریت کنند، به هنگام تصمیم‌گیری‌های سازمانی با مشکل مواجه خواهند شد: "این خیلی مهم است که بتوانم چنین وضعیتی را مدیریت کنم. تا جایی هم که توانسته‌ام آن را اداره کرده‌ام. ولی باز هم فکر می‌کنم خانم‌ها در مورد آن خیلی آسیب‌پذیرترند. آقایان خیلی راحت‌تر با این قضیه کنار می‌آیند. در روابط عادی هم راحت به هم می‌گویند که فلان کار را برایت انجام نمی‌دهم. اما خانم‌ها حتی در ارتباط دوستانه‌شان هم یک مرزی دارند. راحت نمی‌گویند که من این کار را برایت نمی‌کنم. این یکی از ویژگی‌های زنان است، ولی من خوشبختانه سعی کرده‌ام آن را مدیریت کنم." (م ۱۶)

نداشتن اختیار و استقلال به ویژه برای مدیران میانی چالش دیگری بر سر راه تصمیم‌گیری مدیران است. معاون یکی از ادارات بهداشت چنین گفت: "معاون حرف صد درصد را نمی‌تواند بزند. تصمیم‌گیری در هر صورت تحت تأثیر تصمیم مقام بالاتر یعنی رئیس است. رئیس در مقام بالاتری است و می‌تواند حرف اول و آخر را بزند." (م ۱۱) مدیر بدون اختیارات لازم، نمی‌تواند به راحتی تصمیم‌گیری کند. یکی از مدیران دانشگاه علوم پزشکی ایران موضوع را چنین بیان کرد: "این یک مشکل همیشگی است که پست را داری اما اختیار نداری. در واقع، شاید بتوان گفت اصلاً سطوح مدیریتی به درستی تعریف و بهره‌برداری نمی‌شوند. در یک



سازمان می‌بینی هر ۳ سطح مدیریت عملیاتی، میانی و ارشد وجود دارد، اما، همه حتی برای امور کوچک به رئیس مراجعه می‌کنند. چرا؟ چون مدیر عملیاتی و میانی اختیار ندارند." (م ۱۶) یکی دیگر از مدیران ارشد سازمان‌ها چنین گفت: "خیلی وقت‌ها تصمیم گرفتم که استعفا بنویسم و بروم، اما، باز مسأله‌ای پیدا شده که گره‌اش فقط به دست خودم باز می‌شده و باعث شده دوباره بمانم و ادامه دهم. توقع از شما به عنوان مدیر زیاد است، اما اختیار کافی ندارم. معاون یک جایگاه نیمه‌اختیار دارد. تصمیم‌گیری اصلی در اختیار مافوق است. اما از آن طرف، از شما انتظارات بالایی دارند. این عدم توازن بین اختیار و انتظارات باعث شده بی‌انگیزه شوم." (م ۲۱)

عدم حمایت مدیران ارشد یکی از مشکلاتی بود که مدیران زن به دفعات به آن اشاره کردند. هنگامی که مقام مافوق از تصمیم مدیر حمایت نکند، مدیر در تصمیم‌گیری دچار تردید می‌شود و به نوعی از تصمیماتی که می‌گیرد مأیوس می‌گردد. یکی از مدیران شبکه بهداشت در این رابطه گفت: "خیلی اوقات در تصمیم‌گیری‌ها حمایت مقام‌های بالادستی را نداریم، این باعث می‌شود که نه تنها من بلکه افراد بالاتر از من هم دست به عصا حرکت کنند. مثلاً اگر قانون گفته برای فلان جا، فلان اقدام فوری صورت گیرد، برای اینکه در دسرسی برایشان ایجاد نشود، با تامل اقدام را پیگیری می‌کنند." (م ۱) یکی از مدیران میانی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران مشکل را این‌گونه شرح داد: "همیشه همه تصمیماتی که می‌گیرید، مورد قبول واقع نمی‌شود. آن‌هایی که خیلی حیاتی بودند، سعی کردم حتماً مجموعه‌ی بالادستی را مجاب کنم که مقبول شود. مبنی بر شواهد عمل کردم و دنبال مستندات بودم. ولیکن، بعضی اوقات تصمیمات به دلایل متعدد کمبود بودجه و منابع، عدم آگاهی مقام بالاتر و یا عدم تمایل مقام بالاتر مقبول واقع نشده. در چنین مواقعی سعی کرده‌ام با درصدی پایین‌تر از تصمیم اصلی خودم، نظر مقام بالاتر را بپذیرم. یعنی مجبور شدم که تصمیمی را که خودم صد در صد با آن موافق نیستم، بپذیرم. اما، برای راه‌اندازی آن از ابزارهای صحیح استفاده کرده‌ام. مثال آن در انتخاب و انتصاب مدیران است. وقتی که با ادله می‌گویم که فردی برای جایگاهی مناسب نیست، اما طرف مقابل تمایل دارد که آن فرد را انتخاب کند، وقتی که آن فرد انتخاب شد، برای توانمندی‌اش تلاش می‌کنم." (م ۲۱) یکی از مدیران میانی وزارت بهداشت چنین گفت: "گاهی در کار گزینه‌هایی پیش روی مدیر قرار می‌گیرد که باید بهترین گزینه را انتخاب کند، معمولاً مقامات بالادستی را برای تصمیم‌گیری توجیه می‌کنیم تا بعد در اجرا با مشکل مواجه نشویم. از حدود ده سال پیش



به منظور تصمیم‌گیری‌های کلیدی یک سری کارگروه‌هایی را تشکیل دادیم که طی جلسات متعدد تلاش می‌کردیم از خرد جمعی استفاده کنیم و نتایج کارگروه را به مقامات بالاتر انتقال می‌دادیم و این باعث می‌شود که غالباً کمتر با مخالفت مواجه شویم." (م ۳) همچنین، معاون پژوهشی معاونت بهداشتی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی گفت: "فرآیند تصمیم‌گیری را باید از دو جنبه نگاه کنیم. یکی تصمیماتی که خود به عنوان یک فرد در سازمان می‌گیری برای اینکه به اهدافت برسی و بتوانی مسیرت را طی کنی و دیگری تصمیم‌هایی که تصمیم‌سازی شده‌اند و تو باید فقط اجرایش کنی. در تصمیم‌گیری برای انجام کارهای سازمانی مطمئناً به حمایت از بالا احتیاج داری. کوچکترین کاری که بخوای برای بهبود فرآیندهای جاری خود انجام بدهی، چون از لحاظ مادی، نیروی انسانی و تجهیزات احتیاج به حمایت داری، باید با مافوق صحبت کنی و مسأله را حساس‌سازی کنی، جلب حمایت کنی تا بتوانی تصمیمت را اجرا کنی." (م ۱۹)

عدم آگاهی و نتیجه‌گرا بودن مقام بالاتر یکی از علل حمایت نشدن تصمیمات مدیران زن توسط مدیران مافوقشان بوده است: "گاهی تصمیم‌گیرندگان بالادستی عملاً در مورد فرآیندها چیزی نمی‌دانند. تمایل هم ندارند بدانند و فقط نتیجه را می‌خواهند. بعضی اوقات که فکر می‌کنند که نتایج به نفع آن‌ها نیست، کل فرآیند را متوقف می‌کنند." (م ۶) همچنین، حمایت نشدن تصمیم مدیر از طرف مدیران مافوق می‌تواند به دلیل از هم گسیختگی سازمانی رده‌های بالای سازمانی از رده‌های پایین‌تر سلسله مراتب سازمانی باشد. هرگاه میان گروه‌های مختلف سازمان ارتباط کافی وجود نداشته باشد، به هم پیوستگی سازمان از بین می‌رود. به گفته‌ی یکی از مدیران زن: "معمولاً دستورالعمل‌ها به سرعت تغییر نمی‌کند. بالادستی‌ها معمولاً به کندی این تغییر را انجام می‌دهند. از هم‌گسیختگی بالادستی از پایین دستی یک عامل بسیار مهم است که موجب این آسیب می‌شود. سیستم بالادستی از محیط خیلی خبر ندارد." (م ۱۳) یکی از رؤسای ادارات وزارت بهداشت موضوع را این‌طور بیان کرد: "بعضاً یک سری موارد به ما دیکته می‌شود و یا از ما خواسته می‌شود که شاید با قوانین بالادستی یا احکام حاکم بر اداره تناقض داشته باشد. این تصمیم‌گیری را سخت می‌کند. من عمدتاً نمی‌پذیرم. خیلی وقت‌ها هم برایم چالش پیش آورده. تا حدی که گفتم حاضر از سمت خودم کنار بروم. اما، یک طرح نپخته و چکش‌کاری نشده‌ای که بعضاً با قوانین بالادستی همخوانی ندارد را نپذیرم که اجرا کنم. از این موارد در محیط کاری زیاد برایم پیش آمده." (م ۱۴)



استفاده از مستندات مناسب نظیر آمار و اطلاعات دقیق در مورد مسأله موضوع تصمیم‌گیری و بیان پیامدهای عدم توجه به آن مهم‌ترین راهکاری بود که مدیران زن برای رفع چالش‌های مرتبط با مقام‌های مافوق خود به کار گرفته‌اند: "حساس‌سازی خیلی مهم است. برای مثال، ما رفتارهای پرخطر را در گروه سنی تحت پوششمان یعنی نوجوانان می‌بینیم. مثلاً نوجوانان از لحاظ الگوی تغذیه‌ای غلط رفتار می‌کنند، تحرک فیزیکی کمی دارند، رفتارهای منفی را بهتر از رفتارهای مثبت یاد می‌گیرند، به سمت سیگار و مواد مخدر و روابط جنسی غلط و ارتباطات نادرست می‌روند، مدرسه را به محیطی برای کارهایی که نباید انجام شود، تبدیل می‌کنند. وقتی برای اصلاح این موارد برنامه‌ای پیشنهاد می‌دهیم، باید سایر گروه‌ها را توجه کنیم. مثلاً برای تحرک فیزیکی باید آموزش و پرورش را توجه کنیم که معلم در طول کلاس درسی ۳ تا ۵ دقیقه حرکات کششی برای دانش‌آموزان اجرا کند. وقتی موضوع را به همین صورت می‌گوییم اجرایش سخت است. اگر برای مواجهه با این رفتارهای پرخطر حمایت، بودجه و نیروی انسانی درخواست کنم، ممکن است مافوقم خیلی درک نکند. اما زمانی که اطلاعات موجود را در قالب آمار و نمودار و اینکه چه اتفاقی در سطح مدارس در حال رخداد است نشان دهم، موضوع برایشان حساس می‌شود. این کار به زمان و جمع‌آوری اطلاعات احتیاج دارد." (م ۱۹) یکی از مدیران وزارت بهداشت برای رفع این چالش از ارائه‌ی مستندات استفاده کرده است: "از ادله استفاده کرده‌ام. گاهی لازم شده در مورد موضوع یک آسیب‌شناسی کامل انجام دهیم. خیلی وقت‌ها مدیران به دلیل فرصت کم نمی‌توانند برای موضوعات زیاد وقت بگذارند، در چنین مواردی با نامه و بیان چالش‌هایی که در مورد موضوع داشته‌ایم و ارائه‌ی پیشنهادات و سناریوهای دیگر علاوه بر گزینه‌ی مورد مخالفت واقع شده، گزینه‌های دیگری پیش روی مقامات بالادستی قرار داده‌ایم." (م ۳) راه حل مدیر دیگری برای متقاعد کردن مقام مافوق، استفاده از طرح‌های تحقیقاتی به منظور ارائه‌ی مستندات علمی است: "تصمیمات آینده‌نگرانه چون جلوتر از زمان است، معمولاً با مقاومت مواجه می‌شود. در واقع، وقتی می‌خواهیم این نوع تصمیمات را در سیستم راه‌اندازی کنیم و برایش بودجه بگیریم، مقامات بالاتر می‌گویند که فعلاً مشکل ما این نیست. چون در جامعه‌ی ما عادت کرده‌اند برای مشکلات فکر کنند نه برای پیش‌بینی‌های آینده. بر همین اساس برای آن دسته از تصمیمات برای آینده از مسیرهای مختلفی در قالب طرح تحقیقاتی و طرح اچ اس آر برنامه می‌دهیم. تا



حالا موفق بوده‌ایم. اگر غیر از این بود که نمی‌توانستم سیستمی با ۷-۸ معاونت درمان را مدیریت کنم. خوشبختانه توانسته‌ام طوری مدیریت کنم که مشکلات سیستم تحت نظرم به حداقل برسد." (م ۲۱)

تقویت مهارت‌های ارتباطی و مدارا در طول زمان از دیگر راهکارهایی بودند که یکی از مدیران بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران برای قانع کردن مدیران ارشد خود به کار گرفته است: "ابتدا سعی می‌کردم مسأله را شفاف‌سازی کنم، مشخص کنم عوامل ایجادکننده‌ی مسأله کدامند، کجاها را خودم می‌توانم مداخله کنم و کجاها را باید مشارکت‌طلبی کنم. بعد از این فکر می‌کنم که مسأله را چگونه به مسئولین مافوقم انتقال دهم و چگونه آن‌ها را مجاب کنم که بتوانم تصمیم را اجرا کنم. در واقع، بهترین تصمیم را این‌گونه انتخاب می‌کنم. مهم‌تر این است که بهترین تصمیم را چگونه ارائه کنی. گاهی اوقات مذاکره کردن و چانه‌زنی و طرح موضوع در موقعیت‌های بزرگ‌تر خیلی اهمیت پیدا می‌کند. در این شرایط ارتباطاتم خیلی به من کمک کرده است. به هر حال وقتی بتوانید با افراد ارتباطات خوب برقرار کنید خیلی کمک‌کننده است تا اینکه روحیه‌ای خشن و سخت داشته باشید که در این صورت حتماً کنار گذاشته می‌شوید." (م ۲۱)

یکی دیگر از مدیران زن شاغل در وزارت بهداشت گفت: "راهکارم این بوده که آن لحظه سعی نکرده‌ام بر حرفم پافشاری کنم. بعد از مدتی که زمان سپری شده سعی کرده‌ام با مصداق پیش مدیر کل بروم. دلایلم را توضیح دهم و در آخر به آن‌ها گفته‌ام که ترجیح می‌دهم در محیط کار به عنوان یک رئیس کوتاه‌مدت ولی اثربخش و موفق شناخته شوم تا اینکه به عنوان یک رئیس طولانی‌مدت، ولی ناموفق باقی بمانم." (م ۱۴)

۵- بحث

این پژوهش با هدف شناسایی چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران انجام شد. مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی به هنگام تصمیم‌گیری با چالش‌های ساختاری، فرآیندی، انسانی، فرهنگی و مدیریتی مواجه بودند. به‌طور کلی می‌توان گفت که عوامل فردی، سازمانی و اجتماعی، تصمیم‌گیری مدیران زن را در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران با مشکل مواجه می‌کند. احساساتی بودن مدیران زن، ضعف در علم تصمیم‌گیری، نداشتن اختیارات کافی، اندازه سازمان، ماهیت و تنوع وظایف، کمبود منابع،



انگیزه، دانش و مهارت کم زبردستان، تعارفات سازمانی، منفعت‌طلبی شخصی و باورهای غلط جنسیتی جامعه از مهم‌ترین چالش‌های مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی به هنگام تصمیم‌گیری بوده است.

مطالعات قبلی تضاد بین کار و خانواده، عدم حمایت خانواده، افزایش قدرت مردان در سازمان، نگرش سنتی مدیران ارشد سازمان‌ها نسبت به مدیریت زنان، نامساوی بودن شرایط ارتقا برای زنان و مردان، نداشتن الگوهایی برای ایفای نقش، عدم پذیرش مدیریت زنان توسط کارکنان، ناآشنایی مدیران مافوق با روحیه زنان، عدم حمایت مدیران مافوق، کلیشه‌های جنسیتی و رواج فرهنگ مرد سالاری در جامعه را از چالش‌های مدیریتی مهم مدیران زن بیان کردند [۲۶-۲۸]. همچنین، مطالعات قبلی تأثیر عوامل فردی نظیر جنس و سن مدیران و عوامل سازمانی مانند اندازه سازمان، مدیریت ارشد، ساختار و فرهنگ سازمانی را بر فرایند تصمیم‌گیری مدیران و نتایج آن تأیید کردند [۲۹-۳۰]. به‌طور کلی، مأموریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی، ماهیت اضطراری و تخصصی خدمات سلامت و نیاز به مشارکت سایر بخش‌های جامعه برای اثربخشی بیشتر، چالش‌های بیشتری به مدیران بخش سلامت تحمیل می‌کند. از طرف دیگر، ویژگی‌های جنسیتی زنان و انتظارات سازمان و جامعه از آنها، هم محدودیت‌هایی در تصمیم‌گیری مدیران زن ایجاد می‌کند. به عبارتی، مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با چالش‌های بیشتری نسبت به مدیران سایر سازمان‌ها مواجه هستند.

مأموریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی، اندازه‌ی سازمان، نوع و تنوع وظایف سازمانی، کار زیاد، منابع محدود و عدم حمایت قانونی از جمله چالش‌های ساختاری بودند که مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی با آن‌ها مواجه بودند. مأموریت سازمان‌های بهداشتی و درمانی ارتقای سطح سلامتی مردم جامعه است. دستیابی به این هدف نیازمند همکاری‌های بین بخشی است. اجرای تصمیمات بسیاری از مدیران به ویژه در حوزه بهداشت، نیازمند همکاری مدیران و کارکنان سایر سازمان‌های خارج از بخش سلامت است. ولیکن، استفاده از مشارکت مدیران سازمان‌های خارج از بخش سلامت در تصمیم‌گیری‌ها، چالش‌های زیادی برای مدیران زن به ویژه مدیران عملیاتی ایجاد کرده و منجر به طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری و گاهی اوقات عدم دستیابی به نتایج مشخص شده است. همکاری بین بخشی یکی از اصول مدیریت بخش سلامت است. بخش قابل توجهی از سلامتی مردم جامعه به عوامل خارج از بخش سلامت



وابسته است. بنابراین، مدیران ارشد سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید تعاملات سازنده‌ای با سایر سازمان‌های مؤثر بر سلامتی مردم جامعه برقرار کنند تا مدیران سطوح پایین‌تر سازمان‌های بهداشتی و درمانی با مشکلات کمتری مواجه شوند.

ماهیت اضطراری، تخصصی و پیچیده وظایف و همچنین، تنوع وظایف و تکراری بودن کارها در سازمان‌های بهداشتی و درمانی، منجر به پیچیده شدن فرایند تصمیم‌گیری در این سازمان‌ها شده است. گروه‌های مختلف کاری در بخش سلامت باید در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت فعالی داشته باشند. از طرف دیگر، ویژگی‌های بارز مدیران زن نظیر کمال‌طلبی، توجه به جزئیات و احساساتی بودن، فرایند تصمیم‌گیری را طولانی و با چالش‌هایی مواجه می‌سازد. بنابراین، مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید ضمن تعریف و تحلیل مسائل سازمانی، با توجه به کمبود منابع، به اولویت‌بندی مسائل بپردازند و به ترتیب و به صورت تدریجی، به حل مسائل سازمانی به صورت اساسی اقدام کنند. استفاده از تفکر سیستمی، توجه به منافع سازمان و همچنین، تفویض اختیار به مدیران سطوح پایین‌تر و یا کارکنان با تجربه منجر به افزایش اثربخشی و کارایی فرایند تصمیم‌گیری خواهد شد.

کمبود منابع بر کیفیت تصمیم مدیران و همچنین، بر اجرای تصمیمات آنها تأثیر منفی دارد. بنابراین، مدیران ارشد باید با استفاده از روش‌های خلاقانه، منابع مورد نیاز برای حل مسائل سازمانی را تأمین کنند. از طرف دیگر، اتخاذ تصمیمات غیر اصولی موقتی نه‌تنها منجر به رفع مسأله برای همیشه نمی‌شود، بلکه منجر به اتلاف منابع سازمانی شده که بر تصمیمات آتی مدیران نیز اثر معکوس دارد. بسیاری از مسائل و مشکلات امروز مدیران ناشی از حل غیر اصولی مسائل دیروزی، توسط مدیران دیگر است، که نه‌تنها مسأله را حل نکردند، بلکه مسائل دیگری را نیز به وجود آوردند. بنابراین، مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید با علم و فنون تصمیم‌گیری آشنایی کافی داشته باشند و با استفاده از تفکر استراتژیک، سیستمی و خلاقانه با اتخاذ تصمیمات درست، مسائل سازمانی را به طور کامل برای همیشه بر طرف کنند. اولویت‌بندی مسائل سازمانی و تمرکز بر مسائل مهم و اصلی سازمان و رفع آنها منجر به استفاده بهینه از منابع سازمانی خواهد شد.

فقدان، ابهام، تعدد و به روز نبودن قوانین و مقررات، نیز چالش‌های بسیاری برای مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد می‌کند. قوانین، مقررات، بخشنامه‌ها و آیین‌نامه‌ها



به‌منظور تسهیل فرایند تصمیم‌گیری مدیران سطوح پایین سازمان تدوین می‌شوند. در نتیجه، هر گونه ایراد در قوانین و مقررات، اثربخشی تصمیمات مدیران را با چالش جدی مواجه می‌سازد. قوانین و مقررات برای تسهیل کار انسان‌ها تدوین می‌شوند، ولیکن، گاهی به دلیل نواقصی، مانعی در دستیابی به اهداف سازمانی تلقی می‌شوند. بازنگری ادواری قوانین و مقررات و استفاده از نظرات ذی‌نفعان کلیدی منجر به حصول اطمینان از داشتن قوانین و مقررات به‌روز و کارآمد می‌شود.

چالش‌های فرایندی تصمیم‌گیری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی عبارت بودند از ضعف در تعریف مسأله، هدف‌گذاری اشتباه، توسعه‌ی راهکارهای غلط و نداشتن معیار مناسب برای ارزیابی راهکارها. این مشکلات بیشتر ناشی از ضعف آموزشی مدیران در زمینه تصمیم‌گیری است. تصمیم‌گیری سازمانی علم و هنر تعریف و تحلیل مسأله، تعیین اهداف تصمیم، توسعه راهکارها، ارزیابی راهکارها و انتخاب بهترین راهکار است [۳۱]. رویکردها، روش‌ها و فنون متعددی برای تصمیم‌گیری وجود دارد. بسیاری از مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی، کارشناسان و متخصصان بالینی فاقد تحصیلات دانشگاهی در حوزه مدیریت هستند. فرهنگ، روش جمع‌آوری اطلاعات و فرایند تصمیم‌گیری‌های بالینی و مدیریتی متفاوت است. بنابراین، آموزش مدیران سازمان‌های بهداشتی و درمانی در فرایند تصمیم‌گیری ضروری است. مدیران زن برای موفقیت در تصمیم‌گیری نیاز به الگوهای موفق دارند. به‌کارگیری زنان موفق در پست‌های بالای مدیریتی، ضمن اینکه انگیزه لازم را در مدیران زن سطوح پایین مدیریت سازمان فراهم می‌کند، زمینه برگزاری دوره‌های کارورزی را برای آن‌ها فراهم می‌کند.

علاوه‌براین، فرایند تصمیم‌گیری مدیران تحت تأثیر ویژگی‌های جنسیتی آن‌ها قرار می‌گیرد. مدیران زن تمام جزئیات اطلاعات در دسترس را دریافت و تحلیل می‌کنند و بر اساس آن راهکارهای متعددی ارائه می‌کنند. با این وجود، استفاده از رویکرد بهینه‌سازی در تصمیم‌گیری و توجه بیش از حد به جزئیات امور، منجر به طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری می‌شود و با توجه به محدودیت منابع و انتظارات متغیر ذی‌نفعان مختلف، دستیابی به تصمیم اثربخش و کارآمد را محدود می‌کند. علاوه‌براین، زنان بیشتر از مردان از سبک‌های رهبری رابطه‌مدار استفاده می‌کنند و مشارکت کارکنان را در تصمیم‌گیری‌ها تشویق می‌کنند [۳۱]. سبک مشارکتی زنان منجر به افزایش انگیزه و رضایت کارکنان، بهبود ارتباطات و تقویت روحیه کار گروهی



در سازمان می‌شود. با این وجود، مشارکت زیاد کارکنان در یک فرهنگ فرد مدار که در آن کار گروهی و تیمی ارزش تلقی نمی‌شود، چالش‌های زیادی در فرایند تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات به وجود می‌آورد. در چنین حالتی، فرایند تصمیم‌گیری طولانی شده و دستیابی به اجماع سخت می‌شود. همچنین، اجرای چنین تصمیماتی با موانع زیادی مواجه خواهد شد. مطالعه‌ای نشان داد که زنان از قدرت نفوذ کمتری برای پافشاری در اجرای تصمیمات ترجیحی خود برخوردار هستند [۳۲]. بنابراین، مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی باید آموزش‌های لازم را در زمینه چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن دریافت دارند و با راهکارهای آن آشنا شوند. تدوین و شفاف‌سازی فرایند تصمیم‌گیری سازمانی، تدوین شرح وظایف برای کمیته‌ها و شوراهای مشورتی، تدوین شرایط احراز برای اعضای آن‌ها و پیگیری منظم نتیجه تصمیمات اتخاذ شده، منجر به اثربخشی تصمیم‌گیری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود. همچنین، افزایش حضور زنان در مشاغل مدیریتی می‌تواند بر قدرت آن‌ها برای اجرای تصمیمات تأثیر داشته باشد.

کمبود کارکنان و انگیزه، دانش و مهارت پایین آن‌ها، چالش‌هایی بر سر راه تصمیم‌گیری مؤثر و اجرای تصمیمات در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کرده بود. کیفیت تصمیمات سازمانی به کیفیت دانش و مهارت تصمیم‌گیرندگان بستگی دارد. کارکنان سازمان‌های بهداشتی و درمانی نیز باید آموزش‌های کاربردی را در زمینه اصول و فنون تصمیم‌گیری مؤثر دریافت کنند که هم در فرایند تصمیم‌گیری و هم در اجرای تصمیمات سازمانی برای آن‌ها مفید خواهد بود. علاوه بر این، کارکنان مجریان تصمیمات سازمانی هستند. بنابراین، کمبود کارکنان و انگیزه پایین آن‌ها اثرات منفی بر اجرای تصمیمات سازمانی خواهد داشت.

رودر بایستی سازمانی، اعتقادات و باورهای شخصی، منفعت‌طلبی شخصی، بی‌تفاوتی سازمانی و باورهای غلط جنسیتی از چالش‌های فرهنگی تصمیم‌گیری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی بودند. فرهنگ سازمانی مفروضات، اعتقادات، ارزش‌ها و هنجارهای مشترک کارکنان یک سازمان است که نگرش‌ها، عادات، رفتارها، نحوه پوشش و انجام کارهای آن‌ها را تعیین می‌کند [۳۳]. با توجه به اینکه فرهنگ سازمانی هنجارهای اعتقادی، ارزشی و رفتاری کارکنان یک سازمان را تعریف می‌کند، بر فرایند تصمیم‌گیری و اجرای تصمیمات اتخاذ شده اثر می‌گذارد. توجه به منافع شخصی از یک طرف و بی‌تفاوتی نسبت به تصمیمات سازمانی از



طرف دیگر، منجر به تصمیمات نادرست می‌شود، که نه‌تنها مسائل سازمانی را برطرف نمی‌کند، بلکه مشکلاتی را نیز به وجود خواهند آورد.

باورهای غلط جنسیتی کارکنان و مدیران نیز چالش‌هایی برای مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایجاد کرده است. مردان با توجه به اینکه بیشتر پست‌های مدیریتی سازمان‌ها را در اختیار دارند، در این پست‌ها طبیعی و معمولی به نظر می‌رسند و حتی نیاز ندارند تا سبک مدیریت و رهبری خود را تغییر دهند تا در پست مدیریتی، قانونی به نظر برسند. این مفروضات حتی بر ذهنیت کارکنان سازمان‌ها تأثیر می‌گذارد و آن‌ها مدیران زن را نسبت به مدیران مرد با قدرت کمتری می‌بینند. در نتیجه، وقتی زنان در پست‌های مدیریتی قرار می‌گیرند، نسبت به همکاران مرد خود از قدرت تصمیم‌گیری و اختیار کمتری برخوردار خواهند شد. بنابراین، برخی از مدیران زن مجبور هستند که فشار زیادی به خود بیاورند و توانایی‌های بیشتری از خود نشان دهند تا بر این تردید به وجود آمده در ذهن مدیران و کارکنان مرد غلبه کنند [۳۴]. به عبارتی، مدیر زن ابتدا باید یک سطح از شایستگی فوق‌العاده را از خود نشان دهد تا ثابت کند که هم‌سطح یک مدیر مرد است تا مورد پذیرش مدیران مافوق و همچنین کارکنان قرار گیرد. بنابراین، مدیران زن باید سخت کار کنند تا خودشان را ثابت کنند. به عنوان مثال، آن‌ها ممکن است زودتر به سازمان بیایند، دیرتر سازمان را ترک کنند و کمتر درگیر فعالیت‌های خارج سازمانی شوند. این تغییر رفتار ممکن است زندگی خانوادگی مدیران زن را تحت تأثیر قرار دهد و موجب عدم تعادل زندگی و کار آن‌ها شود.

کلیشه‌سازی‌های جنسیتی بر اساس همین باورهای غلط جامعه ایجاد می‌شود. اینکه زنان نسبت به مردان کمتر جاه‌طلب و منطقی و بیشتر احساسی، وابسته، سازگار و غیر فعال هستند، نوعی کلیشه‌سازی است. در نتیجه، کلیشه‌هایی نظیر «زنان موجودات ضعیفی هستند»، «جای زن در خانه است»، «مدیریت امور را نمی‌توان به زنان سپرد» و «زنان احساساتی هستند و نمی‌توان روی قضاوت آن‌ها حساب کرد» در بین مردم به غلط رواج پیدا می‌کند. بنابراین، بر اساس کلیشه‌سازی ویژگی‌های شخصیتی زنان، به نظر می‌رسد که آن‌ها شایستگی‌های لازم برای تصدی مشاغل مدیریتی را ندارند.

کلیشه‌سازی نقش مرد و زن یکی دیگر از چالش‌های مدیران زن است [۳۵]. اینکه مسئولیت اصلی زن مراقبت از فرزندانش است، نوعی کلیشه‌سازی نقش زن است. «یک زن نباید تهاجمی



رفتار کند»، «زن نباید به مردان دستور دهد» و «مردان نباید از زنان دستور بگیرند»، نتیجه چنین کلیشه‌سازی نقش زن است. این کلیشه‌های رفتاری منجر می‌شود که زنان از پذیرفتن نقش‌های مدیریتی اجتناب کنند و مردان هم از پذیرفتن زنان به عنوان مدیر اجتناب کنند.

برچسب‌زنی مشاغل و تفکیک آن‌ها بر حسب جنسیت نیز مانع دستیابی زنان به مشاغل بالای مدیریتی می‌شود. به‌عنوان مثال، وقتی در جامعه تصور عمومی این باشد که مدیران باید مرد و پرستاران باید زن باشند، زنان به مشاغل بالای مدیریتی کمتر ارتقا خواهند یافت. بنابراین، ذهنیت اینکه برخی از مشاغل بیشتر برای مردان مناسب است، موجب می‌شود که زنان کمتر برای آن مشاغل درخواست دهند. همچنین، حضور کمتر زنان در پست‌های بالای مدیریتی و به دنبال آن کمبود یک مدل موفق مدیر زن، خود باعث قوت چنین تفکری خواهد شد. تصور مردان و زنان مبنی بر اینکه زنان باید به امور منزل برسند و وظایف مادری خود را انجام دهند، موجب می‌شود که در مورد مشاغلی که زمان و انرژی زیادی را می‌طلبد، زنان کمتر تمایل به قبول آن داشته باشند و یا اینکه مدیران ارشد از دادن این نوع مشاغل به زنان اجتناب کنند.

چالش‌های مدیریتی تصمیم‌گیری مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی شامل عدم ثبات احساسی مدیران زن، نداشتن اختیار و استقلال و عدم تعهد و حمایت مدیران ارشد بودند. مدیران زن بیشتر عاطفی بوده و تحت تأثیر احساسات قرار دارند. بنابراین، با توجه به انتظارات متغیر سایر مدیران و کارکنان، دستیابی به یک تصمیم رضایتبخش برای همه کار دشواری است.

تصمیم‌گیری مدیران می‌تواند تحت تأثیر جنسیت مدیر قرار گیرد. وفاداری درون گروهی می‌تواند موجب شود تا مدیران برای تکمیل پست‌های مدیریتی سازمان خود از افرادی مشابه خود به ویژه از لحاظ ویژگی‌های شخصی نظیر جنس، نژاد و مذهب استفاده کنند [۳۲]. به‌عبارتی، زمانی که مدیران ارشد هیأت مدیره سازمانی مرد باشند، احتمال حضور مدیران مرد در رده‌های مدیریتی این سازمان بیشتر است. کانتر این فرایند را همانندسازی هم‌تایان اجتماعی^{۱۸} نام می‌نهد [۹]. بنابراین، مدیران ارشد نظام سلامت باید با به‌کارگیری اقدامات مناسب زمینه حضور زنان را در پست‌های مدیریتی سازمان‌های بهداشتی و درمانی فراهم کنند و با ارائه آموزش‌های مدیریتی به آن‌ها و تقویت دانش و مهارت‌های آن‌ها، زمینه موفقیت آن‌ها را فراهم کنند.



مدیران همچنین، به حمایت و تعهد مدیران ارشد نیاز دارند تا از تصمیمات درست آن‌ها پشتیبانی به عمل آید. حمایت مدیران مافوق، فرایند پذیرش مدیران زن در سازمان را هم تسهیل می‌کند. مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی به ویژه مدیران میانی از ناکافی بودن اختیارات برای انجام وظایف سازمانی ناراضی بودند. مدیران برای اینکه بتوانند مسئولیت انجام وظایف محول شده را بپذیرند و نسبت به مقامات مافوق پاسخگو باشند، باید از اختیارات لازم و کافی برخوردار باشند. تفویض اختیارات متناسب با مسئولیت‌ها منجر به افزایش کیفیت تصمیمات مدیران و همچنین، اجرای بهتر آن‌ها می‌شود. تفویض اختیار به مدیران زن منجر به پذیرش بهتر آن‌ها توسط کارکنان نیز می‌شود.

بر اساس فمینیسم فرهنگی^{۱۹} زنان ارزش‌هایی نظیر وابستگی به یکدیگر، همکاری، شراکت، ارتباطات اجتماعی، اعتماد و صلح را ارج نهاده و در مقابل، مردان ارزش‌هایی مانند استقلال، سلسله مراتب، رقابت و سلطه‌گری را ترجیح می‌دهند. فمینیسم فرهنگی بر این عقیده است که تفاوت بیولوژیک و شخصیتی دو جنس مرد و زن باید پذیرفته شده و در عمل به عنوان نقاط قوت و مکمل یکدیگر مورد استفاده قرار گیرند. به عنوان مثال، با توجه به نقش بیشتر زنان در تربیت و بزرگ کردن فرزندان نسبت به مردان، آن‌ها می‌توانند ظرفیت و توانایی تربیت و مراقبت از دیگران را توسعه دهند که در سازمان‌ها بسیار ضروری است. بنابراین، مشارکت زنان در پست‌های مختلف سازمانی باید تسهیل شود. آموزش‌های لازم باید فراهم شود تا به توسعه ویژگی‌های فردی مانند عزت‌نفس، اعتمادبه‌نفس، پشتکار، در زنان کمک کند تا شایستگی‌های لازم را برای ارتقا به پست‌های بالای مدیریتی بدست آورند.

۶- نتیجه‌گیری و پیشنهادات

این مطالعه تا آنجایی که نویسندگان مقاله اطلاع دارند، برای اولین بار به بررسی چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران پرداخته است. مدیران زن در تصمیم‌گیری با چالش‌های ساختاری، فرآیندی، انسانی، فرهنگی و مدیریتی متعددی مواجه هستند. مدیران زن برای رفع این چالش‌ها از تجربه، شواهد و مستندات علمی، تصمیم‌گیری گروهی، اولویت‌بندی مسایل، ارتباطات موثر، شفاف‌سازی، اعتدال و میانه‌روی، تفکر سیستمی،



توجه به منافع سازمانی، آموزش و انگیزش کارکنان، اصلاح فرهنگ سازمانی و مداخلات و مدارا استفاده می‌کردند.

این مطالعه با رویکرد کیفی به شناسایی چالش‌های مدیران زن سازمان‌های بهداشتی و درمانی پرداخت. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با استفاده از مدل مفهومی توسعه یافته در این مطالعه و توسعه یک پرسشنامه معتبر به کمی‌سازی چالش‌های تصمیم‌گیری در سازمان‌های بهداشتی و درمانی ایران بپردازند، تا تصویر بهتر و کامل‌تری از وضعیت چالش‌های تصمیم‌گیری مدیران زن به دست آید و بر اساس آن اقدامات لازم برای رفع این چالش‌ها به کار گرفته شود.

۷- تشکر و قدردانی

این مقاله از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد به شماره ۲۴۰/۸۹۸ و کد اخلاق IR.TUMS.SPH.REC.1396.4205 رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران برگرفته شده است. بدینوسیله، از مشارکت بی‌دریغ تمامی مدیران شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه سپاسگزاری می‌شود. همچنین، نویسندگان مراتب قدردانی خود را از داوران بزرگواری که با بیان نظرات خود به ارتقای کیفیت این مقاله کمک کردند، اعلام می‌دارند.

۸- پی‌نوشت‌ها

1. Sticky Floor
2. Glass Wall
3. Glass Ceiling
4. Glass Cliff
5. Organizational Labyrinth
6. Global Gender Gap Index
7. Gender Inequality Index
8. Logical thinking
9. Intuitive thinking
10. Optimizing
11. Satisficing
12. Machine organization



13. Professional organization
14. Phenomenology
15. Thematic analysis
16. Braun
17. Clarke
18. Homosocial reproduction
19. Cultural feminism

۹- منابع

- [1] Wirth L. Breaking through the glass ceiling. Women in management. Geneva: International Labour Office, 2001.
- [2] Ibarra H, Carter NM, Silva C. Why men still get more promotions than women. Harvard business review. 2010;88(9):80-5.
- [3] LaPierre TA, Zimmerman MK. Career advancement and gender equity in healthcare management. Gender in Management: An International Journal. 2012;27(2):100-18.
- [4] ILO. Improving employment and working conditions in health services, Geneva: International Labour Office, 2017.
- [5] Edmunds MW. Another task for NPs: Gender salary disparity. The Journal for Nurse Practitioners. 2015;11(10): A21-2.
- [6] Carvajal MJ, Armayor GM, Deziel L. The gender earnings gap among pharmacists. Research in Social and Administrative Pharmacy. 2012;8(4):285-97.
- [7] Coplan B, Essary AC, Virden III TB, Cawley J, Stoehr JD. Salary discrepancies between practicing male and female physician assistants. Women's Health Issues. 2012;22(1): e83-9.
- [8] Iran statistical center. Employment statistics. Available at: <https://www.amar.org.ir/> [Access date 2019/12/17].
- [9] Ahmadabadipour L. a survey of women positions in management and decision making jobs in Iran. The president directory for women and family affairs. 2017.
- [10] Maddock S. Modernization requires transformational skills: The need for a gender-



- balanced workforce. *Women in Management Review*. 2002;17(1):12-7.
- [11] Kelly EL, Moen P, Tranby E. Changing workplaces to reduce work-family conflict: Schedule control in a white-collar organization. *American Sociological Review*. 2011;76(2):265-90.
- [12] Horner MS. Toward an understanding of achievement-related conflicts in women. *Journal of Social issues*. 1972;28(2):157-75.
- [13] Kanter RM. Men and women of the corporation revisited. *Management Review*. 1987;76(3):14.
- [14] Fagenson EA. At the heart of women in management research: Theoretical and methodological approaches and their biases. *Journal of Business Ethics*. 1990;9(4-5):267-74.
- [15] UNIFEM. Progress of the World's Women 2002: Gender Equality and the Millennium Development Goals. New York: United Nations Development Fund for Women; 2002.
- [16] Parker B, Fagenson EA. An introductory overview of women in corporate management., in: M. J. Davidson & R. J. Burke (Eds) *Women in management: current research issues*. London: Paul Chapman; 1994:11-30.
- [17] Sachs JD. From millennium development goals to sustainable development goals. *The Lancet*. 2012 Jun 9;379(9832):2206-11.
- [18] World economic forum. The Global Gender Gap Report 2018. World Economic Forum, available at http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf [Access date 16/12/2019]
- [19] United Nations Development Programme. Gender Inequality Index. Available at: <http://hdr.undp.org/en/content/table-5-gender-inequality-index-gii> [Access date 16/12/2019]
- [20] Melero E. Are workplaces with many women in management run differently? *Journal of Business Research*. 2011;64(4):385-93.
- [21] Mosadeghrad AM. Handbook of hospital professional organisation and



- management (2), Tehran: Dibagran Tehran; 2004.
- [22] Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organisation and management, Tehran: Dibagran Tehran, Iran; 2015.
- [23] Mintzberg H. Managing the myths of health care. *World Hospitals and Health Services*. 2012;48(3):4-7.
- [24] Husserl E. *Phenomenology and the foundations of the sciences*. Springer Science & Business Media, Netherlands; p.21-43. 2001.
- [25] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101.
- [26] Babaei MA. Women challenges in promoting to managerial jobs in public organizations. *Management Research in Iran*, 2006; 10 (20), 45-81.
- [27] 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.
- [2] Pourezat A, Zohrei S, Yazdani HR, Faraji B. A survey of women challenges in management, *Journal of Women studies*, 1 (3): 40-53.
- [3] Craft JL. A review of the empirical ethical decision-making literature: 2004–2011. *Journal of business ethics*. 2013;117(2):221-59.
- [4] Rahmanseresht H, Shakeri E, Azarirad S. The effects of demographic characteristics of the individual, organizational and ethical variables in ethical decision making. *IQBQ*. 2018; 22 (2) :1-29.
- [5] Eagly AH, Johnson BT. Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 1990;108(2):233.
- [6] Ridgeway CL, Berger J. Expectations, legitimation, and dominance behavior in task groups. *American Sociological Review*. 1986:603-17.
- [7] Mosadeghrad A.M. The impact of organizational culture on the successful implementation of total quality management. *The TQM Magazine* 2006; 18(6):606-25.
- [8] Eagly AH, Eagly LL, Carli LL. *Through the labyrinth: The truth about how women*



become leaders. Harvard Business Press; 2007.

- [9] Terborg JR. Women in management: A research review. Journal of Applied Psychology. 1977;62(6):647.