Academy of Organizational Behavior Management

Organizational Behavior Studies Quarterly

Autumn 2026 (Serial No. 59), Vol. 15, No. 3

Print ISSN: 2322-1518
Online ISSN: 3456-6452

# Leadership styles of women in health-care centers of Asian countries: A systematic review

**Bita Yazdani[1], Sanaz Dehghani[2], Masoud Barati[3]**
**Ali Mohammad Mosadeghrad[4], Lida Shams[5]**

## Abstract

Effective leadership in health-care organizations is a key factor in improving the quality of medical services, enhancing staff job satisfaction, and increasing organizational productivity. Despite the high proportion of women in the health-care workforce of Asian countries, their presence in senior managerial positions remains limited, and this gender gap leads to a loss of potential capacity in policy-making and high-level decision-making. The present study adopted a systematic-review approach, following the PRISMA guidelines, to examine articles published over the past decade in reputable international databases. A total of 1,053 articles were identified; after screening and applying inclusion-exclusion criteria, 100 studies met the eligibility requirements for final analysis. Findings revealed that women in managerial roles tend to employ transformational, participative, servant-oriented, and compassionate leadership styles. These styles align with the human-centric and multilayered nature of health systems and contribute to improved interdisciplinary collaboration, higher organizational commitment, reduced occupational burnout, and enhanced service quality. However, the development of these styles is challenged by structural, cultural, organizational, and individual barriers, including gender discrimination, hidden biases, hierarchical structures, and lack of institutional support. Analysis based on the AMO framework (Ability, Motivation, Opportunity) showed that specialized training, reform of human-resource policies, targeted mentorship, and the design of transparent career-advancement pathways are key strategies for empowering women and fostering effective leadership styles in health-care settings. This systematic review provides a comprehensive picture of the current situation and emphasizes the need to revisit managerial policies and invest in the development of women's leadership within Asian health-care systems.

**Keywords:** *Asian health-care centers, Gender discrimination, Empowerment, Women's leadership.*

---

1. Corresponding Author: Department of management, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran btayazdani@iau.ac.ir
2. Department of Management, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran sanazdehghani@yahoo.com
3. Department of Management, Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran barati_masoud@iau.ac.ir
4. Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Iran mosadeghrad@gmail.com
5. Department of Health Services Management, Faculty of Health and Safety, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran shams_lida@sbmu.ac.ir

انجمن علمی مدیریت رفتار سازمانی

فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی

سال پانزدهم، شماره ۳ (شماره پیاپی ۵۹)، پاییز ۱٤۰۵: ۱۱۵ ـ ۱۵۲

شاپا چاپی: ۲۳۲۲-۱۵۱۸
شاپا الکترونیکی: ۶۴۵۲-۳۴۵۶

# سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی: مرور نظام‌مند

**بیتا یزدانی*، ساناز دهقانی**، مسعود براتی*****

**علی‌محمد مصدق راد****، لیدا شمس*****

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۰۸

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۵/۰۳/۰۲

## چکیده

*رهبری اثربخش در سازمان‌های سلامت، عاملی کلیدی در ارتقای کیفیت خدمات درمانی، بهبود رضایت شغلی کارکنان و افزایش بهره‌وری سازمانی به‌شمار می‌رود. با وجود سهم بالای زنان در نیروی انسانی نظام سلامت کشورهای آسیایی، حضور آنان در جایگاه‌های مدیریتی ارشد همچنان محدود است و این شکاف جنسیتی موجب ازدست‌رفتن ظرفیت‌های بالقوه در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری‌های کلان می‌شود. پژوهش حاضر با رویکرد مرور نظام‌مند و براساس دستورالعمل PRISMA، به بررسی مطالعات منتشرشده طی یک دهه اخیر در پایگاه‌های داده معتبر بین‌المللی پرداخته است. درمجموع، ۱۰۵۳ مقاله شناسایی شد که پس از غربال‌گری و اعمال معیارهای ورود و خروج، ۱۰۰ مطالعه واجد شرایط تحلیل نهایی قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که زنان در موقعیت‌های مدیریتی بیشتر از سبک‌های رهبری تحول‌آفرین، مشارکتی، خدمت‌محور و همدلانه بهره می‌برند؛ سبک‌هایی که با ماهیت انسانی و چندلایه نظام سلامت هم‌راستا بوده و موجب بهبود تعاملات بین‌تخصصی، افزایش تعهد سازمانی، کاهش فرسودگی شغلی و ارتقای کیفیت خدمات می‌شوند. بااین‌حال، توسعه این سبک‌ها تحت‌تأثیر موانع ساختاری، فرهنگی، سازمانی و فردی ازجمله تبعیض جنسیتی، سوگیری‌های پنهان، ساختارهای سلسله‌مراتبی و فقدان حمایت نهادی با چالش مواجه است. تحلیل داده‌ها براساس چارچوب AMO (توانایی، انگیزه، فرصت) نشان داد که آموزش تخصصی، اصلاح سیاست‌های منابع انسانی، منتورشیپ هدف‌مند و طراحی مسیرهای ارتقای شغلی شفاف ازجمله راهکارهای کلیدی برای توانمندسازی زنان و بروز سبک‌های رهبری اثربخش در مراکز سلامت محسوب می‌شوند. این مرور نظام‌مند با ارائه تصویری جامع از وضعیت موجود، بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های مدیریتی و سرمایه‌گذاری در توسعه رهبری زنان در نظام سلامت آسیایی تأکید دارد.*

**کلیدواژه:** رهبری زنان؛ مراکز بهداشتی ـ درمانی آسیایی؛ تبعیض جنسیتی؛ توانمندساز.

---

* نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران btayazdani@iau.ac.ir

** دانشجوی دکترا گروه مدیریت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران sanazdehghani@yahoo.com

*** استادیار گروه مدیریت، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران barati_masoud@iau.ac.ir

**** دکترای تخصصی گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران mosadeghrad@gmail.com

***** دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران shams_lida@sbmu.ac.ir

## مقدمه

رهبری، یکی از وظایف اساسی و راهبردی مدیران در سازمان‌های سلامت، محسوب می‌شود و به‌عنوان فرایندی تعریف می‌گردد که طی آن مدیران با بهره‌گیری از نفوذ، توانمندسازی، ترغیب و هدایت کارکنان، آنان را در مسیر تحقق اهداف سازمانی بسیج می‌کنند. این فرایند، مستلزم تخصیص منابع، تعیین نقش‌ها، ترسیم چشم‌انداز و ایجاد انگیزه در نیروی انسانی است (آلدِکییل[1] و همکاران، ۲۰۲۴). عناصر کلیدی رهبری شامل قدرت، اختیار، انگیزش، نفوذ و هدایتند که ازطریق آنها ساختار عملکردی سازمان شکل می‌گیرد و مسیر تحقق مأموریت‌ها هموار می‌شود. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که سبک رهبری مدیران در مراکز بهداشتی ـ درمانی تأثیر مستقیمی بر عملکرد کلی سازمان دارد؛ به‌گونه‌ای‌که حدود ۴۵ درصد از نتایج سازمانی تحت تأثیر مستقیم نوع رهبری اعمال شده است (بادوج[2] و همکاران، ۲۰۲۴). افزون‌براین، سبک رهبری بر ساختار و فرهنگ سازمانی، رضایت شغلی، تعهد کارکنان و کیفیت خدمات درمانی اثرگذار است. موفقیت رهبران در این حوزه، تابعی از ویژگی‌های فردی و حرفه‌ای آنان ازجمله سطح دانش، مهارت، نگرش، ارزش‌ها و رفتارهای مدیریتی و همچنین عوامل درون‌سازمانی نظیر مأموریت، چشم‌انداز، ساختار، فرهنگ، قوانین و مقررات و شرایط بیرونی مانند تحولات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فناوری است (المطیر[3] و همکاران، ۲۰۲۳).

سازمان‌های سلامت در کشورهای آسیایی، به‌ویژه بیمارستان‌ها، نهادهایی پیچیده، چندتخصصی و بوروکراتیک‌اند که به‌طور مستمر با تغییرات محیطی گسترده مواجهند. ماهیت حساس و چندلایه خدمات سلامت، مستلزم بهره‌گیری از سبک‌های رهبری مشارکتی، ارزش‌محور، انعطاف‌پذیر و تحول‌گراست (گراسا[4] و همکاران، ۲۰۲۳). بااین‌حال، تحقق رهبری اثربخش در این نهادها با چالش‌هایی جدی روبه‌روست؛ ازجمله ساختارهای سلسله‌مراتبی، فشارهای روانی ناشی از ماهیت کاری، کمبود منابع، تنوع بالای کارکنان و بیماران، ابهام در شرح وظایف، ضعف نظام‌های انگیزشی، ناامنی شغلی، محدودیت‌های قانونی، سطح پایین خلاقیت و ریسک‌پذیری و تمرکز بر نتایج کوتاه‌مدت است (الوزان و ال - انگاری[5]، ۲۰۲۰).

1. Aldekhyyel
2. Baduge
3. Al Mutair
4. Graça
5. Alwazzan and Al-Angari

با وجود سهم بالای زنان در نیروی انسانی نظام سلامت، حضور آنان در جایگاه‌های مدیریتی ارشد همچنان محدود است. گزارش‌های بین‌المللی نشان می‌دهند که زنان بیش از ۷۰ درصد نیروی کار سلامت را تشکیل می‌دهند، اما کمتر از یک‌سوم پست‌های رهبری را دراختیار دارند (بژگوویچ ـ میکانوویچ[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این شکاف جنسیتی نه‌تنها بیانگر نابرابری ساختاری است، بلکه موجب ازدست‌رفتن ظرفیت‌های بالقوه‌ای می‌شود که می‌توانند در بهبود سیاست‌گذاری، تصمیم‌گیری و ارتقای اثربخشی سازمانی مؤثر باشند. یکی از دلایل اصلی تداوم این شکاف، وجود سوگیری‌ها و تعصبات جنسیتی است (ایبرون ـ اندنورو[2]، ۲۰۲۲). کلیشه‌های اجتماعی و تعصبات ناخودآگاه موجب می‌شوند شایستگی زنان در محیط کار نادیده گرفته شود و مسیر ارتقای آنان دشوار گردد. این تعصبات که در ادبیات به‌عنوان «سوگیری‌های نسل دوم» شناخته می‌شوند، برخلاف تبعیض‌های آشکار گذشته، پنهان‌تر و در هنجارهای اجتماعی و سیاست‌های رسمی نهفته‌اند (موسی[3] و همکاران، ۲۰۲۴). پیامد این سوگیری‌ها برای رهبران زن شامل سه بعد است: نخست، رهبری به‌طورضمنی با مردان همخوان دانسته می‌شود و زنان در این نقش «ناسازگار» تلقی می‌شوند؛ دوم، رهبران زن اغلب با تضعیف اقتدار، زیر سؤال‌رفتن تصمیمات و ارزیابی‌های غیرمنصفانه مواجهند؛ و سوم، موانع سیستمی در فرایندهای استخدام، شبکه‌سازی، حمایت مالی و ارتقا، فرصت‌های کمتری را دراختیار زنان قرار می‌دهد (سکلاریدیس[4] و همکاران، ۲۰۱۷).

اهمیت این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که سبک‌های رهبری زنان، برخلاف الگوهای سنتی مردمحور، اغلب با ویژگی‌هایی چون مشارکت‌محوری، همدلی، حمایت‌گری، مربی‌گری، توجه به جزئیات و رویکردهای اخلاق‌مدار شناخته می‌شوند. این سبک‌ها، به‌ویژه در محیط‌های درمانی که نیازمند تعاملات انسانی، تصمیم‌گیری‌های حساس و مدیریت بحران‌های پیچیده‌اند، می‌توانند مزیت رقابتی محسوب شوند. شواهد بین‌المللی نشان می‌دهند که تحقق برابری جنسیتی در رهبری، نه‌تنها به افزایش بهره‌وری اقتصادی منجر می‌شود، بلکه موجب تدوین سیاست‌های سلامت جامع‌تر، انسانی‌تر و پاسخ‌گوتر خواهد شد (مونئی[5] و همکاران، ۲۰۲۳).

1. Bjegovic-Mikanovic
2. Ebron and Andenoro
3. Mousa
4. Soklaridis
5. Monyei

براین‌اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نظام‌مند سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی و تحلیل نقش آنها در ارتقای کیفیت عملکرد سازمانی، افزایش بهره‌وری، بهبود رضایت شغلی کارکنان و ارائه خدمات درمانی مطلوب‌تر به بیماران است. این پژوهش با تمرکز بر ابعاد فردی، سازمانی، فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر فرایند رهبری، درصدد است موانع ساختاری و فرهنگی محدودکننده مشارکت زنان در مناصب مدیریتی و تصمیم‌گیری کلان را شناسایی کرده و راهکارهای مؤثر برای توانمندسازی آنان در محیط‌های درمانی چندتخصصی و پیچیده ارائه دهد. افزون‌براین، پژوهش حاضر می‌کوشد با تحلیل تأثیر عوامل جنسیتی، نقش‌های خانوادگی، الگوهای سازمانی و زمینه‌های اجتماعی بر فرصت‌های ارتقای شغلی زنان مدیر در نظام سلامت، چارچوبی راهبردی برای توسعه رهبری زنان در سطوح عالی سازمان‌های درمانی کشورهای آسیایی پیشنهاد نماید.

## مبانی‌نظری و پیشینه پژوهش

رهبری در سازمان‌های بهداشتی درمانی ازجمله موضوعاتی است که در دهه‌های اخیر، توجه بسیاری از پژوهشگران مدیریت، جامعه‌شناسی و روان‌شناسی سازمانی را به خود جلب کرده است. این مفهوم، فراتر از هدایت صرف کارکنان؛ نقش تعیین‌کننده‌ای در فرهنگ سازمانی، موفقیت تیم‌های مراقبت سلامت و رضایت بیماران دارد (هاوس[1] و همکاران، ۲۰۱۳). براساس دیدگاه‌های کوزز و پوزنر (۲۰۰۴)، رهبری زمانی اثربخش است که فرد رهبر بتواند ازطریق رفتارهای الگومند، ایجاد ارتباط شفاف و حمایت فعال از فعالیت‌های زیردستان، الهام‌بخش باشد. این ویژگی‌ها در رهبران زن به‌ویژه در محیط‌های چندفرهنگی آسیایی که تعاملات انسانی نقش محوری دارند، به‌وضوح دیده می‌شود (هاوس و همکاران، ۲۰۰۴).

در کشورهای آسیایی، روند مشارکت زنان در موقعیت‌های مدیریتی حوزه سلامت با افزایش تدریجی و گاه پرچالش همراه بوده است. عواملی چون افزایش دسترسی به آموزش عالی، تغییر نگرش‌های فرهنگی، سیاست‌های حمایتی دولتی و تلاش زنان برای حضور در عرصه عمومی باعث شده‌اند تا زنان نقش رهبری خود را در مراکز درمانی تثبیت کنند (فیسک و اورتون[2]، ۲۰۱۹). سبک‌های

1. House
2. Fisk and Overton

رهبری زنان در این حوزه غالباً با ویژگی‌هایی چون همدلی، مشارکت، انعطاف‌پذیری و تقویت روابط بین‌فردی همراه است. این سبک‌ها در تضاد با سبک‌های اقتدارگرایانه سنتی قرار دارند و به‌جای تمرکز بر کنترل، به توانمندسازی کارکنان و ایجاد فضای روانی امن برای رشد حرفه‌ای توجه دارند (گولدکوهل و کرون‌هلم[1]، ۲۰۱۸).

نظریه شناخت اجتماعی بندورا[2] (۱۹۸۶) نقش کلیدی در تبیین رفتار رهبری زنان دارد. بندورا بر مفهوم یادگیری مشاهده‌ای و خودکارآمدی تأکید دارد؛ یعنی افراد با مشاهده رفتار دیگران، مهارت‌ها و باورهایی را کسب می‌کنند که درنهایت عملکردشان را بهبود می‌بخشد. رهبران زن با رفتار مشفقانه، تعاملات مستمر و ارائه بازخورد حمایتی، خودکارآمدی کارکنان را افزایش می‌دهند و این موضوع در تیم‌های درمانی اهمیت ویژه‌ای دارد. به‌ویژه در شرایط استرس‌زا مانند بحران‌های سلامت، سبک رهبری زنان باعث می‌شود تا کارکنان احساس امنیت شغلی، روانی و حرفه‌ای بیشتری داشته باشند (ایلی و رهوده[3]، ۲۰۱۰).

همچنین نظریه تعیین هدف لاک و لاتام[4] (۱۹۹۰) نیز می‌تواند در تحلیل سبک‌های رهبری زنان به‌کار گرفته شود. این نظریه می‌گوید که تعیین اهداف روشن، قابل‌اندازه‌گیری و چالش‌برانگیز باعث افزایش انگیزش و بهبود عملکرد می‌شود. زنان رهبر ازطریق جلسات هم‌اندیشی، تدوین چشم‌انداز مشترک و ترغیب به توسعه شخصی، فضای سازمانی مناسبی برای تعیین و پیگیری اهداف ایجاد می‌کنند. در محیط‌های درمانی، این رویکرد سبب می‌شود تا کارکنان نه‌تنها وظایف روزمره را انجام دهند، بلکه به ارتقای مستمر خود نیز متعهد شوند (کوشل و سالواژ[5]، ۲۰۱۸).

در دهه‌های اخیر، حضور زنان در جایگاه‌های مدیریتی مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی به‌ویژه در جوامع فرهنگی ـ سنتی، روندی روبه‌رشد داشته است. این تحول موجب افزایش تمرکز بر شناخت ویژگی‌های سبک رهبری زنان در ساختارهای سازمانی شده است. رویکردهای مدیریتی آنان را می‌توان درقالب دو گرایش برجسته سبک حمایتی مبتنی بر مربی‌گری و الگوی مدیریتی اقتدارمند با

1. Goldkuhl and Cronholm
2. Bandura
3. Ely and Rhode
4. Locke and Latham
5. Kuschel and Salvaj

ویژگی‌های انسانی تحلیل کرد (آبادی[1] و همکاران، ۲۰۲۲). در سبک اول، زنان نقش پرورش‌دهنده، شنونده فعال و تسهیل‌گر ارتباطات را ایفا می‌کنند. محیط کاری تحت مدیریت آنان معمولاً منعطف‌تر، انسانی‌تر و امن‌تر است. این نوع رفتار مدیریتی مبتنی بر تعامل، ظرفیت خودکارآمدی کارکنان را تقویت کرده و زمینه‌ساز یادگیری مشاهده‌ای و رشد حرفه‌ای می‌شود. ارائه بازخوردهای مؤثر، توجه به شرایط شخصی کارکنان، و حفظ ارتباط همدلانه، از عناصر کلیدی این سبک محسوب می‌شود (اندِرستین[2]، ۲۰۱۸). در رویکرد دوم، تأکید بر قانون‌گرایی، مسئولیت‌پذیری، نظم سازمانی و کمال‌طلبی از ویژگی‌های بارز است. این سبک مدیریتی در حوزه درمان که نیازمند دقت، اعتماد و رعایت اصول اخلاقی است، موجب ارتقای عملکرد سازمانی و کاهش خطاهای انسانی می‌شود. فاصله قدرت پایین بین مدیر و کارکنان، برخورد آرام و احترام به شأن افراد، از عوامل مؤثر در ایجاد تعهد و انگیزش سازمانی به‌شمار می‌روند (حسنی، ۲۰۲۱).

همچنین زنان در موقعیت‌های مدیریتی با بهره‌گیری از شیوه‌های مشارکتی، فضایی برای تعامل سازنده، شفافیت اطلاعات و گفتگوی مؤثر ایجاد می‌کنند. رهبری تحول‌گرا و خدمت‌محور از چارچوب‌های نظری مهمی هستند که رفتار آنان را توضیح می‌دهند. ایجاد چشم‌انداز مشترک، توجه فردی به اعضای تیم و اولویت‌بخشی به نیازهای حرفه‌ای کارکنان از عناصر کلیدی این سبک‌هاست. چنین رویکردهایی در محیط‌های درمانی با ساختارهای پیچیده به‌نحو مؤثری موجب ارتقای رضایت شغلی، تقویت سلامت روان سازمانی و توسعه منابع انسانی می‌شوند (نصّار[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

تحول دیجیتال نیز بر سبک‌های رهبری زنان تأثیر چشمگیری داشته است. در عصر فناوری اطلاعات زنان رهبر با بهره‌گیری از ابزارهای دیجیتال به افزایش شفافیت ارتباطی، بهبود روند گزارش‌دهی و دسترسی بهتر به داده‌های سلامت کمک می‌کنند. ازآنجاکه بسیاری از زنان دارای مهارت‌های ارتباطی و سازگاری بالایی هستند، در مواجهه با تغییرات فناورانه موفق‌تر ظاهر شده‌اند (پروز[4] و همکاران، ۲۰۲۲). در کشورهای آسیایی مانند سنگاپور، کره جنوبی و هند، زنان مدیر در حوزه سلامت از فناوری‌های نوین مانند بهره‌گیری از اپلیکیشن‌های پایش بیمار، نظام‌های مدیریت منابع انسانی و

1. Abadi
2. Enderstein
3. Nassar
4. Prowse

پلتفرم‌های آموزشی برای کارکنان درمانی جهت ارتقای خدمات درمانی استفاده می‌کنند (مولوی و حسینی، ۲۰۲۳). فرهنگ‌های آسیایی عموماً نقش مراقبتی، ارتباط‌محور و اجتماعی برای زنان قائلند. این نگرش فرهنگی باعث شده تا سبک‌های رهبری زنان با ارزش‌های غالب جامعه هم‌راستا باشد و بتواند مقبولیت بیشتری در محیط سازمانی داشته باشد. در کشورهایی مانند ایران، اندونزی و تایلند زنان رهبر به‌عنوان «مادر سازمان» شناخته می‌شوند که نه‌تنها مدیر هستند، بلکه مرجع روانی و اخلاقی کارکنان محسوب می‌شوند. این دیدگاه باعث افزایش وفاداری کارکنان، کاهش تعارضات بین‌فردی و ارتقای سلامت روان سازمانی می‌شود (فیسک و اورتون ، ۲۰۱۹).

بنابراین، بررسی مطالعات پیشین نشان می‌دهد که این سبک‌ها نقشی تعیین‌کننده در بهبود کیفیت خدمات درمانی، افزایش رضایت بیماران، ارتقای توانمندی کارکنان و تحول فرهنگی سازمان دارند. حمایت دولت‌ها از آموزش‌های رهبری، حذف موانع جنسیتی و اصلاح ساختارهای سنتی مدیریتی، پیش‌نیاز رشد رهبری زنان در نظام سلامت آسیایی است. توسعه پایدار در این حوزه، به تعامل میان تغییرات نهادی و سرمایه‌گذاری انسانی وابسته است.

## روش‌شناسی پژوهش

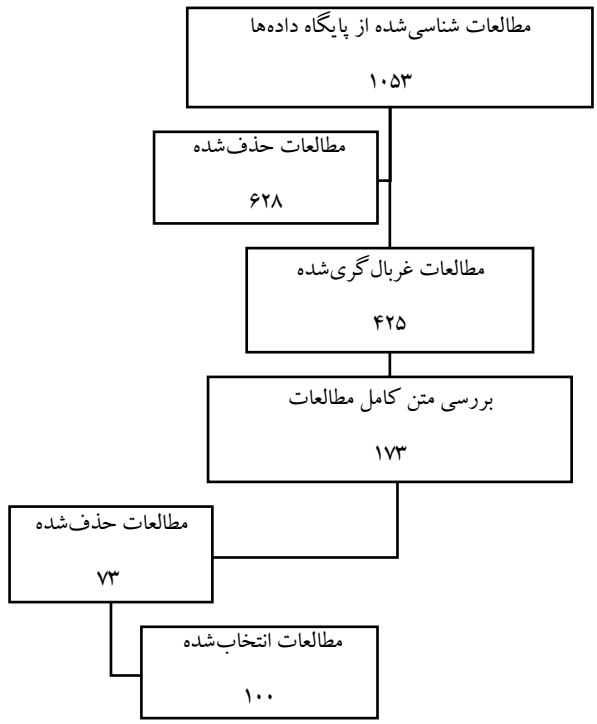
مطالعه حاضر به روش مرور نظام‌مند طراحی و اجرا شده و تمرکز آن بر بررسی سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی در کشورهای آسیایی بوده است. برای دستیابی به این هدف، جستجوی نظام‌مند مقالات علمی با استفاده از کلیدواژه‌های هدف‌مند در پایگاه داده معتبر بین‌المللی شامل وایلی، الزیور ساینس دایرکت وگوگل اسکولار انجام شد. محدوده زمانی جستجو از ژانویه ۲۰۱۵ تا ژوئن ۲۰۲۵ تعیین شد تا جدیدترین یافته‌های پژوهشی در این حوزه پوشش داده شود. برخی از مهم‌ترین کلیدواژه‌های فارسی جستجو در این مطالعه شامل «سبک‌های رهبری»، «زنان»، «توانمندسازی»، «نظام سلامت»، « مراکز درمانی»، «برابری جنسیتی»، «سازمان‌های بهداشتی» و « کشور آسیایی» بررسی گردید. در فرایند غربال‌گری ابتدا عنوان و چکیده و سپس متن کامل مقالات بررسی شد.

معیارهای ورود شامل تمرکز مقاله بر سبک‌های رهبری زنان در نظام سلامت، انتشار در مجلات علمی معتبر و ارائه داده‌های تجربی یا تحلیلی بود. معیارهای خروج مطالعاتی که خارج از حوزه سلامت قرار داشتند، فاقد ارتباط مستقیم با سبک‌های رهبری زنان بودند، داده‌های علمی معتبر یا تحلیل‌های

قابل‌اتکا ارائه نمی‌دادند، پیش از سال ۲۰۱۵ منتشر شده‌اند یا از منظر روش‌شناختی معیارهای لازم همچون شفافیت طراحی مطالعه، اعتبار ابزارهای گردآوری داده و بهره‌گیری از روش‌های تحلیلی استاندارد مانند تحلیل مضمون یا روش‌های ترکیبی را رعایت نکرده بودند از فرایند مرور نظام‌مند حذف شدند. درنهایت، تعداد ۱۰۰ مقاله واجد شرایط انتخاب شد و داده‌های آنها با استفاده از فرم استخراج استاندارد گردآوری شد.

## یافته‌های پژوهش

در مرحله نخست، مجموعاً ۱۰۵۳ مقاله علمی با استفاده از کلیدواژه‌های هدف‌مند در پایگاه‌های داده بین‌المللی استخراج شدند. پس از حذف مقالات تکراری، مقالات غیرمرتبط با موضوع و بررسی اولیه عنوان و چکیده، تعداد ۱۷۳ مقاله برای بررسی متن کامل شناسایی شد. این مقالات براساس معیارهای ورود شامل تمرکز بر سبک‌های رهبری زنان در حوزه سلامت، ارائه داده‌های علمی معتبر و انتشار در مجلات داوری شده بررسی شدند. درنهایت، با اجماع کارشناسی و مستندسازی دلایل حذف، ۱۰۰ مقاله واجد شرایط وارد مرحله تحلیل شدند. این مرحله از غربال‌گری براساس دستورالعمل‌های PRISMA انجام شد و فرایند انتخاب مطالعات با دقت و شفافیت کامل مستندسازی شد.




**شکل ۱. فلوچارت PRISMA برای مقالات غربال‌شده، حذف‌شده و انتخاب شده**

## توصیف مطالعات بررسی‌شده

در این مرور نظام‌مند، مجموعاً ۱۰۰ مقاله علمی شامل ۳۴ مطالعه کیفی، ۲۶ مطالعه کمی و ۴۰ مطالعه با روش ترکیبی مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری اغلب مطالعات شامل زنان شاغل در نظام سلامت بوده است؛ ازجمله مدیران بیمارستان، رؤسای بخش‌های درمانی، مدیران پرستاری، پرستاران بالینی، پزشکان زن و فعالان زن حوزه سلامت که در سطوح مختلف مدیریتی و مراقبتی ایفای نقش کرده‌اند. محدوده جغرافیایی پژوهش‌ها به کشورهای آسیایی با درآمد متوسط و بالا محدود بوده است؛ ازجمله هند، پاکستان، اندونزی، مالزی، عربستان سعودی، امارات، ژاپن، کره جنوبی، فیلیپین و برخی مطالعات چندملیتی در آسیا. این تنوع فرهنگی، اقتصادی و سازمانی بستر مناسبی را برای تحلیل چندلایه سبک‌های رهبری زنان و موانع جنسیتی ساختاری در مراکز سلامت فراهم کرده است.

## سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی: تحلیل عملکرد، چالش‌ها و تأثیرات سازمانی

مطالعات متعدد در حوزه رهبری سلامت در کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که زنان در موقعیت‌های مدیریتی، بیشترین تمایل را به بهره‌گیری از سبک‌های رهبری تحول‌آفرین، خدمت‌محور، مشارکتی و همدلانه دارند. این سبک‌ها برخلاف مدل‌های اقتدارگرایانه سنتی بر انگیزه‌بخشی معنوی، توسعه ظرفیت کارکنان، شنیدن فعال و جهت‌دهی راهبردی تأکید دارند (بُسه[1] و همکاران، ۲۰۲۴). رهبران زن در محیط‌های درمانی معمولاً با ایجاد حس مأموریت، توجه فردی و ترویج فرهنگ تعامل‌محور، فضای کاری مناسبی برای کارکنان فراهم می‌کنند که در افزایش تعهد سازمانی، رضایت شغلی، و بهبود عملکرد خدمات درمانی مؤثر است (ایواگورا ـ کمپبل[2] و همکاران، ۲۰۲۴).

سبک رهبری تحول‌آفرین به‌عنوان برجسته‌ترین الگوی رفتاری میان زنان مدیر، با مؤلفه‌هایی چون نفوذ ایدئال، تحریک ذهنی و انگیزش الهام‌بخش شناخته می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که این سبک، تأثیر مثبتی بر روحیه تیم، افزایش انسجام کارکنان و کاهش فرسودگی شغلی دارد (جرسات و زبیدی[3]، ۲۰۲۴). رهبران تحول‌آفرین علاوه‌بر جهت‌دهی راهبردی، به رشد فردی اعضا نیز توجه می‌کنند و ازطریق ایجاد چشم‌انداز مشترک، آنان را در مسیر تعالی سازمان همراه می‌سازند (کالایتی[4] و همکاران، ۲۰۱۷). این سبک در بیمارستان‌ها موجب ارتقای جو ایمنی، کاهش تعارضات درون‌سازمانی و افزایش حس مالکیت میان کارکنان شده است. رهبری خدمت‌محور نیز ازجمله سبک‌هایی است که میان زنان در حوزه مراقبت‌های بالینی نمود پررنگی دارد (میگر[5] و همکاران، ۲۰۲۳). این سبک با تمرکز بر نیازهای کارکنان، حمایت‌گری، ارتقای روحیه تیمی و تسهیل‌گری در دستیابی به اهداف، موجب بهبود کیفیت تعاملات و خدمات درمانی می‌گردد. رهبران خدمت‌گرا با برجسته‌سازی ارزش‌های انسانی، همدلی و شفقت، بستر مناسبی برای افزایش اعتماد بین‌فردی و مشارکت حرفه‌ای فراهم می‌کنند (مونئی و همکاران، ۲۰۲۳). این ویژگی‌ها، به‌ویژه در محیط‌های پرتنش مراقبت سلامت، نقش کلیدی در کاهش تنش و ارتقای شاخص‌های عملکرد دارد. سبک‌های رهبری مشارکتی و همدلانه میان زنان با روحیه تیم‌گرایی و تمایل به تصمیم‌گیری جمعی بیشتر دیده می‌شوند (موسی و همکاران، ۲۰۲۱).

---

1. Buse
2. Evagora-Campbell
3. Jrasat and Zubaidi
4. Kalaitzi
5. Meagher

**جدول ۱. سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | نوع سبک رهبری | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (فرهان[1] و همکاران، ۲۰۲۵) | تحول‌آفرین | مرور ارتباط سبک رهبری با کیفیت ارتباطی و اخلاق مراقبتی |
| (غامری و زدان[2]، ۲۰۲۴) | تحول‌آفرین، خدمت‌گزار | تأثیر سبک تحول‌آفرین بر رضایت شغلی و جو ایمنی |
| (آنگ[3] و همکاران، ۲۰۲۴) | مشارکتی، تعامل‌محور | اثر مشارکت فعال در ارتقای تعهد سازمانی |
| (الصدان[4] و همکاران، ۲۰۲۳) | تحول آفرین | کاهش فرسودگی شغلی و افزایش انسجام تیم درمانی |
| (میگر و همکاران، ۲۰۲۳) | همدلانه، مشارکتی | سبک‌های انسانی‌محور و اثر آنها بر نوآوری تیمی |
| (ولا و سالیبا[5]، ۲۰۲۴) | خدمت‌گزار | تأثیر همدلی و ارزش‌محوری بر بهره‌وری خدمات درمانی |
| (رجیسون[6]، ۲۰۲۵) | همدلانه | نقش شفقت در کاهش تنش و افزایش اعتماد بین‌فردی |
| (گوباو[7]، ۲۰۱۷) | مشارکتی | تأثیر تصمیم‌گیری جمعی بر تقویت حس مالکیت سازمانی |
| (دیسوزا و تاکره[8]، ۲۰۲۳) | تحول‌آفرین، الهام‌بخش | سبک‌های مثبت در ارتقای عملکرد کارکنان بیمارستان |
| (ولتن[9] و همکاران، ۲۰۲۲) | تحول‌آفرین | بررسی ارتباط سبک رهبری با رضایت پرستاران |
| (کراسکیولا[10] و همکاران، ۲۰۲۱) | تحول‌آفرین، احتیاطی | تأثیر ساختارهای فرهنگی بر انتخاب سبک محافظه‌کارانه |
| (آمالیا[11] و همکاران، ۲۰۲۱) | تحول‌آفرین | تقویت ظرفیت راهبردی تیم با استفاده از چشم‌انداز مشترک |
| (بروس[12] و همکاران، ۲۰۲۲) | تحول‌آفرین، مشارکتی | تأثیر سبک‌های تحول‌آفرین و مشارکتی بر افزایش کیفیت خدمات درمانی، رضایت شغلی و ایمنی بیمار |
| (گانگا و محمد[13]، ۲۰۲۲) | همدلانه، حمایتی | نقش رهبری همدلانه در توانمندسازی پرستاران زن، افزایش خودمختاری و بهبود ارتباطات بین‌فردی |
| (قاضی و محمود[14]، ۲۰۲۲) | خدمت‌گزار، تراکنشی | ترکیب سبک‌های خدمت‌گزار و تراکنشی در رؤسای زن بخش‌های جراحی با تمرکز بر توانمندسازی تیم و اثربخشی مدیریتی |
| (ساری[15] و همکاران، ۲۰۲۱) | مشارکتی، نوع دوستانه | تجربه زنان مدیر بیمارستانی از سبک‌های مشارکتی و نوع‌دوستانه در ارتقای فرهنگ سازمانی و کاهش آزار ساختاری |
| (لوربر[16] و همکاران، ۲۰۱۶) | تراکنشی، آزادمنشانه | تفاوت ادراک سبک رهبری میان مدیران و کارکنان؛ عوامل فردی مؤثرند. |
| (مک‌کیم[17] و همکاران، ۲۰۱۵) | تحول‌آفرین، مشارکتی | موانع فرهنگی و ساختاری مانع ارتقای زنان در رهبری پزشکی هستند. |
| (گارسیّا ریورا[18] و همکاران، ۲۰۱۳) | تحول‌آفرین، تراکنشی، آزادمنشانه | سبک‌های تحول‌گرا و تراکنشی فرسودگی را کاهش می‌دهند؛ آزادمنشانه آن را افزایش می‌دهد. |

1. Farhan
2. Ghamri and Zedan
3. Ong
4. Alsadaan
5. Vella and Saliba
6. Rejison
7. Gobaw
8. D'Souza and Thakre
9. Welten
10. Carrasquila
11. Amaliah
12. Bruce
13. Ganuga and Muhammed
14. Qazi and and Mahmood
15. Sari
16. Lorber
17. McKimm
18. García-Rivera

مدیران زن ازطریق مشورت با کارکنان، ایجاد فرصت‌های برابر برای ابراز نظر و ارتقای حس مالکیت جمعی، اثربخشی تصمیمات سازمانی را افزایش می‌دهند. این سبک‌ها ضمن کاهش مقاومت در برابر تغییرات، موجب هم‌راستایی اهداف فردی و سازمانی شده و پویایی تیم‌های درمانی را تقویت می‌کنند (ال ـ بگاوی[1]، ۲۰۱۹). مشارکت فعال و احترام به تفاوت‌های فردی از اصلی‌ترین عوامل ارتقای بهره‌وری سازمانی در این الگوهاست. بااین‌حال، توسعه و اثربخشی سبک‌های رهبری زنان به‌شدت تحت‌تأثیر ساختارهای سازمانی، موانع فرهنگی، تبعیض جنسیتی و سیاست‌های ناعادلانه در محیط‌های درمانی قرار دارد (الطیبی[2]، ۲۰۲۰).

فشارهای ناشی از نقش‌های دوگانه خانوادگی- شغلی، نبود سیاست‌های خانواده‌محور، چالش‌های اجرایی در دسترسی به آموزش‌های تخصصی و فقدان حمایت منتورشیپ موجب شده‌اند که زنان در موقعیت‌های مدیریتی، به‌جای بهره‌گیری از سبک‌های مشارکتی، گاه به سبک‌های اجتنابی منفعل یا اجرایی محدود روی آورند، سبک‌هایی که با محیط‌های درمانی پیچیده سازگاری کمتری دارند (الصدان و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه‌برآن، کلیشه‌های فرهنگی و موانع ادراکی نیز در شکل‌گیری سبک‌های رهبری زنان اثرگذارند. بسیاری از زنان، به‌ویژه در حرفه‌های مراقبتی، خود را کمتر در نقش‌های راهبردی می‌بینند و تعاملاتشان در ساختارهای سلسله‌مراتبی با مقاومت یا نادیده‌گرفته‌شدن مواجه است (آمالیا و همکاران، ۲۰۲۱). در نبود فرصت‌های برابر برای توسعه شغلی، اختیارات مدیریتی رسمی و مسیرهای ارتقای شفاف، سبک‌های رهبری پویا و الهام‌بخش کمتر بروز می‌یابند و ظرفیت رهبری زنان در نظام سلامت به‌طور کامل مورد بهره‌برداری قرار نمی‌گیرد (بارسیناس ـ ویلگاس و واسکزِ ـ سانتیاگو، ۲۰۲۳).

## موانع مرتبط با توانایی در رهبری زنان و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی

یافته‌های مرور نظام‌مند در موضوع بررسی سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی نشان می‌دهد که موانع مرتبط با توانایی، نقش تعیین‌کننده‌ای در مسیر ارتقای زنان به موقعیت‌های رهبری دارند و تأثیر مستقیمی بر سبک‌های رهبری اتخاذشده توسط آنان می‌گذارند (بارسیناس ـ ویلگاس و واسکزِ ـ سانتیاگو، ۲۰۲۳). فقدان آموزش‌های رسمی و غیررسمی در حوزه

1. Albagawi
2. Alotaiby

رهبری سلامت، نبود الگوهای زن موفق در موقعیت‌های مدیریتی و آشنایی ناکافی با ساختارهای راهبری سازمانی موجب شده‌اند که بسیاری از زنان صرفاً ازطریق تجربه‌گرایی و آزمون‌وخطا به ایفای نقش‌های مدیریتی روی آورند؛ مسیری که نه‌تنها بهره‌وری سازمانی را تحت‌تأثیر قرار داده، بلکه سبک‌های رهبری آنان را نیز محدود کرده است (چابانوفسکا و همکاران، ۲۰۱۸). این شرایط باعث کاهش اعتمادبه‌نفس، آمادگی روانی و خودکارآمدی زنان شده و درنتیجه، گرایش به سبک‌های محافظه‌کارانه‌تر، اجتنابی منفعل یا محدود به وظایف اجرایی افزایش یافته است (فرهان و همکاران، ۲۰۲۵).

**جدول ۲. موانع مرتبط با توانایی در رهبری زنان و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | مانع توانایی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (بژگوویچ میکانوویچ و همکاران، ۲۰۲۴) | فشار روانی ناشی از ضعف توانایی | سبک‌های تدافعی میان زنان مدیر افزایش می‌یابد |
| (موچرو[1] و همکاران، ۲۰۲۴) | کاهش اعتمادبه‌نفس و خودکارآمدی | گرایش به سبک‌های منفعل و اجرایی به‌جای مشارکتی |
| (موچرو و همکاران، ۲۰۲۴) | عدم دسترسی به منابع یادگیری رهبری | سبک‌های نوآورانه کمتر ظهور می‌یابند |
| (یاپ و مونی[2]، ۲۰۲۲) | تجربه‌گرایی به‌جای آموزش ساختاری | موانع توسعه سبک‌های مشارکتی و تعامل‌محور |
| (کون[3] و همکاران، ۲۰۲۱) | ضعف در شناخت ساختار سازمانی | فاصله گرفتن از سبک‌های رهبری تحول‌آفرین |
| (هوخستراسر[4] و همکاران، ۲۰۲۲) | مسیر شغلی نامشخص، فقدان آموزش | زنان با تجربه‌گرایی پیش می‌روند، سبک رهبری‌شان محدود می‌شود. |
| (سکلاریدیس و همکاران، ۲۰۱۷) | نبود برنامه‌های رهبری ویژه زنان | مانع شکل‌گیری سبک‌های راهبردی در مراکز درمانی نپال |
| (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۷) | عدم آموزش مستمر | زنان به دلیل کمبود تخصص مدیریتی، سبک‌های محدود اتخاذ می‌کنند. |
| (الغمّدی[5] و همکاران، ۲۰۱۸) | فقدان آموزش ساختاری رهبری برای زنان | ادراک ضعیف از سبک‌های تحول‌آفرین و کاهش رضایت شغلی |
| (دات[6] و همکاران، ۲۰۱۷) | نداشتن منتور، آموزش رسمی ناکافی | اثر منفی بر سبک‌های خلاقانه و مشارکتی |

1. Mucher
2. Yap and Mooney
3. Cohn
4. Hochstrasser
5. Alghamdi
6. Dhatt

همچنین، ضعف توانایی در مهارت‌های ارتباطی، نفوذ اجتماعی و تصمیم‌گیری راهبردی موجب تضعیف گرایش به سبک‌های تحول‌آفرین، مشارکتی و اصیل شده است که در نظام‌های سلامت نوین اهمیت بالایی دارند (ماچوله[1]، ۲۰۱۸). برای اصلاح این روند، طراحی برنامه‌های آموزشی ساختاریافته، توسعه منتورشیپ، الگوسازی زنان رهبر و ایجاد مسیرهای شغلی شفاف ازجمله راهکارهای کلیدی به‌شمار می‌روند که می‌توانند ظرفیت‌های رهبری زنان را تقویت کرده و زمینه‌ساز تحول در سبک‌های رهبری در نظام سلامت باشند (ماچوله، ۲۰۱۸).

## موانع انگیزشی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی

## موانع فرهنگی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی

کلیشه‌های اجتماعی و ساختارهای جنسیتی ازجمله موانع فرهنگی مهمی هستند که نه‌تنها بر میزان مشارکت زنان در نقش‌های مدیریتی تأثیرگذارند، بلکه نوع سبک‌های رهبری آنان را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. انتظارات اجتماعی مبتنی بر نقش مراقبتی زنان در خانواده، برداشت‌های قالبی از رهبری به‌عنوان حوزه‌ای مردانه و ساختارهای سازمانی سلسله‌مراتبی با غلبه نگاه مردسالارانه، موجب شده‌اند که زنان کمتر در موقعیت‌های راهبری قرار گیرند و درصورت حضور نیز با چالش‌های اثبات صلاحیت و اقتدار روبه‌رو باشند (ساری و همکاران، ۲۰۲۱).

این عوامل فرهنگی سبب تضعیف اعتمادبه‌نفس و کاهش انگیزه درونی زنان برای مشارکت راهبردی شده و سبک‌های رهبری آنان را به سمت رویکردهای احتیاطی‌تر سوق داده‌اند؛ به‌گونه‌ای‌که برخی زنان به‌ناچار از سبک‌های اجتنابی منفعل یا محدود به وظایف اجرایی استفاده می‌کنند (ژیبرت و ستارچ[2]، ۲۰۱۸). ازسوی‌دیگر، فقدان حمایت برای ایجاد تعادل میان نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی، مانع از توسعه سبک‌های تحول‌آفرین و مشارکتی شده است؛ سبک‌هایی که نیازمند چشم‌انداز راهبردی، نفوذ اجتماعی و تعامل سازنده در محیط‌های کاری هستند (ژیبرت و ستارچ، ۲۰۱۸). درنتیجه، کلیشه‌های جنسیتی نه‌تنها فرصت‌های ارتقای را محدود می‌کنند، بلکه قابلیت‌های رهبری زنان را نیز درعمل تضعیف کرده و موجب شکاف قابل‌توجهی در کیفیت و تنوع سبک‌های رهبری در نظام سلامت شده‌اند. پیشبرد

1. Machevele
2. Žibert and Starc

رهبری زنان و ارتقای سبک‌های مؤثر نیازمند اصلاح نگرش‌های فرهنگی، آموزش مهارت‌های رهبری متناسب با ویژگی‌های فردی و ایجاد بسترهای حمایتی در سازمان‌های سلامت است تا زنان بتوانند با اعتماد و آمادگی روانی بالاتر، از سبک‌های پویا، الهام‌بخش و تحول‌آفرین در هدایت تیم‌های درمانی بهره‌گیرند.

**جدول ۳. موانع فرهنگی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | مانع فرهنگی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (لوکس[1] و همکاران، ۲۰۲۴) | کلیشه‌های شغلی در پرستاری | نقش‌های مراقبتی مانع ظهور سبک‌های تحول‌آفرین می‌شوند |
| (هاچم[2] و همکاران، ۲۰۲۴) | نابرابری جنسیتی در سبک رهبری | کلیشه‌ها مانع تعامل سازنده در محیط درمانی می‌شوند. |
| (هاویان[3] و همکاران، ۲۰۲۳) | درونی‌سازی کلیشه‌های جنسیتی توسط زنان | رقابت منفی و طرد اجتماعی مانع ظهور سبک‌های الهام‌بخش |
| (بادوج و همکاران، ۲۰۲۴) | نقش‌های سنتی در خانواده | تأثیر برداشت‌های جنسیتی بر حذف زنان از حلقه‌های راهبری |
| (مگی و پنفولد[4]، ۲۰۲۱) | محدودیت ساختاری در مسیر ارتقاء شغلی زنان | کلیشه‌های جنسیتی مانع پیشرفت حرفه‌ای و ورود به سطوح راهبری می‌شوند. |
| (ماس[5]، ۲۰۲۰) | تضاد نقش‌های حرفه‌ای و خانوادگی | کلیشه‌ها باعث تضعیف هویت حرفه‌ای زنان رهبر شده‌اند. |
| (الوزان و ال انگاری، ۲۰۲۰) | تعارض فرهنگی با سبک‌های همدلانه | سبک‌های انسانی‌محور با مقاومت فرهنگی مواجهند. |
| (الطیبی، ۲۰۲۰) | تفاوت ادراک سبک رهبری در ساختارهای سنتی | سبک‌های نوآورانه زنان با محدودیت فرهنگی مواجهند. |
| (ژیبرت و ستارچ، ۲۰۱۸) | تصور جامعه نسبت به زنان مدیر | تردید نسبت به صلاحیت زنان مانع مشارکت راهبردی می‌شود. |
| (محمودزاده، ۲۰۱۷) | نگاه مردانه به شایستگی مدیریتی | زنان به سبک‌های غیررسمی و غیرقدرتمند سوق داده می‌شوند. |
| (کور و آندوترا[6]، ۲۰۱۶) | ارزش‌گذاری مردانه در ساختار سازمانی | زنان در ساختارهای سلسله‌مراتبی کمتر شنیده می‌شوند. |
| (دات و همکاران، ۲۰۱۶) | نقش فرهنگی در ادراک مدیریتی | زنان در جو مردمحور فاقد اعتبار حرفه‌ای کافی هستند. |
| (هو[7] و همکاران، ۲۰۱۶) | نقش مراقبتی زن در جامعه | کلیشه اجتماعی موجب کاهش عزت‌نفس و سبک‌های محتاطانه در زنان رهبر |
| (سمالس[8]، ۲۰۱۶) | فرهنگ مردسالار سازمانی | انتخاب سبک‌های اجتنابی و کاهش اثربخشی رهبری زنان |

1. Lux
2. Hachem
3. Haoyan
4. Magee and Penfold
5. Maas
6. Kour and Andotra
7. Hu
8. Smalls

## موانع ادراکی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی

موانع ادراکی ناشی از برداشت‌های قالبی و سوگیری‌های سازمانی نسبت به رهبری زنان، نقش چشمگیری در تضعیف شکل‌گیری سبک‌های رهبری اثربخش در مراکز سلامت آسیایی دارد. این موانع باعث شده‌اند که بسیاری از زنان، به‌ویژه در حرفه‌های مراقبتی، با چالش‌هایی در تثبیت جایگاه مدیریتی خود مواجه شوند؛ چالش‌هایی که اغلب ریشه در دیدگاه سنتی نسبت به نقش زن در جامعه، نگرش محافظه‌کارانه مدیران ارشد و فقدان تفکیک بین مفهوم رهبری و مدیریت در ساختارهای سازمانی دارد. در شرایطی که رهبری مؤثر نیازمند تعامل راهبردی، تصمیم‌گیری خلاقانه و ارتباط انسانی با کارکنان است، زنان به دلیل نادیده‌گرفته‌شدن ظرفیت‌های حرفه‌ای خود، بیشتر در جایگاه‌هایی قرار می‌گیرند که محدود به اجرای دستور یا ایفای وظایف اجرایی است (الغمّدی و همکاران، ۲۰۱۸).

این فشار روانی و اجتماعی نه‌تنها اعتمادبه‌نفس زنان را کاهش می‌دهد، بلکه سبک‌های رهبری تحول‌آفرین، همدلانه و اصیل را که نیازمند تعامل سازنده، اعتبار حرفه‌ای و پذیرش اجتماعی هستند، به حاشیه می‌برد. درنتیجه، زنان گاه از سبک‌های اجتنابی یا منفعل استفاده می‌کنند تا از تنش‌های سازمانی بکاهند یا در تعامل با ساختارهای مردسالار، از ابراز هویت مدیریتی خود اجتناب کنند (کریستوفر[1] و همکاران، ۲۰۲۱). در چنین فضایی، فرایند تصمیم‌سازی و ارتقای شغلی نیز تحت تأثیر همان سوگیری‌های ادراکی قرار می‌گیرد؛ به‌طوری‌که زنان به‌ندرت در موقعیت‌های راهبردی مشارکت داده می‌شوند و اغلب از حلقه‌های مدیریت کلان کنار گذاشته می‌شوند. برداشت‌های نادرست از صلاحیت رهبری زنان، منجر به تفکیک غیرواقعی میان توانمندی‌های مراقبتی و مدیریتی شده و به جای پرورش سبک‌های نوآورانه و اعتمادمحور، زمینه شکل‌گیری سبک‌های محافظه‌کارانه یا اجرایی را فراهم کرده است. درنتیجه، نه‌تنها ظرفیت فردی زنان در محیط‌های درمانی نادیده گرفته می‌شود، بلکه ظرفیت سازمان برای بهره‌گیری از سبک‌های رهبری متنوع و انسانی نیز کاهش می‌یابد.

1. Christopher

**جدول ٤. موانع ادراکی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | موانع ادراکی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (وی[1]، ۲۰۲۵) | عدم اعتماد مدیران به زنان | زنان کمتر در تصمیم‌گیری راهبردی مشارکت داده می‌شوند. |
| (جرسات و زبیدی، ۲۰۲۴) | تصور ضعف زنان در تصمیم‌سازی | سبک همدلانه کمتر بروز می‌کند، تعاملات محدود می‌ماند. |
| (آلدکیل و همکاران، ۲۰۲۴) | نگاه بسته به رهبری زنان | زنان در ساختارهای سنتی به‌ندرت اعتبار حرفه‌ای پیدا می‌کنند. |
| (گیبرت ـ لاکاسا و واسکز ـ کالایتایود[2]، ۲۰۲۲) | درک نادرست از مهارت‌های راهبری زنان | زنان مجبور به انتخاب سبک‌های اجرایی یا منفعل می‌شوند. |
| (گراسا و همکاران، ۲۰۲۳) | نگرش محدود به توانمندی زن | سبک‌های نوآورانه کمتر در محیط‌های مردمحور توسعه می‌یابند. |
| (هینز و مک‌کیون[3]، ۲۰۲۳) | مقاومت در برابر هویت مدیریتی زنان | زنان از سبک‌های اجتنابی استفاده می‌کنند تا تنش‌ها را کاهش دهند |
| (ایواگورا کمپبل و همکاران، ۲۰۲۴) | برداشت کلیشه‌ای از سبک مدیریتی زنانه | سبک‌های قدرتمند، الهام‌بخش و انسانی‌محور نادیده گرفته می‌شوند. |
| (جورج[4] و همکاران، ۲۰۲۳) | تفکیک نادرست مدیریت از مراقبت بالینی | دوری زنان علاقه‌مند به مراقبت مستقیم از نقش‌های راهبری |
| (بارسیناس ـ ویلگاس و واسکز ـ سانتیاگو، ۲۰۲۳) | سوگیری سازمانی، نادیده‌گرفتن ظرفیت زنان | سبک‌های تحول‌آفرین و همدلانه به‌حاشیه می‌روند، اعتمادبه‌نفس کاهش می‌یابد. |
| (مجیدی‌پور و همکاران، ۲۰۲۲) | برداشت سنتی از مفهوم رهبری | سبک‌های اصیل کمتر دیده می‌شوند، انسجام فرهنگی سازمانی کاهش می‌یابد. |

## نقش ساختارهای سلسله‌مراتبی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی

ساختارهای سلسله مراتبی حاکم بر نظام‌های سلامت در کشورهای آسیایی، یکی از موانع اساسی در مسیر مشارکت رهبری زنان به‌شمار می‌آید که به‌طور مستقیم بر سبک‌های رهبری آنان نیز تأثیرگذار است. این ساختارها نه‌تنها سلطه پزشکی را در سطوح بالای مدیریتی تثبیت کرده‌اند، بلکه با نادیده‌گرفتن صدای زنان به‌ویژه در حرفه‌های مراقبتی آنها را در موقعیت‌های میانی و اجرایی محدود ساخته‌اند (گوباو، ۲۰۱۷). در چنین زمینه‌ای، زنان با توصیف‌های شغلی پیچیده‌تر و وظایف سنگین‌تر مواجهند، اما از اختیارات رسمی، شفافیت سازمانی و حق تصمیم‌گیری مؤثر محرومند؛ مسئله‌ای که موجب احساس بی‌قدرتی، فرودستی و حذف از ساختارهای راهبردی تصمیم‌سازی شده است. این موقعیت نابرابر، سبک‌های رهبری زنان را به‌سمت محافظه‌کاری، اطاعت‌گرایی و اجتناب از تعارض سوق می‌دهد و مانع ظهور سبک‌های مشارکتی، تحول‌آفرین و توانمندساز می‌گردد که نیازمند اختیار، اعتماد و تعامل

1. Wei
2. Guibert-Lacasa and Vázquez-Calatayud
3. Haines and McKeown
4. George

میان‌سازمانی‌اند (کور و آندوترا، ۲۰۱۶).

همچنین، فرهنگ مردسالارانه در فرایندهای انتخاب و ارتقای مدیریتی، موجب بی‌انگیزگی، کاهش تمایل به رقابت حرفه‌ای و تضعیف تصویر ذهنی زنان از صلاحیت رهبری خود شده است (لوربر و همکاران، ۲۰۱۶). در چنین فضایی، زنان کمتر فرصت یافته‌اند تا سبک‌های اصیل و الهام‌بخش را در رهبری تجربه کرده و توسعه دهند، زیرا تعاملات افقی، شفافیت ارتباطی و تمرکز بر شایستگی فردی جای خود را به منطق سلسله‌مراتبی و کنترل بالا داده‌اند (محمودزاده، ۲۰۱۷). درنهایت، ساختارهای قدرت غیرمنعطف، نه‌تنها مشارکت راهبردی زنان را محدود کرده‌اند، بلکه شکاف جنسیتی در سبک‌های مدیریتی و ظرفیت نوآوری سازمانی را نیز تشدید کرده‌اند. اصلاح این وضعیت مستلزم بازاندیشی در طراحی ساختارهای سازمانی، بازتعریف نقش‌های مدیریتی براساس شایستگی و تسهیل مسیر ارتقای زنان از سطوح میانی به لایه‌های راهبردی سازمان است.

**جدول ۵. نقش ساختارهای سلسله‌مراتبی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | موانع سلسله مراتبی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (اصفهانی و همکاران، ۲۰۲۵) | روابط سلطه‌محور در ساختار بیمارستانی | اختیارات زنان محدود شده، سبک‌های تعامل‌محور کم‌رنگند. |
| (بورگر[1] و همکاران، ۲۰۲۵) | حذف صدای زنان از فرایند تصمیم‌سازی | سبک‌های رهبری مشارکتی به‌ندرت دیده می‌شود. |
| (سییرز ـ براون[2] و همکاران، ۲۰۲۵) | سلسله‌مراتب عمودی و شفافیت ناکافی در ساختار مدیریتی | عدم شفافیت مدیریتی، فرودستی زنان در سلسله‌مراتب سازمانی |
| (ایرون ـ اندنورو ، ۲۰۲۲) | تمرکز قدرت در سطوح بالا | زنان در سطوح میانی باقی می‌مانند، از رهبری تحول‌آفرین دور می‌افتند. |
| (بتسون[3] و همکاران، ۲۰۲۱) | ساختار کنترل‌محور غیرمنعطف | عدم ظهور سبک‌های نوآورانه و انسانی‌محور در رهبری زنان |
| (گوتنبرگ[4] و همکاران، ۲۰۲۱) | سلطه ساختارهای پزشکی | زنان محدود به موقعیت‌های اجرایی، محروم از تصمیم‌سازی راهبردی |
| (الاسه[5]، ۲۰۱۹) | ساختار اقتدارگرای سنتی | زنان به سبک‌های اطاعت‌گرایانه و محافظه‌کارانه گرایش پیدا می‌کنند. |
| (چابانوفسکا و همکاران، ۲۰۱۸) | فرایند ارتقای مردسالار | تضعیف انگیزه و تصویر ذهنی زنان از توانمندی مدیریتی |

## سیاست‌ها و فرایندهای سازمانی: موانع ساختاری

سیاست‌ها و فرایندهای سازمانی موجود در مراکز سلامت، نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری یا تضعیف سبک‌های رهبری زنان دارند. موانعی مانند الزام اشتغال تمام‌وقت، ساعات کاری طولانی، نبود

1. Borger
2. Sayers-Brown
3. Batson
4. Gottenborg
5. Alase

شیفت‌های منعطف و فقدان ساختارهای حمایتی برای بازگشت به کار پس از مرخصی والدینی، موجب شده‌اند که بسیاری از زنان با دشواری‌های مضاعف در دستیابی به جایگاه‌های مدیریتی روبه‌رو شوند (پَن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). این ساختارهای ناکارآمد، نه‌تنها فرصت‌های ارتقای را محدود کرده‌اند، بلکه بر نحوه بروز و توسعه سبک‌های رهبری زنان نیز اثر گذاشته‌اند. در محیط‌هایی که زنان از دسترسی به آموزش‌های به‌روز، برنامه‌های منتورشیپ و مسیرهای شغلی شفاف محرومند، گرایش آنان به استفاده از سبک‌های رهبری تحول‌آفرین، مشارکتی و توانمندساز کاهش می‌یابد؛ چراکه این سبک‌ها نیازمند حمایت ساختاری، تعامل افقی و فضای اعتماد هستند (تیلور ـ غامپسن[2]، ۲۰۲۰).

درمقابل، زنان در چنین شرایطی ممکن است به سبک‌های محافظه‌کارانه‌تر یا اجتنابی منفعل روی آورند، تا بتوانند با کمترین تعارض، مسئولیت‌های خود را پیش ببرند. همچنین، نبود سیاست‌های فراگیر در زمینه توازن میان زندگی کاری و خانوادگی مانند فقدان مرخصی پدرانه یا سیاست‌های مؤثر حمایت از مادران نه‌تنها موجب کاهش انگیزه زنان برای پذیرش نقش‌های راهبری شده، بلکه سبک رهبری آنان را به شیوه‌های اجرایی محدود و غیرمشارکتی سوق داده است (هو و همکاران، ۲۰۱۶).

افزون‌براین، فقدان شفافیت در فرایندهای ارتقای و انتصاب که در بسیاری از موارد با بی‌اطلاعی کارکنان از معیارهای تصمیم‌گیری همراه بوده، منجر به تضعیف احساس شایستگی، کاهش اعتماد به نظام مدیریتی و فاصله‌گرفتن زنان از تجربه رهبری الهام‌بخش و اصیل شده است. سبک رهبری اصیل، نیازمند اعتمادبه‌نفس سازمانی و ادراک مثبت از پذیرش هویت حرفه‌ای است؛ اما در غیاب سیاست‌های منصفانه و رویه‌های سازمانی مشخص، این فضا برای زنان به‌ندرت فراهم می‌گردد (کلومبی[3] و همکاران، ۲۰۲۱).

1. Pan
2. Taylor-Ghampson
3. Kolomboy

**جدول ٦. موانع ساختاری ـ سازمانی در تمایل زنان به ایفای نقش رهبری و تأثیر آن بر سبک‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی**

| مرجع | موانع ساختاری ـ سازمانی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (کالبارسچیک[1] و همکاران، ۲۰۲۵) | نبود سیاست بازگشت به کار برای مادران | زنان از مسیر ارتقای حرفه‌ای دور می‌مانند، سبک‌های رهبری محدود می‌شود. |
| (زلفیقار و بخاری، ۲۰۲۵) | فقدان زیرساخت آموزش رهبری | سبک‌های مشارکتی و انسانی‌محور شکل نمی‌گیرند. |
| (سعدون[2] و همکاران، ۲۰۲۳) | نابرابری در تقسیم منابع سازمانی | فضای حمایتی لازم برای بروز سبک‌های اصیل فراهم نمی‌شود. |
| (اسمیت و سینکفورد[3]، ۲۰۲۲) | فرایندهای انتصاب بدون معیار مشخص | زنان از حلقه تصمیم‌گیری حذف می‌شوند، سبک‌های قدرتمند کمتر بروز می‌یابند. |
| (موسی و همکاران، ۲۰۲۱) | عدم دسترسی به مسیرهای شغلی روشن | عدم رشد سبک‌های تحول‌گرا و کاهش تعاملات بین‌بخشی |
| (کریستوفر و همکاران، ۲۰۲۱) | فقدان شفافیت در ارتقا | تضعیف احساس شایستگی و اعتماد سازمانی، گرایش به سبک‌های منفعل |
| (کلومبی و همکاران، ۲۰۲۱) | ساختار ناهماهنگ منابع انسانی | عدم تطابق نیازهای زنان با فرایندهای سازمانی، سبک‌های نوآورانه تضعیف می‌شوند |
| (پَن و همکاران، ۲۰۲۰) | محرومیت از منتورشیپ و آموزش‌های به‌روز | سبک‌های تحول‌آفرین کمتر توسعه می‌یابند، تعامل حرفه‌ای کاهش می‌یابد. |
| (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۷) | نبود شیفت منعطف، الزام اشتغال تمام‌وقت | محدودشدن دسترسی زنان به نقش‌های مدیریتی و رهبری مشارکتی |
| (ماچوله، ۲۰۱۸) | فقدان سیاست‌های حمایتی برای خانواده | کاهش انگیزه زنان برای پذیرش نقش‌های راهبری و سبک‌های الهام‌بخش |
| (لوربر و همکاران، ۲۰۱۶) | ترجیح مدیران به سبک‌های مردانه | تفاوت ادراک سبک رهبری میان مدیران و کارکنان؛ عوامل فردی مؤثرند. |
| (رووِرز[4] و همکاران، ۲۰۰۸) | عدم حمایت ساختاری از نوآوری | سبک تحول‌آفرین نوآوری را افزایش می‌دهد؛ مردان اثربخش‌تر بودند. |
| (مرل[5]، ۲۰۱۵) | ضعف در تعاملات تیمی و آموزش ایمنی | سبک تحول‌گرا ایمنی بیمار را تقویت می‌کند؛ آزادمنشانه آن را تضعیف می‌کند. |

## تبعیض جنسیتی در مسیر دستیابی به نقش‌های رهبری در نظام سلامت

تبعیض جنسیتی ساختاری، عاملی بنیادین در تضعیف توسعه سبک‌های اثربخش رهبری میان زنان مدیر است. علی‌رغم حضور گسترده زنان در بدنه نیروی انسانی بیمارستان‌ها، جایگاه‌های ارشد مدیریتی همچنان تحت سلطه مردان باقی مانده‌اند. این نابرابری درقالب پدیده‌هایی چون «سقف شیشه‌ای» و «خط

1. Kalbarczyk
2. Saadoun
3. Smith and Sinkford
4. Reuvers
5. Merrill

لوله نشتی» تجلی یافته و مسیر ارتقای زنان را با موانع پیچیده، زمان‌بر و غیرعادلانه روبه‌رو ساخته است (ال ـ بگاوی، ۲۰۱۹). تبعیض آشکار در رفتار سازمانی از چشم‌پوشی نسبت به خطاهای مردان گرفته تا ارزیابی سخت‌گیرانه‌تر عملکرد زنان موجب شده است سبک‌های رهبری زنان محدود به واکنش‌های تدافعی، محافظه‌کارانه و گاه منفعلانه شود (الطیبی، ۲۰۲۰).

در چنین محیط‌هایی، توسعه سبک‌هایی چون رهبری تحول‌آفرین، مشارکتی یا خدمت‌گرا که نیازمند فضای حمایتی، پذیرش اجتماعی و برابری ارزشی هستند، با چالش جدی مواجه می‌شود. زنان به‌جای بهره‌گیری از سبک‌های الهام‌بخش و توانمندساز، ناگزیرند با تلاش‌های مضاعف، مهارت‌های خویش را در محیط‌های بی‌اعتماد به اثبات برسانند؛ مسئله‌ای که خود موجب فرسایش روانی و کاهش تمایل به مشارکت راهبردی می‌گردد (الصدان و همکاران، ۲۰۲۳). افزون‌براین، فرضیه‌های کلیشه‌ای درباره نقش‌های خانوادگی زنان مانند تمایلات مادرانه، مسئولیت مراقبت، یا بی‌علاقگی به ارتقا در بسیاری موارد، آنان را از چرخه تصمیم‌سازی حذف می‌کند. چنین نگرش‌هایی نه‌تنها مشارکت آنان را در رهبری سازمانی محدود می‌سازد، بلکه سبک‌های رهبری آنان را نیز با نگاه غیررسمی و غیرقدرتمندانه تعریف می‌کند (آمالیا و همکاران، ۲۰۲۱).

در نتیجه، تبعیض جنسیتی ساختاری موجب شکل‌گیری فضای غیرتعادل‌آمیز در بهره‌برداری از سبک‌های رهبری زنان در نظام سلامت شده و قابلیت‌های آنان را در ارتقای کیفیت خدمات، نوآوری سازمانی و حفظ انسجام تیمی تضعیف کرده است. رفع این شکاف نیازمند اصلاح سیاست‌های سازمانی، بازنگری در معیارهای ارتقای مبتنی‌بر شایسته‌سالاری و ترویج سبک‌های رهبری فراگیر ازطریق آموزش، منتورشیپ و مشارکت جنسیت‌محور است تا زنان مدیر بتوانند سبک‌های رهبری پویا و مؤثر را در ساختار سلامت به شکوفایی برسانند.

**جدول ۷. تبعیض جنسیتی در مسیر دستیابی به نقش‌های رهبری در نظام سلامت**

| مرجع | تبعیض جنسیتی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (خان[1] و همکاران، ۲۰۲۵) | نابرابری فرصت‌های رشد حرفه‌ای | سبک‌های مشارکتی زنان به‌خاطر فقدان حمایت، تحت‌فشار ساختاری قرار می‌گیرند. |
| (پیترانتونیو[2] و همکاران، ۲۰۲۵) | نگاه کلیشه‌ای به رهبری زنانه | مدیران زن در مواجهه با ساختارهای مردمحور از سبک‌های اجتنابی استفاده می‌کنند. |
| (گارث[3] و همکاران، ۲۰۲۴) | قضاوت سخت‌گیرانه‌تر نسبت به زنان | زنان انرژی خود را صرف اثبات شایستگی می‌کنند، فرسایش روانی بالا می‌رود. |
| (بُسه و همکاران، ۲۰۲۴) | فرضیه‌های جنسیتی درباره اولویت‌های زندگی زنان | سبک‌های رهبری زنان غیرقدرتمندانه تعریف می‌شوند. |
| (موسی و همکاران، ۲۰۲۴) | ترجیح سازمان‌ها به مدیران مرد | مشارکت راهبردی زنان کاهش می‌یابد، سبک‌های الهام‌بخش کم‌رنگ می‌شوند. |
| (مانشی[4]، ۲۰۲۳) | سوگیری جنسیتی در درک سبک‌های مدیریتی | ساختار مردسالار مانع از بروز سبک‌های توانمندساز می‌شود. |
| (مونئی و همکاران، ۲۰۲۳) | استانداردهای دوگانه در ارتقای شغلی | ارزیابی منفی‌تر سبک‌های انسانی‌محور زنان نسبت به سبک‌های سخت‌گیرانه مردانه |
| (پیرز ـ سانچز[5] و همکاران، ۲۰۲۱) | سوگیری در سیاست‌های ارتقاء | نبود فضای برابر، تنوع سبک‌های رهبری زنان را کاهش داده است. |
| (نابیار[6] و همکاران، ۲۰۲۲) | حذف زنان از نقش‌های راهبردی | سبک‌های تحول‌آفرین و اصیل در محیط‌های درمانی ظهور نمی‌یابند. |
| (پیرز ـ سانچز و همکاران، ۲۰۲۱) | کلیشه‌های جنسیتی در نقش خانوادگی | زنان از چرخه تصمیم‌سازی حذف می‌شوند، رهبری غیررسمی غالب می‌شود. |
| (پائولونی[7] و همکاران، ۲۰۲۱) | رفتار تبعیض‌آمیز در ارزیابی عملکرد | زنان مجبور به انتخاب سبک‌های محافظه‌کارانه و تدافعی می‌شوند. |
| (لانگ[8]، ۲۰۲۱) | سقف شیشه‌ای، خط لوله نشتی | مسیر ارتقای زنان با موانع غیررسمی و پنهان مسدود شده است. |
| (ال ـ بگاوی، ۲۰۱۹) | فشارهای چندگانه | زنان در نقش‌های مدیریتی با تعارض بین نقش خانوادگی و شغلی مواجه‌اند، سبک‌های حمایتی جایگزین سبک‌های قاطع می‌شوند. |
| (برلین[9] و همکاران، ۲۰۱۹) | رهنگ سازمانی مردسالار | ساختارهای مردمحور باعث اجتناب زنان از سبک‌های تحول‌آفرین و کاهش مشارکت در تصمیم‌گیری‌های کلان می‌شود. |
| (هرین[10] و همکاران، ۲۰۱۸) | کلیشه‌های ضمنی در ارزیابی | زنان برای اثبات شایستگی مجبور به عملکرد بیش‌ازحد هستند، که منجر به فرسایش روانی و کاهش اعتمادبه‌نفس می‌شود. |

1. Khan
2. Pietrantonio
3. Garth
4. Munshi
5. Pérez-Sánchez
6. Nambiar
7. Paoloni
8. Lang
9. Berlin
10. Herrin

| مرجع | تبعیض جنسیتی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (موِیر[1] و همکاران، ۲۰۱۸) | تنگنای دوگانه رهبری | زنان در انتخاب بین محبوبیت و اثربخشی گرفتار می‌شوند، سبک‌های مشارکتی به‌عنوان ضعیف تلقی می‌گردند. |
| (باردن[2] و همکاران، ۲۰۱۵) | نابرابری پایدار در رهبری علمی | زنان با وجود حضور برابر، کمتر در رهبری علمی مشارکت دارند. |
| (برد[3]، ۲۰۱۵) | الگوهای مردانه سنتی در مدیریت | زنان از سبک همدلانه و مشارکتی بهره می‌برند؛ نیاز به حمایت فرهنگی دارند. |

## نبود حمایت سازمانی در ایجاد تعادل میان نقش‌های خانوادگی و رهبری زنان

فقدان حمایت سازمانی مؤثر در ایجاد تعادل میان نقش‌های خانوادگی و مسیر شغلی، از موانع ساختاری مهم در توسعه سبک‌های رهبری زنان در نظام سلامت آسیایی است. فشارهای ناشی از ساعات کاری طولانی، نبود برنامه‌های انعطاف‌پذیر، اولویت‌دادن به مسیر شغلی همسران مرد و مسئولیت‌های مراقبتی خانوادگی موجب شده‌اند که بسیاری از زنان با ترک یا کاهش ساعات کاری، از مسیر ارتقای مدیریتی فاصله بگیرند (بارسیناس ـ ویلگاس و واسکز ـ سانتیاگو، ۲۰۲۳). این عقب‌نشینی حرفه‌ای، نه‌تنها جایگاه سازمانی آنان را تضعیف کرده، بلکه سبک‌های رهبری‌شان را نیز تحت‌تأثیر قرار داده است. زنان مدیر در چنین ساختارهایی کمتر قادرند سبک‌های تحول‌آفرین، همدلانه یا مشارکتی را به‌صورت مؤثر توسعه دهند؛ زیرا این سبک‌ها نیازمند حضور پایدار، تعامل مستمر و احساس امنیت روانی در محیط کار هستند (فیبیگ و کریستوفر[4]، ۲۰۱۸).

درمقابل، فشارهای خانوادگی و اضطراب‌های مالی ناشی از اشتغال ناپایدار موجب می‌شود زنان به سبک‌های احتیاطی، اجرایی و گاه منفعل روی آورند تا از چالش‌های سازمانی و تعارضات اجتماعی بکاهند. نبود حمایت ساختاری در دوره‌های مرخصی والدینی، آموزش‌های بازگشت‌به‌کار و سیاست‌های انعطاف‌پذیر در شیفت‌بندی، مانع از ارتقای خودکارآمدی و توسعه سبک‌های رهبری اصیل و الهام‌بخش میان زنان شده است (تیلور ـ غامپسن، ۲۰۲۰).

در نتیجه، فقدان حمایت سازمانی در برابر الزامات دوگانه زنان در نقش‌های خانوادگی و حرفه‌ای، نه‌تنها مشارکت آنان را در ساختارهای راهبری محدود کرده، بلکه مسیر ظهور سبک‌های رهبری سازنده

1. Moyer
2. Burden
3. Board
4. Fiebig and Christopher

و انسانی‌محور را نیز مسدود ساخته است. اصلاح سیاست‌های منابع انسانی، تقویت سیاست‌های خانواده‌محور و ایجاد سازوکارهای حمایتی هوشمند، می‌تواند بستری برای ارتقای پایدار زنان و شکل‌گیری سبک‌های نوآورانه رهبری در نظام سلامت فراهم کند.

**جدول ۸. موانع حمایت سازمانی در ایجاد تعادل میان نقش‌های خانوادگی و رهبری زنان**

| مرجع | مانع حمایتی | یافته‌های کلیدی مقاله |
|---|---|---|
| (المطیر و همکاران، ۲۰۲۳) | عدم هماهنگی ساعات کاری با مسئولیت خانوادگی | تعامل حرفه‌ای کاهش می‌یابد، سبک‌های همدلانه محدود می‌شوند. |
| (اوبینو[1]، ۲۰۲۳) | ترجیح منابع انسانی به کارمندان بدون وابستگی خانوادگی | زنان به‌ندرت فرصت توسعه سبک‌های مشارکتی و تحول‌آفرین پیدا می‌کنند. |
| (یعقوب، ۲۰۲۰) | فشار دوگانه نقش حرفه‌ای و خانوادگی | زنان به سبک‌های غیرفعال روی می‌آورند تا از تعارضات بکاهند. |
| (آوندوک[2] و همکاران، ۲۰۲۰) | فقدان برنامه‌های منعطف و سیاست‌های خانواده‌محور | زنان از مسیر ارتقا فاصله می‌گیرند، سبک‌های تحول‌آفرین تضعیف می‌شود. |
| (تیلور ـ غامپسن، ۲۰۲۰) | کمبود دوره‌های آموزشی بازگشت‌به‌کار | مانع بازسازی اعتماد به نفس و بروز سبک‌های راهبردی در رهبری |
| (ماتاد[3] و همکاران، ۲۰۱۹) | نبود سیاست‌های حمایتی برای مادران | زنان مدیر احساس ناامنی روانی در ایفای نقش رهبری دارند. |
| (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۹) | نبود ساختار حمایتی برای بازگشت‌به‌کار | سبک‌های الهام‌بخش و انسانی‌محور در میان زنان توسعه نمی‌یابد. |
| (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۹) | اشتغال ناپایدار و اضطراب‌های مالی | گرایش به سبک‌های اجرایی و احتیاطی برای مدیریت چالش‌های خانوادگی |

## نتیجه‌گیری و پیشنهادها

مطالعه حاضر با هدف بررسی سبک‌های رهبری زنان در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی انجام شده است. یافته‌های مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که ویژگی‌های فردی، ساختارهای سازمانی، نگرش‌های فرهنگی و سیاست‌های حمایتی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری، بروز و اثرگذاری سبک‌های رهبری زنان دارند (الاسه، ۲۰۱۹). سبک‌های غالب میان زنان مدیر معمولاً از نوع تحول‌آفرین، مشارکتی، همدلانه و خدمت‌محور بوده و در مقایسه با سبک‌های اقتدارگرایانه مردانه، با نیازهای چندبعدی سازمان‌های سلامت امروزی هم‌راستا هستند (برد، ۲۰۱۵). این سبک‌ها مبتنی بر مؤلفه‌هایی چون شنیدن فعال، انگیزش الهام‌بخش، نفوذ ایدئال، توجه فردی، توسعه ظرفیت کارکنان، ایجاد حس مأموریت و توانمندسازی تیم‌های درمانی هستند که در ارتقای کیفیت خدمات، افزایش رضایت شغلی

1. Obino
2. Avunduk
3. Mathad

و تقویت ایمنی بیمار نقش مهمی ایفا می‌کنند. به‌طور خاص، سبک رهبری تحول‌آفرین که اغلب توسط زنان در موقعیت‌های بالینی و مدیریتی اتخاذ می‌شود، به‌عنوان یکی از مؤثرترین سبک‌ها شناخته شده است (کراسکیولا و همکاران، ۲۰۲۱). این سبک، موجب تحریک ذهنی کارکنان، افزایش نوآوری، تقویت تعهد سازمانی و کاهش فرسودگی شغلی می‌شود. مطالعات نشان می‌دهند که این سبک در محیط‌های پرتنش درمانی مانند بیمارستان‌ها، به‌ویژه در شرایط بحرانی مانند پاندمی کووید ـ ۱۹، منجر به مدیریت مؤثر، پایداری منابع انسانی و حفظ تعاملات انسانی سازنده شده است (هوخستراسر و همکاران، ۲۰۲۲؛ یعقوب، ۲۰۲۰).

سبک‌های مشارکتی و همدلانه نیز با ایجاد فضای گفتگو، احترام متقابل و مشارکت در تصمیم‌گیری، نقش قابل‌توجهی در کاهش تعارضات سازمانی، ارتقای روحیه کارکنان، و بهبود هم‌راستایی اهداف فردی و کلان دارند. زنان رهبر در قالب این سبک‌ها، با ترویج اعتمادسازی، گشودگی در تبادل نظر و تشویق به همکاری‌های چندتخصصی، توانسته‌اند انسجام تیمی و رضایت شغلی را افزایش دهند (لانگ، ۲۰۲۱). در کنار آن، سبک خدمت‌محور با تمرکز بر ارتقای نیازهای انسانی و اخلاقی کارکنان و بیماران، زمینه‌ساز تعاملات عاطفی مؤثر و تقویت فرهنگ مراقبتی سازمانی شده است. با وجود اثربخشی بالا، توسعه و بروز این سبک‌ها با موانع متعددی مواجه است (مرل، ۲۰۱۵).

فقدان آموزش‌های رهبری، نبود الگوسازی حرفه‌ای، ساختارهای سلسله‌مراتبی مردسالار، تبعیض جنسیتی در ارتقا، کلیشه‌های فرهنگی و عدم حمایت سازمانی برای زنان با مسئولیت‌های خانوادگی، موجب شده است که زنان در نقش‌های مدیریتی، گاه به سبک‌های محافظه‌کارانه، اجرایی محدود یا اجتنابی منفعل روی آورند (ولتن و همکاران، ۲۰۲۲). این سبک‌ها نه‌تنها مشارکت فعال و تصمیم‌سازی راهبردی را محدود می‌سازند، بلکه در شرایط پیچیده درمانی، از اثربخشی مطلوب برخوردار نیستند و ظرفیت بالقوه زنان را نادیده می‌گیرند. بنابراین، این مرور نظام‌مند نشان داد که موانع پیشرفت زنان در رهبری شامل عوامل فرهنگی، حرفه‌ای، سازمانی و فردی هستند که در چارچوب نظری AMO (توانایی، انگیزه و فرصت) دسته‌بندی شده‌اند (وی، ۲۰۲۵).

در سطح «توانایی»، فقدان آموزش‌های رسمی و غیررسمی در حوزه رهبری، نبود برنامه‌ریزی شغلی هدف‌مند برای زنان، و کمبود الگوهای زن در موقعیت‌های مدیریتی، از مهم‌ترین عواملی بودند که اعتمادبه‌نفس و آمادگی آنان را برای ورود به نقش‌های مدیریتی کاهش داده‌اند. نبود شناخت نسبت به

ویژگی‌ها و مهارت‌های موردنیاز در رهبری سلامت، موجب شده بسیاری از زنان ظرفیت‌های بالقوه خود را نادیده بگیرند (بادوج و همکاران، ۲۰۲۵). در سطح «انگیزه»، باورهای سنتی درباره نقش زن در خانواده و جامعه، کلیشه‌های جنسیتی و تصور عمومی از رهبری به‌عنوان جایگاهی مردانه، موجب شده زنان تمایل کمتری به پذیرش مسئولیت‌های رهبری داشته باشند. بسیاری از آنان به‌دلیل فشارهای خانوادگی، تعارض نقش‌های کاری و خانگی و کمبود حمایت اجتماعی و سازمانی، از مسیرهای ارتقای شغلی فاصله می‌گیرند. این موانع فرهنگی، به‌ویژه در جوامع آسیایی با ساختار مردسالارانه، انگیزه درونی زنان را تضعیف کرده‌اند (بتسون و همکاران، ۲۰۲۱). در سطح «فرصت»، ساختارهای سازمانی ناکارآمد، سیاست‌گذاری ناعادلانه در جذب و ارتقای کارکنان، تمرکز قدرت در سطوح بالای مدیریتی و دیده‌نشدن زنان در فرایند تصمیم‌گیری، از مهم‌ترین محدودیت‌های فرصت‌ساز برای زنان محسوب می‌شوند. در بسیاری از سازمان‌ها، زنان در نقش‌های اجرایی پایین‌تر حضور دارند، در حالی‌که دسترسی آنها به موقعیت‌های راهبری و توسعه شغلی محدود شده است (بروس و همکاران، ۲۰۲۲).

تفاوت در سرعت ارتقای شغلی بین زنان و مردان، با مفاهیمی همچون «سقف شیشه‌ای» و «نشت مسیر ارتقا»، به‌خوبی در یافته‌ها قابل مشاهده است (غامری و زنان، ۲۰۲۴). بنابراین، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که سبک‌های رهبری زنان ازجمله رهبری تحول‌آفرین، خدمت‌محور، اصیل و مشارکتی با نیازهای امروزی سازمان‌های سلامت هم‌راستا هستند و می‌توانند در بهبود فرهنگ سازمانی، رضایت کارکنان و کیفیت خدمات درمانی نقش‌آفرینی کنند؛ مشروط بر آنکه زمینه‌های رشد برای زنان در سطوح ساختاری، فرهنگی و حرفه‌ای فراهم گردد (یاپ و مونی، ۲۰۲۲).

در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی، دشواری‌های محیط کار یکی از موانع مهم و مضاعف در مسیر ارتقای زنان به نقش‌های رهبری محسوب می‌شود (اسمیت و سینکفورد ، ۲۰۲۲). زنان اغلب با سوگیری‌های ناخودآگاه و تبعیض‌های جنسیتی در فرایند انتخاب و ارتقا مواجهند که موجب نابرابری‌های ساختاری در نظام سلامت می‌شود (سعدون و همکاران، ۲۰۲۳). این چالش‌ها در مواردی با عوامل هویتی دیگر مانند نژاد، مذهب، طبقه اجتماعی، قومیت و جایگاه فرهنگی تلاقی پیدا می‌کنند و زنان دارای هویت‌های چندگانه به‌مراتب با محرومیت بیشتری روبه‌رو هستند. ایجاد یک نیروی انسانی متنوع و فراگیر در نظام سلامت، مستلزم غلبه بر این موانع و بازنگری در ایدئولوژی‌های فرهنگی و سازمانی است (ماتاد و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از عوامل کلیدی در کاهش انگیزه زنان برای پذیرش نقش‌های رهبری، برداشت‌های قالبی از حرفه سلامت و نقش زنان در آن است. با وجود آنکه، زنان در مراکز درمانی از مهارت‌ها و تخصص‌های منحصربه‌فردی برخوردارند و می‌توانند نقش مؤثری در ارتقای کیفیت مراقبت ایفا کنند، اما کمبود حمایت و به‌رسمیت‌شناختن ازسوی مدیران ارشد و سایر متخصصان سلامت موجب تضعیف انگیزه و اعتمادبه‌نفس آنان شده است (گیبرت ـ لاکاسا و واسکز ـ الایتایود، ۲۰۲۲). این موانع اغلب به‌صورت فقدان فرصت، قدرت و استقلال سازمانی نمود پیدا می‌کنند و عملکرد و شایستگی‌های زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. برداشت منفی از نقش زنان در نظام سلامت، مشارکت آنان در فعالیت‌های راهبردی مانند تدوین سیاست‌های سلامت را محدود کرده است (گوتنبرگ و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در آموزش و توسعه حرفه‌ای زنان، همچنان برداشت غالب این است که زنان بیشتر در نقش‌های حمایتی فعالیت دارند تا رهبری؛ این فرهنگ سازمانی موجب کم‌ارزش‌انگاشتن توانمندی‌های آنان شده و فرصت‌های ارتقای شغلی و مشارکت در تصمیم‌گیری را کاهش داده است (جورج و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که موانع مرتبط با فرصت‌های سازمانی، نقش چشمگیری در محدودسازی مسیر شغلی زنان برای دستیابی به موقعیت‌های رهبری در مراکز سلامت کشورهای آسیایی دارد (بروس و همکاران، ۲۰۲۲). ساختارهای ناکارآمد اداری، ناهماهنگی در معیارهای شغلی و سیاست‌های تبعیض‌آمیز، ازجمله عواملی هستند که موجب تضعیف فرصت‌های ارتقای زنان شده‌اند. به‌طور خاص، شیوه انتقال مزایا و امتیازات شغلی بین سازمان‌ها، مانعی مالی برای تغییر شغل محسوب شده و باعث کاهش تمایل زنان به تجربه نقش‌های مدیریتی جدید شده است (بتسون و همکاران، ۲۰۲۱).

یافته‌های این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که عوامل مرتبط با فرصت‌های ساختاری و سازمانی، ازجمله موانع کلیدی در مسیر ارتقای زنان به نقش‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی به‌شمار می‌روند. در بسیاری از نظام‌های سلامت منطقه، معیارهای سخت‌گیرانه برای احراز پست‌های تخصصی مدیریتی نظیر تسلط بر مهارت‌های بالینی، مشارکت در بهبود کیفیت خدمات، و فعالیت در پروژه‌های پژوهشی درصورت جابه‌جایی محل کار یا تغییر واحد سازمانی، موجب لغو رتبه شغلی فرد و افت جایگاه حرفه‌ای او می‌گردد (افضل[1] و همکاران، ۲۰۲۴). این مسئله تاکنون به‌صورت هدف‌مند و نظام‌مند بررسی نشده، اما می‌تواند عاملی مؤثر در کاهش تمایل زنان برای پذیرش

1. Afzal

مسئولیت‌های رهبری در مراکز سلامت باشد. سیاست‌های اولویت‌بندی استخدام تمام‌وقت و بی‌توجهی به شیوه‌های کاری پاره‌وقت یا منعطف نیز مانعی برای مشارکت زنان در نقش‌های مدیریتی محسوب می‌شود (هرین و همکاران، ۲۰۱۸)؛ به‌ویژه برای آن دسته از زنان شاغل که به‌دلیل تعهدات خانوادگی یا مراقبتی نیازمند انعطاف در برنامه کاری هستند. علاوه‌براین، کارکنانی که در بخش‌های غیرحاد مانند مراقبت سالمندی، خدمات جامعه‌محور و مراکز توانبخشی فعالیت دارند (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۹)، در بسیاری از ساختارهای مدیریتی نادیده گرفته شده‌اند و تمرکز بر تجربه مراقبت‌های حاد، آنان را از مسیر ارتقا کنار گذاشته است. زنان شاغل با وضعیت استخدامی قراردادی یا غیررسمی نیز با محدودیت‌های جدی در آموزش و ارتقا مواجهند و پذیرش سازمانی نسبت به آنان بسیار اندک است (کالایتی و همکاران، ۲۰۱۷).

دراین‌میان، زنان باسابقه نیز از عدم برخورداری از فرصت‌های یادگیری حرفه‌ای، نادیده‌انگاشتن تجربیات ارزنده‌شان و گاه برخوردهای تحقیرآمیز همکاران آسیب می‌بینند که مانع دستیابی به نقش‌های راهبری می‌شود. یکی از چالش‌های مهم دیگر در مسیر توسعه رهبری زنان، بازگشت به کار پس از وقفه‌های شغلی ناشی از مراقبت‌های والدینی یا مسئولیت‌های خانوادگی است (مویر و همکاران، ۲۰۱۸). بسیاری از زنان در این وضعیت، از فقدان حمایت روانی و سازمانی، عدم به‌رسمیت‌شناختن توانمندی‌های فردی و نادیده‌گرفتن شایستگی‌های پیشین خود شکایت داشته‌اند (پائولونی و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد حاکی از آن است که این وقفه‌ها تأثیر منفی چشمگیری بر مسیر ارتقای مدیریتی زنان داشته و اغلب با سایر موانع ساختاری ترکیب شده‌اند و شکاف جنسیتی در رهبری را تشدید کرده‌اند (آلدِکییل و همکاران، ۲۰۲۴). در سطح فرهنگی و اجتماعی نیز، انتظارات سنتی از زنان به‌عنوان نیروی مراقب و تصورات غالب درباره حرفه سلامت به‌عنوان فعالیتی غیراقتدارگرا، نقش مهمی در تضعیف انگیزه و اعتمادبه‌نفس زنان برای ورود به جایگاه‌های مدیریتی ایفا کرده است (بادوج و همکاران، ۲۰۲۴). چنین نگرش‌هایی نه‌تنها فرصت‌های ارتقا را محدود می‌کند، بلکه زنان را از مشارکت مؤثر در فرایندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری راهبردی در نظام سلامت نیز دور نگه می‌دارد (کون و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین، پیشنهاد می‌شود سازمان‌های سلامت در کشورهای آسیایی با تدوین و اجرای سیاست‌هایی جامع، عادلانه و مبتنی بر رویکرد جنسیت‌محور، به حمایت از زنان در میانه مسیر شغلی، افراد دارای برنامه کاری منعطف، و زنان بازگشته از مرخصی والدینی بپردازند (گراسا و همکاران، ۲۰۲۳). این

اقدامات می‌تواند نقشی تعیین‌کننده در کاهش موانع فرصت‌محور و فراهم‌سازی مسیر ارتقای شایسته برای زنان در ساختارهای رهبری سلامت ایفا کند. یافته‌های این مرور نظام‌مند نشان می‌دهد که عوامل مرتبط با فرصت‌های ساختاری و سازمانی، ازجمله موانع کلیدی در مسیر ارتقای زنان به نقش‌های رهبری در مراکز بهداشتی ـ درمانی کشورهای آسیایی به‌شمار می‌روند. در بسیاری از نظام‌های سلامت منطقه، معیارهای سخت‌گیرانه برای احراز پست‌های تخصصی مدیریتی نظیر تسلط بر مهارت‌های بالینی، مشارکت در بهبود کیفیت خدمات، و فعالیت در پروژه‌های پژوهشی درصورت جابه‌جایی محل کار یا تغییر واحد سازمانی، موجب لغو رتبه شغلی فرد و افت جایگاه حرفه‌ای او می‌گردد (هاچم و همکاران، ۲۰۲۴). این مسئله تاکنون به‌صورت هدف‌مند و نظام‌مند بررسی نشده، اما می‌تواند عاملی مؤثر در کاهش تمایل زنان برای پذیرش مسئولیت‌های رهبری در مراکز سلامت باشد. سیاست‌های اولویت‌بندی استخدام تمام‌وقت و بی‌توجهی به شیوه‌های کاری پاره‌وقت یا منعطف نیز مانعی برای مشارکت زنان در نقش‌های مدیریتی محسوب می‌شود؛ به‌ویژه برای آن دسته از زنان شاغل که به‌دلیل تعهدات خانوادگی یا مراقبتی نیازمند انعطاف در برنامه کاری هستند (لگا[1] و همکاران، ۲۰۱۷). علاوه‌براین، کارکنانی که در بخش‌های غیرحاد مانند مراقبت سال‌مندی، خدمات جامعه‌محور و مراکز توانبخشی فعالیت دارند، در بسیاری از ساختارهای مدیریتی نادیده گرفته شده‌اند و تمرکز بر تجربه مراقبت‌های حاد، آنان را از مسیر ارتقا کنار گذاشته است (لوکس و همکاران، ۲۰۲۴). زنان شاغل با وضعیت استخدامی قراردادی یا غیررسمی نیز با محدودیت‌های جدی در آموزش و ارتقا مواجهند و پذیرش سازمانی نسبت به آنان بسیار اندک است (ماس، ۲۰۲۰). دراین‌میان، زنان باسابقه نیز از عدم برخورداری از فرصت‌های یادگیری حرفه‌ای، نادیده‌انگاشتن تجربیات ارزنده‌شان و گاه برخوردهای تحقیرآمیز همکاران آسیب می‌بینند که مانع دستیابی به نقش‌های راهبری می‌شود (مجیدی‌پور و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از چالش‌های مهم دیگر در مسیر توسعه رهبری زنان، بازگشت به کار پس از وقفه‌های شغلی ناشی از مراقبت‌های والدینی یا مسئولیت‌های خانوادگی است (آلدکیل و همکاران، ۲۰۲۴؛ ولا و سالیبا، ۲۰۲۴). بسیاری از زنان در این وضعیت، از فقدان حمایت روانی و سازمانی، عدم به‌رسمیت‌شناختن توانمندی‌های فردی و نادیده‌گرفتن شایستگی‌های پیشین خود شکایت داشته‌اند (باردن و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد حاکی از آن است که این وقفه‌ها تأثیر منفی چشمگیری بر مسیر ارتقای مدیریتی زنان

1. Lega

داشته و اغلب با سایر موانع ساختاری ترکیب شده‌اند و شکاف جنسیتی در رهبری را تشدید کرده‌اند (کون و همکاران، ۲۰۲۱). در سطح فرهنگی و اجتماعی نیز، انتظارات سنتی از زنان به‌عنوان نیروی مراقب و تصورات غالب درباره حرفه سلامت به‌عنوان فعالیتی غیراقتدارگرا، نقش مهمی در تضعیف انگیزه و اعتمادبه‌نفس زنان برای ورود به جایگاه‌های مدیریتی ایفا کرده است (گارث و همکاران، ۲۰۲۴). چنین نگرش‌هایی نه‌تنها فرصت‌های ارتقا را محدود می‌کند، بلکه زنان را از مشارکت مؤثر در فرایندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری راهبردی در نظام سلامت نیز دور نگه می‌دارد (ولا و سالیبا، ۲۰۲۴).

بنابراین زنان، باتکیه‌بر ویژگی‌های فردی نظیر همدلی، انعطاف‌پذیری، توجه فردی و انگیزش معنوی، بیشتر از سبک‌های رهبری تحول‌آفرین، مشارکتی، خدمت‌محور و اصیل بهره می‌برند. این سبک‌ها با نیازهای پیچیده و انسانی نظام سلامت هم‌راستا هستند و موجب افزایش رضایت شغلی، تعهد سازمانی، کیفیت مراقبت و کاهش فرسودگی شغلی کارکنان درمانی می‌شوند. سبک تحول‌آفرین در شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹ اثربخشی ویژه‌ای داشته و پایداری منابع انسانی و انسجام تیمی را تقویت کرده است. همچنین سبک‌های همدلانه و مشارکتی باعث کاهش تعارضات سازمانی و ارتقای تعاملات چندتخصصی در محیط‌های درمانی شده‌اند. بااین‌حال، توسعه این سبک‌ها تحت تأثیر عوامل چندسطحی ساختاری، فرهنگی، سازمانی و فردی با چالش‌هایی مواجه بوده که در چارچوب نظری AMO قابل تحلیل است. در سطح توانایی، ضعف آموزش‌های تخصصی و نبود الگوسازی حرفه‌ای موجب کاهش آمادگی زنان برای پذیرش نقش‌های مدیریتی شده است. در سطح انگیزه، باورهای سنتی و کلیشه‌های جنسیتی موجب تضعیف اشتیاق درونی و اعتمادبه‌نفس زنان نسبت به رهبری شده‌اند. در سطح فرصت، ساختارهای سلسله‌مراتبی، سیاست‌های ناعادلانه، بی‌توجهی به نیازهای خانواده‌محور و نبود مسیرهای ارتقای شفاف، مانع مشارکت راهبردی زنان در تصمیم‌گیری‌های سازمانی شده‌اند. این موانع باعث گرایش اجباری برخی زنان به سبک‌های محدود، محافظه‌کارانه یا اجتنابی منفعل شده‌اند که در محیط‌های سلامت پویایی و کارایی لازم را ندارند. لذا، برای بهره‌گیری از ظرفیت‌های کامل زنان در رهبری سلامت، طراحی سیاست‌های جنسیت‌محور، توسعه منتورشیپ، اصلاح فرایندهای منابع انسانی و ایجاد بسترهای منعطف حمایتی امری ضروری است.

## References


Abadi, M., Dirani, K. M., & Rezaei, F. D. (2022). Women in leadership: a systematic literature review of Middle Eastern women managers' careers from NHRD and institutional theory perspectives. **Human Resource Development International**, 25(1), 19–39 .

Afzal ,S., Rasool, A., & Malik, A. S. (2024). Leading the Way: Empowering Women in Healthcare Leadership. **Journal of Society of Prevention, Advocacy and Research KEMU**, 3(2), 115–116 .

Al Mutair, A., Al-Ghuraibi, M., Alabbasi, Y., Alguthaib, F., Woodman, A & ,.Elgamri, A. (2023). Saudi women's leadership experiences in the healthcare sector: A qualitative study. **Plos one**, 18(9), e0285187 .

Alase, A. O. (2019). The Leadership style that transcend National and Cultural Boundaries: The Transformational Leadership **.Australian Academy of Business and Economics Review,** 4(4), 242–251 .

Albagawi, B. (2019). Leadership styles of nurse managers and job satisfaction of staff nurses: correlational design study. **Eur Sci J,** 15(3), 254–275 .

Aldekhyyel, R. N., Alhumaid, N & ,.Alismail, D. S. (2024). Saudi Women's views on healthcare leadership in the Era of Saudi 2030 health transformation. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, 237–249 .

Alghamdi, M. G., Topp, R., & AlYami, M. S. (2018). The effect of gender on transformational leadership and job satisfaction among Saudi nurses. **Journal of advanced nursing**, 74(1), 119–127 .

Alotaiby, R. A. M. (2020). degree and types of clinical leadership behaviors among management at jordanian educational hospitals. **PalArch's Journal of Archaeology of Egypt/Egyptology,** 17(9), 6756–6767 .

Alsadaan, N., Kimpton, A., Jones, L. K., & Da Costa, C. (2023). Perceptions of leadership style between nurse managers and their staff in Eastern Saudi Arabia: A cross sectional survey. **Journal of Hospital Administration**, 12(1), 9–15 .

Alwazzan, L., & Al-Angari, S. S. (2020). Women's leadership in academic medicine: a systematic review of extent, condition and interventions. **BMJ open**, 10(1), e032232 .

Amaliah, L., Castigador, I. F., Yngente, B., Buhat, M .L., Salcedo, T., Octaviano, E. F., & Yngente, A. (2021). Leadership style of head nurses against job satisfaction and organizational commitment of staff nurses. **Media Kesehatan Masyarakat Indonesia Volume 17 Issue 1 .**

Avunduk, Z. B., Col, G., & Kuzu, A .(۲۰۲۰) .THE EFFECTS OF TRANSFORMATIONAL AND LAISSEZ-FAIRE LEADERSHIPS ON ORGANIZATIONAL COMMITMENTS OF HEALTH CARE WORKERS IN TEMPORARY STAFF. **Journal of Global Strategic Management**, 14. (1) .

Baduge, M. S. D. S. P., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph ,K., Proimos, J., & Teede, H. J. (2024). Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis. **EClinicalMedicine**, 67 .

Baduge, M. S. D. S. P., Garth, B., Mousa, M., Boyd, L., Adesina, I., Joseph, K., & Teede , H. J. (2025). Systemic and organizational barriers and facilitators to the advancement

of ethnic minority women nurses in healthcare leadership: A meta-synthesis. **International journal of nursing studies**, 105052 .

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, **NJ**, 1986(23-28), 2 .

Bárcenas-Villegas, D., & Vázquez-Santiago, M. S. (2023). Leadership in a hospital of the Andalusian Public Health System. **Enfermería Clínica (English Edition),** 33(5), 353–360 .

Batson, A., Gupta ,G. R., & Barry, M. (2021). More women must lead in global health: a focus on strategies to empower women leaders and advance gender equality. **Annals of Global Health,** 87(1), 67 .

Berlin, G., Darino, L., Greenfield, M., & Starikova, I. (2019). Women in the healthcare industry. **Mckinsey Company** .

Bjegovic-Mikanovic, V., Matovic-Miljanovic, S., Seitalieva, C., Makarova, T., Murzalieva, G., Kozhokeev, K., Wenzel, H., & Laaser, U. (2024). Rights and responsibilities: Women leadership for health in Kyrgyzstan **.Plos one**, 19(2), e0295239 .

Board Sr, F. R. (2015). An exploratory study of participative leadership styles among women community college presidents: A qualitative approach University of La Verne .

Borger, J. G., Longley, R. J., Taylor, M. F., Motrich ,R., Payne, J. A., & Kemp, R. A. (2025). Global perspectives to enhance strategies for advancing women in healthcare and STEMM leadership. **Immunology and cell biology**, 103(3), 234–250 .

Bruce, R., Cavgias, A., Meloni, L., & Remígio, M. (2022). Under pressure: Women's leadership during the COVID-19 crisis. **Journal of development economics**, 154, 102761 .

Burden, M., Frank, M. G., Keniston, A., Chadaga, S. R., Czernik, Z., Echaniz, M., Griffith, J., Mintzer, D., Munoa, A., & Spence, J. (2015). Gender disparities in leadership and scholarly productivity of academic hospitalists. **Journal of hospital medicine**, 10(8), 481–485 .

Buse, K., Liwanag, H. J., Koay, A., Kedia, S., Kiwuwa-Muyingo, S., Yoon, S.-Y., & Hawkes, S. (2024). Strengthening systems of accountability for women's leadership in the health sector. bmj, 386 .

Carrasquila, C., Castillo, R., Reche, C., & García, G. (2021). A Multicentre Study of Nursing Leadership in Andalusian Hospitals from a Gender-based Perspective. **West Indian Medical Journal**, 69(2 .)

Christopher, A. N., Nembhard, I. M., Wu, L., Yee, S., Sebastian, A., Charan, N., & Betchen, S. (2021). Association of women leaders in the C-suite with hospital performance. **BMJ leader**, leader–2021–000543 .

Cohn, A., Cubitt, M., Goh, A., Hempenstall ,A., Hoffman, R., Lai, C., Munro, J., Silvester, C., Skinner, C., & Verran, D. (2021). Gender equity in Australian health leadership. **Asia Pacific Journal of Health Management**, 16(1), 6–10 .

Czabanowska, K., Myrup, A. C., & Aleksandrova, O. (2018). Women leadership for public health: The added value and needs of women driving public health system reform in Ukraine. South Eastern **European Journal of Public Health**, 10 .

D'Souza, P., & Thakre, N. (2023). Effectiveness of Leadership Styles Adopted by Women Managers in the Education and Healthcare Sectors. **International Journal of Education and Management Studies**, 13(3), 359–363 .

Dhatt, R., Theobald, S., Buzuzi, S., Ros, B., Vong, S., & Muraya, K. (2016). The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. **Glob Health Epidemiol Genomics**. 2017; 2. In.

Dhatt, R., Theobald, S., Buzuzi, S., Ros, B., Vong, S., Muraya, K., Molyneux, S., Hawkins, K., González-Beiras, C., & Ronsin, K. (2017). The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. **Global Health, Epidemiology and Genomics**, 2, e8 .

Ebron, K., & Andenoro, A. C. (2022). Empowering Women in Healthcare Leadership: A Transformational Approach to Addressing Human Trafficking in Africa. **Journal of Leadership Studies**, 16 .(١)

Ely, R. J., & Rhode, D. L. (2010). Women and leadership. H**andbook of leadership theory and practice**, 377–410 .

Enderstein, A.-M. (2018). (Not) just a girl: Reworking femininity through women's leadership in Europe. European **Journal of Women's Studies**, 25(3), 325–340 .

Esfahani, K., Hopf, H., & Forkin, K. T. (2025). The Creation and Impact of Leadership Development Programs for Women in Medicine with a Focus on Anesthesiology. **Anesthesiology clinics,** 43 .١٩٤–١٨٧ ,(١)

Evagora-Campbell, M., Kedia, S., Odero, H. O., Uppal, R., Odunga, S. A., Mattoo, T., Miranda, P. B., Tanaka, S., Kiwuwa-Muyingo, S., & Verma, R. (2024). Legislation for advancing women's leadership in the health sector in India and Kenya: a 'law cube'approach to identify ways to strengthen legal environments for gender equality. **BMJ global health**, 9 .(٧)

Farhan, W., Chaudhry, I. S., Razmak, J., & Refae, G. A. E. (2025). Exploring UAE's female leadership styles in the digital era: motivators and barriers. **International Journal of Economics and Business Research**, 29(1), 1–27 .

Fiebig, J. N., & Christopher, J. (2018). Female leadership styles: Insights from Catholic women religious on leading through compassion. **Pastoral Psychology**, 67(5), 505–513 .

Fisk, S. R., & Overton, J. (2019). Who wants to lead? Anticipated gender discrimination reduces women's leadership ambitions. **Social Psychology Quarterly**, 82(3), 319–332 .

Ganuga, A. M., & Muhammed, R. (2022). Influence of Leadership Styles on Quality Health Service Delivery at Mnazi Mmoja Hospital Zanzibar. **Journal of Education Society**, 369 .

García-Rivera, B. R., Mendoza-Martinez, I. A. A., & Ramírez-Barón, M. C. (2013). The impact of transformational leadership in burnout of nurses and doctors in a public hospital of Mexico. American **Journal of Health Sciences**, 4(1), 1 .

George, K. C., Lyman, B., Pilarte Alcantara, A., & Stephenson, M. (2023). Women's power in hospital-based nursing: A critical qualitative study. **Journal of Advanced Nursing**, 79(2 .٨١٠–٧٩٨ ,(

Ghamri, A., & Zedan, H. S. (2024). Innovation and Thought Leadership by Women in

Healthcare during the COVID-19 Pandemic. Saudi Journal of Health Systems Research, 4(1), 15–27 .

Gobaw, M. K. (2017). Women's Role and Their Styles of Leadership .**International Journal of Educational Administration and Policy Studies**, 9(3), 28–34 .

Goldkuhl, G., & Cronholm, S. (2018). Reflection/Commentary on a Past Article:“Adding Theoretical Grounding to Grounded Theory: Toward Multi-Grounded Theory” http://journals. sagepub. com/doi/full/10.1177/160940691000900205. **International Journal of Qualitative Methods**, 17(1), 1609406918795540 .

Gottenborg, E. W., Yu, A., McBeth, L. J., Jaros, K. E., & Burden, M. (2021). The experience of women in hospital medicine leadership: a qualitative study. **Journal of General Internal Medicine**, 36(9), 2678–2682 .

Graça, E. P. S. d., Oliveira, P. B. d., & Spiri, W. C. (2023). Empowering behavior of the nurse-leader from the perspective of nursing technicians and assistants. **Acta Paulista de Enfermagem**, 37, eAPE01121 .

Guibert-Lacasa, C., & Vázquez-Calatayud, M. (2022). Nurses' clinical leadership in the hospital setting: A systematic review. **Journal of Nursing Management**, 30(4), 913–925 .

Hachem, L. E., Garcia, M. N., Brady, M., Cain, L., & Lopez-Fuentes, A. N. (2024). Uncover your inner power: Breaking leadership biases in global healthcare. **Journal of dental education**, 88, 727–732 .

Haines, A. C., & McKeown, E. (2023). Exploring perceived barriers for advancement to leadership positions in healthcare: a thematic synthesis of women's experiences. **Journal of health organization and management**, 37(3), 360–378 .

Haoyan, X., Waters, D., Jinling, H., Qiongling, L., & Sien, L. (2023). Quantitative systematic review of the transformational leadership style as a driver of nurses' organisational commitment. **Nursing open**, 10(7), 4160–4171 .

Hassani, S. (2021). A Quantitative Study of Gender-Stereotypical Perception of Women’s Leadership Styles Among Employees in Non-Governmental Organizations in Kabul, Afghanistan .

Herrin, J., Harris, K. G., Spatz, E., Cobbs-Lomax, D., Allen, S., & León, T. (2018). Hospital leadership diversity and strategies to advance health equity. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, 44(9), 545 .۵۵۱–

Hochstrasser, S. R., Amacher, S. A., Tschan, F., Semmer, N. K., Becker, C., Metzger, K., Hunziker, S., & Marsch, S. (2022). Gender-focused training improves leadership of female medical students: a randomised trial. **Medical Education**, 56(3), 321–330 .

House, R. J., Dorfman, P. W., Javidan, M., Hanges, P. J., & De Luque, M. F. S. (2013). Strategic leadership across cultures: The GLOBE study of CEO leadership behavior and effectiveness in 24 countries. **Sage publications** .

House, R. J., Hanges, P. J ,.Javidan, M., Dorfman, P. W., & Gupta, V. (2004). Culture, leadership, and organizations: The GLOBE study of 62 societies. **Sage publications** .

Hu, Y.-Y., Parker, S. H., Lipsitz, S. R., Arriaga, A. F., Peyre, S. E., Corso, K. A., Roth, E. M., Yule, S. J & ,.Greenberg, C. C. (2016). Surgeons' leadership styles and team behavior in the operating room. **Journal of the American College of Surgeons**, 222(1), 41–51 .

Jrasat, S. S., & Zubaidi, F. R. F. (2024). Saudi women empowerment in leadership positions in health care sector: Barriers to their success. **International Journal of Professional Business Review: Int. J. Prof. Bus. Rev**., 9(4), 2 .

Kalaitzi, S., Cheung, K., Hiligsmann, M., Babich, S., & Czabanowska, K. (2019). Exploring women healthcare leaders' perceptions on barriers to leadership in Greek context. **Frontiers in public health**, 7, 68 .

Kalaitzi, S., Czabanowska, K., Azzopardi-Muscat, N., Cuschieri, L., Petelos, E., Papadakaki, M., & Babich, S. (2019). Women, healthcare leadership and societal culture: a qualitative study. **Journal of healthcare leadership**, 43–59 .

Kalaitzi, S., Czabanowska, K., Fowler-Davis, S., & Brand, H. (2017). Women leadership barriers in healthcare, academia and business. Equality, Diversity and Inclusion: **An International Journal**,474-457, (5) 36**.**

Kalbarczyk, A., Banchoff, K., Perry, K. E., Nielsen, C. P., Malhotra, A., & Morgan, R. (2025). A scoping review on the impact of women's global leadership: evidence to inform health leadership. **BMJ Global Health**, 1. (2).

Khan, K. I., Jamil, B., Muhammad, M., Mohsin, S., Khan, A. H., & Javed, M. Q. (2025). Gender inequality in healthcare leadership: the challenges women face in breaking through the glass ceiling. **BMC Health Services Research**, 25(1), 190 .

Kolomboy, F., Palutturi, S., Rivai, F., Saleh, L. M., & Amiruddin, R. (2021). Nurses' Perceptions Of Leadership Styles Among Nurse Managers In Palu Anutapura Hospital. **Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation** .

Kour, R., & Andotra, N. (2016). Leadership Styles and Job Satisfaction among Employees: A study of Women Leaders in J&K Service Sectors. **International Journal on Leadership**, 4 (1) .

Kuschel, K., & Salvaj, E. (2018). Opening the "black box". Factors affecting women's journey to top management positions: A framework applied to Chile. **Administrative Sciences**, 8(4), 63 .

Lang, L. M. (2021). The Relationship of Hospital CEO Gender and the Patient Experience: The Role of the Mediating Effects of Hospital Characteristics .

Lega, F., Prenestini, A., & Rosso, M. (2017). Leadership research in healthcare: a realist review. **Health Services Management Research**, 30(2), 94–104 .

Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting & task performance. Prentice-Hall, Inc .

Lorber, M., Treven, S., & Mumel, D. (2016). The examination of factors relating to the leadership style of nursing leaders in hospitals. **Naše gospodarstvo/Our economy**, 62(1), 27–36 .

Lux, A. A., Salehi, N., Hurley, D., & Emanuel, E. (2024). Dismantling pervasive gender stereotypes in healthcare leadership contexts with an ecological systems theory approach. **Journal of management & organization**, 30(6), 2223–2254 .

Maas, A. H. (2020). Empower women in healthcare to move women's health forward. **Maturitas**, 136, 22–24 .

Machevele, K. P. (2018). An Exploration of Leadership Experiences and Challenges of Junior Female Managers in a Rural Hospital Environment, Vhembe District, Limpopo Province, South Africa .

Magee, L., & Penfold, R. (2021). Game of snakes and ladders: barriers and enablers for aspiring women leaders in healthcare. **BMJ leader, leader**–2020–000221 .

Mahmoodzadeh, N. (2017). THE MODERATING EFFECT OF CULTURAL INTELLIGENCE ON THE RELATIONSHIP OF TRANSFORMATIONAL AND TRANSACTIONAL LEADERSHIP STYLES AND JOB PERFORMANCE Universiti Teknologi Malaysia .

Majidipour, P., Hematan, K. B., & Salehi, M. (2022). Challenges and Promotion Factors in Women's Leadership in Nursing. **Journal of Advanced Biomedical Sciences** .

Mathad, J. S., Reif, L. K., Seo, G., Walsh, K. F., McNairy, M. L., Lee, M. H., Hokororo, A., Kinikar, A., Riche, C. T., & Deschamps, M. M. (2019). Female global health leadership: data-driven approaches to close the gender gap. **The Lancet**, 393(10171), 521–523 .

McKimm, J., Da Silva, A. S., Edwards, S., Greenhill, J., & Taylor, C. (2015). Women and leadership in medicine and medical education: international perspectives. In Gender, careers and inequalities in medicine and medical education: **International perspectives** (pp. 69–98). Emerald Group Publishing Limited .

Meagher, K., Khaity, M., Hafez, S., Rodo, M., Achi, N. E., & Patel, P. (2023). Strengthening health systems and peacebuilding through women's leadership: a qualitative study. **Globalization and health**, 19(1), 21 .

Merrill, K. C. (2015). Leadership style and patient safety: implications for nurse managers. **JONA: The Journal of Nursing Administration**, 45(6), 319–324 .

Molavi, Z., & Hosseini, F. S. (2023). Identifying the Women's Managerial Components (The Case of Women in Public Sector Management Positions). **Women's Strategic Studies**, 26 .٦٢–٣٣ ,(١٠١)

Monyei, F. E., Ezinwa, P. N., Agbaeze, E. K., Ukpere, W. I., Ugbam, C. O., & Ndu, V. (2023). Workplace conflict and the productivity of employees in the healthcare sector: A case study. C**orporate governance and organizational behavior review**, 7 .٧٩–٧٠ ,(٣)

Mousa, M., Boyle, J., Skouteris, H., Mullins, A. K., Currie, G., Riach, K., & Teede, H. J. (2021). Advancing women in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. **EClinicalMedicine**, 39 .

Mousa, M., Garth, B., Boyle, J. A., Riach, K., & Teede, H. J. (2023). Experiences of organizational practices that advance women in health care leadership. **JAMA network open**, 6(3), e233532–e233532 .

Moyer, C. A., Abedini, N. C., Youngblood, J., Talib, Z., Jayaraman, T., Manzoor, M., Larson, H. J., Garcia, P. J., Binagwaho, A., & Burke, K. S. (2018). Advancing women leaders in global health: getting to solutions. **Annals of Global Health**, 84(4), 743 .

Garth, P. B., Mss, B., Boyd, L., & Teede, H. J. (2024). Challenges and successful approaches towards promoting women nurses into healthcare leadership, through the lens of implementation science. **Journal of advanced nursing** .

Mucheru, D., McAuliffe, E., Kesale, A., & Gilmore, B. (2024). A rapid realist review on leadership and career advancement interventions for women in healthcare. **BMC Health Services Research**, 24(1), 856 .

Mucheru, D., Mollel, H., Gilmore, B., Kesale, A., & McAuliffe, E. (2024). Advancing gender equality in healthcare leadership: Protocol to co-design and evaluate a leadership and mentoring intervention in Tanzania. **Annals of Global Health**, 90(1), 24 .

Munshi, J. D. (2023). Gender Effect in Leader-Member Exchange A study on healthcare Sector .

Nambiar, D., Benny, G., & Sankar D, H. (2022). Bargaining with patriarchy through the life course: obstacles faced (and overcome) by women leaders in Kerala's health sector. **International Journal for Equity in Health**, 21(1), 146 .

Nassar, C., Nastacă, C. C., & Nastaseanu, A. (2021). The leadership styles of men and women—has the perception regarding female leaders changed. **Journal of US-China Public Administration**, 18(2), 68–80 .

Obino, L. N. (2023). Factors associated with the under-representation of women in medical leadership in Nairobi County Kenya: a mixed method study Strathmore University .

Ong, L. A., Sales, R. K., & Reyes, K. A. (2024). Advancing Women's Leadership in the Philippine Health Sector: A Policy Review. **Review of Women's Studies**, 34(1), 111–154 .

Pan, T. P., Trakulmututa, J., & Youravong, N. (2020). Self-perception of leadership style of dentists: heads of dental departments in community hospitals, Southern Thailand. I**nternational dental journal**, 70(3), 193–200 .

Paoloni, P., Dal Mas, F., Massaro, M., Barcellini ,A., & Orlandi, E. (2021). An organizational model for female leadership in healthcare. The National Centre of Oncological Hadrontherapy (CNAO Foundation) experience during the Covid-19 pandemic. **International Conference on Gender Research**.

Pérez-Sánchez ,S., Madueño, S. E., & Montaner, J. (2021). Gender gap in the leadership of health institutions: the influence of hospital-level factors. **Health Equity**, 5(1), 521–525 .

Pietrantonio, F., Mochi, G., Ricci, L., Simonelli, M. S., Boschero, L., D'Alessandro ,B., Bruno, F., Pieragostini, L., Migliano, E., & Russo, G. (2025). Gender Equality in Healthcare Leadership: A Narrative Review of the Literature .

Prowse, J., Prowse, P., & Perrett, R. (2022). 'Women take care and men take charge': The case of leadership and gender in the Public and Commercial Services Union. **Economic and Industrial Democracy**, 43(2), 773–792 .

Qazi, Z., & Mahmood, S. (2022). Perceived leadership styles and job satisfaction among pediatricians of tertiary care hospital lahore. **Journal of Positive School Psychology** http://journalppw. com, 6(11), 3390–3402 .

Rejison, P. (2025). Leadership Styles on Healthcare Employees Engagement for Quality Healthcare. Available at SSRN 5162167 .

Reuvers, M., Van Engen, M. L., Vinkenburg, C. J., & Wilson-Evered, E. (2008). Transformational leadership and innovative work behaviour: Exploring the relevance of gender differences. **Creativity and innovation management**, 17(3), 227–244 .

Saadoun, R., Risse, E. M., Sadoun, L., Kamal, A., Pudszuhn, A., & Obermueller, T. (2023). Gender distribution and women leadership in German otolaryngology, head

and neck surgery. **Laryngoscope Investigative Otolaryngology**, 8(2), 426–434 .

Sari, H., Purwanti, W. D., & Anindita, R. (2021). The Transformational Leadership Style for Further Psychological Improve on Personnel Emergency Health Room at Siloam Kebun Jeruk Hospital, Jakarta. **Journal of Multidisciplinary Academic**, 5(1), 94–100 .

Sayers-Brown, R., Beauregard, T. A., Lewis, R., & Yarker, J. (2025). Examining multi-sector women-only leadership development programmes: A scoping review of recruitment processes, design and instruction methods, content and outcomes. **Diversity & Inclusion Research**, 2(1), e70005 .

Smalls, N. D. (2016). An examination of attitudes toward women working in healthcare leadership positions Capella University .

Smith, S. G., & Sinkford, J. C. (2022). Gender equality in the 21st century: Overcoming barriers to women's leadership in global health. **Journal of Dental Education**, 86(9), 1144–1173 .

Soklaridis ,S., Kuper, A., Whitehead, C. R., Ferguson, G., Taylor, V. H., & Zahn, C. (2017). Gender bias in hospital leadership: a qualitative study on the experiences of women CEOs. J**ournal of health organization and management**, 31(2), 253–268 .

Taylor-Ghampson, I. (2020) .Effect of leadership styles on employee performance: The case of the Cape Coast Metropolitan Hospital University of Cape Coast .

Vella, R., & Saliba, F. (2024). The Role of Women in Leadership and Management Positions in Nursing: A Qualitative Study to Explore the Hardships that are being Faced by Women Who Hold Top Positions in Nursing in Malta. **MCAST Journal of Applied Research & Practice**, 7(3), 84–106 .

Wei, W. (2025). Enhancing Quality of Care through Effective Gynecological Hospital Management: Strategies, Challenges, and Outcomes. **OTS Canadian Journal**, 4(5), 62–71 .

Welten, V. M., Dabekaussen, K. F., Hill, S. S., Columbus, A. B., Lu, P. W., Fields, A. C., Reich, A. J., Davids, J. S., & Melnitchouk, N. (2022). Leadership styles among female surgical department chairs. **Journal of Gastrointestinal Surgery**, 26(8), 1776–1780 .

Yap, E., & Mooney, S. (2022). Advancing leaders and leadership: New Zealand women in respiratory medicine. **Respirology,** 27 .(۳)

Yaqub, B. M. The Impact of Women Leaders during the COVID-19 Pandemic: Exploring the Gender Diversity Leadership Styles. The World After the Pandemic This publication was created with support of Bratislava International School of Liberal Arts (BISLA), 82 .

Žibert, A., & Starc, A. (2018). Healthcare organizations and decision-making: leadership style for growth and development. **Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti,** 4(2), 209–224 .

Zulfiqar, R., & Bukhari, S. (2025). exploring the role of social media and networking platforms in advancing women’s leadership in health. **Insights-Journal of Health and Rehabilitation**, 3(2 **(Health & Allied))**, 466–472 .