

ارائه الگوی خط‌مشی‌گذاری فرهنگ مطلوب سازمانی در سازمان‌های سلامت و درمان

ابراهیم جواهری زاده^{۱*} - محمدرضا فتاحی^۲

چکیده

زمینه و هدف: هدف از این پژوهش، ارائه الگوی خط‌مشی‌گذاری فرهنگ مطلوب سازمانی در سازمان‌های سلامت و درمان است.

روش: رویکرد پژوهش کیفی و با روش تحلیل تم بوده است. ۱۶ نفر از خبرگان دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) با روش نمونه‌گیری قضاوتی و گلوله برفی انتخاب و در تحقیق مشارکت نمودند. داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها، کدگذاری شده و نتایج توسط خبرگان اعتبار سنجی گردید.

یافته‌ها: یافته اصلی تحقیق، ارائه الگوی خط‌مشی‌گذاری فرهنگ مطلوب سازمانی در سازمان‌های سلامت و درمان است. این مدل در سه سطح «انگاره‌ها»، «قواعد و ارزش‌ها» و «مظاهر و مصنوعات» تئوریزه شد. براساس یافته‌های تحقیق «خدا محوری، عبادت انگاری کار، اصالت انگیزه‌های غیر مادی، کل بودگی انسانی و سلامت محوری» به عنوان انگاره‌های بنیادین در «خدمت‌گزاری، تکلیف‌گرایی، بیمار محوری، مسئولیت‌پذیری، نظم و انضباط، سرعت در ارائه خدمات، معنویت محوری، یادگیرندگی، خلاقیت و نوآوری، اینارو سعه صدر» به عنوان قواعد و ارزش‌های فرهنگی «تجلی‌گری» داشته‌اند. «بهداشت محیطی، زبان بدن مشتاقانه، رفتارهای مذهبی در محیط کار، یارگیری‌های روحی و روانی و رفتار حرفه‌ای» نیز به عنوان «مظاهر و مصنوعات» فرهنگی، نتیجه فرآیند «هستی بخشی» لایه‌های زیرین فرهنگ محسوب می‌شود.

نتیجه‌گیری: الگو بدست آمده از این تحقیق، توجه مدیران را به تغییرات عمیق فرهنگی به جای تغییرات سطحی ساختاری جلب می‌کند. براساس تحقیقات، تغییراتی که در سیستم‌های سلامت در حال انجام است بیشتر معطوف به تغییرات ساختاری است تا تغییرات فرهنگی به نحوی که بیشتر بر روی فرایندها و رویه‌های سازمانی تمرکز کرده‌اند تا تجارب روان شناختی کارکنان از فرهنگ سازمانی.

واژگان کلیدی: خط‌مشی‌گذاری، مدل فرهنگ سازمانی مطلوب، سازمان‌های سلامت و درمان، تحلیل تم

^۱ استادیار دانشکده اقتصاد و علوم اداری، دانشگاه قم، قم، ایران (نویسنده مسئول) javaheri1390@gmail.com

^۲ دانشیار دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشکده‌گان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران reza.fathi@ut.ac.ir

مقدمه

فرهنگ از ساز و کار مربي گري استفاده مي‌شود تا به کارکنان کمک کند که بدانند در مسير تغيير کجا ايستاده اند و چه مسيري پيش رو دارند (اينگتون^۷، ۲۰۱۳:۷). چندین جنبه در تغيير فرهنگ اثرگذار است از جمله مهمترين آنها ترسيم یک چشم انداز و مدل مطلوب فرهنگي است (جانسون، ۲۰۱۶). بدون مدل مطلوب و از پيش انديشيده شده، تلاش برای تغييرات فرهنگي، اقدامات غير هدفمند و کور به نظر خواهد رسيد. تحقيقات اندکی در داخل کشور به موضوع طراحی مدل مطلوب فرهنگي پرداخته‌اند (خصاف مفرد و باقري نصرآبادي، ۱۳۹۵؛ فرهي بوزنجاني و همکاران، ۱۳۹۲؛ زرندي و معدني، ۱۳۹۵) اما پرداختن به فرهنگ مطلوب در سازمان‌های سلامت و درمان از نوع اول نيز کمتر است^۸. اين کمبود و فقر دانش نظري در حالي است که اهميت و کارکرد فرهنگ سازماني در سازمان‌های سلامت و درمان به مراتب بيشتري از ساير سازمان‌ها است. جلوه‌های از کارکرد مثبت فرهنگ در محيط‌های درمانی کشورمان، در ايام همه گيري بيماري کويد ۱۹ آشکار گرديد، به نحوی که تشويق و تحسین همگان را نسبت به آن برانگيخت. در حال حاضر حتي اگر مديران و مسئولين بخش‌های تخصصی بخواهند به سوی درونی‌سازی فرهنگ نهادی حرکت نمایند با ابهامات جدی روبرو می‌شوند زیرا به صورت واضح و توافق شده نمی‌دانند الگوی مطلوب فرهنگ نهادی در بخش‌های تخصصی آنها کدام است و آنها چه چیزی را باید تعمیق دهند. بنابراین شاهد شکاف علمی برای تدوین الگوی فرهنگ مطلوب نهادی در بخش‌های تخصصی سازمان هستیم. از دیدگاه تئوری نهادی تبعیت از ارزش‌های حوزه نهادی یک موضوع مشروعیت است، یعنی تناسب بین فرهنگ و ارزش‌های سازمان با فرهنگ و ارزش‌های سازمان مادر در کسب حمايت و دسترسي به منابع و بقا ضروري است. یکی از مهمترين بخش‌های سازمان بخش بهداشت و درمان است که بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها را

فرهنگ سازماني به مثابه شخصیت سازمان محسوب می‌شود که نقش مهمی در عملکرد سازمان، پایداری، رفاه و حتی سلامت سازمان دارد. همچنین فرهنگ سازمان شکل دهنده نگرش و رفتار اعضای سازمان است. اهميت فرهنگ از اين حیث است که به نوعی راهنمای رفتاری^۱ و مکانیزم برای کنترل اجتماعی^۲ است (هریس^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). فرهنگ سازماني نقش کلیدی در موفقیت یا شکست سازمان بر عهده دارد. به همین دلیل در تئوری‌های مدیریت و سازمان توجه زیادی به فرهنگ سازماني شده است. در این میان فرهنگ سازماني نقش مهم‌تری در سازمان‌های خدمات سلامت و درمان دارد زیرا در این سازمان‌ها متخصصان به صورت گروهی و یا در کنار هم، با یکدیگر ارتباط دارند و براساس شواهد تجربی فرهنگ سازماني آنها به صورت مستقیم بر روی کیفیت درمان، کرامت و احترام به گیرنده خدمت، برون‌داد خدمت، عملکرد، کار تیمی و مشارکت کارکنان تاثیرگذار است (جانسون^۴، ۲۰۱۶؛ هریس و همکاران، ۲۰۱۰). به دلیل اهميت فرهنگ سازماني، تحقيقات زیادی بر روی اين پدیده انجام شده است. در بخشی از این تحقيقات به پیامدها و اثرات فرهنگ سازماني پرداخته شده است (لروچ^۵، ۲۰۱۴: ۱۳۴). به عنوان نمونه بسیاری از تحقيقات که در بخش سلامت و درمان انجام شده است، با هدف افزایش بهره‌وری خدمات ارائه شده، کیفیت مراقبت از بیمار و تعداد بیمار نسبت به جمعیت بوده است (ویلیس^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). بخش دیگری از تحقيقات نيز به بررسی تلاش‌های مدیریتی برای جهت‌دهی و تغيير فرهنگ اختصاص دارد. فرض بنيادين این تحقيقات این است که به زعم دشواری‌های تغيير فرهنگ، فرهنگ قابل انعطاف است و می‌تواند از طریق فعالیت‌های مدیریتی، مدیریت شود و به سمت استقرار فرهنگ مطلوب حرکت کرد. به عنوان نمونه در سیستم سلامت همگانی انگلیس (NHS) برای تغيير

در زیر مجموعه خود دارد. تعاملات گسترده این بخش با سایر بخش‌های تخصصی سازمان بواسطه استفاده از خدمات این بخش توسط همه کارکنان، خانواده کارکنان و حتی عموم جامعه، طراحی الگوی مطلوب فرهنگ نهادی در این بخش را در اولویت قرار می‌دهد. به علاوه این که پرداختن به فرهنگ نهادی در بخش بهداشت و درمان به صورت مکرر به شکل دغدغه توسط مسئولین سازمان و کارکنان مطرح شده است. در مقاله حاضر به مسئله فوق پرداخته شده و تلاش شده است به این سؤال پاسخ داده شود که مدل مطلوب فرهنگ سازمانی در سازمان‌های سلامت و درمانی کدام است؟ مدل مطلوب به دست آمده می‌تواند راهنمای عمل و چشم اندازی جذاب برای تغییر و غنا بخشی فرهنگ در محیط‌های بهداشتی و درمانی باشد.

بیشتر مردم از چستی فرهنگ درک ضمنی دارند؛ اما در تعریف آن با مشکل مواجه هستند. در مورد این که فرهنگ چیست نظرات کاملاً متفاوتی وجود دارد. از ابتدا مفهوم فرهنگ اشاره به پرورش گیاهان کشاورزی داشت. در طی قرن نوزدهم مفهوم فرهنگ گسترش یافت تا پرورش موجودات بشری را نیز در برگیرد.^۹ به مرور فرهنگ به گروه خاصی از افراد و مقایسه بین گروه‌ها پیوند داده شد. چون سازمان‌ها گروه هستند، تغییر جهت توجه به فرهنگ گروه‌ها، در را به سوی فرهنگ سازمانی گشود (هچ و کانلیف^{۱۰}، ۲۰۰۶) با طی این مسیر فرهنگ تبدیل به یکی از مهمترین مولفه‌های سازمانی شد. امروزه برای پژوهشگران و محققان حوزه سازمانی این امر پذیرفته شده است که نقش عوامل نرم مانند فرهنگ نه تنها کمتر از عوامل سخت نیست بلکه می‌توان گفت از آن‌ها نیز موثرترند (محمد اسماعیلی و قلی پور، ۱۳۹۵: ۱۲۰). اگر سازمان را به مثابه موجود زنده و یا یک انسان تصور کنیم، آنگاه باید پذیرفت که سازمان نیز مانند انسان آگاهی و شخصیت دارد و ابعاد نرم سازمان و به خصوص فرهنگ نشان دهنده شخصیت سازمان است. فرهنگ سازمانی را ناخودآگاه

سازمان نیز می‌نامند زیرا بسیاری از جنبه‌های آن به صورت ناخودآگاه بر روی رفتار کارکنان اثر می‌گذارد (هریس و همکاران، ۲۰۱۰). فرهنگ سازمانی یکی از مهمترین و قوی ترین سیستم‌های اعمال نفوذ سازمان بر کارکنان و عملکرد آنها است (ورما و شرما^{۱۱}، ۲۰۱۹). به عکس طرفداران ادبیات اقتصادی که پول، سلسله مراتب و نظارت را به عنوان مشوق اصلی رفتاری کارکنان در سازمان می‌داند، به نظر می‌رسد که فرهنگ مکانیزم کنترل، جهت دهنده‌گی و استناداری رفتاری بالاتر و قوی تر از آن‌ها دارد (هریس و همکاران، ۲۰۱۰: ۱۳۰-۱۳۳). فرهنگ سازمانی الگوی از مفروضات مشترکی است که اعضای گروه برای حل مسائل شان و میزان خوب کار کردن از آن استفاده می‌کنند. همچنین به اعضای جدید راه درست درک، تفکر و احساس در مورد مسائل سازمانی را می‌آموزد (جانسون، ۲۰۱۶). دیماجیو^{۱۲} (۱۹۹۴) فرهنگ را سیستمی از فهم مشترک، ارزش‌ها و نرم‌ها می‌داند (لروچ، ۲۰۱۴: ۱۳۴). در تعریفی دیگر فرهنگ سازمانی شامل نرم‌ها، ارزش‌ها و باورها، عادت‌ها و استانداردهای نوشته نشده سازمان دانسته شده است (هدیس و همکاران، ۲۰۱۰: ۷۶). واریک^{۱۳} (۲۰۱۷) فرهنگ را عقاید، ارزش‌ها، نگرش‌ها، رفتارها و اقدامات غالب که مشخصه یک گروه از افراد است، می‌داند. شاین^{۱۴} (۱۹۹۲) در کوتاه ترین تعریف فرهنگ را شیوه انجام دادن کارها می‌داند (به نقل از جانسون، ۲۰۱۶). به زعم محمدیان (۱۳۹۷: ۱۳) «فرهنگ سازمانی مجموعه در هم تنیده ایی از مفروضات اساسی، استنباط مشترک و خرد جمعی است که در بستر تجارب و یافته‌های قبلی، در مواجهه با مسائل درونی، یا بیرونی شکل می‌گیرد و به مثابه چراغی راهنما و منبعی نیرو بخش در شکل دهی به رفتار کارکنان و معماری حال و آینده سازمان ایفای نقش می‌نماید». تفاوت‌های محیطی در مناطق مختلف جهان ممکن است باعث تفاوت در خصیصه‌های فرهنگی

ارزش‌های بنیادین، قدرت رسیدن به توافق در اختلافات، هماهنگی و پیوستگی:

۳. فرهنگ انطباق‌پذیری: در این فرهنگ کارکنان ریسک می‌کنند، از اشتباه خود پند می‌گیرند و ظرفیت و تجربه ایجاد تغییر را دارند. ایجاد تغییر، مشتری‌گرایی، یادگیری سازمانی از مولفه‌های این گونه فرهنگی است.

۴. فرهنگ مأموریتی (رسالت): در این فرهنگ سازمان‌ها درک روشنی از اهداف و جهت‌گیری‌های استراتژیک خود دارند و متناسب با آن رفتار می‌کنند. این گونه فرهنگی نیز با سه مولفه بررسی می‌شود؛ گرایش و جهت‌گیری استراتژیک، اهداف و مقاصد، چشم‌انداز.



شکل ۱. گونه‌های فرهنگی (دنیسون، ۲۰۰)

کامرون و کوپین در سال ۱۹۹۹ با استفاده از چارچوب ارزش‌های رقابتی، گونه‌شناسی فرهنگی دیگری ارائه داده‌اند که مشابه گونه‌شناسی دنیسون، در آن چهار نوع فرهنگ سازمانی وجود دارد (علامه و عسگری باجگرانی، ۱۳۹۶):

• فرهنگ خانوادگی: فرهنگی که کارکنان در بسیار از موارد مانند اعضای خانواده ایی بزرگ با یکدیگر اشتراک دارند.

شود. ذکر مصادیق آن فراوان است. به عنوان نمونه طی تحقیقی مشخص شد که «مشارکت کارکنان» به عنوان یک بهترین اقدام^{۱۵} در نقاط مختلف جهان نتایج متضادی دارد؛ در روسیه باعث کاهش عملکرد و در آمریکا باعث افزایش عملکرد شده است (لروچ، ۲۰۱۴). تحقیق مشهور هافستد^{۱۶} نیز تاثیر فرهنگ ملی بر فرهنگ سازمانی را به اثبات رسانده است (هچ و کانلیف، ۲۰۰۶). نتایج تحقیقاتی از این دست ضرورت طراحی مدل‌های فرهنگی بومی را افزایش می‌دهد. بسیاری از پژوهشگران تلاش نموده‌اند که مدل‌هایی از فرهنگ سازمانی ارائه نمایند. با تحلیلی که توسط محقق انجام شد می‌توان استنتاج کرد مدل‌های ارائه شده فرهنگ سازمانی در دو سطح قرار داد. (۱) مدل‌ها و تحقیقاتی که به صورت کلان به گونه‌شناسی فرهنگ سازمانی پرداخته‌اند و (۲) تحقیقاتی که به استخراج مولفه‌های فرهنگی مبادرت نموده‌اند. گونه‌شناسی‌ها، به نوعی اقدام به دسته‌بندی انواع فرهنگ‌ها در سازمان است در حالی که مدل‌های حاوی مولفه‌های فرهنگی مقداری عملیاتی‌تر به موضوع پرداخته و ارزش‌های فرهنگی و گاهی مصنوعات را نیز در بر می‌گیرند.

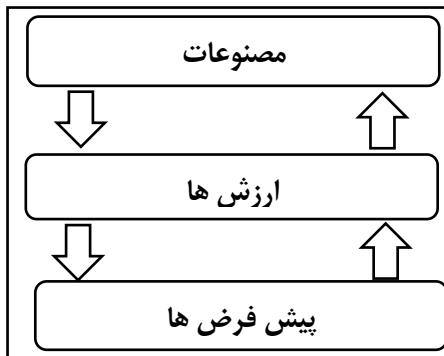
دنیسون^{۱۷} در سال ۲۰۰۰، پژوهش‌هایی در زمینه گونه‌های فرهنگ سازمانی و اثربخشی سازمان انجام داد. دنیسون در مدل خود چهار گونه فرهنگی را برشمرده و برای هر کدام از گونه‌ها تعدادی مولفه در نظر گرفته است.

۱. فرهنگ مشارکتی (درگیر شدن در کار): اعضای

سازمان به کارشان متعهد شده و خود را به عنوان پاره‌ای از پیکره سازمان احساس می‌کنند. این گونه فرهنگی، با سه شاخص اندازه‌گیری می‌شود: توانمندسازی، تیم‌سازی، توسعه قابلیت‌ها.

۲. فرهنگ سازگاری: سازمان با ثبات و یکپارچه بوده و رفتار کارکنان از ارزش‌های بنیادین نشأت گرفته است. این ویژگی با سه شاخص بررسی می‌شود؛

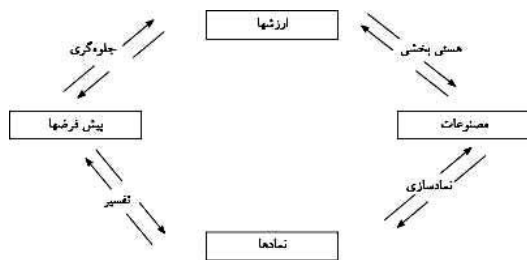
هستند. طبقه مصنوعات مورد مشاهده شامل اشیاء، تجلیات و فعالیت‌های کلامی و غیر کلامی است.



شکل ۲. مدل فرهنگ سازمانی شاین

(هچ و کانلیف، ۲۰۰۶)

مدل فرهنگی دیگر، مدل پویایی‌های فرهنگ سازمانی است که براساس نظریه شاین بنا شده است اما با آن تفاوت‌های نیز دارد. این مدل بر سلسه مراتب پیش فرض‌ها، ارزش‌ها و مصنوعات متمرکز نیست بلکه بر فرایندهای پیوند دهنده این عناصر استوار است. این مدل فرهنگ را به عنوان فرآیندی که از آن طریق، مصنوعات و نمادها در بستر پیش فرض‌ها و ارزش‌ها خلق می‌شوند، تبیین می‌کند. همچنین نحوه حفظ و تفسیر پیش فرض‌ها و ارزش‌ها را نیز از طریق بکارگیری و تفسیر موضوعات و نمادها تبیین می‌کند. به عبارت دیگر تاثیرگذاری متقابل میان مصنوعات، ارزش‌ها، نمادها و پیش فرض‌ها وجود دارد به طوری که تغییر در یکی از آن‌ها می‌تواند دیگری را نیز تحت تاثیر قرار دهد (هچ و کانلیف، ۲۰۰۶).



شکل ۳. الگوی پویایی‌های فرهنگی

• فرهنگ ویژه سالار (ادهوکرآسی): در این نوع فرهنگ تعهد به تجربه کردن و نوآوری وجود دارد.

• فرهنگ مبتنی بر بازار^{۱۸}: این فرهنگ‌ها نتیجه گرا بوده و توجه اصلی آن‌ها بر انجام دادن درست کارها است.

• فرهنگ سلسله مراتبی^{۱۹} (محافظه‌کارانه): فرهنگی که رسمیت، رویه‌های عملیاتی و هماهنگی سلسله مراتبی را به کار می‌گیرد.

الگوی دیگر، الگوی مولفه‌های فرهنگی گالوپ^{۲۰} است. این الگو حاصل پژوهش‌های مؤسسه معتبر افکار سنجی گالوپ در ارتباط با رهبری و فرهنگ سازمانی از ۸۲۵ سازمان مستقر در ۶۲ کشور جهان است. این الگو به شرح ذیل هستند (قدمی و علی‌نیا لاکانی، ۱۳۹۴): فاصله قدرت سازمانی، عدم قطعیت، میزان اشتیاق کارکنان به تغییر، مدیریت عملکرد، فردگرایی در مقابل جمع‌گرایی، تفاوت‌های جنسیتی، مدیریت بر آینده (این مولفه به میزانی اشاره دارد که افراد درگیر رفتارهای آینده نگر هستند) و ویژگی‌های سرمایه‌های انسانی (این مولفه به میزانی اشاره دارد که افراد به متعادل بودن، برخورداری از حس مشترک، نوع دوستی، سعه صدر، دوستانه کار کردن (تعاملی) و مراقبت از دیگران بودن تشویق می‌گردند). یکی از مهمترین نظریه‌های فرهنگ سازمانی، نظریه شاین^{۲۱} (۱۹۸۴) است. بر اساس این نظریه، جوهره فرهنگ، «پیش فرض‌های اساسی»^{۲۲} آن است. پیش فرض‌های اساسی، حقیقت یا آنچه اعضا سازمان واقعیت می‌پندارند بازنمایی می‌کند. پیش فرض‌ها مسلم فرض می‌شوند. این هسته (پیش فرض‌ها) در «ارزش‌ها» و هنجارهای رفتاری متجلی می‌شود که اعضا آنها را پذیرفته، نسبت به آن واکنش نشان داده آن را برای اتخاذ گزینه‌ها و در پیش گرفتن اقدام عملی مورد استفاده قرار می‌دهند. در نهایت اقدام‌های تحت راهنمای فرهنگ، مصنوعات^{۲۳} را تولید می‌کند. مصنوعات مظاهر یا تجلیات همان هسته فرهنگی

۱۰۷ مقاله داخلی با تم اصلی فرهنگ سازمانی که در مجلات حوزه سلامت و درمان به چاپ رسیده است به عنوان پیشینه تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. اکثر مقالات با رویکرد کمی و الگوی دنیسون (۲۰۰۰) را به عنوان الگوی مبنا انتخاب و تلاش داشتند که جامعه آماری خود را براساس آن الگو مورد بررسی قرار دهند. تعدادی کمتری از مقالات نیز با رویکرد کیفی، سعی در اکتشاف و استخراج مولفه‌های بومی فرهنگ نموده‌اند. تعدادی از مقالات نیز به دنبال

بررسی تجربیات و خاطرات پرستاران و کادر درمانی در زمان دفاع مقدس بودند (فیروزکوهی، بروجنی و نورائی، ۱۳۹۴، فارسی و دهقان نیری، ۱۳۹۴). در مجموع هیچ کدام از مقالات مورد بررسی، مدل مطلوب فرهنگ سازمانی که به صورت بومی طراحی شده باشد را برای سازمان‌های سلامت و درمانی ایران پیشنهاد نداده‌اند. به تعدادی از پیشینه مورد بررسی در جدول (۱) اشاره می‌شود.

جدول ۱: پیشینه تحقیق

ردیف	عنوان	روش	یافته‌ها	نویسندگان
۱	بررسی رابطه بین استراتژی کسب و کار، فرهنگ و جبران خدمات با استفاده از چارچوب تحلیل جدول Anowa هافستد و مایلز و اسنو در شرکت‌های هلدینگ	رویکرد کمی با استفاده از تجزیه و تحلیل جدول Anowa	اگر تناسبی بین استراتژی فرهنگ و منافع کارکنان وجود نداشته باشد، مانع بزرگی در عملکرد فردی و سازمانی خواهد بود.	شارما و ورمما، ۲۰۱۹
۲	بررسی رابطه میان ایمنی و فرهنگ سازمانی در کسب و کارهای پروژه محور	رویکرد کیفی و تفسیری و به صورت مشخص قوم نگاری	عملکرد شرکت بیش از این که رابطه ایی با ایمنی داشته باشد با فرهنگ غالب در ارتباط است. همچنین ساختار و فرایندها نیز باید با فرهنگ غالب در یک راستا باشد.	ربرت ^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۰
۳	تجزیه و تحلیل درک فرهنگ سازمانی در بخش سلامت نیچریه	پیمایش و با ابزار پرسشنامه محقق ساخته	درک کلی از فرهنگ در جامعه مورد بررسی در دو بعد رهبری و شخصیت بالاتر از ۵۶ درصد بوده است.	هریس و همکاران، ۲۰۱۰
۴	مطالعه فرهنگ سازمانی در ستاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران	کمی به روش توصیفی-پیمایشی	ابعاد نوآوری، دانش آموزی سازمانی، منصفانه بودن سیستم پاداش، پذیرش تغییر، حمایت مدیران و انتقاد پذیری به میزان کم و روشن بودن اهداف و انتظارات، ارتباطات، هماهنگی و انسجام به میزان متوسط و خودنظارتی به میزان زیاد در سازمان وجود دارد.	رستمی گوران و همکاران، ۱۳۹۵
۵	فرهنگ سازمانی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران	کمی به روش توصیفی-پیمایشی	برای افزایش کیفیت خدمات بیمارستان لازم است که به انسجام، کار گروهی و اخلاقیات سازمانی توجه ویژه‌ای شود.	سخنور و مصدق‌راد (۱۳۹۶)
۶	رابطه‌ی گونه شناسی فرهنگی Harrison با پذیرش سیستم اطلاعات بیمارستانی	کمی به روش همبستگی	فرهنگ وظیفه‌مدار همراه با رضایت شغلی سبب افزایش کیفیت خدمات در بیمارستان می‌شود.	طیبی و همکاران (۱۳۹۲)

روش تحقیق

نظریه‌پردازی (پژوهش) می‌تواند در سه سطح کاربردی، دامنه متوسط و کلان^{۲۵} (بنیادی) باشد. پژوهش‌های دامنه متوسط پژوهش‌هایی هستند که به دنبال بیان نظریات جدیدی هستند اما ادعای پاسخگویی به طیف گسترده‌ای از مسائل و مشکلات را ندارند (کوربین و اشتروس^{۲۶}، ۲۰۱۵: ۹۴). بر این اساس پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های دامنه متوسط است. مرحله گردآوری داده‌ها و نیز، مرحله تحلیل داده‌ها بدون دست‌کاری پژوهشگر صورت گرفته است؛ بنابراین تحقیق حاضر توصیفی از نوع میدانی است. رویکرد منتخب مقاله، کیفی است. این رویکرد با مطالعه زمینه‌های فرهنگی سنخیت بیشتری دارد؛ زیرا بنا به طبیعتش که به شکل استقرایی است و با نظام ارزشی، ساختار ذهنیت‌ها و باورها سروکار دارد، برای درک مفاهیمی که نیاز به درک محتوای کلامی و رفتاری دارد، مناسب‌تر است (کوربین و اشتروس^{۲۷}، ۲۰۱۵: ۴۸). از میان روش‌های متنوع کیفی، روش تحلیل مضمون یا همان تحلیل تم^{۲۸} برگزیده شد. تحلیل تم، روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است (بروان و

کلارک^{۲۹}، ۲۰۰۶). کینگ و هاروکز^{۳۰} در سال ۲۰۱۰ با بررسی و جمع‌بندی تلاش‌های دیگر پژوهشگران تحلیل تم، فرایندی سه مرحله‌ای را برای تحلیل تم ارائه داده‌اند که در این تحقیق از این فرآیند استفاده می‌شود. این فرایند شامل سه مرحله‌ی کدگذاری توصیفی^{۳۱}، کدگذاری تفسیری^{۳۲} و یکپارچه‌سازی از طریق مضامین فراگیر^{۳۳} می‌باشد.

برای شناخت موضوع و جمع‌آوری متون، از مطالعات کتابخانه‌ای استفاده شد. علاوه بر تدوین مبانی نظری، از مطالعات کتابخانه‌ایی برای طراحی پروتکل مصاحبه نیز استفاده گردید. پروتکل مصاحبه سئوالات عملیاتی و از پیش طراحی شده‌ای است که پاسخ به آنها، پاسخ سئوالات پژوهش را فراهم می‌سازد. پس از طراحی پروتکل مصاحبه، داده‌های میدانی از طریق مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختاریافته جمع‌آوری گردید. جامعه آماری تحقیق شامل افراد صاحب نظر در موضوع فرهنگ سازمانی در دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله می‌باشد. دلیل انتخاب این دانشگاه، انتصاب آن به یکی از نهادهای انقلاب اسلامی است که انتظار می‌رود فرهنگ مثبت و مطلوب تری از خود به نمایش بگذارند. نمونه‌گیری به شیوه قضاوتی و هدفمند و به

جدول ۲: مشخصات مصاحبه‌شوندگان

کد	سمت	تحصیلات	کد	سمت	تحصیلات
P1	مدیر بازرسی بیمارستان	پرستاری و دکتری مدیریت انسانی	P9	پزشک و عضو هیئت علمی بازنشسته	دکتری پاتولوژی
P2	مدیر داروخانه	دکتری داروسازی	P10	پزشک و عضو هیئت علمی	متخصص ارتوپد
P3	بازنشسته (پیشکسوت دفاع مقدس)	دیپلم	P11	پزشک، عضو هیئت علمی و نماینده فوق تخصص جراحی عروق	مجلس
P4	مدیر موسسه خیریه	لیسانس	P12	پزشک، عضو هیئت علمی، و رئیس فوق تخصص ریه	
P5	پزشک	متخصص بیهوشی	P13	عضو ستاد ملی مقابله با کرونا	کارشناسی ارشد
P6	پزشک و نماینده مجلس	متخصص داخلی	P14	مدیر پرستاری	کارشناس ارشد پرستاری
P7	مدیر پرستاری	کارشناس پرستاری	P15	مدیر بخش	کارشناس پرستاری
P8	مدیر بیمارستان	کارشناس ارشد پرستاری	P16	هیئت علمی	دکتری پرستاری

صورت خاص از نمونه‌گیری گلوله برفی استفاده شده است. مصاحبه‌ها تا زمانی ادامه یافت که محقق به اشباع و کفایت نظری رسید. اشباع زمانی است که «پژوهشگر به این نتیجه برسد کدها در حال تکراری شدن است و هیچ اطلاعات تازه‌ای از کدگذاری به دست آمده نمی‌آید» (کوربین و اشتروس، ۲۰۱۵: ۱۷۶). تجزیه، تحلیل و مفهوم‌سازی داده‌ها از طریق کدگذاری صورت پذیرفت. کدگذاری اساس و مبنای شیوه‌های کیفی مانند تحلیل تم است (گلیزر^{۳۴}، ۲۰۰۴: ۱۳). کد سازه‌ای است پژوهشگر ساخته^{۳۵} که نقش نمادپردازی را بر عهده دارد (سالدنا، ۱۳۹۵: ۶۱). همچنین هنگام کدگذاری‌های اقدام به نوشتن یادداشت‌های فنی^{۳۶} نیز شده است که در برقرای ارتباط میان کدها مورد استفاده قرار گرفت. مشخصات افراد نمونه (مشارکت کنندگان) در جدول (۲) نشان داده شده است.

تحلیل داده‌ها

پس از هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و با استفاده از کدگذاری توصیفی و تفسیری تحلیل شدند^{۳۷}. همان‌گونه که گلیزر (۱۹۹۲، ۲۰۰۲) استراوس و کوربین (۱۹۹۸) و سالدنا (۱۳۹۵) تأکید کرده‌اند، فرایند کدگذاری گام‌های متوالی نیستند، بلکه کدگذاری، پویا و شناور انجام می‌گیرد. تجزیه و تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار تحلیل داده‌های کیفی^{۳۸} MAXQDA انجام شد.

برای کدگذاری توصیفی، پژوهشگر کلمه به کلمه و خط به خط متن را تحلیل و کوچک‌ترین واحد معنایی (تم فرعی) را که گمان می‌کند پاسخ به پرسش در نظر گرفته شده، به عنوان کد اولیه انتخاب و در ستون مربوط یادداشت می‌کند. شناخت تم، یکی از مهمترین و حساس ترین کارها در تحقیقات کیفی است و به عبارتی، قلب تحلیل تم است. فراوانی کدهای اولیه ۸۸۴ کد بود که پژوهشگر با دو دور بازنگری در کدها و ادغام کدهای بسیار مشابه کدها را به ۷۴۴ رساند.

مرحله دوم کدگذاری، کدگذاری تفسیری است. در این مرحله داده‌های پراکنده حاصل از کدگذاری توصیفی (مرحله اول) کنار یکدیگر قرار گرفته و باعث ظهور مضمون اصلی (تم اصلی) می‌شوند. مضمون اصلی می‌تواند از بین کدهای موجود که قدرت تبیین‌کنندگی بیشتری دارد و یا فراوانی بیشتری دارد انتخاب یا توسط محقق تولید شود (فلویک^{۳۹}، ۲۰۱۴). در مرحله دوم کدگذاری یعنی کدگذاری تفسیری نیز ۲۳ کد (مضمون اصلی) به دست آمد. مرحله سوم، تشکیل مضامین فراگیر برای مجموعه داده‌ها به عنوان کل، از طریق مد نظر قرار دادن تم‌های اصلی حاصل از کدگذاری تفسیری است. به همین منظور محقق بارها و بارها تم‌های اصلی حاصل از کدگذاری تفسیری را مورد مذاقه و اندیشه قرار داد تا در نهایت بتواند الگوی پنهان آن را کشف نماید. در نهایت این نتیجه استنباط گردید که تم‌های اصلی را می‌توان در سه سطح «انگاره‌ها»، «قواعد» و «مظاهر و نمودها» قرار داد. سه مرحله کدگذاری اشاره شده، ترکیب شده و در جداول زیر نمایش داده می‌شود.

الف) انگاره‌های فرهنگ مطلوب در سازمان‌های سلامت و درمان

انگاره‌ها در حقیقت باورهای اساسی نهادینه شده می‌باشد. انگاره‌ها در عمیق ترین لایه ذهنی کارکنان وجود دارد به نحوی که گاهی از دیدگاه آنها بدیهی دانسته می‌شود. انگاره‌ها هویت سازند؛ هم هویت ارائه دهنده خدمت و هم گیرنده خدمت. انگاره را می‌توان معادل معنایی واژه‌هایی مانند باورهای اساسی، اعتقادات و پیش فرض‌ها و یا دستگاه معرفتی دانست.

در مجموعه ۵ مضمون اصلی «سلامت محوری»، عبادت انگاری کار، خدامحوری، اصالت انگیزه‌های غیر مادی (آخرت گرایی)، کل بودگی انسانی» انگاره‌های مطلوب فرهنگی دانسته شده است. منظور از انگاره «سلامت محوری» این است که در هر حال حفظ سلامت نسبت به هر اقدام دیگری در سیستم

جدول ۳: انگاره‌های فرهنگ مطلوب

مضمون فراگیر	مضامین اصلی	مضامین فرعی (تم‌های فرعی) - مستخرج از مصاحبه‌ها
	سلامت محوری	تقدم پیشگیری بر درمان، سلامت جسمی، سلامتی روحی و روانی، سلامت محوری
	عبادت انگاری کار (بهداشت و درمان)	عبادت دانستن، فرشته انگاری بیمار، ولی نعمت دانستن بیمار، برکت انگاری بیمار، نعمت انگاری بیمار، مقدس انگاری کار (بهداشت و درمان)، رحمت الهی دانستن بیمار، اشرف مخلوق بودن انسان (گیرنده خدمت)، خلیفه الهی بودن انسان (گیرنده خدمت)
انگاره‌ها	خدای محوری	ارتباط مستمر با خدا، امدادهای غیبی، شفا، نسبت دهی موفقیت به خدا، ایمان به وعده الهی، باور به خدا، ناظر دانستن خدا، معامله با خدا، رضای خدا، کار برای خدا، قربت الی الله، یابوری الهی، همه چیز از طرف خدا بودن، محور همه چیز خدا بودن، قدرت برتر خدا بودن، بنده خدا شدن، کمک خواستن از خدا، توکل به خدا، امید به خدا، سپردن امورات به خدا، در محضر خدا بودن، احساس حضور خداوند
	اصالت انگیزه‌های غیر مادی (آخرت محوری)	انگیزه غیر مادی، پاداش دهی الهی، اعتقاد به پاداش الهی، فنای دنیا، معاد
	کل بودگی انسانی	دوست داشتن بیمار، حریص به سلامت بیمار، مشکل بیمار را مشکل خود دانستن، حس عضوی از خانواده بیمار بودن، احساسات مثبت داشتن به بیمار، نگاه عمیق انسانی به گیرنده خدمت، مخلوق خدا بودن انسان (گیرنده خدمت)، چند بعدی بودن انسان (جسمی، روحی و روانی، معنوی)، انسان دوستی، کمک به هم نوع، حفظ جان انسان‌ها

حد بر روی انگیزه‌های مادی باز می‌دارد و مدام برای آنها یادآوری می‌کند که دنیا و مادیات فناپذیر و در مقابل انگیزه‌های غیر مادی اصالت بیشتری دارد. مولفه بعدی «کل بودگی» است. منظور از کل بودگی این است که کارکنان حوزه سلامت به این باور اساسی رسیده باشند که همه ما انسان‌ها یک کل منسجم را تشکیل می‌دهند و دیگری (بیمار) نیز از ما است. مصداق بارز این انگاره شعر معروف سعدی است که می‌فرماید: بنی آدم اعضای یکدیگر است - که در آفرینش زیک گوهر است. زمانی که این انگاره عمیق انسانی به گیرنده خدمت شکل گرفت، باعث می‌شود که همه نیازهای او به عنوان یک انسان چند بعدی که دارای جسم، روح و روان است برآورده شود. در تعاملات مواظبت می‌شود که با یک انسان چند بعدی روبرو هستیم. چند بعدی دانستن انسان (بیمار) بسیار حائز اهمیت و هویت بخش است. مشارکت کننده شماره ۱۱ معتقد است در توصیه ایی به پزشکان معتقد است: «باید به همه ابعاد حساس باشد و همه بخشش هاش رو ترمیم کند».

سلامت باید در اولویت قرار گیرد. سلامت محوری انگاره ایی است بیشتر می‌بایست در سیاست‌ها و جهت گیری‌های استراتژیک مد نظر قرار گیرد. مولفه بعدی «عبادت انگاری» است. منظور از عبادت انگاری این است که کارکنان حوزه سلامت، کار و خدمتی که ارائه می‌دهند را عبادت بدانند. مشارکت کننده شماره ۷ در توصیف عبادت دانستن کار سلامت و درمان معتقد است: «... عرض کردم که ما این بیمار را به عنوان ولی نعمت بدانیم و کسی که بر ما منت گذاشته و اینجا آمده و دریایی از خیرات و خوبی‌ها را به ما هدیه داده، شاید این شکل شعاری داشته باشد ولی واقع مطلب این است».

«خدا محوری» نیز یکی از مهمترین انگاره‌های فرهنگی است. کارمند حوزه سلامت باید ارتباط مستمری با خدا داشته باشد و او را در محل کار احساس کند. «امدادهای الهی» و «مفهوم شفا» از کدهای مرتبط با این انگاره است. مولفه بعدی، «اصالت انگیزه‌های غیر مادی» یا «آخرت گرایی» است. اعتقاد به پاداش اخروی و الهی، کارکنان را از تاکید بیش از

جدول ۴: قواعد و ارزش‌های فرهنگ مطلوب

مضمون فراگیر	مضامین اصلی (تم اصلی)	مضامین فرعی (تم فرعی) - مستخرج از مصاحبه‌ها
	خدمتگزاری	خدمتگزاری، فروتنی، خدمت رسانی، تواضع، مردم دوستی، عشق به خدمت، دوست داشتن به کمک مجروحین، خدمت به مردم، اشتیاق به خدمت
	تکلیف گرایی	وظیفه شناسی، وجدان، اعتقاد به وظیفه دینی، جام وظیفه بدون توجه به نتیجه، تکلیف دینی، تکلیف انسانی، تکلیف گرایی، تعهد به حل مسئله، تکلیف محوری، تعهد کاری عدالت درمانی، عدالت، انصاف
	بیمار محوری	محور بودن بیمار، احترام به بیمار، تکریم بیمار، ایمنی بیمار، آرامش و آسایش بیمار، در اولویت قرار دادن بیمار نسبت به کارهای شخصی، رضایت بیمار، لبخند رضایت بیمار، صیانت از کرامت انسانی بیماران
	جمع گرایی / هم گرایی کارکنان	جمع گرایی، یکدلی، تیم محوری، درک مشترک کارکنان از مأموریت، همدلی بین کارکنان، صمیمیت میان کارکنان، کار تیمی، احساس خانواده بودن، فاصله قدرت پایین، برادری میان کارکنان، پایین بودن پروکراسی اداری
	مسئولیت پذیری	خود را مسئول دانستن، مسئولیت پذیری
	نظم و انضباط	نظم و انضباط
	سرعت در ارائه خدمات	سرعت در ارائه خدمات
	تعلق شغلی	تعلق شغلی، عشق به کار، افتخار به کار، تعهد عاطفی به کار، تعهد شغلی، تعلق خاطر سازمانی، سازمان محور بودن
قواعد (ارزش‌ها)	معنویت محوری	صداقت، تقوا، شکرگزاری، حسن خلق، نگرش معنوی به کار، امید، عدم وابستگی به پست، نشاط در محل کار، اخلاص، تلاش برای ارتقا سلامت جامعه، فضای معنوی، نگاه غیر مادی (معنوی) به بیمار، قناعت (سازگاری با کمبود امکانات)، کم توقعی
	یادگیری	به روز بودن، آموزش مستمر، با سواد، اشتیاق برای به روز رسانی دانش، ارتقا مستمر دانش فردی، یادگیری سازمانی، به اشتراک گذاری تجارب، توضیح کار برای همکاران، استفاده از تجارب گذشته
	خلاقیت و نوآوری	خلاقیت، ابتکار عمل، بن بست شکنی
	ایثار	ایثار، فداکاری، به فکر دیگری بودن، از خودگذشتگی، فی سبیل الله کار کردن، به فکر هم بودن، ترجیح منافع دیگران بر منافع خود، فراتر از موظفی کار کردن، خستگی ناپذیری در ارائه خدمت، از جان گذشتن، سبقت از همدیگر در ارائه خدمت، جانفشانی، تحمل دوری از خانواده، کار کردن بیشتر از وظیفه، کار شبانه روزی در بحران‌ها، کار کردن بیش از ساعت کاری - در صورت لزوم، گذشتن از زمان استراحت و خانواده، انجام هر کاری در ضرورت‌ها و بحران‌ها، پیشگامی در خدمت رسانی
	سعه صدر/تاب آوری	گذشت، بردباری، خویشتن داری، تحمل ناملایمتی‌های بیمار، تاب آوری در مورد درخواست‌های زیاد مردم، تغافل از خطاهای رفتاری بیماران، تاب آوری، تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها، آستانه تحمل بالا

سال سیزدهم / شماره چهل و هشتم / زمستان ۱۴۰۱

ب) قواعد (ارزش‌ها) فرهنگ مطلوب در سازمان‌های سلامت و درمان قواعد، ارزش‌های مورد حمایت سازمان اند. قواعد مطلوب، همان استانداردهای عملکردی هستند که به وسیله آنها رفتارها و فعالیت‌ها جهت داده می‌شود و یا ارزیابی می‌گردد. قواعد به عنوان ارزش‌های نهادی می‌بایست مورد حمایت و تاکید سازمان قرار گیرند. در مجموعه ۱۳ مولفه به عنوان قاعده به دست آمده است که در جدول (۴) قابل مشاهده می‌باشد. اولین مولفه «خدمتگزاری» است. منظور از خدمتگزاری این است که کارکنان حوزه سلامت خدمت به بیماران و گیرندگان خدمت را از هر چیز

لبه‌های دانشی دنیا باز بماند و در این صورت اثربخشی سایر فعالیت‌های با چالش جدی روبرو شود. «خلاقیت و نوآوری» مولفه مورد تأکید دیگری است. در فرهنگ نهادی ابتکار عمل و بن بست شکنی مورد حمایت و تشویق قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه مشارکت کننده شماره ۵ نمونه ایی از بن بست شکنی و ابتکار عمل در دوران دفاع مقدس را این گونه شرح می‌دهد:

«مثلاً فرض کنید می‌خواستیم مجروحی را از راه هوایی فوقانی اگر از بین رفته بود ترات استخوانی کنیم، اما امکانات نبود. ولی نمی‌گذاشتیم مجروح از بین برود، ولو این که لوله خودکار فرو می‌کردیم و مجروح رو نگه می‌داشتیم»

«ایثار» مولفه مهم دیگری است که تعداد زیادی از مشارکت کنندگان به آن اشاره داشتند. منظور از ایثار، فداکاری و گذشتن از چیزهای برای چیزهای دیگر است. مولفه ایثار شامل تم‌های فرعی: «فداکاری، به فکر دیگری بودن، از خودگذشتگی، فی سبیل الله کار کردن، به فکر هم بودن، ترجیح منافع دیگران بر منافع خود، فراتر از موظفی کار کردن، خستگی ناپذیری در ارائه خدمت، از جان گذشتن، سبقت از همدیگر برای ارائه خدمت و جانفشانی» است. مولفه آخر «سعه صدر» است. منظور از سعه صدر، تاب آوری و گذشت از ناملایمات در محل کار است. حوزه سلامت و به خصوص محیط‌های درمانی به دلیل استرس زیاد آن پتانسیل بالایی برای بروز ناملایمات دارد به همین دلیل سعه صدر و تاب آوری کارکنان بسیار حائز اهمیت است. پ) مظاهر و نمودهای فرهنگ مطلوب در

سازمان‌های سلامت و درمان

مظاهر، ملموس هستند مانند آنچه می‌بینیم، می‌شنویم و یا لمس می‌کنیم. این سطح فرهنگ، بیرونی ترین و قابل مشاهده ترین قسمت آن محسوب می‌شود. نمودهای فرهنگی در این سطح قابل مشاهده است. مظاهر، نموده‌ها و مصنوعات و فعالیت‌ها همگی نام‌های متفاوتی هستند که بر یک معنا دلالت دارند.

دیگری بالاتر بدانند. مصاحبه شونده شماره ۲ طی خاطره ایی به بیان چگونگی عشق به خدمت و عشق به کار را تشریح می‌کند:

«من می‌گویم با عشق این کار رو می‌کردیم. یعنی عین اون مادری که پوشک بچه اش رو عوض می‌کنه...»

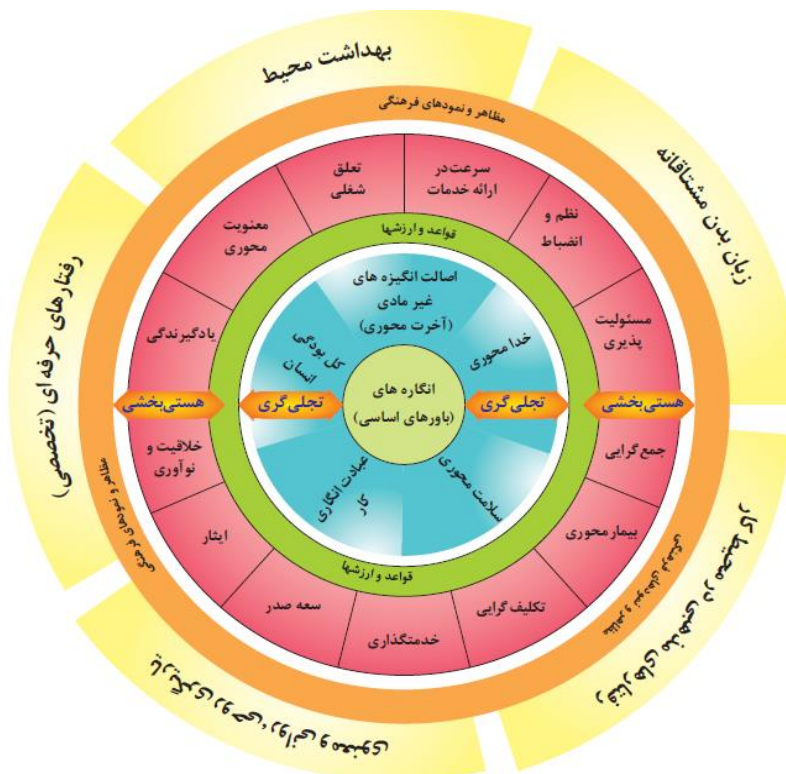
مولفه بعدی «تکلیف محوری» است. تکلیف محوری و انجام وظایف بدون هیچ گونه چشم داشتی یک قاعده و ارزش ذاتی هست که در فرهنگ مطلوب مورد حمایت قرار می‌گیرد. قاعده بعدی «بیمار محوری» است. منظور از بیماری محوری این است که بیمار محور تمام فرآیندها در بخش بهداشت و درمان است. رضایت و لبخند بیمار بهترین معیار ارزیابی برای اثربخشی فعالیت‌های حوزه سلامت است. مولفه‌های بعدی «مسئولیت پذیری»، «نظم و انضباط» و «سرعت در ارائه خدمت» است. این قواعد در سطح بعدی یعنی مظاهر و نمودهای فرهنگی هدایت کننده و جهت دهنده خواهند بود. در فرهنگ مطلوب کمک و خدمت به بیماران هیچ گاه عادی و دچار روزمرگی نخواهد شد بلکه نیاز هر بیمار، امری جدید و تازه ایی است که باید با فوریت هر چه تمام پاسخ داده شود. «تعلق شغلی» نیز در حوزه سلامت یک قاعده و ارزش نهادی است. تعلق شغلی یعنی کارکنان نسبت به شغل خود در حوزه سلامت ارتباط عاطفی برقرار کنند و خود را متعلق به آن بدانند. «معنویت محوری» از دیگر ارزش‌های اساسی و مورد حمایت در فرهنگ مطلوب است. منظور از معنویت محوری این است که کارکنان بتوانند معنویت را در کار خود تجلی دهند. هدف از معنویت کاری انجام مناسک مذهبی در محل کار نیست بلکه منظور برقراری رابطه بین کار و عالم معنا (معنویت) می‌باشد. «یادگیرندگی» مولفه بعدی است. حوزه سلامت و درمان مدام با تغییرات علم و تکنولوژیکی روبرو هست و اگر یادگیرندگی دانش نوین به عنوان ارزش و قاعده مورد حمایت قرار نگیرد ممکن هست به مرور سازمان‌های سلامت و درمان از

«الان می‌روم درمانگاه و با عشق هر کسی را که می‌بینم سوالش را جواب میدهم. خوب گوش می‌کنم، اگر که مشککش را تشخیص دادم، خودم حل میکنم، نتوانستم خجالت نمی‌کشم با دوستان مشورت می‌کنم، نامه می‌نویسم. گاهی خودم می‌روم دنبالش ببینم مشککش را زودتر تشخیص بدیم و دردی از او دوا کنیم».

الگوی نهایی تحقیق در شکل (۴) نمایش داده شده است. همان گونه که مشاهده می‌شود، الگوی فرهنگ مطلوب سازمان‌های سلامت و درمان در سه سطح «انگاره»، «قواعد و ارزش‌ها» و «مظاهر و نمودها» تئوریزه شده است. همان گونه که مشخص است انگاره‌ها هسته معرفتی و یا مغز درونی الگو را نشان می‌دهد. «انگاره‌ها» از طریق فرآیند «تجلی‌گری» خود را در لایه بعدی یعنی «قواعد و ارزش‌ها» نمایش می‌دهند. به عبارت دیگر «قواعد و ارزش‌ها» تجلی «انگاره‌ها» می‌باشد. منظور از «تجلی‌گری» نمایش و ظهور است. یعنی نوع انگاره‌ها خود را در نوع قواعد و ارزش‌ها نمایش می‌دهند. قواعد و ارزش‌ها که نسبت به انگاره‌ها خودآگاه تر هستند اما کماکان ناملموس می‌باشند؛ نیازمند فرآیند دیگری هستند تا خود را به سطح مصنوعات برسانند و قابل مشاهده شوند و آن فرآیند «هستی‌بخشی» است. منظور از «هستی‌بخشی» تبدیل قواعد و ارزش‌ها به چیزهایی است که نمود عینی دارند. طی فرآیند هستی‌بخشی «قواعد و ارزش‌ها» در دنیای واقعیت ظهور و بروز می‌یابند. فعالیت‌ها، رفتارها، مصنوعات، نمادها و هر آنچه قابل مشاهده است نتیجه فرآیند «هستی‌بخشی» است که مانند ویرینی در معرض دیده‌گان و قضاوت همگان قرار دارد. اعتبار یافته‌های تحقیق نیز از دو حیث بررسی شده است؛ اعتبار سنجی فرآیند تحقیق و اعتبار سنجی نتایج تحقیق. منظور از اعتبار سنجی فرآیند تحقیق این است که خبرگان بر صحت گام‌های تحقیق به‌خصوص در کدگذاری‌ها نظارت داشته باشند. برای این منظور ۳ تن

با مشاهده وضعیت «بهداشت محیط» که در محیط‌های درمانی بسیار حائز اهمیت می‌باشد، می‌توان پی به تمیزی، پاکیزگی، سلامت و میزان حرفه‌ایی بودن سازمان برد. بهداشت از جمله نمودهای فرهنگی است که به راحتی در معرض قضاوت قرار می‌گیرد. «زبان بدن مشتاقانه» در ارتباطات نیز از مظاهر فرهنگی محسوب می‌شود که اهمیت بالایی دارد. مشارکت کننده شماره ۱۱ که از پزشکان فوق تخصص با سابقه و خوشنام است در اهمیت زبان بدن اذعان دارد:

«ببینید اولین چیزی که در وضعیت مطلوب وجود دارد یه بار عرض کردم، نگاه است. واقعا (نگاه) قبل از کلام حرف می‌زند و سایر چیزهای غیر گفتنی (غیر کلامی)». مولفه «رفتارهای مذهبی در محل کار» به مظاهر دینی و مذهبی در محل کار می‌پردازد. منظور از رفتار مذهبی رفتاری است که بدون واسطه ریشه در مذهب دارد و به راحتی می‌توان بین آن رفتار و مذهب رابطه برقرار کرد. مولفه بعدی که بخش اعظمی از فرهنگ مطلوب از طریق آن محقق می‌شود؛ «یارگیری روحی، روانی معنوی» است. انسان دارای ابعاد روحی و روانی نیز می‌باشد و نیاز به یارگیری در این ابعاد نیز وجود دارد. یک بیمار مدام رفتارهای کارکنان حوزه سلامت را تحت نظر دارد و از این طریق حمایت دریافت می‌کند و اگر این حمایت‌های روحی و روانی مثبت و موثر باشد قطعاً در روند درمان جسمی اونیز اثرات مثبتی خواهد داشت زیرا جسم و روح انسان بر یکدیگر اثرگذارند. مولفه بعدی که در سطح نمودها قابل مشاهده است «رفتارهای حرفه‌ایی» یا حرفه‌ایی‌گرایی است. رفتارهای حرفه‌ایی، رفتارهایی است که از یک پزشک یا پرستار به واسطه متصدی بودن آن حرفه مورد انتظار است. مشارکت کننده شماره ۱۰ که از پزشکان متخصص و خوشنام می‌باشد در مورد این که چگونه رفتار حرفه‌ایی از خود به نمایش می‌گذارد معتقد است:



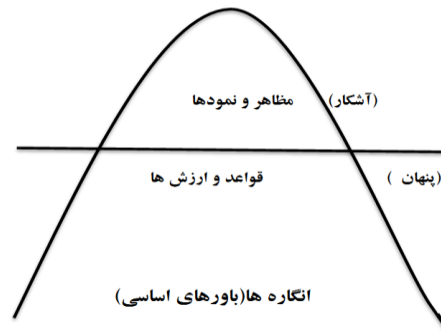
شکل ۴. الگوی خط‌مشی‌گذاری فرهنگی مطلوب در سازمان‌های سلامت و درمان

از خبرگان روشی بر فرآیند کدگذاری نظارت داشته اند. نوع دیگر اعتبار سنجی در مورد نتایج است. در اعتبارسنجی نتایج محقق به دنبال این است که نظرات مشارکت‌کنندگان را در مورد یافته‌های تحقیق بداند. برای این منظور نیز نتایج پس از استخراج به ۲ تن از مشارکت‌کنندگان با تحصیلات دکتری مدیریت منابع انسانی و پرستاری عرضه و نظرات آن‌ها دریافت و اصلاحات لازم صورت پذیرفت. در مجموع ۵ نفر خبرگان در فرآیند اعتبارسنجی مشارکت داشته اند.

بر روی فرایندها و رویه‌های سازمانی تمرکز کرده اند تا تجارب روان شناختی کارکنان از فرهنگ سازمانی (جانسون، ۲۰۱۶). مدل به دست آمده مدل سه سطحی است؛ سطح اول «انگاره‌ها» یا باورهای اساسی، سطح دوم «قواعد» یا ارزش‌ها و سطح سوم «مظاهر» یا نموده‌ها. قلب فرهنگ، انگاره‌ها هستند. انگاره‌ها توسط قواعد و ارزش‌ها محافظت می‌شوند. چنانچه افراد انگاره‌ها را پذیرفته باشند و سپس ارزش‌های قوی نیز در سازمان شکل گرفته باشد آنگاه می‌توان انتظار داشت که فعالیت‌های مطلوب خود را نمایش دهد. نموده‌ها و مظاهر در حقیقت «هستی بخشی» ارزش‌ها و ارزش‌های نیز «تجلی‌گری» انگاره‌ها هستند. علاوه بر یافته اصلی تحقیق که در شکل (۴) نمایش داده شده است از استعاره کوه یخ نیز می‌توان برای نمایش سلسله مراتبی سطوح مختلف فرهنگی استفاده کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اصلی تحقیق حاضر الگوی خط‌مشی‌گذاری فرهنگ مطلوب سازمان‌های سلامت و درمان است. این الگو توجه مدیران را به تغییرات عمیق فرهنگی به جای تغییرات سطحی ساختاری جلب می‌کند. براساس تحقیقات، تغییراتی که در سیستم‌های سلامت در حال انجام است بیشتر معطوف به تغییرات ساختاری است تا تغییرات فرهنگی به نحوی که بیشتر



شکل ۵: مدل سه سطحی فرهنگ با استفاده از استعاره کوه یخ

استعاره کوه یخ از فرهنگ (شخصیت سازمان) منطبق بر مدل کوه یخ فریود از شخصیت انسان است. همان گونه که در شکل (۵) نیز مشخص شده است انگاره پنهان است و به راحتی نمی‌توان در مورد آن قضاوت کرد. بالاتر از آن و نزدیک تر به سطح فعالیت‌های ملموس «قواعد» قرار دارند. نمودهای فرهنگی نیز ملموس، قابل دیدن، شنیدن و یا احساس کردن است. نکته دیگری که می‌توان افزود این است که جهت حرکت همیشه از سمت پایین به بالا (از سمت انگاره به مظاهر و نمودها) نیست. میان انگاره‌ها، قواعد و مظاهر و نمودها تاثیرگذاری متقابل وجود دارد، به طوری که تغییر در یکی از آنها می‌تواند دیگری را نیز تحت تاثیر قرار دهد. به عنوان نمونه با تغییر در نمودهای فرهنگی می‌توان راهی به سمت ارزشهای مسلم فرض شده شکافت و سپس انگاره‌ها را نیز تغییر داد. شناخت گرایان طرفدار حرکت از پایین به بالا (شروع تغییر از انگاره‌ها) و رفتار گرایان نیز طرفدار حرکت از بالا به پایین (شروع تغییر از مصنوعات و رفتارها) هستند.

ایجاد مدل‌های فرهنگی مطلوب در دنیا مرسوم است. کامرون^{۴۰} (۲۰۰۸: ۴۳۰) معتقد است «فرهنگ مطلوب گاهی از طریق ابتکارات بنیان گذار شرکت و گاهی آگاهانه توسط تیم مدیریتی که می‌خواهد عملکرد سازمان را با روش‌های سیستماتیک بهبود دهد ایجاد می‌شود». آیا مدل مطلوب در واقعیت هم کار می‌کند یا قرار است فقط در حد مفهوم باقی بماند؟

واقعیت این است که مدل مطلوب برای تغییرات در دنیای واقعیت لازم اما کافی نیست. حسن^{۴۱} (۲۰۰۷: ۴۳۷) اعتقاد دارد فرهنگ‌ها دارای اجزای شناختی، احساسی و رفتاری هستند. بعد شناختی به معنی شناخت در باره فرهنگ مطلوب، بعد احساسی به معنای احساسی که در باره آن فرهنگ وجود دارد و بعد رفتاری، فعالیت‌هایی که به موجب آن فرهنگ انجام می‌شود را بیان می‌کند. در بعد شناختی به دنبال تئوریزه کردن و بیان بایدهای فرهنگی و در بعد احساسی فرهنگ نیز به دنبال مقبول افتادن آنها هستیم. بایدها و قبول آنها هر دو مهم هستند اما کافی نیستند بلکه نیاز است که در رفتارهای روزمره نیز دیده شوند (گمن^{۴۲} و همکاران، ۲۰۱۳: ۸۷). پژوهش حاضر به شناختی پرداخته و برای این که این مدل در دنیای واقعی نیز کار کند نیازمند تحقیق و بررسی در بعد احساسی و رفتاری نیز می‌باشد. الگوی برآمده از تحقیق مشابه مدل شاین (۱۹۹۶) و ربرت و همکاران (۲۰۱۲) می‌باشد. رابرت در مدل خود سه سطح از فرهنگ را در نظر گرفته است. سطح اول سطح ناخودآگاه، سطح دوم ارزش‌های حمایت شده مانند اهداف و استراتژی‌های سازمان و توجهاتی که در سازمان به کار برده می‌شود و سطح سوم نیز مصنوعات است. او ساختار، فرایندها و مستندات و مکتوبات را در سطح مصنوعات دسته بندی کرده است. همچنین رفتارها، ارتباطات کلامی و غیر کلامی نیز در این سطح قرار دارند (ربرت و همکاران، ۲۰۱۲: ۷۷۸). همراستا یا یافته‌های تحقیق حاضر همراستایی^{۴۳} سطوح با یکدیگر مفهومی است که مورد تاکید رابرت نیز بوده است. صرف نظر از کلیت مدل و هم جهت با نتایج تحقیق حاضر تقریباً می‌توان همه مولفه‌های مدل (به استثنا «کل بودگی») را به صورت پراکنده در مقالات متعدد یافت. به عنوان نمونه جمع‌گرایی، تنوع و نوآوری (استومر، بدر، فروز^{۴۴}، ۲۰۱۶: ۲۸۸)، خداحاضری و آخرت‌گرایی (خصاف مفرد و باقری،

رضائی، احمد (۱۳۹۸). منشور بهداشت و درمان (بایدها و نبایدهای بهداشت و درمان در آموزش پزشکی). قم: زمزم هدایت.

رضوی طوسی، سید مجتبی، یاهک، سجاد (۱۳۹۱). گذر تاریخی تأثیرپذیری و بر ساخت مسائل فرهنگی از پزشکی: از اخلاق تا پزشکی شدن. فصلنامه تاریخ پزشکی. ۴ (۱۱): ۱۵۵-۱۸۰.

زرنندی، سعید، معدنی، جواد. (۱۳۹۵). طراحی و تبیین مدل مطلوب فرهنگ سازمانی اسلامی برای مقابله با فساد اداری در سازمان ها. فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی، ۵ (۲): ۸۵-۱۱۷.

سالدنا، جانی (۱۳۹۵). راهنمای کدگذاری برای پژوهشگران کیفی. ترجمه عبدالله گیویان. تهران: انتشارات علمی فرهنگی.

سخنور، مبین و مصدق‌راد، علی‌محمد. (۱۳۹۶). فرهنگ سازمانی بیمارستان‌های منتخب شهر تهران. بیمارستان، ۱۶ (۲): ۴۶-۵۷.

طیبی، سیدجمال‌الدین؛ فرهنگی، علی‌اکبر؛ نصیری‌پور، امیراشکان؛ برادران کاظم‌زاده، رضا و ابراهیمی، پروین. (۱۳۹۲). رابطه‌ی گونه‌شناسی فرهنگی Harrison با پذیرش سیستم اطلاعات بیمارستانی. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۰ (۳): ۳۸۰-۹۰.

علامه، سید محسن، عسکری باجگرانی، محبوبه. (۱۳۹۶). آسیب‌شناسی فرهنگ سازمانی و شناسایی الزامات تغییر آن در شرکت برق منطقه‌ای اصفهان. مدیریت فرهنگ سازمانی، ۱۵ (۳): ۵۷۵-۶۰۳.

فارسی، زهرا، دهقان نیری، ناهید (۱۳۹۴). تسهیل‌کننده‌های تطابق کارکنان حرفه‌ای مراقبت بهداشتی در جنگ ایران و عراق: یک مطالعه تحلی محتوای فصلنامه علمی و پژوهشی ابن سینا. ۱۷ (۳): ۱۹-۲۸.

فرهی بوزنجانی، برزو، ابراهیم سنجقی، محمد، بازرگانی، محمد، سلطانی، محمدرضا. (۱۳۹۲). طراحی و تبیین مدل شناخت، سنجش و مدیریت

(۱۳۹۵)، خدمتگزاری (رضایی، ۱۳۹۸)، بیمار محوری و حرفه‌ای‌گرایی در رفتارهای تخصصی (رضوی طوسی، یاهک، ۱۳۹۱)، یادگیرندگی (رستمی گوران و همکاران، ۱۳۹۵)، رفتارهای فرانقس (فارسی و دهقان نیری، ۱۳۹۶)، نموده‌های کلامی و زبان بدن (هیچ و کانلیف، ۲۰۰۶) مشتاقانه و ارتباطات حمایتی از بیماران (جعفری و معمارزاده تهران، ۱۳۹۶) در مقالات متعدد اشاره شده است.

در پایان پیشنهاد می‌شود طی تحقیقی آسیب‌شناسی فرهنگ سازمانی در خصوص سلامت انجام پذیرد. همچنین در تحقیق جداگانه شیوه‌های نهادینه سازی فرهنگ جدید و راهکارهای پیاده‌سازی آن مورد بررسی قرار گیرد. یکی از محدودیت‌های تحقیق حاضر عدم بررسی تأثیر متغیرهای سطح کلان مانند فرهنگ ملی بر فرهنگ مطلوب ارائه داده شده است. در همین راستا پیشنهاد می‌شود طی تحقیقی و با استفاده از روش تحقیق چند سطحی این مهم نیز بررسی و به مدل افزوده شود.

منابع و ماخذ

جعفری، امیر و معمارزاده طهران، غلامرضا. (۱۳۹۶). شناسایی مولفه‌های موثر بر بهره‌وری کارکنان در یک سازمان بهداشت و درمان نظامی. طب نظامی، ۱۹ (۳): ۲۳۴-۴۴.

خصاف مفرد، حسین، باقری نصرآبادی، محسن (۱۳۹۵). الگوی فرهنگ سازمانی مطلوب با رویکرد جهادی (مورد مطالعه دفاع مقدس). مدیریت فرهنگ سازمانی. ۱۴ (۱): ۲۷-۴۶.

رستمی گوران، نرگس؛ وثوق مقدم، عباس؛ سالاریان‌زاده، محمدحسین؛ اسماعیل‌زاده، حمید و دماری، بهزاد. (۱۳۹۵). مطالعه فرهنگ سازمانی در ستاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۴ (۳): ۱-۱۴.

- Johnson, A., Nguyen, H., Groth, M., Wang, K., & Ng, J. L. (2016). *Time to change: a review of organisational culture change in health care organisations. Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 3 (3), 265–288.
- King, N Horrocks, CH (2010) Interviews in Qualitative Research. London: SAGE
- Leroch, M. A. (2014). *Culture at work: how culture affects workplace behaviors. International Journal of Manpower*, 35 (1/2), 133–146.
- Roberts, A., Kelsey, J., Smyth, H., & Wilson, A. (2012). *Health and safety maturity in project business cultures. International Journal of Managing Projects in Business*, 5 (4), 776–803.
- Stoermer, S., Bader, A. K., & Froese, F. J. (2016). *Culture matters: the influence of national culture on inclusion climate. Cross Cultural & Strategic Management*, 23 (2), 287–305
- Verma, P., & Sharma, R. R. K. (2019). *The linkages between business strategies, culture, and compensation using Miles & Snow's and Hofstede culture framework in conglomerate firms. Benchmarking: An International Journal*.
- Warrick, D. D. (2017). What leaders need to know about organizational culture. *Business Horizons*, 60 (3), 395-404.
- Willis, C. D., Saul, J., Bevan, H., Scheirer, M. A., Best, A., Greenhalgh, T., ... Bitz, J. (2016). *Sustaining organizational culture change in health systems. Journal of Health Organization and Management*, 30 (1), 2–30.
- فرهنگ سازمانی: مورد مطالعه یکی از نهادهای انقلاب اسلامی. راهبرد فرهنگ، ۲۱، ۱۱۳–۱۳۸.
- فیروزکوهی، محمد رضا، ضرقام بروجنی، علی، نورائیف مرتضی (۱۳۹۴). تجربیات پرستاران از ایثار و شهادت در جنگ تحمیلی ۱۳۵۹–۶۷: یک مطالعه تاریخ شفاهی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۴ (۳): ۲۱۹–۲۳۱.
- قدمی، محسن، علی‌نیا لاکانی، پریسا. (۱۳۹۴). بررسی رابطه فرهنگ سازمانی با استراتژی با استفاده از مدل گلوب. مدیریت توسعه و تحول، ۲۲، ۲۹–۳۶.
- محمد اسماعیلی، ندا، قلی‌پور، آرین (۱۳۹۵). شناسایی موانع جاری سازی ارزش‌ها در شرکت‌های هلدینگ. مجله فرآیند مدیریت و توسعه. ۲۹ (۱): ۱۱۹–۱۵۲.
- محمدیان، محمد، شهنساری، هادی (۱۳۹۷). بررسی فرهنگ سازمانی یک سازمان با رویکرد جهادی. فصلنامه پژوهش‌های مدیریت منابع انسانی. ۱۰ (۴): ۷۵–۱۰۰.
- Abington, A. (2013). *Croydon Health Services NHS Trust creates an internal-coaching culture. Human Resource Management International Digest*, 21 (4), 6–11.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006), "Using thematic analysis in psychology", *Qualitative Research in Psychology*, Vol. 3, No. 2, Pp. 77-101.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2015). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Denison, D.R. (2000). Organization culture: can it be a key lever for driving organization change. *The international Handbook of organization culture and climate*, 18 (4): 72-347
- Glaser, B. with the assistance of Judith Holton (2004). *Remodeling Grounded Theory. Qualitative Social Research*, 5 (2), Art. 4. 1-23
- Hatch, M, J & Cunliff A, I. (2006), *Organization Theory: modern, symbol & interpretive, post modern*,
- Harris, G, Olukoga, T, Olasinde, A.A (2010). *Analysis of the perception of institutional culture for health sector reform in Nigeria. Leadership in Health Services*. Vol. 23 No. 1, 2010. pp. 75-87

یادداشت‌ها

¹ behavioural guidance² social control mechanism³ Harris⁴ Johnson⁵ Leroch⁶ Willis⁷ Abington

^۸ محقق در این راستا اقدام به جستجوی گسترده مقالات داخلی در نشریات علمی و پژوهشی با کلید واژه فرهنگ و فرهنگ سازمانی، فرهنگ مطلوب نمود. نتایج بررسی بیش از ۱۰۰ مقاله نشان داد اکثر مقالات به روش کمی صورت پذیرفته و به پیمایش مدل‌های برگرفته از غرب مانند مدل دنیسون اکتفا نموده‌اند.

^۹ جامعه‌شناسان و انسان‌شناسان ادعای به کارگیری فنون علم را برای مطالعه و بهبود انسان‌ها و روابط انسانی داشتند.

- ¹⁰ *Hach and Kunifu*
¹¹ *Verma and Sharma*
¹² *DiMaggio*
¹³ *Warrick*
¹⁴ *Schein*
¹⁵ *Best practice*
¹⁶ *Hofstede*
¹⁷ *Denison*
¹⁸ *Market cultuer*
¹⁹ *Hierarchy cultuer*
²⁰ *Gallup*
²¹ *Schein*
²² *Core of basic assumption*
²³ *Artifacts*
²⁴ *Rebert*
²⁵ *substantive, middle range, or formal*
²⁶ *Corbin & Strauss*
²⁷ *Corbin & Strauss*
²⁸ *thematic analysis*
²⁹ *Braun & Clarke*
³⁰ *King and Horrocks*
³¹ *Descriptive Coding*
³² *Interpretive Coding*
³³ *Overarching Themes*
³⁴ *Galser*
³⁵ *Researcher-generated*
³⁶ *Memo*

^{۳۷} می توان کدگذاری توصیفی و تفسیری معادل گدگذاری باز و محوری در نظریه پردازی داده بنیاد دانست.

^{۳۸} گفتنی است نرم افزارهای کیفی برخلاف نرم افزارهای کمی از عهده تحلیل و تفسیر دادها بر نمی آیند. این نرم افزارها صرفاً پژوهشگر را در مدیریت حجم انبوهی از داده های کیفی یاری می رسانند و در نهایت، تحلیل و تفسیر بر عهده پژوهشگر خواهد بود

- ³⁹ *Fluick*
⁴⁰ *Cameron*
⁴¹ *Hassan*
⁴² *Gehman*
⁴³ *Alinment*
⁴⁴ *Stoermer, Bader & Froese*



Provide a Model of Optimal Organizational Culture Policy in Health and Treatment Organizations

Ebrahim Javaheri Zadeh¹ - Mohammad Reza Fathi²

Abstract

Objective: The purpose of this study is to provide a model of optimal organizational culture policy in health and treatment organizations.

Method: The 16 experts of Baqiyatallah University of Medical Sciences selected by Judicial sampling method and participated in the research. The data from the interviews were coded and the results were validated by experts.

Findings: The main results of the research are the model of optimal organizational culture in health and treatment organizations. This model is based on three levels: "fundamental beliefs", "values" and "manifestations and artifacts". According to the findings, "God-centeredness, devotion to work, originality of immaterial motives, human totality and health-centeredness" as fundamental beliefs in "servant, conscientiousness, patient-centeredness, responsibility, discipline, speed in Service delivery, spirituality, learning, creativity and innovation, self-sacrifice and generosity have been "manifested" as cultural values. "Environmental health, enthusiastic body language, religious behaviors in the workplace, psychological support, professional behavior" as well as cultural "manifestations and artifacts" are the result of the process of "existentialization" of the underlying layers of culture.

Results: The model obtained from this research draws managers' attention to deep cultural changes instead of superficial structural changes. According to research, the changes that are taking place in health systems are more focused on structural changes than cultural changes in a way that focuses more on organizational processes and procedures than employees' psychological experiences of organizational culture.

Keywords: Policy Making, Model of Desirable Organizational Culture, Health and Treatment Organizations, Thematic Analysis

¹ Assistant Professor, Faculty of Economics and Administrative Sciences, University of Qom, Qom. (Corresponding Author)
iranjavaheri1390@gmail.com

² Associate Professor, College of Farabi, University of Tehran, Iran.