

Designing a structural-interpretive model of the antecedents of organizational healing; a meta-synthesis approach

Kamel Ahmadian¹, Roya Shakeri², Masoud Bastami³

Abstract

Organizational traumas, including crisis-induced trauma, chronic stress, and interpersonal tensions, can lead to reduced performance, decreased productivity, job burnout, and weakening of intra-organizational relationships. Healing these traumas goes beyond supporting individuals and requires attention to the entire organizational system and improvement of organizational structures and processes. Therefore, the aim of this research is to design a structural-interpretive model of organizational healing antecedents, utilizing a sequential exploratory-developmental design in three phases (meta-synthesis, fuzzy Delphi, and ISM). Philosophically, this research adopts an interpretivist approach with inductive reasoning; in terms of purpose, it is applied-developmental; in terms of data nature, it is descriptive-qualitative; and in terms of time frame, it is cross-sectional, with data collection based on documentary analysis and interviews. The results revealed seven factors across four levels, including stakeholder benefit provision (Level 1), wise leadership and justice orientation (Level 2), facilitation of organizational transformation and enhancement of self-awareness (Level 3), and individual and organizational inflammation (Level 4), validated through fuzzy Delphi with 91-92% expert consensus. This model can be used as a useful tool for analyzing challenges facing organizations and formulating effective strategies for recovery and strengthening individual and organizational health, ultimately moving toward organizational healing.

Keywords: *Organizational Healing; Organizational Trauma; Organizational Resilience; Organizational Justice.*

-
1. Ph.D. Student in Public Administration, Department of Management, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
Kamel.ahmadian@iau.ac.ir
 2. Corresponding Author: Department of Management, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
Shakeri.roya@iau.ac.ir
 3. Department of Management, Sa.C., Islamic Azad University, Sanandaj, Iran
masoud.bastami@iau.ac.ir

طراحی مدل ساختاری - تفسیری پیشایندهای شفای سازمانی؛ رهیافت فراترکیب

کامل احمدیان*، رویا شاکری**، مسعود بسطامی***

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۱۲/۰۷

چکیده

آسیب‌های سازمانی ازجمله ترومای ناشی از بحران‌ها، استرس‌های مزمن و تنش‌های بین‌فردی، می‌تواند به کاهش عملکرد، افت بهره‌وری، فرسودگی شغلی و تضعیف روابط درون‌سازمانی منجر شود. شفای این آسیب فراتر از حمایت از افراد است و نیازمند توجه به کل سازمان و بهبود ساختارها و فرایندهای سازمانی می‌باشد. بنابراین، هدف این پژوهش طراحی مدل ساختاری-تفسیری پیشایندهای شفای سازمانی است که از طراحی اکتشافی-توسعه‌ای متوالی در سه مرحله (فراترکیب، دلفی فازی و ISM) بهره می‌برد. این تحقیق از نظر فلسفی تفسیرگرایانه با رویکرد استقرایی، از نظر هدف توسعه‌ای کاربردی، از نظر ماهیت داده‌ها توصیفی-کیفی و از نظر بازه زمانی تک‌مقطعی است که مبنای جمع‌آوری داده‌ها اسنادی و مصاحبه می‌باشد. نتایج نشان داد ۷ عامل در ۴ سطح شامل تأمین منافع ذی‌نفعان (سطح ۱)، رهبری حکیمانه و عدالت‌مداری (سطح ۲)، تسهیل تحول سازمانی و تقویت خودآگاهی (سطح ۳) و البتهاب فردی و سازمانی (سطح ۴) شناسایی شدند که اعتبار آن از طریق دلفی فازی با اجماع ۹۱-۹۲ خبرگان، تأیید شد. این مدل می‌تواند به‌عنوان یک ابزار مفید برای تحلیل چالش‌های پیش روی سازمان‌ها و تدوین راهبردهای مؤثر در زمینه بازیابی و تقویت سلامت فردی و سازمانی و در نهایت حرکت به سمت شفای سازمانی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: شفای سازمانی؛ ترومای سازمانی؛ تاب‌آوری سازمانی؛ عدالت سازمانی.

* دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران

Kamel.ahmadian@iau.ac.ir

Shakeri.roya@iau.ac.ir

masoud.bastami@iau.ac.ir

** نویسنده مسئول: گروه مدیریت، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران

*** گروه مدیریت، واحد سندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سندج، ایران

مقدمه و بیان مسئله

در دنیای پرتلاطم و پویای امروز، سازمان‌ها در معرض چالش‌ها و تنش‌های فزاینده‌ای از جمله حسادت سازمانی قرار دارند که به‌عنوان یکی از چالش‌های مخرب در محیط کار، می‌تواند به رفتارهای ضدشهروندی، کاهش همکاری و ایجاد جوی نامطلوب در سازمان منجر شود (شفافی^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). داریکس و کلیفتون^۲ (۲۰۲۳) بر این باورند که سازوکار تروما در سازمان‌ها مشابه تروما در افراد است و این آسیب می‌تواند بر توانایی عملکردی آنها تأثیر منفی بگذارد (آگروال^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). تروما مسری است (بیاتریز و همکاران^۴، ۲۰۲۲)، ارزش‌ها را متحول کرده (شهلا و تیلور^۵، ۲۰۱۸) و درنهایت با غلبه بر ساختار دفاعی افراد، آنها را کاملاً آسیب‌پذیر، درمانده و واکنش‌پذیر می‌سازد (پرنیک^۶، ۲۰۲۲). این وضعیت، پیامدهای قابل توجهی برای تعاملات، عملکرد و کیفیت خدمات سازمانی به همراه دارد (لیندسی^۷، ۲۰۲۳). با توجه به افزایش استرس و فشارهای روانی در محیط‌های کاری، نیاز به شناسایی و پرداختن به این آسیب‌ها و بهبود سلامت روانی کارکنان و سازمان‌ها، بیش‌ازپیش ضروری به نظر می‌رسد (بیاتریز و همکاران، ۲۰۲۲).

شفای سازمانی را می‌توان فرایندی جامع و دگرگون‌کننده (فریس^۸ و همکاران، ۲۰۱۵؛ دوبوز و مک‌آلیستر^۹، ۲۰۱۸) تعریف کرد که بر ترمیم و بازیابی روابط اجتماعی، تقویت روابط بین‌فردی دلسوزانه (پاولی^{۱۰}، ۲۰۱۲) و درنهایت، کاهش رنج و افزایش شادی در سازمان تمرکز دارد (سیسودیا و گلب^{۱۱}، ۲۰۱۹). این مفهوم که هنوز در مراحل ابتدایی توسعه خود قرار دارد، می‌تواند تاب‌آوری سازمان‌ها را در برابر بحران‌ها افزایش داده و سازگاری آنها را با تغییرات تسهیل کند (ویوان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان می‌دهد سازمان‌هایی که بر شفای سازمانی تمرکز دارند، نه تنها شاهد

1. Shafapi
2. Darics & Clifton
3. Agrawal
4. Beatriz & et al
5. Shahla & Taylor
6. Pernic
7. Lindsay
8. Firth
9. DuBose & MacAllister
10. Powley
11. Sisodia & Gelb
12. Vivian

بهبود سلامت روان کارکنان و کاهش فرسودگی شغلی هستند، بلکه کارایی و بهره‌وری آنها نیز افزایش می‌یابد (بیاتریز و همکاران، ۲۰۲۲؛ سیسویدا و گلب، ۲۰۱۹). زیرا این مفهوم، ماهیتاً یک فرایند اجتماعی است که در بستر روابط بین فردی و با حمایت جامعه و نهادهای بالادستی شکل می‌گیرد (ساکالاریس^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). آگروال و همکارانش (۲۰۲۴) رهبری همدلانه، فرهنگ سازمانی و عوامل اجتماعی را به عنوان توانمندسازهای کلیدی شفابخش معرفی کرده‌اند. مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات شفابخش، از طریق بهبود ارتباط با خود، به تقویت خودباوری کمک می‌کنند و مداخلات جمعی، نگرش مثبت به کار و رفتارهای بین فردی مثبت را ایجاد می‌نمایند (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴؛ ویوان و همکاران، ۲۰۱۷؛ کرمرس و جانسون^۲، ۲۰۲۴؛ لیونه^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ لویز^۴، ۲۰۲۰؛ بایز و براکلی^۵، ۲۰۲۴). همچنین، رهبران تحول‌آفرین و خدمت‌گزار (ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کمبل^۶، ۲۰۱۷؛ جیت^۷ و همکاران، ۲۰۱۷) و توجه به عدالت ترمیمی و شفابخش (جیت و همکاران، ۲۰۱۷؛ بایز، ۲۰۱۶؛ برادی^۸ و همکاران، ۲۰۲۳؛ کریستماز^۹، ۲۰۲۰؛ پیلز^{۱۰}، ۲۰۲۰؛ گین رایت^{۱۱}، ۲۰۱۶)، از عوامل محوری در ایجاد فرهنگ شفا و ارتقای سلامت سازمانی هستند. علاوه بر این، محیط فیزیکی (سانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴؛ ژائو و شهره^{۱۳}، ۲۰۲۴)، توجه به ابعاد معنوی و وجودی کارکنان (ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵؛ کوپر^{۱۴}، ۲۰۲۳) و فراهم آوردن فضاهایی برای بیان درد و رنج (کرمرس و جانسون، ۲۰۲۴)، همگی در تسهیل فرایند شفا نقش دارند.

با وجود اهمیت روزافزون شفای سازمانی، سازمان‌های ایرانی، به‌ویژه دانشگاه‌های علوم پزشکی که در خط مقدم مواجهه با بحران‌های بهداشتی - سلامت قرار دارند، با چالش‌های جدی مواجهند. تجربه

-
1. Sakallaris
 2. Cremers & Janssen
 3. Livne
 4. Lopez
 5. Bies & Barclay
 6. Campbell
 7. Jit
 8. Brady
 9. Christmas
 10. Pyles
 11. Ginwright
 12. Song
 13. Zhu & Shah Sarah
 14. Cooper

نشان می‌دهد که این سازمان‌ها پس از بحران‌ها، اغلب تنها بر بازیابی عملیاتی تمرکز می‌کنند و به ترمیم آسیب‌های روانی - عاطفی کارکنان، بازسازی اعتماد سازمانی و تقویت روابط انسانی توجه کافی نمی‌شود (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴؛ ماته و ماته^۱، ۲۰۲۲). این رویکرد ناقص، به کاهش بهره‌وری بلندمدت، تضعیف انگیزه کارکنان، و افزایش احتمال تکرار بحران‌ها منجر می‌شود.

علی‌رغم این چالش‌های عملی، ادبیات موجود غالباً فاقد چارچوب‌های جامع و یکپارچه برای پرداختن به پویایی‌های شفای سازمانی است (پرنیک، ۲۰۲۲). مطالعات پیشین بیشتر بر جنبه‌های جزئی تمرکز داشته و جنبه‌های حیاتی انسانی، ارتباطی و عاطفی را که برای شفای پایدار ضروری هستند، نادیده گرفته‌اند (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴؛ ماته و ماته، ۲۰۲۲). همچنین، پژوهش‌های اندکی به روابط ساختاری و سلسله‌مراتبی بین پیشایندهای مختلف شفای سازمانی پرداخته‌اند. این محدودیت‌ها، نیاز مبرم به تحقیقاتی را برجسته می‌سازد که بر جنبه‌های کلیدی شفای سازمانی ازجمله پویایی‌های رهبری، مداخلات درمانی و مشارکت ذی‌نفعان در بستر فرهنگی ایران تمرکز داشته باشد.

پژوهش حاضر در راستای پرکردن این شکاف، از چند جهت متمایز است: اول؛ از رویکرد فراترکیب برای استخراج جامع پیشایندهای شفای سازمانی، دلفی فازی برای اعتبارسنجی علمی و مدل‌سازی ساختاری - تفسیری (ISM)^۲ برای تبیین روابط علی و سلسله‌مراتبی بین عوامل بهره‌می‌برد. دوم؛ برخلاف مطالعات پیشین که بر یک یا دو بعد محدود می‌شدند، این تحقیق به‌طور هم‌زمان به ابعاد فردی (خودآگاهی، تحول)، گروهی (روابط، اعتماد)، سازمانی (رهبری، عدالت) و محیطی (مشارکت ذی‌نفعان) توجه می‌کند. سوم؛ نقش محوری عدالت‌مداری (عدالت ترمیمی و شفافبخش) و رهبری حکیمانه را در بستر فرهنگی ایران برجسته می‌سازد؛ مؤلفه‌هایی که در ادبیات بین‌المللی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند. چهارم؛ مدل چهارسطحی ارائه‌شده، امکان اولویت‌بندی منطقی مداخلات را برای مدیران و سیاست‌گذاران فراهم می‌آورد و به تخصیص بهینه منابع کمک می‌کند.

لذا، هدف اصلی این پژوهش، طراحی مدلی ساختاری - تفسیری برای شناسایی و اولویت‌بندی پیشایندهای شفای سازمانی است که می‌تواند به دانشگاه‌های علوم پزشکی و سایر سازمان‌ها کمک کند تا علاوه بر جنبه‌های فنی، به روابط انسانی، فرایندهای ارتباطی و بهبود سلامت عاطفی و اجتماعی توجه

1. Maté, G., & Maté

2. Sequential Exploratory-Developmental Design

داشته باشند و زمینه‌ساز ارتقای سلامت سازمانی در دنیای پیچیده و در حال تغییر امروز شوند. این تحقیق به‌ویژه با ایجاد چارچوبی جامع برای درک و تحلیل این فرایند، به بررسی تعاملات درون‌سازمانی و ارتقای کارایی و بهره‌وری از طریق شفای عاطفی و اجتماعی می‌پردازد. براین اساس، این پژوهش در پی پاسخ به سؤالات کلیدی زیر است: ۱. پیشایندهای کلیدی شفای سازمانی کدامند و چگونه می‌توان آنها را در یک چارچوب جامع دسته‌بندی کرد؟ ۲. مدل ساختاری - تفسیری چگونه روابط علی، سلسله‌مراتبی و تعاملات بین پیشایندهای شفای سازمانی را تبیین می‌کند؟ ۳. کدام پیشایندها در سطوح بنیادی‌تر قرار دارند و باید در اولویت مداخلات قرار گیرند؟

مبانی نظری پژوهش

مفهوم ترومای فردی و سازمانی

ترومای فردی^۱ مجموعه‌ای از رویدادها یا مجموعه‌ای از شرایط است که توسط یک فرد به‌عنوان مضر یا تهدیدکننده از نظر جسمی و عاطفی تجربه می‌شود و اثرات نامطلوب پایداری بر سلامت جسمی، اجتماعی، عاطفی یا معنوی فرد دارد (رنجبر^۲، ۲۰۲۰) وقتی ما دچار آسیب روحی می‌شویم، باور ما به منطقی‌بودن جهان از بین می‌رود و در نتیجه احساس امنیت کمتر، کنترل کمتر و آسیب‌پذیری بیشتری می‌کنیم (شارما^۳، ۲۰۲۴). بدین معنا که تجربه تروما، مانند حوادث ناگوار، فجایع طبیعی، یا حتی مشکلات شخصی و اجتماعی، می‌تواند عمیقاً بر نظام ارزشی فرد تأثیر بگذارد. پس از تجربه تروما، افراد ممکن است اولویت‌های زندگی خود را بازنگری کنند، ارزش‌های جدیدی را شناسایی کنند، یا باورهای قبلی خود را تغییر دهند (شهلا و تیلور، ۲۰۱۸). این پدیده در سطح فردی، اجتماعی و سیستمی می‌تواند به انتقال اثرات منفی منجر شود و باعث بروز مشکلات روانی و اجتماعی گسترده‌تری شود. درک این انتقال می‌تواند به راه‌حل‌های مؤثرتر برای مقابله با تروما و کاهش اثرات آن در سطوح مختلف کمک کند (بیاتریز و همکاران، ۲۰۲۲). این احتمال که سازمان‌ها ممکن است پس از یک رویداد آسیب‌زا اثرات مشابهی را تجربه کنند، جالب توجه است (شارما، ۲۰۲۴). ترومای سازمانی^۴ به فرایندی اطلاق

1. Personal trauma

2. Ranjbar

3. Sharma

4. Organizational trauma

می‌شود که در آن عوامل خارجی به اعضای سازمان آسیب وارد می‌کنند این فرایند منشأ خود را در تک‌تک اعضای سازمان پیدا می‌کند، سپس در کل سازمان تسری پیدا می‌کند؛ به‌ویژه هنگامی که چندین عضو آسیب ناشی از عوامل خارجی را تجربه می‌کنند (آن و کاتو^۱، ۲۰۲۳). درواقع، تروما نه تنها از فرد به فرد دیگر بلکه از سیستمی به سیستم دیگر مسری است یعنی تروما می‌تواند ضمن تأثیر بر فرد آسیب‌دیده، بلکه به‌طور گسترده‌تر بر دیگر افراد و حتی کل سیستم‌های اجتماعی یا سازمانی نیز تأثیرگذار باشد (بیاتریز و همکاران، ۲۰۲۲).

مفهوم شفای سازمانی

واژه شفا^۲ از اصطلاح انگلیسی باستان، هائلن^۳ به معنای تمامیت گرفته شده است و اغلب به فرایند حرکت به سمت تمامیت مطلوب یا دستیابی به انسجام اشاره دارد (فریس و همکاران، ۲۰۱۵). شفا یک فرایند ترمیمی و دگرگون‌کننده است که برای بازگرداندن ارگانیسم به سلامت از یک وضعیت نامتعادل، آسیب‌دیده یا عصبی، طراحی شده که ارگانیسم را تقویت می‌کند (دوبوز و مک آلیستر، ۲۰۱۸)، شفا یک فرایند کل‌نگر، ترمیمی و بازیابی در ذهن، بدن و روح است که به تغییر مثبت، یافتن معنا و حرکت به سمت خودآگاهی کامل، بدون توجه به وجود یا عدم وجود بیماری منجر می‌شود (فریس و همکاران، ۲۰۱۵). یک حرکت طبیعی به‌سوی تمامیت را منعکس می‌کند. این یک جهت است، نه یک مقصد، یک خط روی نقشه است نه یک نقطه (ماته و مات، ۲۰۲۲).

شفای سازمانی^۴ به‌عنوان فرایندی است که بر ترمیم و بازیابی روابط اجتماعی یک سازمان پس از هر تروما و آسیب (لیونه و همکاران، ۲۰۲۱) و تقویت روابط بین‌فردی دلسوزانه تمرکز می‌کند (پاولی، ۲۰۱۸)، که به‌طور کلی نشان‌دهنده تلاش سازمانی برای کاهش رنج و افزایش شادی است (سوسیدا و ام جی، ۲۰۱۹). مطالعه شفای سازمانی یک مفهوم جدید است و به‌تازگی مورد توجه محققان و مشاوران سازمانی قرار گرفته است و به‌نظر می‌رسد که ابزاری مؤثر برای بازسازی و تقویت روابط درون سازمان‌ها بعد از بحران‌ها و چالش‌های جدی باشد (براون، ۲۰۱۷)؛ یعنی سازمان‌ها باید به‌نحوی عمل کنند که نه تنها مشکلات و استرس‌ها را کاهش دهند، بلکه جو مثبت و پشتیبانی‌شده‌ای برای اعضای خود فراهم کنند تا از آن طریق شادی و رفاه در سازمان تقویت شود (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹) و روابط بین‌فردی

1. Anne & Cato

2. Healing

3. haelen

4. Healing organization

دلسوزانه که شامل تعاملات عاطفی، همدلی و حمایت‌های اجتماعی است، می‌توانند به اعضای سازمان کمک کنند تا احساس تعلق، ارزشمندی و حمایت کنند (پاولی، ۲۰۱۸) و همچنین به بازگرداندن سلامت و تندرستی کل نگر اشاره دارد که به معنای استفاده از فرایندها و مداخلاتی است که هدف آنها بهبود وضعیت کلی سازمان از نظر عملکردی، فرهنگی و رفاهی است (ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵). به این معنا که سازمان‌ها باید به عنوان فضاهاى شفافبخش عمل کنند، جایی که افراد می‌توانند از رنج خود التیام یابند و به ظرفیت کامل خود دست یابند (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹).

پیشینه پژوهش

آگراوال و همکارانش (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای روی مداخلات شفافبخشی در سطح سازمان در بندر داهمرا در هندوستان، دریافتند که مداخلات شفافبخش به واسطه بهبود ارتباط با خود، می‌تواند خودباوری را تقویت کند. این امر به نوبه خود سطوح اعتماد بین فردی و گروهی را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، مداخلات شفای جمعی در سطح سازمانی رفتارهای بین فردی مثبت و نگرش مثبت نسبت به کار را ارتقا می‌دهد. نتایج این تحقیق با یافته‌های بیز و براکلی (۲۰۲۴) و آن و کاتو (۲۰۲۳) هماهنگ است که بر تأثیر عمیق راهبردهای شفافبخش بر تعاملات کاری و سازمانی تأکید کرده‌اند. همچنین، لیونه و همکاران (۲۰۲۱) و لوپز (۲۰۲۰) به تأثیر مثبت این نوع مداخلات بر پویایی‌های گروهی و فردی پرداخته‌اند، نشان‌دهنده این که چگونه تقویت ارتباط و اعتماد می‌تواند تأثیر گسترده‌ای بر کارآمدی و روحیه کارمندان داشته باشد.

تحقیقات پیشین مانند مطالعه ویوان و همکاران (۲۰۱۷) نیز بر اهمیت مداخلات سازمانی در بهبود نگرش‌ها و رفتارهای کاری تأکید می‌کنند. پرنیک (۲۰۲۲) در مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیر رهبری بر شفای سازمانی، نشان داد که سبک رهبری مدیران عامل (۱۰۹ نفر) مؤسسات مالی آیووا در دوران پس از همه‌گیری کووید-۱۹، با میزان اعتماد سازمانی ارتباط مستقیم دارد، به طوری که سبک‌های رهبری الهام‌بخش و پاداش محور، اعتماد را افزایش و سبک رهبری عدم مداخله گر، اعتماد را کاهش می‌دهد، اما با سودآوری یا رشد سازمانی ارتباطی ندارد.

طبق پژوهش‌های مرکز درمان سوءمصرف مواد امریکا^۱ (۲۰۱۵)، محیط‌های درمانی می‌توانند با

بهره‌گیری از ابزارهای نوآورانه به افزایش همکاری و تعامل میان افراد کمک کنند این فرایندها نه تنها مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی را میان افراد تقویت می‌کند، بلکه به شیوه‌ای محتاطانه و سازنده باعث تقویت حس تعلق خاطر و بهبود سلامتی روانی و اجتماعی آنها می‌شود. در این راستا ردفین و فانیستون^۱ (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای تحت عنوان شن‌بازی گروهی در سکوت، روند شفا را فعال می‌کند، موفقیت شن‌بازی را به عنوان یک مداخله درمانی مؤثر در محیط‌های آسیب‌دیده و محروم نشان می‌دهند. این مطالعه بر اهمیت برنامه‌های حمایتی و مداخلات درمانی برای کمک به نوجوانان در شرایط دشوار تأکید دارد و نشان می‌دهد که چگونه می‌توان از روش‌های خلاقانه برای شفا شامل افزایش همکاری، پاسخگویی و ایجاد حس تعلق استفاده کرد.

البته دوبوز و مک آلیستر (۲۰۱۸) تأکید می‌کنند که محیط نمی‌تواند باعث وقوع شفا شود، اما می‌تواند مشارکت در رفتارها و احساساتی را که از شفا پشتیبانی می‌کند، تسهیل کند. محیط می‌تواند پاسخ‌های جسمی و عاطفی مانند شادی، لذت و آرامش را القا کند همچنین می‌تواند کنترل و عملکرد فردی را افزایش دهد که همه اینها مقدم بر شفا هستند. گریتزکا و همکارانش^۲ (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای تحت عنوان تأثیرات مداخلات مبتنی بر طبیعت در محل کار بر سلامت روان و رفاه کارکنان، نشان دادند که تقویت و ارتقای محیط‌های شفاف‌بخش می‌تواند بهبود روانی افراد را به میزان قابل توجهی افزایش دهد. در محیط‌های کاری، این امر می‌تواند به حفظ و ارتقای رضایت شغلی و بهبود عملکرد کلی کارکنان منجر شود. همچنین تحقیقات انجام‌شده توسط وان - هسوان و یی - کای^۳ (۲۰۲۴) تحت عنوان بررسی ارتباط بین محیط‌های شفاف‌بخش و عملکرد کاری، نشان دادند که سازمان‌هایی که بر روی توسعه محیط‌های شفاف‌بخش سرمایه‌گذاری می‌کنند، نه تنها قادر به افزایش رفاه کارکنان خود هستند، بلکه می‌توانند با ایجاد انگیزه و تعهد بیشتر در کارکنانشان، بهبود روانی، رضایت شغلی و عملکرد کارکنان را حفظ کنند و رقابت‌پذیری سازمان‌ها را نیز افزایش دهد.

سون و پارک^۴ (۲۰۲۵) مطالعه‌ای را با عنوان تأثیرات برنامه‌های کشاورزی - شفاف‌بخش^۵ بر خانواده‌های دارای کودکان با ناتوانی‌های رشدی^۶ انجام دادند، این برنامه با هدف کاهش استرس

1. Redfern & Finestone
2. Grtitzka & etal
3. Wan-Hsuan & Yi-Kai
4. Son & Park
5. agro-healing
6. CWDD

والدین، بهبود مسائل عاطفی، اجتماعی و شناختی کودکان با نیازهای ویژه و کاهش تنش‌های خانوادگی طراحی شده بود و فعالیت‌ها شامل کار در مزرعه، پیاده‌روی در باغ شفاعت و مشاهده طبیعت بود. نتایج نشان داد که تاب‌آوری خانواده به‌طور معناداری افزایش یافته، استرس ادراک شده کاهش داشته و مهارت‌های اجتماعی کودکان نیز بهبود معناداری داشت. همچنین سانگ و همکارانش (۲۰۲۴) در مطالعه‌ای با رویکرد ترکیبی کیفی - کمی برای ارزیابی بهبود ویژگی‌های فضای بالکن، ۱۶۴۱ نوع مسکن در شانگهای را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که وضعیت فعلی فضای بالکن از نظر شفاعت در سطح پایینی قرار دارد، اما در عین حال، ظرفیت‌های بالایی برای ارتقا و بهبود این فضا وجود دارد. بالکن باز، متصل به بیرون و نزدیک به طبیعت است که می‌تواند نور خورشید، هوا، دید، اوقات فراغت و عملکردهای اجتماعی را فراهم کند و فواید سلامتی متنوعی را به همراه داشته باشد به عبارت دیگر، بالکن به عنوان یک فضای انتقالی بین داخل و خارج خانه، می‌تواند به تدریج به فضایی شفاعت در زندگی خانوادگی مدرن تبدیل شود.

ژائو و شهره (۲۰۲۴) نیز در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی رابطه ساختمان و طبیعت در محیط‌های درمانی، نشان داده‌اند که طراحی معماری بیمارستان‌ها باید به صورت جامع و یکپارچه تمام مؤلفه‌های فضای فیزیکی را که به فرایند شفا و بهبود بیماران کمک می‌کند، در نظر گیرد. این مؤلفه‌ها شامل تعامل با عناصر طبیعی و ارتقای جنبه‌های زیبایی‌شناسی محیط است. به‌طور ویژه، قراردادن مکان‌ها و فضاهای درمانی در معرض طبیعت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، به گونه‌ای که از طریق بهره‌برداری بهینه از نور طبیعی، تهویه با هوای تازه، مناظر دلپذیر و طراحی باغ‌های شفاعت، محیطی دلپذیر و آرامش‌بخش برای بیماران فراهم می‌آید. در این راستا مطالعات گوناگون متریونه^۱ (۲۰۱۸) ریهرد، وین و لیانگکویست^۲ (۲۰۰۸) جینل^۳ (۲۰۰۸) تصدیق می‌کنند که این نوع طراحی علاوه بر تأثیر مثبت بر وضعیت روانی و روحی بیماران، می‌تواند عملکردها و فرایندهای فیزیکی و بیولوژیکی را نیز بهبود بخشد. به عنوان مثال، نور طبیعی با تنظیم چرخه‌های شبانه‌روزی و بهبود حالات روانی، به کاهش طول مدت بستری و ارتقای کیفیت خواب بیماران کمک می‌کند.

ژائو و شهره (۲۰۲۴) همچنین به اهمیت مناظر طبیعی و فضاهای سبز در بیمارستان‌ها اشاره کردند

1. Mitrione
2. Ryherd, Wayne & Ljungkvist
3. Jaynelle

که از طریق کاهش استرس و اضطراب و افزایش آرامش، بر رضایت بیماران و کارکنان تأثیر گذار است. طراحی هایی که به تعاملات مثبت و انسانی میان بیماران و کارکنان انجامیده، می تواند کیفیت کلی درمان و مراقبت را ارتقا بخشد. بنابراین، ادغام اصول طبیعی و زیبایی شناسی در طراحی فضاهای درمانی برای فرایند شفای مؤثر ضروری است. کشورهای مختلف با طراحی باغ های شفا بخش در بیمارستان، امنیت و راحتی را به بیماران ارائه داده اند؛ این رویکرد جهانی نشان دهنده اهمیت و کارایی باغ های شفا بخش است. تحقیقات علمی نشان می دهند که ارتباط نزدیک بیماران با طبیعت، خلق و خو را بهبود بخشیده، اضطراب را کاهش داده و روند بهبودی را تسریع می کند. درهمین راستا آنز و چانگ^۱ (۲۰۲۳) در پژوهشی متفاوت، تأثیرات درمانی حیوانات بر سلامت انسان ها را مورد بررسی قرار دادند و تأیید کردند که از دیرباز در جوامع مختلف این موضوع شناخته شده است و همچنان در حال رشد و گسترش است. این تعاملات نه تنها از جنبه های جسمانی بلکه از جنبه های روانی و عاطفی نیز نقش حیاتی ایفا می کنند. باتوجه به نتایج مطالعات مدرن، درمان های مبتنی بر حیوانات به عنوان یک شاخه تخصصی در پزشکی شناخته شده است. در برخی از کشورها، از حیوانات برای درمان بیماری هایی نظیر اوتیسم، اضطراب و افسردگی استفاده می شود. به ویژه سگ ها و اسب ها، به دلیل ویژگی های اجتماعی و ارتباط پذیری شان، در این زمینه نقش مهمی ایفا می کنند. حتی در برخی بیمارستان ها و مراکز درمانی، حضور حیوانات برای کمک به بهبود وضعیت بیماران توصیه می شود. از طرف دیگر، توجه به سلامت کارکنان بیمارستانی و سایر مراکز درمانی در راستای تحقق سلامت بیماران، امری ضروری و انکارناپذیر است و در این خصوص، آیین نامه انجمن روان شناسی امریکا^۲ (۲۰۱۶) بر لزوم تغییرات فرهنگی فوری در سیستم های بهداشتی و پزشکی تأکید دارد. این تغییرات باید شامل توجه به سلامت روان پزشکان، ارتقای کیفیت مراقبت ها و مقابله با فرسودگی شغلی باشد (آرماند و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعه ای که توسط برایان آرن^۳ و همکارانش (۲۰۱۸) انجام شده، نشان می دهد که پزشکان مراقبت های اولیه بیش از نیمی از روز کاری خود، یعنی تقریباً شش ساعت، را صرف کارهای مرتبط با سوابق الکترونیکی سلامت^۴ می کنند که این امر به عدم تعادل بین کار و زندگی، نارضایتی شغلی، افزایش نرخ ترک کار و نرخ بالای فرسودگی شغلی (حدود ۵۰٪) منجر می شود. در این راستا، رهبران پزشکی و

1. Anz & Chung

2. The American Psychological Association's (APA)

3. Brian Arndt

4. Electronic Health Records

سازمان‌های بهداشتی در حال توسعه برنامه‌های نوآورانه‌ای مانند اصلاح فرایندهای مستندسازی و ارائه حمایت‌های همتایی برای مقابله با این معضل هستند (کرایمر^۱، ۲۰۱۸). گریفین^۲ و همکارانش (۲۰۲۱) نیز در مطالعه‌ای، بر اهمیت ایجاد یک محیط امن و درمانی در بیمارستان‌های تخصصی اطفال تأکید دارند و نشان دادند که آموزش‌های نوآورانه برای اعضای تیم درمانی می‌تواند به‌طور چشمگیری در مدیریت موقعیت‌های بحرانی و تنش‌زا مؤثر باشد. این نوع آموزش‌ها نه تنها به بهبود کیفیت مراقبت‌ها کمک می‌کند، بلکه باعث بهبود روابط میان تیم درمانی و خانواده‌ها و همچنین کاهش استرس و اضطراب در بیمارستان می‌شود.

آنه و کاتو (۲۰۲۳) از این روش‌های نوآورانه استفاده کرده و در مطالعه‌ای با عنوان آسیب‌های مرتبط با کووید-۱۹ و نیاز به شفای سازمانی در یک خانه سالمندان هلندی، بر اهمیت استفاده از روش‌های بصری به‌عنوان ابزاری برای تسهیل ارتباط و به‌اشتراک‌گذاری درد و رنج در محیط‌های کاری تأکید کرده‌اند و نشان دادند که شیوه‌های بصری، مانند نقاشی، عکاسی یا هنرهای نمایشی، به کارکنان این امکان را می‌دهند که داستان‌های شخصی خود را به شیوه‌ای قابل فهم و مؤثر برای دیگران به‌اشتراک بگذارند. این ابزارها می‌توانند به ایجاد فضایی برای درک و همدلی بیشتر کمک کنند و فرصتی برای شفا و بهبود روابط در سازمان‌ها فراهم کنند. یانگ و کایریلوا^۳ (۲۰۲۳) نیز در پژوهشی به بررسی فرهنگ مهمان‌نوازی (به‌معنای ایجاد محیطی دلپذیر و پذیرنده برای بیماران است، این امر شامل تعاملات مثبت، احترام به بیماران و ایجاد حس همدلی و درک متقابل می‌شود) در کلینیک‌های تخصصی بهبود سلامت اسکلتی - عضلانی و تأثیر آن بر تجربه بیماران و فرایندهای درمانی پرداخته و نشان دادند که توجه به فرهنگ مهمان‌نوازی و اجرای آن در این کلینیک‌ها می‌تواند کیفیت خدمات را بهبود بخشد و حس آرامش و شفا را در بیماران تقویت کند.

روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر فلسفی، تفسیرگرایانه با رویکرد استقرایی که از نظر هدف، توسعه‌ای - کاربردی و از نظر ماهیت داده‌ها و روش آنالیز یک تحقیق توصیفی می‌باشد که برای تحلیل، رتبه‌بندی، برقراری ارتباط و ارائه مدل، از روش مدل‌سازی ساختاری - تفسیری و تحلیل اثرات متقابل بهره‌برداری شده است.

1. Kreimer

2. Griffin

3. Yang & Kirillova

که در گروه تحقیقات کیفی قرار گرفته و به لحاظ بازه زمانی تک مقطعی و مبنای روش جمع آوری داده ها اسنادی و کتابخانه ای می باشد.

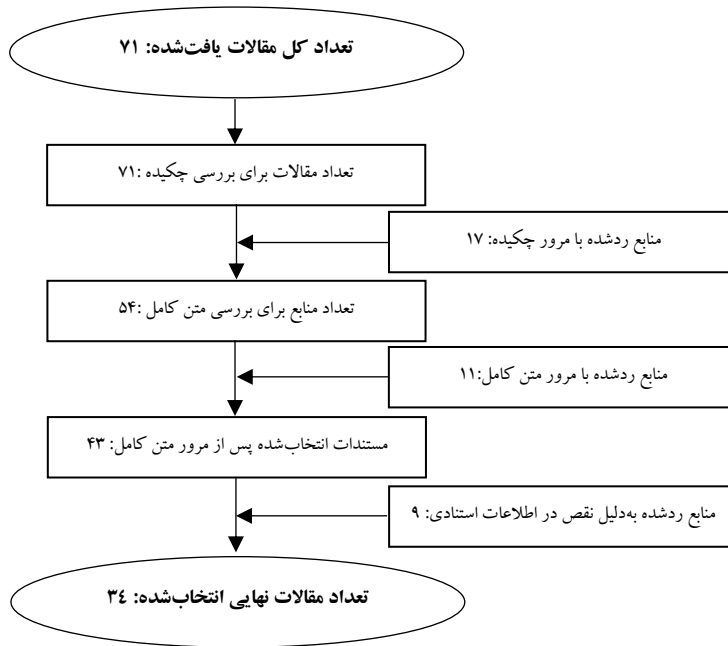
فرایند انجام پژوهش: گام ۱. مرور ادبیات (با رویکرد فراترکیب)؛ گام ۲. اعتبارسنجی یافته های پژوهش براساس تفن دلفی فازی؛ گام ۳. سطح بندی مؤلفه ها براساس روش مدل سازی ساختاری - تفسیری (ISM)؛ گام ۴. ارائه الگوی نهایی.

بخش اول

در این پژوهش از رویکرد فراترکیب به منظور مقایسه، تفسیر، تبدیل و ترکیب چارچوب ها و مدل های مختلف درخصوص طراحی مدل ساختاری - تفسیری پیشایندهای شفای سازمانی استفاده شد. در این پژوهش، پایگاه های اطلاعاتی علمی معتبر شامل (Civilica, ScienceDirect, Elsevier, ISA, Google Scholar و Emerald) مورد بررسی قرار گرفت و پژوهش های منتشر شده از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۴ با محوریت کلیدواژه های مرتبط با موضوع جستجو شد.

مراحل اصلی فن فراترکیب از دیدگاه سندلوسکی و بارلوس (۲۰۰۷) به شرح ذیل است: ۱. تنظیم سؤال پژوهش؛ ۲. بررسی نظام مند اصول؛ ۳. جستجو و انتخاب پژوهش های مناسب؛ ۴. استخراج اطلاعات از مطالعات؛ ۵. تجزیه، تحلیل و ترکیب یافته ها؛ ۶. کنترل کیفیت؛ ۷. ارائه نتایج.

برای جستجوی متون تحقیقاتی از کلیدواژه های (شفای سازمانی؛ Organizational healing، ترومای سازمانی؛ Organizational trauma، عدالت سازمانی؛ Organizational Resilience، تاب آوری سازمانی؛ Organizational Justice) بهره گرفته شد. در این مرحله، باید به این سؤال پاسخ داد که آیا مقالات دریافتی با سؤال تحقیق متناسب هستند یا نه؟ بدین منظور این مقالات چندین بار مورد بازبینی قرار گرفتند و در هر بازبینی چند مقاله به دلیل ارتباط کمتر با موضوع رد شدند. در مرحله مرور عنوان، هیچ مقاله ای به دلیل عدم تناسب موضوعی حذف نشد و تمامی ۷۱ مقاله به مرحله بررسی چکیده منتقل شدند. در نهایت، فرایند غربال گری به شرح شکل (۱) انجام شد:



شکل ۱. فرایند شناسایی، غربال‌گری و انتخاب مطالعات

بخش دوم

اعتبارسنجی یافته‌های پژوهش براساس فن دلفی فازی:

دلفی فازی

روش دلفی فازی به دلیل بهره‌گیری از نظریه مجموعه‌های فازی و ارائه امکان تحلیل دقیق‌تر نظرات متخصصین، از ابزارهای معتبر در پژوهش‌های سازمانی است (مانکندان^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). این روش با حذف سوگیری‌های احتمالی، امکان دستیابی به توافق میان خبرگان را فراهم می‌کند و موجب اطمینان بخشی به صحت داده‌های جمع‌آوری شده می‌شود (ایبیم^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). دامنه ارزش‌های عددی در این روش از صفر تا یک تعریف شده و تحلیل نظرات در قالب طیف‌های شفاف انجام می‌پذیرد. فن دلفی فازی، نقش مؤثری در یکپارچه‌سازی مفهوم ایده‌ها و بهبود کارایی ابزارهایی چون

1. Manakandan

2. Ibiyem

پرسشنامه‌ها دارد (سنچز لزاما و همکاران^۱، ۲۰۱۴).

طراحی و اجرای فن دلفی فازی:

۱. تهیه پرسشنامه؛

۲. در این پژوهش، تدوین پرسشنامه اولیه براساس مرور مبانی نظری و پیشینه پژوهشی و نظر خبرگان (روایی و پایایی آن براساس نظر اساتید راهنما و مشاور و همچنین گروهی از کارشناسان این امر تأیید گردید) انجام شد. دو دور از اجرای این فن وجود داشت که شرح آن به صورت زیر است:

دور اول:

ساختار پرسشنامه: پرسشنامه در دو بخش طراحی شد: بخش اول: داده‌های جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان. بخش دوم: فهرستی از مقوله‌ها که از فراترکیب مبانی نظری و پیشینه پژوهشی استخراج شده است.

نحوه پاسخ‌دهی: در مرحله جمع‌آوری داده‌ها از خبرگان، شرکت‌کنندگان می‌باید با در نظر گرفتن یافته‌های حاصل از مرحله فراترکیب، میزان تأثیر یا اهمیت هریک از مقوله‌ها (کدهای انتخابی/ ابعاد شفای سازمانی) را بر سایر مقوله‌ها، براساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت (از ۱ برای «تأثیر بسیار کم» تا ۵ برای «تأثیر بسیار زیاد») ارزیابی می‌کردند. هدف از این دور، دستیابی به یک اجماع اولیه و آماده‌سازی داده‌ها برای دور بعدی بود.

مشارکت‌کنندگان: مشارکت‌کنندگان این بخش از پژوهش شامل خبرگان دانشگاهی (اساتید هیئت‌علمی) و مدیران ارشد دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور بودند که دارای تجربه و دانش کافی در زمینه مدیریت سازمانی و بهبود عملکرد سازمانی هستند. در این پژوهش کیفی، حجم نمونه براساس اصل اشباع نظری تعیین شد.

برای دسترسی به خبرگانی که تجربه و دانش عمیق در زمینه شفای سازمانی دارند، از روش نمونه‌گیری هدف‌مند همراه گلوله‌برفی استفاده شد. بدین ترتیب، ابتدا تعدادی از مدیران و اساتید کلیدی که در موضوعات مرتبط با بحران‌های سازمانی و شفای سازمانی تجربه عملی و پژوهشی داشتند، به‌صورت هدف‌مند شناسایی و مصاحبه شدند. سپس از این افراد درخواست شد تا سایر خبرگانی که می‌توانند تجارب، دانش و دیدگاه‌های ارزشمندی در این زمینه ارائه دهند را معرفی کنند (گلوله‌برفی).

این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت. در مجموع با ۲۳ نفر از خبرگان مصاحبه انجام شد و بررسی داده‌ها نشان داد که از مصاحبه نوزدهم به بعد، کدها و مفاهیم جدیدی استخراج نشد و مصاحبه‌های بیستم تا بیست‌وسوم صرفاً تکرار مفاهیم قبلی بود، بنابراین اشباع نظری در مصاحبه بیستم تأیید شد و جمع‌آوری داده‌ها پس از مصاحبه بیست‌وسوم متوقف گردید. لازم به ذکر است قبل از انجام مصاحبه، رضایت آگاهانه از این افراد اخذ شد.

دور دوم

ساختار پرسشنامه: در این مرحله، مقوله‌هایی که در دور اول توسط خبرگان ارزیابی شده بود، همراه میانگین پاسخ‌ها ارائه شدند و شرکت‌کنندگان مجدداً نظر خود را درباره تأیید یا تعدیل این مؤلفه‌ها اعلام کردند.

۳. ایجاد پنل دلفی

مشارکت‌کنندگان این پژوهش شامل خبرگان دانشگاهی (اساتید هیئت‌علمی با حداقل ۳۵ سال سن و ۵ سال سابقه مدیریتی) و مدیران با حداقل مدرک کارشناسی ارشد و حداقل ۵ سال سابقه مدیریتی بودند. پرسشنامه‌های طراحی شده به صورت رسمی در اختیار این افراد قرار گرفت و پس از پایان دور دوم، میزان مشارکت به ۱۰۰ درصد رسید.

تحلیل داده‌ها

تبدیل عبارات کیفی گزینه‌ها به اعداد فازی

پاسخ‌های شرکت‌کنندگان در طیف لیکرت به اعداد فازی مثلثی (کمترین مقدار، منطقی‌ترین مقدار و بیشترین مقدار) تبدیل شد. برای مثال، اگر تأثیر بالا (۴) انتخاب شده باشد، اعداد فازی به صورت ۰.۵، ۰.۷۵ و ۱ محاسبه می‌شود (مانکندان و همکاران، ۲۰۱۷).

پروسه دیفازی کردن، (فازی‌زدایی)

جهت تعیین پذیرش یا رد مقوله‌ها، مقادیر فازی به اعداد قطعی تبدیل شدند. مقدار نهایی هر مقوله به کمک فرمول میانگین سه نقطه‌ای (m_1, m_2, m_3) محاسبه شد.

$$A_{\max} = \frac{1}{3}(m_1 + m_2 + m_3)$$

معیارهای پذیرش مقوله‌ها

(۱) تعیین سطح مقدار آستانه برای مؤلفه‌ها ($d \leq 0.2$)،

مقادیر فازی محاسبه شده نباید از ۰.۲ تجاوز کنند. این مقدار اختلاف میان اعداد فازی میانگین و پاسخ‌های هر شرکت کننده را اندازه گیری می کند (مانکندان و همکاران، ۲۰۱۷؛ محمد^۱ و همکاران، ۲۰۱۵).

توافق خبرگان: مقوله‌ها باید توسط حداقل ۷۵ درصد شرکت کنندگان تأیید شوند. این معیار به صورت نسبت تعداد اختلافات کمتر از ۰.۲ به کل شرکت کنندگان محاسبه شد.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های بخش اول

در مرحله اول تعداد ۴۱ کد باز موجود در متن از طریق نرم افزار MAXQDA شناسایی شد. در مرحله دوم، رمزهای حاصل، واکاوی و مورد مذاقه قرار گرفتند. در این مرحله ۷ کد محوری نیز مورد شناسایی قرار گرفتند. در مرحله سوم (تجزیه و تحلیل و ترکیب یافته‌ها)، ۲ کد انتخابی شناسایی شدند. برای شناسایی آنها از تمایز معنایی و در راستای پاسخ به سؤال پژوهش بهره برده شده است. نتایج این سه مرحله به طور کامل در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. کدگذاری داده‌ها (منبع: مطالعات پژوهش حاضر)

کد انتخابی	کد محوری	کد باز	منابع	تعداد ارجاعات
کد انتخابی	کد محوری	ترومای روحی کارکنان	(کایرولی و پیت ^۱ ، ۲۰۲۳)، (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (لیندسی، ۲۰۲۳)، (کرمس و جانسون، ۲۰۲۳)، (ماته و مات، ۲۰۲۲)، (رنجبر و همکاران، ۲۰۲۰)	۷
		مسری بودن بار روانی تروما	(آنه و کاتو، ۲۰۲۳)، (رنجبر و همکاران، ۲۰۲۰)، (کریم، ۲۰۱۸)	۳
		تغییر ارزش‌های کارکنان	(بورک، ۲۰۲۳)، (یی و ویی ^۲ ، ۲۰۱۷)، (کوپر، ۲۰۲۳)	۳
		مواجهه کارکنان با تغییرات ناگهانی	(کایرولی و پیت، ۲۰۲۳)، (بورک، ۲۰۲۳)، (یی و ویی، ۲۰۱۷)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (دویوز و همکاران، ۲۰۱۸)	۶
کد انتخابی	کد محوری	فشار افزایش حجم کار و انتظارات	(میلانی و همکاران، ۲۰۲۱)، (ویدز و همکاران، ۲۰۲۲)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)، (کریم، ۲۰۱۸)	۴

1. Mohamad
2. Cairoli & Taylor-Pitt
3. Yi & Wei

کد انتخابی	کد محوری	کد باز	منابع	تعداد ارجاعات
تجربه زیاده	تجربه زیاده سازمانی	زخم سازمانی	(آنه و کاتو، ۲۰۲۳)، (کارپ ^۱ ، ۲۰۲۳)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)	۴
		وجود تروماهای موازی متعدد	(آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (بی و ویی، ۲۰۱۷)، (پرینک، ۲۰۲۲)، (کارپ، ۲۰۲۳)، (رنجیر و همکاران، ۲۰۲۰)	۵
		ازهم گسیختگی فرهنگ سازمانی	(ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (بورک، ۲۰۲۳)، (کوپر، ۲۰۲۳)	۴
		بی‌اعتمادی سازمانی	(آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (بورک ^۲ ، ۲۰۲۳)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (کارپ، ۲۰۲۳)	۴
		بی‌عدالتی درک شده	(ویدز و همکاران، ۲۰۲۲)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (بورک، ۲۰۲۳)	۳
		اضطراب یادگیری	(شنافلت ^۳ ، ۲۰۱۹)، (دوبوز و همکاران، ۲۰۱۸)، (ویدز و همکاران، ۲۰۲۲)	۳
		اضطراب بقا	(کارپ، ۲۰۲۳)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (بورک، ۲۰۲۳)، (شنافلت، ۲۰۱۹)	۴
تجربه زیاده	تجربه زیاده منابع	گوش دادن به ذی‌نفعان	(شارما، ۲۰۲۴)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (ویدز و همکاران، ۲۰۲۲)	۳
		تمرکز بر رفاه ذی‌نفعان	(کوپر، ۲۰۲۳)، (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (هسیانو و همکاران، ۲۰۱۸)	۶
		آموزش ذی‌نفعان	(کمبلی و کامینگز ^۴ ، ۲۰۲۴)، (دوبوز و همکاران، ۲۰۱۸)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (ویدز و همکاران، ۲۰۲۲)	۵
	تجربه زیاده تسهیل تحول سازمانی	حفظ کرامت انسانی ذی‌نفعان	(ماته و مات، ۲۰۲۲)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (تیلور و دلنون ^۵ ، ۲۰۱۸)	۳
		شناسایی منشأ دردها و درک ارتباطات بین آنها	(پاولی، ۲۰۱۸)، (ماته و مات، ۲۰۲۲)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)	۳
		مشارکت مدیریت ارشد	(کرمس و جانسون، ۲۰۲۴)، (کارپ، ۲۰۲۳)، (بورک، ۲۰۲۳)	۳
		فروتنی سازمانی	(سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (کمبلی و کامینگز، ۲۰۲۴)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)	۳
		گردهمایی کارکنان سازمان	(رنجیر و همکاران، ۲۰۲۰)، (کمبلی و کامینگز، ۲۰۲۴)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)	۳
		برنامه‌ریزی جانشین‌پروری	(بی و ویی، ۲۰۱۷)، (بورک، ۲۰۲۳)، (کمبلی و کامینگز، ۲۰۲۴)	۳
		چابک‌سازی سازمانی	(جیت و همکاران، ۲۰۱۷)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)	۳
		بصری‌سازی درد و رنج کارکنان	(آنه و کاتو، ۲۰۲۳)، (کرمس و جانسون، ۲۰۲۴)، (میترونه، ۲۰۱۸)، (پاولی، ۲۰۱۲)	۴

1. Karp
2. Burke
3. Shanafelt
4. Campoli & Cummings
5. Taylor, J. T., & de León

کد انتخابی	کد محوری	کد باز	منابع	تعداد ارجاعات
تفصیلات نوع مشارکت	تسهیل تحول سازمانی	ایجاد زمینه‌های تمرینی	(بورک، ۲۰۲۳)، (هسیانو و همکاران، ۲۰۱۸)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)	۳
		حمایت جامعه و حمایت نهادی	(ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (بورک، ۲۰۲۳)	۴
		برنامه‌ریزی تغییر برای شفا	(ویوان و همکاران، ۲۱۰۷)، (بورک، ۲۰۲۳)، (هسیانو و همکاران، ۲۰۱۸)	۳
		نوسازی جهت‌گیری راهبردی مدیران	(هسیانو و همکاران، ۲۰۱۸)، (جیت و همکاران، ۲۰۱۷)	۲
		ایجاد محیط‌های کاری دوستدار مغز	(ژانو و شهره، ۲۰۲۴)، (سانگ و همکاران، ۲۰۲۴)، (زو و جاوید، ۲۰۲۴)، (وان - هسوان و یی - کای، ۲۰۲۴)	۴
	رهبری حکیمانه	رهبری همدلانه	(آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (بورک، ۲۰۲۳)	۳
		رهبری اخلاقی	(بورک، ۲۰۲۳)، (جیت و همکاران، ۲۰۱۷)	۲
		رهبری خدمت‌گزار	(کمبل، ۲۰۱۷)، (جیت و همکاران، ۲۰۱۷)	۲
		الگوپردازی از کارکردهای مثبت نقش رهبران	(کمبل، ۲۰۱۹)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (شانفلت و همکاران، ۲۰۱۹)	۳
	عدالت‌مداری	عدالت ترمیمی	(کارپ، ۲۰۲۳)، (بایز، ۲۰۱۶)، (برادی و همکاران، ۲۰۲۳)، (کریستماز، ۲۰۲۰)، (پیلز، ۲۰۲۰)، (گین رایت، ۲۰۱۶)	۶
		عدالت شفاف‌بخش	(جیت و همکاران، ۲۰۱۷)، (برادی و همکاران، ۲۰۲۳)، (کریستماز، ۲۰۲۰)	۳
		عدالت اجتماعی	(بایز و براکلی، ۲۰۲۴)، (ماته و مات، ۲۰۲۲)، (شارما، ۲۰۲۴)	۳
	تقویت خودآگاهی	فروتنی فردی	(یی و ویی، ۲۰۱۷)، (کمبل، ۲۰۱۷)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)	۳
		ترک باورها و عادات قدیمی	(کمبلی و کامینگز، ۲۰۲۴)، (ویوان و همکاران، ۲۰۱۷)، (یی و ویی، ۲۰۱۷)	۳
		یکپارچگی و همبستگی ذهن، بدن و روح	(فریس و همکاران، ۲۰۱۵)، (ساکالاریس و همکاران، ۲۰۱۵)، (کوپر، ۲۰۲۳)، (برادی و همکاران، ۲۰۲۳)، (کارپ، ۲۰۲۳)	۵
		بهبود ارتباط با خود	(آگروال و همکاران، ۲۰۲۴)، (ویوان و همکاران، ۲۱۰۷)، (کرمس و جانسون، ۲۰۲۴)، (لیونه و همکاران؛ ۲۰۲۱)، (لوپز، ۲۰۲۰)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)	۶
		اذعان نیاز به شفا	(بورک، ۲۰۲۳)، (بایز و براکلی، ۲۰۲۴)، (جیت و همکاران، ۲۰۱۷)، (میترونه، ۲۰۱۸)	۴
		برنامه‌ریزی و تدوین راهبردهای خودمراقبتی	(وان-هسوان، یی کایی، ۲۰۲۴)، (یی و ویی، ۲۰۱۷)، (سیسودیا و گلب، ۲۰۱۹)، (کوپر، ۲۰۲۳)	۴

یافته‌های بخش دوم

یافته‌ها نشان دادند که باعنایت به دلایل زیر اتفاق نظر میان مشارکت‌کنندگان حاصل شده است (مانکندان و همکاران، ۲۰۱۷؛ محمد و همکاران، ۲۰۱۵؛ کمرولزمان و همکاران، ۲۰۱۵).

درصد توافق همه مقوله‌ها در هر دو دور بیشتر از ۷۵ درصد بوده که نشان از اتفاق نظر میان اعضا می‌باشد.

درصد توافق مشارکت‌کنندگان در رابطه با مقوله‌ها، به‌عنوان پیامدهای شفای سازمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور در دور اول و دوم بررسی و به‌ترتیب ۹۱ درصد و ۹۲ درصد به‌دست آمد. بدین ترتیب، باتوجه به تفاوت جزئی نتایج در این دو مرحله، (اختلاف کمتر از ۰/۲) این پیش شرط نیز برای تأیید مقوله‌ها، مورد پذیرش قرار گرفت بنابراین، با استناد به نتایج به‌دست آمده می‌توان به این چرخه پایان داد. نتایج در جدول (۲) تشریح شده است.

جدول ۲. اعتباریابی پیشندهای شفای سازمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور

کد انتخابی	کد محوری	نمره لیکرت	اعداد فازی			میانگین مقدار آستانه $0.2 \leq (d)$	میانگین اعداد فازی	درصد توافق پاسخگویان
			n1	n2	n3			
بحران گذار						۰.۰۱		
	التهاب فردی	۴.۶	۱	۰.۹	۰.۷	۰.۰۷	۰.۸۶	۹۵٪
	التهاب سازمانی	۴.۵	۱	۰.۹	۰.۷	۰.۰۸	۰.۸۶	۹۴٪
تخصیص منابع شفاف‌بخش						۰.۰۱		
	تأمین منابع ذی‌نفعان	۴.۵	۱	۰.۹	۰.۶	۰.۰۷	۰.۸۳	۹۴٪
	تسهیل تحول سازمانی	۴.۴	۱	۰/۹	۰.۶	۰.۰۶	۰.۸۳	۹۳٪
	رهبری حکیمانه	۴.۵	۱	۰/۹	۰.۶	۰.۰۹	۰.۸۳	۹۴٪
	عدالت‌مداری	۴	۰.۹	۰.۸	۰.۶	۰.۱	۰.۷۶	۹۰٪
	تقویت خودآگاهی	۴.۱	۰.۹	۰.۸	۰.۵	۰.۱۳	۰.۷۳	۹۳٪

بخش سوم:

در بخش سوم از روش مدل‌سازی ساختاری - تفسیری^۱ (ISM) جهت تعیین دسته‌بندی کدهای محوری اثرگذار و اثرپذیر (وارفیلد^۲، ۱۹۷۴)، تحت عنوان پیشندهای شفای سازمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور استفاده شده است.

گام اول: تشکیل ماتریس خودتعاملی ساختاری^۳ SSIM، متغیرهای مسئله به‌صورت زوجی توسط ۵ نفر از خبرگان دانشگاهی دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور بررسی شدند. مطابق با دستورالعمل

1. Interpretive structural modeling
2. Warfield
3. Structural Self-Interaction Matrix

مشخص شده، اگر عامل i بر عامل j تأثیرگذار باشد، آن را با V نشان می‌دهیم. اگر عامل j بر عامل i تأثیر داشته باشد، از علامت A استفاده می‌شود. در صورتی که هیچ نوع رابطه‌ای بین عامل‌های i و j وجود نداشته باشد، علامت O به کار می‌رود و در مواردی که هر دو عامل بر یکدیگر تأثیرگذار باشند، از X بهره می‌بریم. در نهایت، ماتریس خودتعاملی ساختاری نهایی ایجاد شد. این ماتریس براساس روش‌های ناپارامتریک در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. ماتریس خودتعاملی ساختاری

عامل j عامل i	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
التهاب فردی		X	O	V	O	v	O
التهاب سازمانی			O	v	O	V	O
تأمین منافع ذی‌نفعان				A	A	A	A
تسهیل تحول سازمانی					V	X	V
عدالت‌مداری						A	X
تقویت خودآگاهی							V
رهبری حکیمانه							

گام دوم: ایجاد ماتریس دریافتی^۱ اولیه

ماتریس حاصل از ماتریس خودتعاملی به یک ماتریس اولیه تبدیل شد. با مقایسه ماتریس مذکور با ماتریس نتایج مرحله قبل (که دارای مقیاس عددی بود) و تعیین روابط به صورت صفر و یک، جدول ۴ به صورت دودویی تکمیل شد. برای استخراج ماتریس مذکور، عدد یک جایگزین V و X و عدد صفر و عدد صفر جایگزین A و O می‌شود و درایه‌های قطر اصلی برابر یک قرار می‌گیرد بررسی ماتریس نشان داد که دارای سازگاری درونی است.

جدول ۴. ماتریس دریافتی اولیه پیشنهادی شقای سازمانی

شاخص j	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
شاخص i							
التهاب فردی	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰
التهاب سازمانی	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰
تأمین منافع ذی نفعان	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰
تسهیل تحول سازمانی	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱
عدالت‌مداری	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱
تقویت خودآگاهی	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱
رهبری حکیمانه	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱

گام سوم: ایجاد ماتریس دریافتی نهایی

در این مرحله با استفاده از ماتریس اولیه استخراج‌شده، روابط منطقی بین ابعاد مورد بررسی قرار گرفت. قدرت نفوذ هر بعد با جمع مقادیر سطر مربوطه و میزان وابستگی آن با جمع مقادیر ستون مربوطه محاسبه و در جدول (۵) ارائه شد.

جدول ۵. ماتریس دریافتی نهایی پیشنهادی شقای سازمانی

شاخص j	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	قدرت نفوذ
شاخص i								
التهاب فردی	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۴
التهاب سازمانی	۱	۱	۰	۱	۰	۱	۰	۴
تأمین منافع ذی نفعان	۰	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۱
تسهیل تحول سازمانی	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۴
عدالت‌مداری	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۳
تقویت خودآگاهی	۰	۰	۰	۱	۱	۱	۱	۴
رهبری حکیمانه	۰	۰	۱	۰	۱	۰	۱	۳

گام چهارم: بخش‌بندی سطوح دریافتی

در ادامه، اشتراک‌ها برای هریک از متغیرها تعیین می‌شود و از این طریق، مجموعه‌های مشترک بین متغیرها احصا می‌گردد. متغیرهایی که مجموعه ورودی و خروجی آنها کاملاً همسان باشد، در بالاترین سطح سلسله‌مراتب مدل ساختاری تفسیری قرار می‌گیرند. سپس، برای تعیین سطح دوم، متغیرهای بعدی که ورودی و خروجی مشابه دارند، در سطح بعدی قرار می‌گیرند و این عناصر تازه نیز حذف می‌شوند. این فرایند تا زمانی که اجزاء و عناصر تمامی سطوح به‌طور واضح مشخص شوند، تکرار می‌گردد.

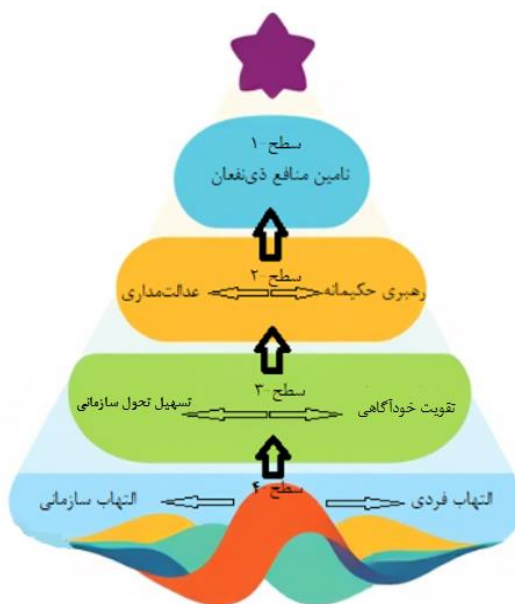
یافته‌های این مرحله حاکی از آن است که پیشایندها در ۴ سطح طبقه‌بندی می‌شوند.

جدول ۶. سطح‌بندی پیشایندهای شفای سازمانی

پیشاند	ورودی	خروجی	اشتراک	سطح
التهاب فردی	۱-۲-۴-۶	۱-۲	۱-۲	۴
التهاب سازمانی	۱-۲-۴-۶	۱-۲	۱-۲	۴
تأمین منافع ذی‌نفعان	۳	۱-۲-۳-۴-۵-۶-۷	۳	۱
تسهیل تحول سازمانی	۴-۵-۶-۷	۱-۲-۴-۶	۴-۶	۳
عدالت‌مداری	۳-۵-۷	۱-۲-۴-۵-۶-۷	۵-۷	۲
تقویت خودآگاهی	۴-۵-۶-۷	۱-۲-۴-۶	۴-۶	۳
رهبری حکیمانه	۳-۵-۷	۱-۲-۴-۵-۶-۷	۵-۷	۲

گام پنجم: ترسیم مدل ساختاری - تفسیری

مدل ساختاری - تفسیری نهایی، برپایه سطوح تعیین‌شده و ماتریس دستیابی نهایی، ترسیم شد. همان‌طور که در شکل (۲) نشان داده شده است، این مدل از چهار سطح تشکیل شده است. لازم به ذکر است که پیشایندهای سطح بالاتر، بیشترین تأثیرپذیری را از سایر عوامل دارند.



شکل ۲. مدل پیشایندهای شفای سازمانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سطح کشور، حاصل از تحلیل ساختاری - تفسیری

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدلی ساختاری - تفسیری از پیشنهادی شفای سازمانی، به شناسایی هفت کد محوری و دسته‌بندی آنها در چهار سطح سلسله‌مراتبی ناثل آمد. این یافته‌ها، ساختاری نوین برای درک دینامیک پیچیده شفای سازمانی ارائه می‌دهند که فراتر از شناسایی صرف عوامل، به روابط اثرگذاری و اثرپذیری میان آنها می‌پردازد. یافته‌های پژوهش، بر نقش محوری "التهاب فردی و سازمانی" (سطح ۴) به‌عنوان عمیق‌ترین پیشنهاد و نقطه آغازین فرایند شفا تأکید دارد. این امر با دیدگاه‌های مطرح‌شده توسط داریکس و کلیفتون (۲۰۲۳) که مکانیسم تروما در سازمان‌ها را مشابه تروما در افراد می‌دانند و بر تأثیر منفی آن بر عملکرد تأکید دارند، همسویی بنیادین دارد. این همسویی، بر ضرورت اذعان اولیه به وجود تروما و التهاب به‌عنوان گام نخست برای آغاز هر فرایند شفابخش سازمانی صحه می‌گذارد. در سطح بالاتر، "تسهیل تحول سازمانی و تقویت خودآگاهی" (سطح ۳) به‌عنوان دو پیشنهاد کلیدی شناسایی شد. این یافته، در امتداد و تکمیل مطالعاتی نظیر آگراوال و همکارانش (۲۰۲۴) قرار می‌گیرد که رهبری همدلانه، فرهنگ سازمانی و عوامل اجتماعی را توانمندسازهای کلیدی شفا معرفی کرده‌اند. پژوهش حاضر با تفکیک این مداخلات به ابعاد فردی و سازمانی (نظیر فروتنی فردی، بهبود ارتباط با خود، شناسایی منشأ دردها و مشارکت مدیریت ارشد)، چارچوب عملیاتی مشخص‌تری برای گذار از بحران ارائه می‌دهد که به جزئیات بیشتری نسبت به ادبیات عام‌تر می‌پردازد. به‌عنوان مثال، توجه به "فروتنی فردی و سازمانی" (سطح ۳) به‌عنوان یک پیشنهاد، با مطالعات پاولی (۲۰۱۲) که فروتنی را برای فرایند شفا ضروری می‌داند، تأیید می‌شود.

"رهبری حکیمانه و عدالت‌مداری" (سطح ۲) به‌عنوان یک پیشنهاد راهبردی در مدل ظاهر شد. این یافته، نه تنها بر اهمیت نقش رهبری که توسط پژوهشگرانی چون آگراوال و همکارانش (۲۰۲۴) و پرینیک (۲۰۲۲) مورد تأکید قرار گرفته، صحه می‌گذارد، بلکه با افزودن مؤلفه "عدالت‌مداری" (شامل عدالت ترمیمی و شفابخش)، مدل را غنی‌تر می‌سازد. این تأکید بر عدالت، به‌خصوص عدالت ترمیمی و شفابخش، به‌طور خاص با مطالعات بیز و براکلی (۲۰۲۴) و بیز و همکاران (۲۰۱۶) همخوانی دارد که بر سازوکارهای عدالت در ترمیم بی‌عدالتی و تروما در سازمان‌ها تمرکز دارند. این پژوهش نشان می‌دهد که در بستر فرهنگی ایران، مفهوم عدالت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و به‌عنوان یک بُعد حیاتی از رهبری حکیمانه، در فرایند بازسازی اعتماد پس از تروما، نقش محوری ایفا می‌کند. این جنبه،

تکمیل‌کننده ادبیات رهبری عام در شفای سازمانی است. درنهایت، تأمین منافع ذی‌نفعان (سطح ۱) به‌عنوان بالاترین سطح و نتیجه نهایی فرایند شفای سازمانی در مدل پیشنهادی قرار گرفت. این یافته نشان می‌دهد که فرایند شفا درنهایت به بهبود و تضمین منافع تمامی ذی‌نفعان سازمان منجر می‌شود؛ امری که با رویکردهای جامع‌نگر در مدیریت سازمانی و مسئولیت اجتماعی شرکت‌ها (Corporate Social Responsibility) که بر رفاه ذی‌نفعان تأکید دارند، همسو است (آگروال و همکاران، ۲۰۲۴؛ کوپر، ۲۰۲۳؛ لیو و ین^۱، ۲۰۲۰). قرار گرفتن این عامل در بالاترین سطح، نشان‌دهنده آن است که تحقق شفای سازمانی، از طریق پرداختن به التهابات، مداخلات درمانی و رهبری مؤثر، نهایتاً به ایجاد محیطی منجر می‌شود که منافع تمامی ذی‌نفعان در آن تأمین و تضمین می‌گردد.

پیشنها‌ها

در این مطالعه، با وجود ارائه مدلی نوآورانه، محدودیت‌هایی وجود دارد. اول؛ ماهیت کیفی پژوهش و استفاده از روش فراترکیب و دلفی فازی امکان تعمیم آماری را محدود می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این مدل از طریق مطالعات پیمایشی و کمی در نمونه‌های بزرگ‌تر اعتبارسنجی شود. دوم؛ تمرکز بر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ممکن است قابلیت انتقال مدل به سازمان‌های غیربهداشتی یا سایر فرهنگ‌های سازمانی را محدود کند. از این رو، آزمون مدل در صنایع مختلف (صنعتی، خدماتی، دولتی) و زمینه‌های فرهنگی متنوع توصیه می‌شود. سوم؛ عدم ارزیابی میدانی مدل در شرایط بحران واقعی، اثربخشی عملیاتی آن را تأیید نکرده است. لذا پیشنهاد می‌شود این الگو در سازمان‌هایی که با بحران‌های واقعی (مانند بحران‌های اقتصادی یا بهداشتی) مواجه هستند، به‌صورت میدانی آزمون شود و با افزودن شاخص‌های سنجش کمی برای هر سطح، قابلیت اجرایی آن ارتقا یابد.

منابع

شفافی، فرنوش؛ احمدی، فریدون و ایران‌دوست، منصور (۱۴۰۴). طراحی مدل جامع حسادت سازمانی در سازمان‌های دولتی ایران: مطالعه موردی بیمارستان‌های آموزشی و درمانی استان کرمانشاه، مدیریت بهداشت و درمان، دوره شانزدهم، شماره دوم: ۱۹ - ۳۲.

References

- Agrawal, A., Pandey, A., & Kumar, P. (2024). Organizational healing: Enablers and outcomes. *South Asian Journal of Business and Management Cases* 19(1), 1-19.
- Afridah, & Lubis, M. (2024). The role of communication and employee engagement in promoting inclusion in the workplace: A case study in the creative industry. *Feedback: International Journal of Communication*, 1(1), 1-15.
- American Psychological Association. (2016). **Organizational challenges, resilience, and healing: 2016 annual report of the Policy and Planning Board**. Retrieved from
- Anz, R. I., & Chung, P. (2023). Animals as healers: A historical journey through the impact of animals on human health across the ages. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 53(11), Article 101476.
- Anne, L., & Cato, J. (2023). COVID-19-related trauma and the need for organizational healing in a Dutch nursing home. *Social Science & Medicine*, 327, 115799.
- Arndt, B. G., Beasley, J. W., Watkinson, M. D., Temte, J. L., Tuan, W.-J., Sinsky, C. A., & Gilchrist, V. J. (2017). Tethered to the EHR: Primary care physician workload assessment using EHR event log data and time-motion observations. *Annals of Family Medicine*, 15(5), 419-426
- Beatriz, V., Harris, D. A., & Lieberman, A. (2022). The Trauma Resilient Communities (TRC) model: A theoretical framework for disrupting structural violence and healing communities. *Aggression, Maltreatment & Trauma*, 31(10), 1345-1368.
- Bies, R. J., & Barclay, L. J. (2024). Doing justice: Moving from the pain and trauma of injustice to healing. *Organizational Psychology Review*, 14(2), 323-345.
- Sakallaris, B. R., MacAllister, L., Voss, M., Smith, K., & Jonas, W. B. (2015). Optimal healing environments. *Global Advances in Health and Medicine*, 4(3), 40-45
- Brady, D. L., Saldanha, M. F., & Barclay, L. J. (2023). Conceptualizing forgiveness: A review and path forward. *Journal of Organizational Behavior*, 44(2), 261-296.
- Brown, A. M. (2017). **Emergent strategy: Shaping change, changing worlds**. AK Press.
- Burke, W. W. (2023). **Organization change: Theory and practice** (6th ed.). SAGE Publications. ISBN: 9781071870693.
- Cairolì, T., & Taylor-Pitt, P. (2023). Workplace whiplash: A transdisciplinary approach to trauma caused by sudden or unexpected change at work. In **Beyond DEIB** (Special Section: Organizational Trauma).
- Campbell, A. H. (2017). Forgiveness and reconciliation as an organizational leadership competency within transitional justice instruments. *International Journal of Servant Leadership*. ۳۱(2), ۲۲-۴۱
- Campoli, J., & Cummings, J. A. (2024). "Becoming a person who does self-care": How

- health care trainees naturalistically develop successful self-care practices. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, 11, 23821205231223321.
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Trauma-informed care in behavioral health services. **Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57**. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Christmas-Rouse, C., Jones, B. C., & Venable-Thomas, M. (2020, December). **Building to heal: A framework for holistic community development**. [Report]. Publisher/Organization.
- Cooper, C. (2023). Transformative healing: A “heart-centered” transdisciplinary framework for addressing organizational trauma arising from oppression and discrimination. **Organization Development Review**, 55(4), 50–60.
- Cremers, A., & Janssen, C. (2023). COVID-19-related trauma and the need for organizational healing in a Dutch nursing home. **Social Science & Medicine**, 327, 115799.
- Derricks, V., & Clifton, J. (2023). Leadership and organizational resilience in times of crisis. **Leadership Quarterly**, 34(2), 101598.
- DuBose, J., MacAllister, L., Hadi, K., & Sakallaris, B. (2018). Exploring the concept of healing spaces. **Health Environments Research & Design Journal**, 11(1), 43–56.
- Firth, K., Smith, K. V., Sakallaris, B. R., & Bellanti, D. M. (2015). Healing, a concept analysis. **Global Advances in Health and Medicine**, 4(6), 44–50.
- Ginwright, S. (2016). **Hope and healing in urban education: How urban activists and teachers are reclaiming matters of the heart**. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Griffin, C., Nowacki, K., & Woodroof, A. (2021). Creating safe and healing environments: Innovative curriculum to support team members during patient and family escalations in a quaternary care pediatric hospital. **Archives of Psychiatric Nursing**, 35(2), 200–205.
- Gritzka, S., MacIntyre, T. E., Dörfel, D., Baker-Blanc, J. L., & Calogiuri, G. (2020). The effects of workplace nature-based interventions on the mental health and well-being of employees: A systematic review. **Frontiers in Psychiatry**, 11, 323.
- Hsiao, Y. J., Higgins, K., Diamond, L. (2018). Parent empowerment: Listening to their voices. **Teaching Exceptional Children**, 51(1), 44–53.
- Jit, R., Sharma, C. S., & Kawatra, M. (2017). Healing a broken spirit: Role of servant leadership. **Vikalpa: The Journal for Decision Makers**, 42(2), 80–94.
- Karp, D. (2023). Becoming a restorative university: The role of restorative justice in higher education. **The International Journal of Restorative Justice**, 6(Online first).
- Kreimer, S. (2018). Healing the healers. **Physician Leadership Journal**, 5(1), 20–25.
- Lindsay, P. V. L. (2023). Unmasking the invisible chains: Exploring the interplay of organizational trauma and systemic oppression for sustainable transformation. **Organization Development Review**, 55(4), 10–15.
- Liu, Y., & Yin, J. (2020). Stakeholder relationships and organizational resilience. **Management and Organization Review**, 16(3), 986–996.
- Livne-Tarandach, R., Steckler, E., Leigh, J., & Wheeler-Smith, S. (2021). Cultivating organizations as healing spaces: A typology for responding to suffering and advancing

- social justice. **Humanistic Management Journal**, 6, 373–404.
- Lopez, J. (2020). Healing is rhizomatic: A conceptual framework and tool. **Genealogy**, 4(4), 115.
- Manakandan, S. K., Rosnah, I., Mohd Rafi, U., & Priya, R. (2017). Pesticide applicators questionnaire content validation: A fuzzy Delphi method. **Medical Journal of Malaysia**, 72(4), 228–235.
- Maté, G., & Maté, D. (2022). **The myth of normal: Trauma, illness, and healing in a toxic culture**. Avery.
- Mohamad, Z., Ahmad, F., & Ismail, M. (2015). Application of Fuzzy Delphi method in educational research. **Journal of Advanced Research Design**, 10(1), 1–8.
- Milaney, K., Zaretsky, L., McManus, C., & Van Tassel, B. (2021). Healing the healer: Exploring barriers and solutions to supporting workers in the domestic violence sector. **Advances in Social Science and Culture**, 3(2).
- Mitrione, S. (2018). Therapeutic responses to natural environments: Using gardens to improve health care. **Holistic Nursing Practice**, 22(3), 146–150.
- Pernick, K. M. (2022). **Leadership influence on organizational healing** (Doctoral dissertation, Creighton University; Advisors: Dr. Connie Fuller & Dr. Jeff Miller).
- Powley, E. H. (2012). Organizational healing: A relational process to handle major disruption. In G. M. Spreitzer & K. S. Cameron (Eds.), **The Oxford handbook of positive organizational scholarship** (pp. 856–866). Oxford University Press
- Pyles, L. (2020). Healing justice, transformative justice, and holistic self-care for social workers. **Social Work**, 65(2), 178–187.
- Ranjbar, N., Erb, M., Mohammad, O., & Moreno, F. A. (2020). Trauma-informed care and cultural humility in the mental health care of people from minoritized communities. **Focus**, 18(1), 8–15.
- Redfern, L., & Finestone, M. (2024). Organizational healing and compassionate leadership: Strategies for restoring workplace well-being. **Journal of Workplace Behavioral Health**, 39(1), 15–32.
- Ryherd, E. E., Persson Waye, K., & Ljungkvist, L. (2008). Characterizing noise and perceived work environment in a neurological intensive care unit. **Journal of the Acoustical Society of America**, 123(2), 747–756.
- Sánchez-Lezama, A. P., Cavazos-Arroyo, J., & Albavera-Hernández, C. (2014). Applying the Fuzzy Delphi method for determining socio-ecological factors that influence adherence to mammography screening in rural areas of Mexico. **Cadernos de Saúde Pública**, 30(2), 245–258.
- Sharma, P. (2024). Organizational healing: Growth, development, and future directions. **Journal of Organizational Change Management**, 37(1), 12–29.
- Shanafelt, T. D., Schein, E., Minor, L. B., Trockel, M., Schein, P., & Kirch, D. (2019). Healing the professional culture of medicine. **Mayo Clinic Proceedings**, 94(8), 1556–1566.
- Sisodia, R., & Gelb, M. J. (2019). **The healing organization: Awakening the conscience of business to help save the world**. HarperCollins Leadership.
- Song, T., Xu, L., Zhao, F., & Du, Y. (2024). Healing properties of residential balcony: Assessment of the characteristics of balcony space in Shanghai's collective housing.

- Journal of Building Engineering**, 87, 108992.
- Son, H.-J., & Park, S.-A. (2025). The impact of an agro-healing program on family resilience, parental stress, and social skills of children with developmental disabilities. **Heliyon**, 11, e42389.
- Taylor, J. T., & de León, S. (2018). Healing systems: Reflections on the first four years of Trauma Transformed. **San Francisco**, CA: Learning for Action. ۴۲-۲۹
- Vivian, P., Cox, K., Hormann, S., & Murphy-Kangas, S. (2017). Healing traumatized organizations: Reflections from practitioners. **OD Practitioner**, 49(4), 48-۶۳.
- Wan-Hsuan, L., & Yi-Kai, J. (2024). Examining the association between healing environments and work performance. **Journal of Building Engineering**, 84, Article 108567.
- Warfield, J. N. (1974). Developing interconnection matrices in structural modeling. **IEEE Transactions on Systems, Man, and Cybernetics**, SMC-4(1), 81-87.
- Yang, M. I., & Kirillova, K. (2023). A healing touch: Understanding the culture of hospitality in chiropractic clinics. **International Journal of Hospitality Management**, 112, 103515.
- Yi, Y., Gu, M., & Wei, Z. (2017). Bottom up learning, strategic flexibility and strategic change. **Journal of Organizational Change Management**, 30(2), 161-183.
- Zhu, L., & Shah Sarah, J. (2024). History and evolution of the healing gardens: Investigating the building-nature relationship in the healthcare setting. **SSM – Qualitative Research in Health**, 6, 100450.