

مدیریت

طراحی مدل رهبری سلامت محور در شرکتهای تولیدکننده لاستیک در ایران

D Designing a Health-oriented leadership model in rubber manufacturing companies in Iran

چکیده

امروزه، سلامت نیروی انسانی در سازمانها به موضوعی کاملاً مرتبط و مهم تبدیل شده است و نیاز است که شرایط روانی و جسمانی مناسبی برای فعالیت آنها فراهم شود. شواهد نشان می‌دهد رهبران سازمانی نقشی تعیین کننده در ارتقای سلامت کارکنان در محیط‌های کاری دارند که در این راستا مفهوم "رهبری سلامت محور" در مباحث علمی مطرح شده است. با توجه به اینکه تئوری رهبری سلامت محور در تحقیقات گذشته کمتر مورد توجه بوده، هدف تحقیق حاضر طراحی مدل رهبری سلامت محور در شرکتهای تولیدکننده لاستیک در ایران است. این تحقیق از نظر هدف توسعه‌ای - کاربردی می‌باشد. در این پژوهش که از نظر روش شناسی توسعه‌ای و ترکیبی محسوب می‌شود و در زمره تحقیقات آمیخته قرار می‌گیرد. در گام کیفی تحقیق، از روش تئوری داده بنیاد برای طراحی مدل استفاده شد. بدین منظور با ۲۷ نفر از خبرگان اجرایی در شرکتهای تولیدکننده لاستیک و خبرگان دانشگاهی که به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه نیمه ساختاریافته به عمل آمد. در بخش کمی نیز با روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار Smart PLS به اعتبارسنجی الگوی تحقیق پرداخته شد. بدین منظور با ابزار پرسشنامه از ۱۵۸ نفر از مدیران نظرخواهی به عمل آمد. براساس یافته‌ها، ۶ دسته عوامل بر مبنای الگوی پارادایمی استراوس و کوربین (۱۹۹۸) شامل عوامل علی، رهبری سلامت محور (پدیده محوری)، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله گر، راهبردها و پیامدها شناسایی شد. همچنین، سه بعد نگرشی سلامت کارکنان، عملی سلامت کارکنان و سلامت فردی رهبر برای رهبری سلامت محور و ۴ دسته راهبرد شامل مدیریت کیفیت زندگی کارکنان، اقدامات شغلی، سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیطی شناسایی شد. نتایج نشان داد که رهبری سلامت محور در شرکتهای تولیدکننده لاستیک پدیده‌ای چندوجهی است که بهره‌گیری از آن می‌تواند نتایج مثبت و ارزشمندی ایجاد کند.

کلمات کلیدی: رهبری سازمانی، رهبری سلامت محور، شرکتهای تولیدکننده لاستیک، تئوری داده بنیاد

نوع مقاله: پژوهشی

- شیمما صفر محمدلو^۱، مهدی احمدی قمشانی^۲، محمد کریمی زارچی^۳، محمد رضا فتحی^۴
- ۱- دکتری گروه مدیریت دولتی، واحد علوم تحقیقات تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 - ۲- مربی گروه مدیریت، دانشکده مدیریت، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران
 - ۳- دکتری مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، ایران
 - ۴- دانشیار گروه مدیریت صنعتی و فناوری، دانشکده‌گان فارابی دانشگاه تهران، قم، ایران

shimamohammadluo97@gmail.com

ایمیل نویسندگان و عهده‌دار مکاتبات:
تاریخ دریافت: ۱۴۰۲-۰۸-۲۰
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲-۰۹-۲۳

مقدمه

(کلاگ و همکاران، ۲۰۲۲؛ دلو و اریکسون^۶، ۲۰۱۷؛ فرانک و همکاران، ۲۰۱۴؛ جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷). به عنوان مثال رهبران سلامت ممکن است در مورد موضوعات مرتبط با سلامتی صحبت کنند یا پیروان را به داشتن یک سبک زندگی سالم ترغیب کنند و بنابراین، مستقیماً بر سلامت کارمندانشان تأثیر بگذارند (برگنزر^۷ و همکاران، ۲۰۱۹). بررسی در مورد سبک‌های رهبری و سلامت کارکنان در مشاغل مختلف نشان می‌دهد که رهبران در سلامت و رفاه و همچنین نتایج منفی سلامت مانند تجربه استرس و فرسودگی شغلی کارکنان نقش مهمی دارند (کوپالا^۸ و همکاران، ۲۰۰۸؛ مونتانو^۹ و همکاران، ۲۰۱۷؛ اسکاگون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). علاوه بر این، رهبران همچنین ممکن است شرایط کاری را تغییر دهند و منابعی را ایجاد کنند که در نتیجه باعث سلامت کارمندان می‌شوند. برای نمونه منابع اجتماعی را در محل کار افزایش می‌دهند؛ زیرا با این کار حمایت اجتماعی از همکاران را تشویق می‌کنند یا فرصت‌های مشارکت را برای کارمندان فراهم می‌کنند (دانکل^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۵). محیط‌های فیزیکی و روانی - اجتماعی هر دو به شدت تحت تأثیر رفتار رهبری هستند و به همین دلیل رهبران در سلامتی کارمندان نقش به سزایی دارند (کلاگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲؛ ۲؛ فرانک و فلفه^{۱۳}، ۲۰۱۱؛ ۴). بررسی رفتارهای خاص رهبر سلامت نشان می‌دهد که این رفتارها به طور ویژه مرتبط هستند و نسبت به سایر سبک‌های رهبری پیش بینی کننده قوی تری برای رفاه کارکنان هستند (کالوزا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱؛ ۴۰۵). رهبران می‌توانند به طرق مختلف بر سلامت کارکنان خود تأثیر بگذارند، به عنوان مثال، تأثیرگذاری بر طراحی کار، مداخله در استرس یا الگوبرداری از رفتار سلامتی (شان^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۲؛ ۲). اگرچه نقش رهبری در محیط کار روانی-اجتماعی به خوبی پذیرفته شده است، دانش کمی در مورد اینکه چگونه

امروزه، اهمیت سرمایه‌های انسانی در شرکت‌ها افزایش یافته و نیاز است شرایط روانی و جسمانی مناسبی برای فعالیت آنها فراهم شود. وقتی اقدامات مناسب در این زمینه اجرا می‌شود، سلامتی منجر به سطح بالاتری از نشاط کارکنان و تعهد بیشتر نسبت به سازمان می‌شود (اسپیس و استادلر^۱، ۲۰۱۶). در سازمان‌های امروزی، سلامت برای افراد، سازمان‌ها و کارکنان آن‌ها ارزش زیادی دارد. طبیعتاً افراد، سازمان‌هایی را برای کار انتخاب می‌کنند و در آن می‌مانند که سلامت جسمی و روانی آن‌ها را به خطر نیندازد. یکی از جنبه‌هایی که می‌تواند بر سلامت در محیط کار تأثیرگذار باشد، کیفیت و روش رهبری است (جیمنز^۲ و همکاران). رهبران نقش مهمی در ایجاد محیطی دارند که در آن کارکنان می‌توانند رشد کنند و سطوح بالایی از رفاه را تجربه کنند (نیلسن^۳ و همکاران). همچنین، اطمینان از سطح بالای سلامتی و رفاه کارمندان، یکی از نگرانی‌های مهم سازمان‌هاست. کارمندان سالم وظایف شغلی را با کارایی بیشتری انجام می‌دهند، کمتر شغل خود را ترک می‌کنند، رفتارهای برون‌گرا دارند و از شغل خود رضایت بیشتری دارند (رادولف^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد محیط‌های کاری به طور فزاینده‌ای توسط کارمندان به عنوان مکان‌های استرس‌زا معرفی می‌شود؛ به عنوان مثال، تقاضای شغلی در طول زمان، به ویژه خواسته‌های شناختی مرتبط با مشاغل دانشی افزایش یافته است (رادولف و همکاران، ۲۰۲۰؛ ۲). یائو^۵ و همکاران (۲۰۲۱) نیز در تحقیق خود اشاره می‌کنند که سلامت کارکنان نه تنها ارتباط مثبتی با رفاه کارکنان و شادی خانواده دارد، بلکه بر سازمان‌ها و کل جامعه نیز تأثیر می‌گذارد. رهبرانی که رهبری سلامت‌محور را اتخاذ می‌کنند، می‌توانند بر سلامت و رفاه کارکنان خود تأثیر مثبت بگذارند

1. Spiess & Stadler
8. Kuoppala

2. Jiménez
9. Montano

3. Nielsen
10. Skakon

4. Rudolph
11. Dunkl

5. Yao
12. Klug

6. Dellve & Eriksson
13. Franke & Felfe

7. Bregenzer
14. Kaluza

15. Shan

سلامت‌محور در بخش عمومی به‌عنوان عاملی که در بهبود سلامت کارکنان منجر می‌شود، اشاره می‌کند (دلو و اریکسون^۶، ۲۰۱۷: ۳). همچنین، علی‌رغم دانش و دستورالعمل‌های موجود در مورد مداخلات پیشرو در ارتقا سلامت در محل کار^۷ (نیلسن و نوبلت^۸، ۲۰۱۸: ۱؛ نیلسن و راندال^۹، ۲۰۱۳: ۶۰۲) به نظر می‌رسد دانش اندکی در مورد مداخلات رهبری سلامت‌محور در بخش عمومی که به پایداری سلامت کارکنان کمک می‌کند، وجود دارد (اریکسون^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۷: ۱۴).

تحقیقات به عمل آمده نشان می‌دهد ۴۶ درصد از ناکامی‌های شرکت‌ها در انجام تغییر و بهبود سازمانی به دلیل رهبری نادرست است (چمنی فرد و نیک‌پور، ۱۳۹۸: ۲۶۹). صنعت لاستیک یکی از صنایع مهم محسوب می‌شوند که محصولات آن توسط اکثر افراد جامعه استفاده می‌شود؛ با این وجود فعالیت‌ها در این صنعت، چندان بر اساس اصول و قواعد علمی روز انجام نمی‌پذیرد (دانشیان، ۱۴۰۲). در راستای دستیابی به این امر، توجه به هماهنگی روابط و انسجام نیروی کار یکی از عوامل مؤثر است؛ اما، گاهی اوقات به‌علت پیچیده شدن محیط و غفلت سازمان‌ها، توجه به‌بعد روانی افراد، نادیده انگاشته می‌شود (بیات و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین توانمندسازی رهبری، تبادل باکیفیت دانش در بین کارکنان این صنعت را تسهیل می‌کند (باشکوه و شفیع‌ی، ۱۴۰۱). لذا، سازمان‌های موفق رهبرانی نیازمندند که با ژرف‌نگری، جهت مناسب و مسیر آینده سازمان را مشخص سازند، افراد را به مسیر هدایت کنند و انگیزه ایجاد تحول در کارکنان را به وجود آورند (مظلومی و همکاران، ۱۳۹۲: ۳۴). آسیب‌شناسی نظام اداری کشور نیز نشان‌دهنده آن است که این نظام دیوان‌سالار، دچار پیامدهای نامطلوبی همچون فقدان روحیه و از سوی دیگر، بررسی‌ها و مطالعات در شرکت‌ها نشان‌دهنده این واقعیت تأسفبار است که مشارکت‌جویی و مشارکت‌پذیر، تمرکزگرایی و عدم انعطاف‌پذیری، کندی انجام امور،

ویژگی‌ها و رفتارهای رهبری بر سلامت مرتبط با کار تأثیر می‌گذارد وجود دارد (آکرچورد^۱ و همکاران، ۲۰۱۸: ۱۵۰۹). این نتایج مثبت را می‌توان با اتخاذ "رهبری سلامت‌محور^۲" به‌دست‌آورد؛ فرایندی که در آن رهبران با طراحی محیط کار بر این اساس بر سلامت کارکنان و خودشان تأثیر مثبت می‌گذارند (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷: ۴). آگاهی رهبران از سلامت کارکنان برای اجرای رهبری سلامت‌محور مهم است؛ به این معنی که رویکرد رهبران و نگرش کلی نسبت به سلامت یک عامل کلیدی است (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷: ۶).

مزیت عمده مفهوم رهبری سلامت‌محور این است که منجر به نشانه‌های عملی خاص و ویژه سلامت برای ارتقا سلامت پیروان می‌شود (ماریا^۳ و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۸۹). رهبرانی که به رهبری سلامت‌محور مشغول هستند، به‌دلیل ایجاد احساس حمایت متقابل و انسجام تیم، منابع اجتماعی را تقویت می‌کنند (برگنزر و همکاران، ۲۰۱۹: ۵). انتظار می‌رود که رهبران سلامت‌محور، شرایط کار مستقل‌تر، مشارکت بالاتر و اطلاعات بیشتری را برای انجام وظایف خود در اختیار پیروان قرار دهند (برگنزر و همکاران، ۲۰۱۹: ۶). شواهد نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور نقش مهمی در چندین پیامد مرتبط با سلامت کارکنان ایفا می‌کند که عبارتند از: رفتار رعایت‌ایمی، رفتار پیشگیرانه ایمنی، استرس، شکایات سلامت، شکایات سلامت جسمانی و سلامت جسمانی (یاثو و همکاران، ۲۰۲۱: ۲). همچنین، رهبری سلامت‌محور به ایجاد فرهنگی برای محیط‌های کاری ارتقا‌دهنده سلامت و ارزش‌هایی که الهام‌بخش و انگیزه‌دهنده به کارکنان برای مشارکت در چنین توسعه‌ای است، می‌پردازد (اریکسون^۴، ۲۰۱۱: ۸۲). تحقیقات نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور ممکن است یک راه امیدوارکننده برای ایجاد ظرفیت سازمانی و تاب‌آوری باشد (فورونز^۵ و همکاران، ۲۰۱۸: ۴۲۹۳).

تحقیقات محدودی وجود دارد که به مداخلات رهبری

1. Akerjordet

2. Health-promoting leadership

3. Maria

4. Eriksson

5. Furunes

6. Dellve & Eriksson

7. workplace health promotion

8. Nielsen & Noblet

9. Nielsen & Randall

10. Eriksson

مدل رهبری سلامت محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران به چه صورت است؟^۱

پیشینه پژوهش

رهبری سلامت محور یک فرآیند چند بعدی است که در آن افراد در چندین سطح اقدام می‌کنند: ۱. توسعه اهداف ارتقا سلامت و استراتژی‌های اقدام برای بهبود سلامت محیط؛ ۲. اجرای استراتژی‌های عملی برای دستیابی به اهداف سلامت محیط؛ ۳. اقدامات سازمانی که مشارکت جمعی و تعهد به تلاش‌های مداوم ارتقا سلامت را تقویت می‌کند؛ و ۴. توسعه فرهنگ یادگیری که اقدامات به‌روز ارتقا سلامت و تعامل مؤثر جامعه با سازمان را ایجاد کند^۲ (بارت^۱ و همکاران، ۲۰۰۵: ۱۹۷). رهبری سلامت محور به‌عنوان ترکیبی از رفتارهای مختلف رهبری با هدف طراحی یک محل کار سالم برای کارکنان تعریف می‌شود (جیمنز و همکاران، ۲۰۱۷: ۲). همچنین، در تحقیق جیمنز و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهش فرانکه و همکاران (۲۰۱۴) نیز، مفهوم و معیار جدیدی برای رهبری سلامت محور^۲ معرفی می‌شود. این مفهوم جهت‌گیری خاص سلامت رهبران نسبت به پیروان^۳ به‌عنوان مثال، رفتار سلامتی، آگاهی از سلامت و ارزش سلامت و ویژگی‌های خاص سلامتی پیروان نسبت به خود^۴ را ترکیب می‌کند. بیشتر مطالعات تأثیر رفتار رهبران نسبت به پیروان را بدون در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی یا شناختی رهبری بررسی می‌کنند. برای پرداختن به این موضوع، مفهوم "رهبری سلامت محور"^۵ توسعه یافت (ماریا و همکاران، ۲۰۱۸: ۱۸۹). اگرچه نقش رهبری در محیط کار روانی-اجتماعی به‌خوبی پذیرفته شده است، دانش کمی در مورد اینکه چگونه ویژگی‌ها و رفتارهای رهبری بر سلامت مرتبط با کار تأثیر می‌گذارد وجود دارد (آکرجورد و همکاران، ۲۰۱۸: ۱۵۰۹). همچنین، رهبرانی که به رهبری سلامت محور می‌پردازند، می‌توانند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت کارکنان خود تأثیر بگذارند. تأثیر مستقیم بر سلامت کارکنان

پریچ وخم بودن انجام امور، غلبه روحیه بی‌اعتنایی نسبت به نتایج کار، عدم مسئولیت‌پذیری، کارایی و بهره‌وری پایین است (لعلی سرابی و همکاران، ۱۳۹۱: ۸۸). از سوی دیگر عملکرد نامطلوب شرکت‌ها و ناتوانی در کنترل و به حداقل رسانیدن آن در سال‌های اخیر منجر به موج جدیدی از مطالعات در کشور شده است. شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران به‌عنوان یکی از صنایع پیشرو در کشور از این موضوع مستثنی نیستند. به نظر می‌رسد استفاده از سبک رهبری سلامت محور توسط مدیران این صنعت، می‌تواند کمک قابل توجهی در حل مسائل و اصلاح تدریجی نابسامانی‌های این صنعت نماید. (حساس یگانه و الماسی، ۱۳۸۵: ۴۵، تاری وردی و همکاران، ۱۳۹۵، طبائی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۱۱، معمارزاده و همکاران، ۱۳۹۸: ۲۱، حسینی، ۱۳۹۷). همچنین، با توجه به بند ۱ سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی ابلاغی مقام معظم رهبری بر تأمین شرایط و فعال‌سازی کلیه امکانات و منابع مالی و سرمایه‌های انسانی و علمی کشور و همچنین در بند ۳ بر محور قراردادن رشد بهره‌وری در اقتصاد با توانمندسازی نیروی کار که تأکید شده است؛ و همچنین، در نقشه راه اصلاح نظام اداری ابلاغیه ریاست محترم جمهور در ۱۴ اسفند ۱۳۹۲، بر اصولی مانند "توجه به استحکام خانواده و ایجاد تعادل بین کار و زندگی افراد در نظام اداری"، "عدالت محوری، شفافیت و روزآمدی در تنظیم و تنقیح قوانین و مقررات اداری" و "رعایت عدالت در نظام پرداخت و جبران خدمات" تأکید شده که نموده‌هایی از اصول مورد تأکید سبک "رهبری سلامت محور" است. همچنین در متون اسلامی نیز در بسیاری از منابع بر اولویت قرار دادن نیروی انسانی و حفظ سلامت جسمی و روانی آنها در حین کار تأکید شده است. در مجموع، این تحقیق به دنبال پاسخ به این سؤالات است که: "مدل پارادایم رهبری سلامت محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران به چه صورت است؟" و "نتایج اعتبارسنجی

1. Barrett

2. Health-Oriented Leadership(HOL)

3. StaffCare

4. Chang

5. Health-oriented leadership(HoL)

و تأثیر غیرمستقیم بر استرس و فرسودگی شغلی دارد که با واسطه منابع انجام می‌شود. در تحقیق اسکارهولد^۴ و همکاران (۲۰۱۶) نیز، برخی از ویژگی‌های عمومی رهبری سلامت‌محور شناسایی شده‌اند که شامل ویژگی‌های عمل‌گرا، در دسترس، پشتیبان، فراگیر و دموکراتیک هستند. در تعریفی، رهبری سلامت‌محور به‌عنوان ترکیبی از رفتارهای مختلف رهبری با هدف طراحی یک محل کار سالم برای کارکنان تعریف می‌شود (جیمز و همکاران، ۲۰۱۷: ۱). براساس جمع بندی مبانی نظری و تحقیقات پیشین، موضوع رهبری سلامت‌محور به‌ویژه در تحقیقات داخلی موضوع جدیدی است که براساس بررسی‌های محقق، تاکنون محققان آن را کمتر مدنظر قرار داده‌اند و در زمینه ارائه الگوهای کاربردی در این زمینه شکاف تحقیقاتی وجود دارد. بررسی رهبری سازمانی از رویکرد سلامت‌محور، می‌تواند چارچوبی سیستمی و جامع ارائه دهد و به‌نوعی تئوری‌های موجود در زمینه رهبری سازمانی را در قالبی جدید قرار دهد. بنابراین، تحقیق حاضر به‌دنبال پر کردن شکاف تحقیقاتی در زمینه رهبری سلامت‌محور در تحقیقات است.

روش شناسی تحقیق

هدف از انجام تحقیق، طراحی مدل رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران است. تحقیق حاضر از نظر هدف از نوع تحقیقات کاربردی- توسعه‌ای است. ضمناً، این تحقیق از نوع تحقیقات آمیخته است. در مرحله کیفی تحقیق از روش تئوری داده‌بنیاد استفاده شد. دلیل بهره‌گیری از روش تئوری داده‌بنیاد در تحقیق حاضر این است که در زمینه رهبری سلامت‌محور تاکنون تحقیقی که مدل جامعی از رهبری سلامت‌محور و عوامل و راهبردهای مرتبط با آن ارائه دهد، براساس بررسی‌های محقق وجود ندارد. ضمناً، در بین تحقیقات داخلی، «رهبری سلامت‌محور» موضوعی کاملاً جدید است که محققان داخلی هیچ‌گونه نظریه‌ای در ارتباط با آن ارائه ندهاند

می‌تواند شامل رفتارهای رهبری مانند مسئولیت‌پذیری برای بهداشت کارکنان و تشویق کارکنان به شرکت در فعالیتهای ارتقا سلامت به‌عنوان تأثیر مستقیم باشد. در مورد تأثیرات غیرمستقیم رهبری سلامت‌محور نیز، رهبران می‌توانند با ایجاد شرایط کار مناسب، از سلامت کارکنان حمایت کنند (برگنزر و همکاران، ۲۰۲۰: ۱۲). رهبران ممکن است به‌طور مستقیم مسائل سلامت پیروان را برطرف کنند یا اینکه رفتار قدردانی، ملاحظه و همدلی را نشان دهند. به روشی دیگر، رهبران ممکن است از رفتار سالم کار پیروان حمایت کرده و آنها را تشویق کنند یا شرایط کاری آنها را بهبود ببخشند که هر دو منجر به افزایش منابع مرتبط با سلامتی می‌شوند (برگنزر و همکاران، ۲۰۱۹: ۴).

رهبری سلامت‌محور در تحقیقات محدودی مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌های تحقیق شان^۱ و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که رهبری سلامت از طریق حجم کاری تأثیر غیرمستقیم بر حضور پرستاران در محیط کار دارد و حجم کار به‌عنوان یک میانجی عمل می‌کند. همچنین، نتایج مطالعه لیو^۲ و همکاران (۲۰۲۲)، نشان داد که رهبری سلامت تأثیر مثبتی بر سلامت و مشارکت کارکنان در محیط کار دارد، یافته‌های پژوهش لارل^۳ و همکاران (۲۰۲۱) نیز حاکی از آن است که رهبری سلامت می‌تواند در دوره همه‌گیری بیماری کووید-۱۹ آثار ارزشمندی در محیط کار و برای حفاظت از سلامت کارکنان داشته‌باشد. نتایج تحقیق برگنزر و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که رفتارهای رهبری سلامت‌محور تأثیر مستقیم بر رضایت شغلی کارکنان و تأثیر غیرمستقیم بر قصد گردش کاری از طریق رضایت شغلی دارد. نتایج پژوهش ماریا و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که رهبری سلامت‌محور رابطه منفی با سطوح فرسودگی شغلی، افسردگی و شکایات جسمانی افسران پلیس دارد و با وضعیت بهزیستی آنها رابطه مثبت دارد. همچنین، یافته‌های مطالعه جیمز و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که رهبری سلامت‌محور، تأثیر مستقیم قوی بر منابع کارکنان

1. Shan

2. Liu

3. Laurel

4. Skarholt

و با توجه به تأثیر بالای عوامل بومی بر آن، هیچ‌گونه آگاهی و شناختی وجود ندارد و از این رو، خلأ تحقیقاتی مشهودی وجود دارد و باید نظریه «رهبری سلامت‌محور» براساس داده‌ها و واقعیات سازمانی ساخته شود. بنابراین، از روش تئوری داده‌بنیاد در بخش کیفی تحقیق استفاده می‌شود. روش تئوری داده‌بنیاد بر اساس دیدگاه پدیدآورندگان آن، روشی است کیفی برای ساخت نظریه‌ای که مبتنی بر واقعیات و داده‌ها باشد. به تعبیر دیگر، نظریه داده‌بنیاد یک روش پژوهش استقرایی و اکتشافی است که به پژوهشگران در حوزه‌های گوناگون امکان می‌دهد تا به جای اتکا به تئوری‌های موجود و از پیش تعریف‌شده، خود به تدوین تئوری اقدام کنند (قاسمی، ۱۴۰۰: ۴۰۰). گلیزر (۱۹۹۲) بیان می‌کند که هدف نظریه داده‌بنیاد، خلق یک نظریه در قالب مجموعه‌ای از فرضیه‌های مربوط به هم است که از طریق مقایسه مستمر داده‌ها به دست آمده و بسیار انتزاعی است. مشارکت کنندگان در مرحله کیفی، خبرگان اجرایی در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک و خبرگان دانشگاهی بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. روش گردآوری داده‌ها در این مرحله، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود و تارسیدن به اشباع نظری، فرآیند انجام مصاحبه‌ها ادامه یافت. شرایط انتخاب خبرگان دانشگاهی شامل داشتن مدرک دکتری در یکی از گرایش‌های مدیریت یا رشته‌های مرتبط و سابقه فعالیت پژوهشی در رابطه با مباحث رهبری سازمانی بود. همچنین، شرایط انتخاب خبرگان اجرایی شامل حداقل ۵ سال سابقه در پست‌های مدیریتی، آشنایی با ادبیات رهبری سازمانی و داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد بود. در مرحله کیفی، از ۱۰ نفر از خبرگان دانشگاهی و همچنین ۱۷ نفر از مدیران شرکت‌های تولیدکننده لاستیک مصاحبه به عمل آمد.

در مرحله کمی تحقیق نیز، به منظور اعتبارسنجی مدل طراحی شده از روش مدل سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. جامعه آماری مورد مطالعه

در این مرحله شامل مدیران ارشد و میانی در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران بودند. در این مرحله، از جدول حجم نمونه پیشنهادی PLS-SME استفاده شد براساس جدول هیر و همکاران (۲۰۱۷) و حداقل R^2 برابر با ۰/۱ با سطح معناداری ۵٪ از آنجایی که که حداقل پیکان‌ها به سازه «رهبری سلامت‌محور» به‌طور بالقوه ۳ پیکان است، در نتیجه حجم نمونه ۱۴۵ نفر تعیین گردید، اما با وجود احتمال اینکه که مولفه‌های مدل به‌شکل تفکیکی وارد مدل شود، ۱۵۸ نفر به‌منظور رعایت احتیاط برای کفایت نمونه انتخاب شد. همچنین، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده افراد نمونه انتخاب گردیدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از ابزار پرسش‌نامه با طیف ۵ تایی لیکرت استفاده شد و روایی پرسش‌نامه توسط ۴ نفر از خبرگان تایید گردید و همچنین، پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ مقدار ۰/۸۴۵ محاسبه گردید که مقداری قابل قبول است. ضمناً، قبل از انجام محاسبات، کفایت حجم نمونه با بهره‌گیری از شاخص KMO و آزمون بارلت تایید گردید و همچنین، نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولکوگروف-اسمیرنوف بررسی شد که نتایج نشان داد که داده‌ها برای انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری مناسب است.

یافته‌های تحقیق

در پژوهش حاضر، به‌منظور گردآوری داده‌ها برای طراحی الگوی رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با خبرگان استفاده شد و داده‌ها با روش تئوری داده‌بنیاد تحلیل شدند. در تحقیق حاضر پس از انجام مصاحبه با خبرگان، متن مصاحبه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. پس از بررسی متن کامل مصاحبه‌ها، کدگذاری باز انجام شد. چند نمونه از متن مصاحبه‌ها و کدهای باز استخراج‌شده در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. نمونه‌ای از متن مصاحبه‌ها و کدهای استخراج شده

کد باز	متن مصاحبه
تعادل بین زندگی فردی- کاری	خیلی از سازمان‌ها به زندگی شخصی افراد اهمیت نمی‌دهند و فکر می‌کنند نیروی کار دائماً باید در اختیار سازمان باشد. رهبران باید تعادل مطلوبی بین زندگی کاری و زندگی شخصی افراد ایجاد کنند تا افراد با کمترین دغدغه به کار بپردازند.
مدیریت استرس در محیط کار	استرس شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری در محیط‌های کاری است. مدیران سازمان باید برای مدیریت آن برنامه داشته‌باشند.
مدیریت وظایف و مسئولیت‌ها	مدیران باید تناسب بین وظایف کاری افراد و توانمندی‌های آنها را مدنظر قرار دهند. اینکه از یک فرد کاری غیر از تخصص او را انتظار داشته‌باشیم، فشار ذهنی و روانی زیادی به او وارد می‌شود.
دانش اندوزی در مورد مباحث علمی سلامت کارکنان	"یک مدیر باید در مورد مسائل سلامت نیروی انسانی دانش روز داشته‌باشد و آگاه باشد. مانند سایر مهارت‌ها و دانش مدیریت، مدیر باید دانش خود در زمینه سلامت را دائم ارتقا دهد."
توسعه اهداف ارتقا سلامت کارکنان	"رهبران سازمانی باید برای ارتقای سلامت کارکنان اهداف و معیارهایی را تعیین کنند. مبنای ارتقای سلامت کارکنان باید دستیابی به این اهداف باشد."
روابط با ذی‌نفعان بیرونی سلامت کارکنان	"رهبران سازمانی معمولاً رابطه و تعامل مناسبی با سازمان‌های فعال در حوزه سلامت کارکنان ندارند و کمتر از دانش و تخصص آنها در زمینه ارتقای سلامت کارکنان استفاده می‌کنند."
اهمیت دادن به سلامت فردی رهبر	"یک رهبر باید ابتدا به سلامت فردی خود اهمیت دهد و تا حد امکان زمینه ارتقای سلامت فردی را فراهم کند."
رعایت و پایبندی به قواعد سلامت فردی	"رهبر سلامت‌محور باید در زمینه پایبندی به قواعد و اصول سلامت فردی الگو و نمونه باشد و در زمینه رعایت آنها پیشرو باشد."

پس از انجام کدگذاری باز، کدگذاری محوری انجام گرفت. فرآیند مرتبط کردن مقوله‌ها به مقوله‌های فرعی، کدگذاری محوری نامیده می‌شود؛ زیرا کدگذاری در محور یک مقوله صورت می‌گیرد و مقوله‌ها را در سطح ویژگی‌ها و ابعاد به یکدیگر مرتبط می‌کند (دانایی‌فرد و همکاران، ۱۳۹۸a).

به‌منظور انجام کدگذاری محوری، کدهای ی که دارای اشتراک مفهومی بودند، در یک دسته قرار گرفتند. نتایج کدگذاری مربوط به پدیده محوری (رهبری سلامت‌محور) در جدول ۲ ارائه شده‌است که شامل بعد نگرش سلامت کارکنان، بعد عملی کارکنان و بعد سلامت فردی رهبر است.

جدول ۲. نتایج کدگذاری رهبری سلامت محور (پدیده محوری)

مقولات	مفاهیم	کدباز
بعد نگرش سلامت کارکنان	آگاهی سلامت کارکنان	شناخت مسائل سلامتی کارکنان در سازمان، حساسیت به شرایط سلامت کارکنان، تأمل و چاره اندیشی در مورد روش‌های پیشگیری از مشکلات سلامت، برنامه ریزی رفع مشکلات و کاستی‌های سلامتی کارکنان، دانش اندوزی در مورد مباحث علمی سلامت کارکنان، کسب اطلاعات از تجربه و دانش دیگران در مورد مسائل سلامت کارکنان و یادگیری از تجارب رهبران موفق در مورد مدیریت سلامت کارکنان
	ارزش سلامت کارکنان	علاقه و گرایش رهبر به مسائل سلامت کارکنان، دغدغه رهبری نسبت به سلامت کارکنان، اهمیت و اولویت دادن به مسائل سلامت کارکنان، پایبندی به اصول و ارزش‌های سلامت کارکنان و نگرش خاص و ویژه رهبر به سلامت کارکنان در اتخاذ تصمیمات
بعد عملی سلامت کارکنان	رویکرد سلامت کارکنان	تعادل بخشیدن به ارتقا سلامت کارکنان در مقابل اهداف سازمانی، توسعه اهداف ارتقا سلامت کارکنان، استراتژی‌ها و برنامه‌های اقدام برای بهبود سلامت کارکنان، تعامل مؤثر با جامعه در زمینه سلامت کارکنان، روابط با ذی‌نفعان بیرونی سلامت کارکنان و نگاه همه جانبه و جامع به سلامت کارکنان
	رفتار سلامت کارکنان	تشویق به سلامت کارکنان، گوش دادن به مسائل سلامت کارکنان، پرسیدن صریح احساسات و سلامت پیروان، بیان صریح اهمیت وضعیت سلامت پیروان و الگو بودن در سلامت برای کارکنان و ارتباط مثبت در مسائل سلامت کارکنان
بعد سلامت فردی رهبر	ارزش سلامت فردی	اهمیت دادن به سلامت فردی، دانش اندوزی در مورد سلامت فردی، حساس بودن به سلامت فردی و نگرش ویژه و اولویت دادن به سلامت فردی
	پیگیری سلامت فردی	انجام برنامه‌های سلامت فردی رهبر، رعایت و پایبندی به قواعد سلامت فردی، انجام رفتارها و فعالیت‌های فردی مبتنی بر سلامت و رفتار پیشگیرانه در سلامت فردی

۳ ارائه شده است که شامل کیفیت زندگی کارکنان، اقدامات شغلی، سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیطی است.

همچنین، پس از انجام کدگذاری باز و کدگذاری محوری، راهبردهای (رهبری سلامت محور) در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران شناسایی گردید. نتایج کدگذاری در جدول

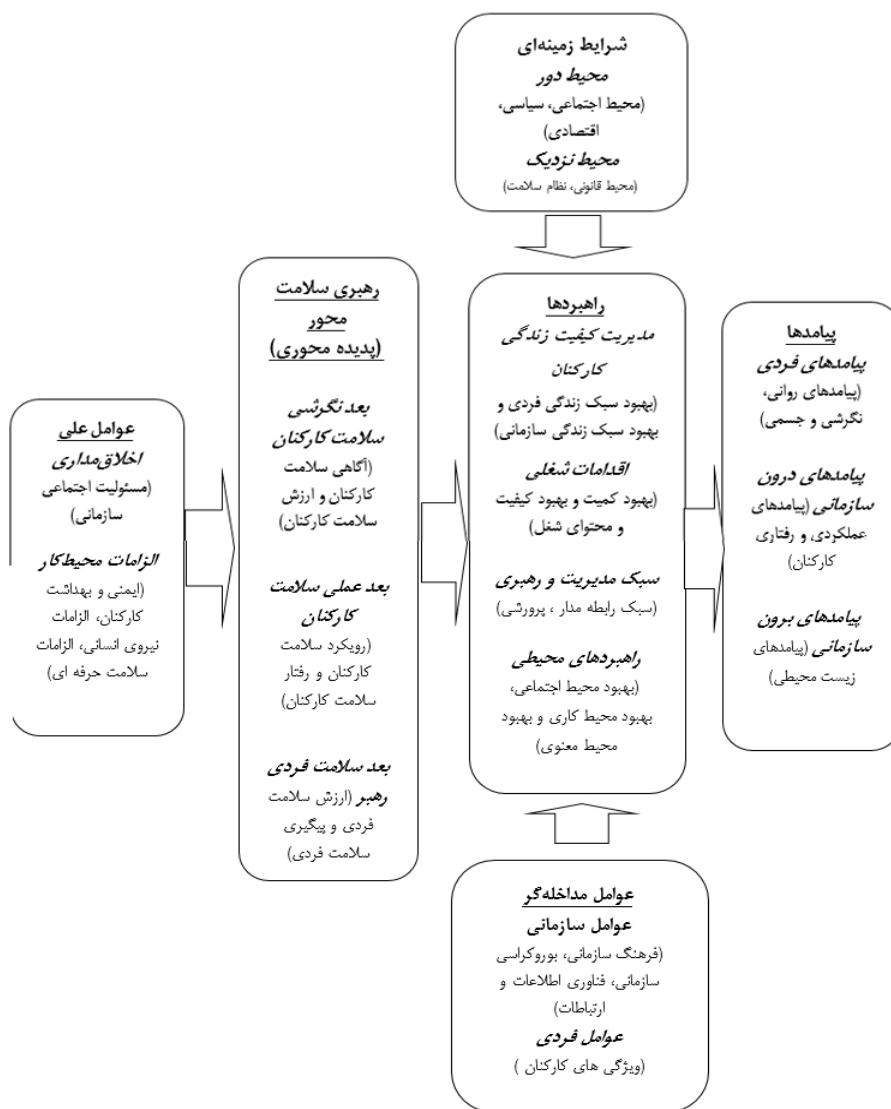
جدول ۳. نتایج کدگذاری راهبردهای رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک

مقولات	مفاهیم	کدباز
مدیریت کیفیت زندگی کارکنان	بهبود سبک زندگی فردی	ورزش، تغذیه و رژیم غذایی سالم، پایش سلامت و تفریح و استراحت
	بهبود سبک زندگی سازمانی	تعادل بین زندگی فردی- کاری، مدیریت استرس در محیط کار و مدیریت وظایف و مسئولیت‌ها
اقدامات شغلی	بهبود کمیت شغل	تنوع وظایف، فشار زمانی شغل، تعادل بین تقاضاهای شغلی و منابع شغلی و ارائه امکانات موردنیاز برای انجام وظایف
	بهبود کیفیت و محتوی شغل	معناداری شغل، بازخورد شغلی، فرصت‌های توسعه کارکنان، وضوح و شفافیت شغل، یادگیری شغلی و استقلال شغلی
سبک مدیریت و رهبری	سبک رابطه مدار	ایجاد تعادل بین خواسته‌های کارکنان، قدردانی از کارکنان، حمایت از کارکنان، به رسمیت شناختن کارکنان و همدلی با کارکنان
	سبک پرورشی	مربیگری، تأکید بر خلاقیت، توانمندسازی کارکنان، تشویق و پذیرش ایده‌های جدید، پاداش، مشارکت کارکنان و الگو بودن مدیر
محیطی	بهبود محیط اجتماعی	اعتماد سازی، جو حمایتی، ایجاد هویت مشترک و انسجام و همبستگی (کار گروهی قوی)
	بهبود محیط کاری	شرایط فیزیکی (نور، صدا، دما و...)، پیاده سازی استانداردهای محیط کاری، شناسایی و مدیریت ریسک‌های محیط کاری و تسهیم دانش و ایجاد فرصت‌های آموزشی
	بهبود محیط معنوی	عدالت و صداقت

نهایتاً، پس از بررسی محتوای مصاحبه با خبرگان و انجام مراحل کدگذاری باز و کدگذاری محوری، عوامل مؤثر بر رهبری سلامت‌محور و پیامدهای آن در شرکت‌های تولیدکننده

جدول ۴. نتایج کدگذاری محوری عوامل مؤثر و پیامدهای رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک

ابعاد	مقولات	مفاهیم	کدباز	
عوامل مداخله‌گر	سازمانی	فرهنگ سازمانی	ارزش‌ها و باورهای کارکنان، هنجارهای سازمانی، فاصله قدرت و پذیرش تغییر	
		بوروکراسی سازمانی	ساختار سازمانی، قواعد زائد و دست و پاگیر، گستردگی تشکیلات سازمانی و سلسله مراتب سازمانی	
		فناوری اطلاعات و ارتباطات	شبکه‌های اجتماعی، شبکه‌های الکترونیک سازمانی و سیستم‌های الکترونیک بین‌سازمانی	
عوامل زمینه‌ای	فردی	ویژگی‌های کارکنان	تحصیلات کارکنان، جنسیت کارکنان، بلوغ کارکنان و سابقه کاری کارکنان	
	محیط دور	محیط اجتماعی	فشارهای جامعه در مورد نیروی کار، سازمان‌های مردم‌نهاد، فرهنگ کار در جامعه و سطح دانش عمومی جامعه	
		محیط سیاسی	سیاست‌های دولت، روابط بین‌المللی، تحریم و بودجه دولت	
		محیط اقتصادی	وضعیت اشتغال، تورم، شرایط رقابتی بازار و نوسانات بازار	
	محیط نزدیک	محیط قانونی	قوانین حمایتی از نیروی کار، قوانین بیمه نیروی کار، قوانین حمایت از اشتغال و کسب‌وکار و قوانین مربوط به سلامت نیروی انسانی در محیط کار	
		نظام سلامت	دسترسی به خدمات سلامت، عدالت در بخش سلامت، کیفیت خدمات سلامت و سیاست‌گذاری سلامت	
	عوامل علی	اخلاق‌مداری	مسئولیت‌اجتماعی سازمانی	حقوق بشر، اخلاق حرفه‌ای، انسانیت و نوع دوستی و حساسیت‌های اجتماعی
		الزامات محیط‌کار	ایمنی و بهداشت کارکنان	حوادث کاری، آسیب‌های شغلی، خطرات محیط کار، اختلالات ذهنی و روانی و مسائل بهداشتی
الزامات نیروی انسانی			دانشی شدن کارکنان، خواسته‌ها و انتظارات کارکنان، آگاهی کارکنان و ارزش سرمایه انسانی	
الزامات سلامت حرفه‌ای			هزینه‌های بالای سلامت، قوانین سخت‌گیرانه سلامت حرفه‌ای، توسعه دانش سلامت حرفه‌ای، توسعه انجمن‌ها و نهادهای سلامت حرفه‌ای و سلامت اداری	
پیامدها		پیامدهای فردی	پیامدهای روانی	کاهش استرس، سلامت روان، خلق و خوی مثبت و کاهش افسردگی
	پیامدهای نگرشی		رضایت شغلی، تعهد قوی‌تر، وفاداری، شادی کارکنان و نگرش مثبت	
	پیامدهای جسمی		نیروی کار سالم‌تر، کاهش فرسودگی شغلی، کاهش خستگی، قدرت جسمی و کاهش آسیب‌های فیزیکی	
	پیامدهای درون‌سازمانی	پیامدهای عملکرد کارکنان	کاهش هزینه‌های مربوط به بیماری کارکنان، افزایش بهره‌وری، نوآوری، تاب‌آوری، ظرفیت سازمانی و کیفیت عملکرد	
		پیامدهای رفتاری کارکنان	کاهش غیبت کارکنان، ایمنی کارکنان، کاهش مرخصی استعلاجی، کاهش ترک خدمت کارکنان، کاهش شکایت سلامت و کاهش تعارضات	
	پیامدهای برون‌سازمانی	پیامدهای زیست‌محیطی	تغییر باورهای سنتی در مصرف انرژی و ایجاد فرهنگ سبز در کارکردهای سازمانی و اجتماعی	



شکل ۲. مدل پارادایم رهبری سلامت محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک

اعتبارسنجی مرحله کیفی

میرام (۲۰۰۹)، روایی درونی را چگونگی انطباق یافته‌های تحقیق بر واقعیات می‌داند. در تحقیق صادقی مقدم (۱۳۹۱) براساس دیدگاه میرام (۲۰۰۹)، برای روایی درونی در بخش کیفی از دو روش کثرت‌گرایی و بررسی توسط اعضا استفاده شد. در روش کثرت

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها با استفاده از نظریه داده‌بنیاد ۳ مرحله کدگذاری انجام شد تا مدل رهبری سلامت محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک طراحی گردید. بعد از نهایی شدن مدل تحقیق، روایی و پایایی آن بررسی گردید.

رابطه ۱ $PAO=2M/(n^1+n^2)$

PAO^6 درصد توافق مشاهده شده (ضریب پایایی)

M تعداد توافق در دو مرحله کدگذاری

n^1 تعداد واحدهای کدگذاری شده در مرحله اول

n^2 تعداد واحدهای کدگذاری شده در مرحله دوم

به منظور محاسبه پایایی، از بین مصاحبه‌های انجام شده تعداد ۴ مصاحبه انتخاب شد و هر کدام در فاصله زمانی ۱۴ روز دو بار توسط محقق کدگذاری انجام گرفت. سپس کدهای تعیین شده برای هر مصاحبه یک به یک با هم مقایسه شدند. در هر مصاحبه، کدهای مشابه به عنوان "توافق" و کدهای غیرمشابه به عنوان "عدم توافق" تعیین گردید. قابلیت اعتماد یا پایایی یافته‌های پژوهش در جدول ۵ قابل مشاهده است. همان طور که در جدول ملاحظه می‌شود، میانگین کدها در مرحله اول ۱۱، میانگین کدها در مرحله دوم ۱۳، میانگین

گرایی^۱ از چند منبع داده یا چند روش برای تأیید داده‌های در حال ظهور استفاده می‌شود. همچنین، با توجه به مریام (۲۰۰۹) در روش بررسی توسط اعضا، از پاسخ‌دهندگان درخواست می‌شود تا به پرسش میزان مورد قبول بودن نتایج پاسخ دهند. در این تحقیق برای تأیید روایی یافته‌های کیفی با روش تئوری داده‌بنیاد از ۴ نفر از خبرگان مشارکت کننده در مورد یافته‌ها نظرخواهی شد که با تغییراتی یافته‌ها به تأیید آنها رسید. همچنین، معیار قابلیت اعتماد یا پایایی به ثبات داده‌ها در طول زمان و در شرایط متفاوت اطلاق می‌شود. پایایی مصاحبه‌ها عمیقاً تحت تأثیر فرآیند کدگذاری است و درصد بالای توافق یا عدم توافق در کدگذاری به ترتیب نشان دهنده کم یا زیاد بودن پایایی مصاحبه است. به منظور بررسی قابلیت اعتماد نتایج پژوهش حاضر از ضریب توافق درصدی^۳ یا سنجش رابطه خام^۴ که همخوانی بسیاری با روش سنجش پایایی بازآزمایی یا آزمون-آزمون مجدد^۵ (در پژوهش‌های کمی) دارد، بر اساس فرمول زیر استفاده گردید:

جدول ۵. قابلیت اعتماد یا پایایی نتایج پژوهش

مصاحبه	تعداد کد در مرحله اول	تعداد کد در مرحله دوم	تعداد توافقات	تعداد عدم توافقات	درصد پایایی
۱	۱۳	۱۵	۱۲	۳	۸۵
۲	۱۲	۱۴	۱۲	۲	۹۲
۳	۱۰	۱۳	۹	۴	۷۸
۴	۹	۱۰	۸	۲	۸۴
کل	۱۱	۱۳	۱۰/۲۵	۲/۷۵	۸۵

برای سنجش کفایت فرآیند تحقیق، به کار گرفته می‌شود. بر این اساس، معیارهای مربوط به پژوهش‌های تفسیری شامل اعتمادپذیری، انتقال‌پذیری، اتکاپذیری، تصدیق‌پذیری و راستی و معیارهای نظریه تئوری داده‌بنیاد شامل تطابق، فهم‌پذیری، عمومیت و کنترل‌پذیری هستند. کفایت فرآیند تحقیق براساس معیارهای مذکور در جدول ۶ مورد بررسی قرار گرفته است (محقر و صادقی‌مقدم، ۱۳۹۰: ۳۸).

توافقات ۱۰/۲۵، میانگین عدم توافقات ۲/۷۵ و پایایی کل ۸۵ درصد است که با توجه به اینکه بالاتر از ۷۰ درصد می‌باشد، پایایی تأیید شد. همچنین، محقر و صادقی مقدم (۱۳۹۰)، در پژوهش خود، به تبعیت از فلینت و همکاران برای ارزیابی قابل‌اتکا بودن داده‌ها و تفسیرها، ترکیبی از معیارهای مورد استفاده در ارزیابی تحقیقات تفسیری و تحقیقات برخاسته از داده را مورد استفاده قرار داده‌اند که در این تحقیق این معیارها

1. triangulation

2. member checks

3. Raw Percent Agreement

4. Crude Association

5. Test-retest method

6. Percentage of Agreement Observation(POA)

جدول ۶. سنجش کفایت فرایند تحقیق

ردیف	معیار	مفهوم معیار
۱	اعتمادپذیری	میزانی که نشان می‌دهد نتایج حاصل از تحقیق تا چه حد نماینده داده‌های تحقیق است.
۲	انتقال‌پذیری	میزانی که قابلیت به‌کارگیری یافته‌های تحقیق را در موقعیت‌های مشابه دیگر نشان می‌دهد.
۳	انکاپذیری	میزانی که منحصر بودن یافته‌ها به زمان و مکان را نشان می‌دهد.
۴	تصدیق‌پذیری	میزانی که نشان می‌دهد تا چه حد تفسیرهای صورت‌گرفته، برآمده از مصاحبه‌شوندگان است و تحت تأثیر سوگیری محقق نبوده است.
۵	راستی	میزانی که نشان می‌دهد تفسیرها تحت تأثیر اطلاعات نادرست یا طفره رفتن مصاحبه‌شوندگان قرار نگرفته است.

اعتبارسنجی مرحله کمی

به‌منظور تایید اعتبار مدل تحقیق و براساس خروجی روش تئوری داده‌بنیاد، پرسشنامه‌ای طراحی شد. در این پرسشنامه، برای کلیه متغیرهایی که در مدل تحقیق وجود دارد، سوالاتی براساس پرسشنامه‌های استاندارد موجود طراحی گردید. پرسش‌نامه به ۶ قسمت عوامل علی، رهبری سلامت‌محور (پدیده محوری)، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها تقسیم شد. ابتدا برای اعتبارسنجی مدل، باید از کفایت حجم نمونه که ۱۵۸ نفر بود، اطمینان حاصل شد. روش‌های مختلفی برای بررسی کفایت حجم نمونه وجود دارد که از جمله آن‌ها آزمون KMO و آزمون بارتلت^۱ است که مقدار آماره بین ۰ تا ۱ در نوسان است. برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی‌هایی که پایه تحلیل قرار می‌گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون بارتلت استفاده شد. خروجی آزمون KMO و بارتلت در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. آزمون KMO و بارتلت

KMO		۰/۷۳۹
آزمون بارتلت	خی دو	۱۲۲۸/۹
	درجه آزادی	۱۲۰
	سطح معناداری	۰/۰۰۰

با توجه به جدول فوق، آماره KMO میزان ۰/۷۳ به دست آمده است؛ بنابراین حجم نمونه کافی است. همچنین، مقدار معناداری آزمون بارتلت نیز ۰/۰۰۰ می‌باشد که نشان می‌دهد نتایج معنادار است. در خروجی آزمون بارتلت مقدار آماره خی دو و درجه آزادی نیز قابل مشاهده است. همچنین، برای بررسی اینکه آیا توزیع نمرات متغیر متغیرهای تحقیق نرمال می‌باشد، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف یک نمونه‌ای استفاده شد. براساس یافته‌ها، با سطح معنی داری ۵ درصد نتایج نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای تحقیق نرمال نمی‌باشد. بنابراین، برای محاسبات مدل سازی معادلات ساختاری با روش PLS مناسب است. سپس، بررسی پایایی و اعتبار مرکب هر یک از سازه‌ها بررسی شد. به‌منظور بررسی پایایی سازه^۲ با توجه به ملاک فورنل و لارکر^۳، (۱۹۸۱) از سه شاخص پایایی مرکب^۴، متوسط واریانس^۵ استخراج‌شده و بار عاملی^۶ استفاده می‌گردد. شرط برقراری پایایی سازه این است که اندازه پایایی مرکب (CR) از ۰/۷ بزرگ‌تر و اندازه متوسط واریانس استخراج‌شده (AVE) از ۰/۵ بزرگ‌تر باشد. نتایج محاسبات در جدول ۸ ارائه شده است.

1. Bartlett Test

2. Construct Reliability

3. Fornell & Larcker

4. Composite Reliability

5. Average Variance Extracted

6. Factor Loading

جدول ۸. بررسی پایایی سازه

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE
اخلاق‌مداری	۰/۷۳۷	۰/۸۴۴	۰/۷۳۰
الزامات محیط کار	۰/۸۶۶	۰/۹۱۸	۰/۷۹۰
عوامل علی	۰/۷۸۰	۰/۸۲۶	۰/۷۰۴
عوامل فردی	۰/۸۲۴	۰/۹۱۹	۰/۸۵۰
عوامل سازمانی	۰/۹۶۰	۰/۹۷۴	۰/۹۲۶
عوامل مداخله‌گر	۰/۷۴۷	۰/۸۱۵	۰/۶۸۸
پیامدهای برون‌سازمانی	۰/۸۲۳	۰/۹۱۹	۰/۸۵۰
پیامدهای درون‌سازمانی	۰/۹۰۴	۰/۹۵۴	۰/۹۱۲
پیامدهای فردی	۰/۸۷۷	۰/۹۲۵	۰/۸۰۵
پیامدها	۰/۷۰۶	۰/۷۵۱	۰/۵۰۳
محیط دور	۰/۸۶۳	۰/۹۱۷	۰/۷۸۶
محیط نزدیک	۰/۸۰۳	۰/۹۱۰	۰/۸۳۶
عوامل زمینه‌ای	۰/۷۰۰	۰/۸۶۹	۰/۷۶۹
عملی سلامت	۰/۸۴۰	۰/۹۲۶	۰/۸۶۲
نگرش سلامت	۰/۷۸۵	۰/۸۲۶	۰/۷۰۴
سلامت فردی رهبر	۰/۸۹۴	۰/۹۵۰	۰/۹۰۴
رهبری سلامت‌محور	۰/۷۴۶	۰/۷۶۸	۰/۵۲۵
کیفیت زندگی کارکنان	۰/۸۱۱	۰/۹۱۳	۰/۸۴۱
اقدامات شغلی	۰/۸۹۶	۰/۹۵۱	۰/۹۰۶
راهبرد محیطی	۰/۷۰۵	۰/۸۳۸	۰/۶۳۴
سبک مدیریت	۰/۸۱۷	۰/۹۱۵	۰/۸۴۴
راهبردها	۰/۷۰۳	۰/۷۷۱	۰/۵۶۱

شد. خروجی نرم‌افزار PLS نشان از تایید بودن مدل ساختاری برازش یافته‌است. ابتدایی‌ترین معیار برای سنجش رابطه بین سازه‌ها در مدل‌های معادلات ساختاری، اعداد معناداری t است. اگر مقدار آماره t خارج از بازه (۱/۹۶- تا ۱/۹۶+) قرار گیرد، در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است و اگر مقدار آماره t درون این بازه قرار گیرد، در نتیجه ضریب مسیر برآورد شده معنادار نیست و فرضیه متناسب با آن رد می‌شود. شکل

در این قسمت مقدار ضریب به‌دست آمده برای متغیرهای تحقیق بعد از انجام روایی به شرح جدول بالا ارائه شده‌است. با توجه به این‌که برای تمام متغیرها این مقدار بالای ۰/۷ می‌باشد. در ادامه همان‌طور که می‌بینید برای تمام متغیرها مقدار AVE بیشتر از ۰/۵ و مقدار CR بیشتر از ۰/۷ می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که ابزار از پایایی مناسب برخوردار است. پس از تایید کفایت حجم نمونه، مدل ساختاری تحقیق آزمون

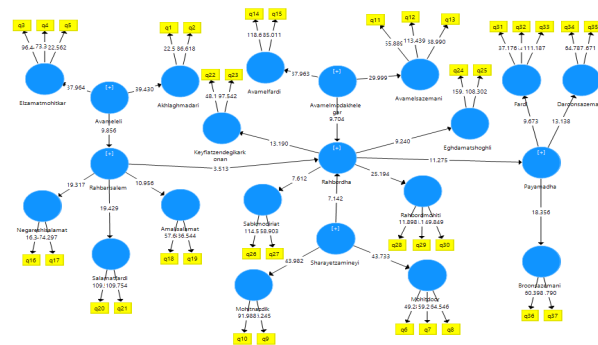
می‌شود، رویکرد PLS فاقد شاخص برازش مبتنی بر "خی دو" به‌منظور بررسی میزان مطابقت الگوی نظری با داده‌های گردآوری شده‌است. این امر به ماهیت پیش بین محور PLS بستگی دارد. همچنین، برای بررسی کفایت الگوی پیش بین هر متغیر وابسته می‌توان از شاخص Q^2 استفاده کرد. اندازه مثبت این شاخص نشانگر کفایت پیش بین مناسب است، در صورتی که اندازه برای همه متغیرهای درون‌زا (وابسته) مثبت باشد، می‌توان از میانگین آنها به‌عنوان شاخصی برای سنجش کیفیت کلی الگوی ساختاری استفاده کرد (دانایی فرد و همکاران، ۱۳۹۸؛ ۴۱۶؛ اسفیدانی و همکاران، ۱۳۹۶؛ ۱۵۱). مقدار Q^2 مربوط به متغیرهای درون‌زای

الگو در جدول ۹ ارائه شده که همگی مثبت است.

جدول ۹. شاخص‌های متغیرهای مکنون

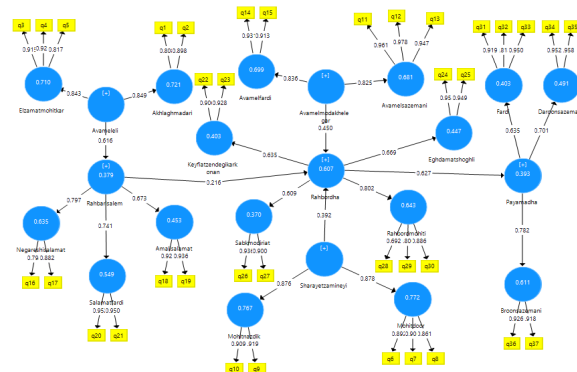
متغیر	R^2	Q^2
اخلاق‌مداری	۰/۷۲۱	۰/۵۰۸
الزامات محیط کار	۰/۷۱۰	۰/۵۵۲
عوامل فردی	۰/۶۹۹	۰/۵۷۸
عوامل سازمانی	۰/۶۸۱	۰/۶۱۹
پیامدهای برون‌سازمانی	۰/۶۱۱	۰/۵۰۶
پیامدهای درون‌سازمانی	۰/۴۹۱	۰/۴۳۲
پیامدهای فردی	۰/۳۹۳	۰/۱۹۲
پیامدها	۰/۳۹۳	۰/۱۹۲
محیط دور	۰/۷۷۲	۰/۶۰۰
محیط نزدیک	۰/۷۶۷	۰/۶۳۲
عملی سلامت	۰/۴۵۳	۰/۳۷۸
نگرش سلامت	۰/۶۳۵	۰/۴۳۴
سلامت فردی رهبر	۰/۵۴۹	۰/۴۸۶
رهبری سلامت‌محور	۰/۳۷۹	۰/۱۹۶
کیفیت زندگی کارکنان	۰/۴۰۳	۰/۳۲۹
اقدامات شغلی	۰/۴۴۷	۰/۳۹۷
راهبرد محیطی	۰/۶۴۳	۰/۳۹۸
سبک مدیریت	۰/۳۷۰	۰/۳۰۰
راهبردها	۰/۶۰۷	۰/۲۷۶

شماره ۳ مدل مفهومی پژوهش را در حالت معناداری ضرایب نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب خارج از بازه قرار دارند و بنابراین، تمامی آنها معنادار هستند.



شکل ۳. مقادیر آماره t

همچنین شکل ۴ معناداری مدل ساختاری تحقیق در حالت استاندارد و پارامترهای به‌دست آمده را نشان می‌دهد. ضرایب به‌دست آمده زمانی معنادار است که مقدار بارهای عاملی محاسبه شده از مقدار $0/4$ بالاتر است و بنابراین، مدل مورد تایید است.



شکل ۴. واریانس و بار عاملی و ضریب مسیر

معیار ضروری برای سنجش الگوی ساختاری ضریب تعیین (R^2) متغیرهای مکنون وابسته‌است. چین (۱۹۹۸) اندازه R^2 را $0/19$ و $0/33$ و $0/67$ در الگوی مسیر PLS را به ترتیب ضعیف، متوسط و قابل توجه توصیف نموده‌است. برخلاف رویکرد مبتنی بر کوواریانس که از شاخص‌های متعددی برای برازش الگو استفاده

مسئله مدیریت و به‌ویژه هدایت و رهبری، موضوعی است که همواره در زندگی اجتماعی انسان و حتی پیش از آن مطرح بوده است. تحولات کنونی پیرامون رهبری مدیریتی، توسل به مدل‌ها و مهارت‌های جدید را الزامی ساخته‌است. اما، برای حرکت در جهت رهبری سازمانی در مدیریت شرکت‌ها، نیاز به الگوهای وجود دارد که بتوانند به مدیران دیدگاهی جامع‌نگر و سیستمی ارائه دهد که ضمن تحقق اهداف سازمانی، زمینه برای ارتقای سلامت نیروی انسانی و حتی خود رهبران فراهم شود. در این تحقیق با استفاده از روش تئوری داده‌بنیاد تلاش شد بر مبنای تئوری رهبری سلامت‌محور به‌عنوان یکی از رویکردهای نوین در زمینه رهبری، الگویی توسعه یابد تا ضمن ارتقای سلامت کارکنان و متعاقباً رهبران سازمانی، زمینه را برای بهبود عملکرد و دستیابی به اهداف سازمانی فراهم شود. در تحقیق حاضر، ۶ دسته عوامل بر مبنای الگوی پارادایم استراوس و کوربین (۱۹۹۸) شامل عوامل علی، رهبری سلامت‌محور (پدیده محوری)، عوامل زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، راهبردها و پیامدها شناسایی شد. همچنین براساس یافته‌های تحقیق، رهبری سلامت‌محور از سه بعد نگرشی سلامت کارکنان، عملی سلامت کارکنان و سلامت فردی رهبر تشکیل شده‌است. به عبارتی، می‌توان رهبری سلامت‌محور را به‌عنوان «مجموعه‌ای از نگرش‌ها و رویکردها و همچنین اقدامات عملی که باعث ارتقای سطح سلامت کارکنان و رهبران در محیط‌های کاری و سازمانی می‌شود»، تعریف کرد. بر این اساس، رهبری سلامت‌محور نه تنها سلامت پیروان، بلکه سلامت شخص رهبر را نیز مدنظر قرار می‌دهد و همچنین، علاوه بر توجه به نگرش و دغدغه‌های رهبران در زمینه سلامت، شامل اقدامات عملی و اجرایی نیز می‌شود. در مفهوم سازی یائو و همکاران (۲۰۲۱) و جیمنز و همکاران (۲۰۱۷)، بیشتر بر جنبه‌های رفتاری رهبری سلامت‌محور تأکید داشته‌اند؛ اما در مفهوم سازی های محققان گذشته

نهایتاً، تنن هاوس و همکاران (۲۰۰۵) شاخص کلی برازش را برای بررسی برازش مدل معرفی نموده‌اند. ملاک کلی برازش (GOF) را می‌توان با محاسبه میانگین هندسی میانگین اشتراک و R^2 به دست آورد.

$$GOF = \sqrt{\text{average (Comunalitie)} * R^2}$$

$$0,46 = 0,56 * 0,38 \sqrt{=} GOF$$

به باور تنن‌هاوس و همکاران (۲۰۰۵)، شاخص GOF در مدل PLS راه حلی عملی برای مشکل بررسی برازش کلی مدل بوده و همانند شاخص‌های برازش در روش‌های مبتنی بر کوواریانس عمل می‌کند و از آن می‌توان برای بررسی اعتبار یا کیفیت مدل PLS به صورت کلی استفاده کرد. این شاخص بین صفر تا یک قرار دارد و مقادیر نزدیک به یک نشانگر کیفیت مناسب مدل هستند. بر مبنای طبقه بندی اندازه مشخص شده کوهن (۱۹۸۸) از R^2 و با استفاده از ارزش حداقلی $0/5$ فورنل و لارکر (۱۹۸۱) برای میزان اشتراک، معیار GOF با توجه به نمونه، به مقدار $0/1$ قابل قبول است. مقدار GOF محاسبه شده برای مدل، نزدیک به مقدار $0/46$ بود که بر خوبی برازش مدل برای داده‌ها دلالت دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به تغییر و تحولات محیطی، در شرکت‌ها باید از مدیریت سازمانی به سمت رهبری سازمانی حرکت کرد. به دلیل محدودیت منابع دولت و شرایط حاکم بر سازمان‌ها، دیگر جایی برای مدیریت سنتی که با نگاه کوتاه‌مدت، نتیجه‌ای جز اتلاف و عدم بهره‌گیری بهینه از منابع نداشته‌است، وجود ندارد. در شرکت‌ها، کلیدی‌ترین و حساس‌ترین نقش‌ها را مدیران (رهبران) برعهده دارند. حال اگر مدیران شرکت‌ها بتوانند شرایطی فراهم آورند که نیروهای بالقوه کارکنان را بالفعل کنند، بی‌شک عملکرد این سازمان‌ها بهبود خواهد یافت، از این رو، انگیزش و نفوذ در کارکنان ضرورت می‌یابد.

دارد. براساس یافته‌ها، رهبران سلامت باید از سبک رابطه مدار و پرورشی در مدیریت بهره گیرند. در تحقیق فورونز و همکاران (۲۰۱۸) نیز بر استفاده از مدیریت مشارکتی، توانمندسازی کارکنان و ایجاد روابط اجتماعی مثبت توسط رهبران سلامت تأکید شده که با نتایج تحقیق حاضر همراستا است. همچنین، جیمنز و همکاران (۲۰۱۷) بر توسعه و حفظ رابطه با کارکنان توسط رهبران سلامت تأکید کرده‌اند. نهایتاً، راهبردهای محیطی بر بهبود محیط اجتماعی، کاری و معنوی تأکید دارد. توسعه محیط‌های اجتماعی مطلوب توسط اکثر محققان از جمله جیمنز و همکاران (۲۰۱۷) و برگنزر و همکاران (۲۰۱۹) مورد توجه قرار گرفته است. ضمناً، در تحقیقات گذشته ارتقای محیط معنوی سازمانی مورد توجه نبوده که در الگوی این تحقیق گنجانده شده است. در مجموع، تعدادی از راهبردهای رهبری سلامت محور در تحقیقات گذشته به صورت موردی مطرح شده که در تحقیق حاضر ضمن تجمیع آنها در یک الگوی ساختاریافته، بسیاری از راهبردهایی که در دیگر تحقیقات مطرح نشده، در الگوی تحقیق شناسایی و مطرح شده‌اند. علاوه بر پدیده محوری و راهبردها، عوامل مؤثر بر رهبری سلامت محور شامل عوامل علی، زمینه‌ای و مداخله‌گر نیز شناسایی شدند. در تحقیقات گذشته، عوامل مؤثر بر رهبری سلامت محور کمتر مورد توجه بوده و از این رو، کمتر آشنایی با این عوامل وجود داشته است. عوامل علی مربوط به الزامات محیط کار در مورد سلامت کارکنان و همچنین، مباحث اخلاق‌مداری است. عوامل زمینه‌ای نیز دربرگیرنده متغیرهای محیطی نزدیک و دور است. متغیرهای دور مربوط به شرایط کلان سیاسی، اجتماعی و اقتصادی است که بر مسائل سلامت کارکنان در محیط‌های کاری مؤثرند. همچنین، محیط نزدیک شامل عوامل قانونی مربوط به سلامت و همچنین ویژگی‌های نظام سلامت مرتبط با نیروی کار است. نهایتاً، عوامل مداخله‌گر شامل عواملی است

از رهبری سلامت محور، سلامت فردی رهبری کمتر مدنظر بوده که در این تحقیق به عنوان یکی از سه بعد رهبری سلامت محور مدنظر قرار گرفته است. همچنین در این تحقیق، راهبردهای رهبری سلامت محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک شناسایی گردید. راهبردهای شناسایی شده در ۴ گروه مدیریت کیفیت زندگی کارکنان، اقدامات شغلی، سبک مدیریت و رهبری و راهبردهای محیطی دسته بندی شدند. راهبردهای شناسایی شده مؤید این نکته است که سلامت کارکنان و رهبران، حاصل مجموعه‌ای از شرایط مربوط به محیط کاری، شغل، سبک مدیریت و کیفیت زندگی است و رهبران سلامت محور برای ارتقای سطح سلامت در سازمان باید به صورت توأمان این موارد را مدنظر قرار دهند. راهبرد مدیریت کیفیت زندگی کارکنان بر این مساله تأکید دارد که رهبران سلامت محور باید سبک زندگی فردی و سازمانی کارکنان را در جهت ارتقای سلامت آنها تغییر دهند. مثلاً، کارکنان را به ورزش تشویق کنند (سبک زندگی فردی) یا زمینه کاهش استرس در محیط کار را فراهم کنند (سبک زندگی سازمانی). ارتقای سبک زندگی فردی به طور ویژه در تحقیق لارسون (۲۰۱۵) و سبک زندگی سازمانی توسط محققانی مانند ریگوتی و همکاران (۲۰۱۴) و بوهم و همکاران (۲۰۱۶)؛ بودیل و همکاران (۲۰۱۷) مدنظر قرار گرفته است که یافته‌های آنها در این تحقیق تایید شد. همچنین، راهبرد اقدامات شغلی بر بهبود کمیت و محتوای مشاغل در راستای بهبود سلامت کارکنان تأکید دارد. جیمنز و همکاران (۲۰۱۵) نیز به اهمیت حجم کار و کنترل در مشاغل اشاره کرده‌اند. همچنین، معناداری شغل و بازخورد در تحقیق اسکاگون و همکاران (۲۰۱۰) و همچنین استقلال شغلی توسط برگنزر و همکاران (۲۰۱۹) در طراحی مشاغل مدنظر بوده که در الگوی تحقیق حاضر گنجانده شده است. راهبرد سبک مدیریت نیز بر شیوه هدایت و ایجاد روابط بین مدیریت و کارکنان تأکید

فردی رهبری سلامت‌محور تمرکز کرده‌اند و کمتر پیامدهای سازمانی و برون سازمان را در این تحقیق مدنظر قرار گرفته، مورد نظر بوده است. نهایتاً، یافته‌های مدل سازی معادلات ساختاری نشان داد که مدل تحقیق مورد تایید است. نتایج قسمت کمی نشان داد که مقدار ضریب تعیین محاسبه شده و اعتبار سنجی در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران برای متغیرهای رهبری سلامت‌محور، راهبردها و پیامدها به ترتیب ۰/۳۷۹، ۰/۶۰۷ و ۰/۳۹۳ است که مقادیری قابل قبول است. همچنین، نتایج برازش مدل نشان داد که ساختار مدل مورد تایید است. در مجموع نتایج تحقیق نشان داد که رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران پدیده‌ای چندوجهی است که بهره‌گیری از آن می‌تواند نتایج مثبت و ارزشمندی ایجاد کند.

که تعدیل‌کننده اقدامات رهبران سلامت است و شامل عوامل سازمانی از جمله فرهنگ، بوروکراسی و فناوری اطلاعات و ارتباطات و عوامل مربوط به ویژگی‌های کارکنان از جمله جنسیت، تحصیلات، بلوغ و سابقه کاری است. نهایتاً، در الگوی تحقیق مجموعه‌ای از پیامدها در سطح فردی، درون‌سازمانی و برون‌سازمانی برای رهبری سلامت‌محور در شرکت‌های تولیدکننده لاستیک شناسایی گردید. یافته‌های لیو و همکاران (۲۰۲۲) بر نتایج فردی رهبری سلامت‌محور در سطح فردی در زمینه سلامت کارکنان تأکید دارد که یافته‌های تحقیق حاضر نیز با آن همراستا است. همچنین، برگنزر و همکاران (۲۰۲۰) نیز رضایت شغلی و نتایج ماریا و همکاران (۲۰۱۸) بر کاهش فرسودگی شغلی، افسردگی و شکایات جسمانی در اثر اقدامات رهبری سلامت‌محور تأکید دارد که تأییدکننده نتیجه تحقیق حاضر است. تحقیقات گذشته، بیشتر بر پیامدهای

سپاسگزاری IRM

منابع

۱. اسفیدانی، محمد رحیم و محسنین، شهریار. (۱۳۹۶). معادلات ساختاری مبتنی بر رویکرد حداقل مربعات جزئی به کمک نرم افزار PLS-SMART. چاپ دوم. تهران: انتشارات کتاب مهربان.
۲. اعتمادی، مرجان. (۱۳۹۸). الگوی رهبری ناب در سازمان‌های دولتی. رساله دکتری، به راهنمایی میرعلی سیدنقوی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبایی (ره) تهران.
۳. بیات، مهرداد، فتحی، محمد رضا، بهروز، امیرحسام و جیریایی، فرزاد. (۱۴۰۲). بررسی تأثیر خط مشی‌های منابع انسانی بر بدبینی سازمانی از طریق ادراک عدالت سازمانی (مطالعه موردی: شرکت‌های تولیدکننده لاستیک در ایران). صنعت لاستیک ایران، (۱۱۰)، ۲۷-۴۰.
۴. باشکوه، محمد و شفیعی، نوید. (۱۴۰۱). واکاوی نقش توانمندسازی رهبری بر نوآوری با میانجی‌گری ظرفیت جذب در صنعت لاستیک. صنعت لاستیک ایران، (۱۰۷)، ۶۰-۷۴.
۵. تاری وردی، یدالله، حبیبی، علی. (۱۳۹۵). تأثیر سازوکارهای حاکمیت شرکتی بر کارایی. پژوهش‌های جدید در مدیریت و حسابداری، ۱۳(۳)، ۸۵-۱۰۰.
۶. چمنی فرد، راحله و نیک‌پور، امین. (۱۳۹۸). سبک‌های رهبری نوین در سازمان. تهران: انتشارات سازمان جهاد دانشگاهی.
۷. حساس یگانه، یحیی، باغومیان، رافیک. (۱۳۸۴). حاکمیت شرکتی و کیفیت گزارشگری مالی. حسابدار رسمی، (۱۱)، ۴۵-۸۶.
۸. حسینی، سید محمدرضا. (۱۳۹۷). الزامات ناظر بر ارکان اداره و حسابرسی شرکت‌های سهامی در چهارچوب اصول حاکمیت شرکتی (مطالعه تطبیقی حقوق ایران، انگلستان و ایالات متحده). پژوهش‌های حقوق تطبیقی، (۲۲)، ۵۷-۹۰.
۹. دانایی فرد، حسن؛ الوانی، مهدی و آذر، عادل. (۱۳۹۸a). روش‌شناسی پژوهش کیفی در مدیریت: رویکردی جامع. چاپ ششم. تهران: انتشارات صفار.
۱۰. دانایی فرد، حسن؛ الوانی، مهدی و آذر، عادل. (۱۳۹۸b). روش‌شناسی پژوهش کمی در مدیریت: رویکردی جامع. چاپ سیزدهم. تهران: انتشارات صفار.
۱۱. دانشیان، امیرحسین. (۱۴۰۲). شناسایی و اولویت بندی مولفه‌های بازاریابی پایدار در صنعت لاستیک ایران (مورد مطالعه: مجموعه صنایع لاستیک یزد). صنعت لاستیک ایران، (۱۱۰)، ۲۷-۲۷.
۱۲. شرفی، وحید؛ محمدیاری، زهره و فتاحی، فرهاد. (۱۴۰۲). تأثیر رهبری پدرسالارانه بر بازاریابی داخلی، نقش واسطه‌گری رفاه عاطفی کارکنان مطالعه موردی: سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح. فصلنامه مدیریت منابع در نیروی انتظامی، (۱۱)، ۲۱-۳۷.
۱۳. شریعت‌نژاد، علی؛ ساعدی، عبدالله؛ آهنگ، فرحناز و اسدی، نازنین. (۱۴۰۲). تأملی بر پدیده گریز سرمایه‌های انسانی؛ تحلیل عوامل کششی و رانشی مؤثر. فصلنامه مدیریت منابع در نیروی انتظامی، (۱۱)، ۳۹-۵۲.
۱۴. صادقی مقدم، محمدرضا. (۱۳۹۱). طراحی و تبیین الگوی هماهنگی زنجیره تأمین در سطح شبکه خودرو سازی (مطالعه موردی: ایران خودرو). پایان‌نامه دکتری مدیریت تولید و عملیات، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران.
۱۵. طبائی زاده فشارکی، حمید، محمد پورزند، محمد ابراهیم، مینوئی، مهرزاد. (۱۳۹۷). تأثیر حاکمیت شرکتی بر سلامت

- مالی بانک‌های تجاری ایران. فصلنامه حسابداری مدیریت ۳۸(۱)، ۱۰۹-۱۲۶.
۱۶. قاسمی، حمید. (۱۴۰۰). مرجع پژوهش (ویرایش نوزدهم). تهران: مرکز تحصیلات تکمیلی دانشگاه پیام‌نور.
۱۷. قاسمی، شاهرخ، جزنی، معمارزاده تهران، صیاد شیرکش، حسن‌زاده. (۲۰۲۱). مدلی برای انتخاب مدیران شرکت‌های دولتی با تمرکز بر بُعد سیاسی؛ مورد مطالعه شرکت ملی نفت ایران. فصلنامه مطالعات راهبردی در صنعت نفت و انرژی، ۱۲(۴۶)، ۱۹-۳۶.
۱۸. لعلی سرابی، امیر؛ عبدوی، محمد و فروتنی، زهرا. (۱۳۹۱). شناسایی عوامل اثرگذار بر رفتار کارآفرینانه در سازمان‌های دولتی ایران، فصلنامه مطالعات رفتار سازمانی، ۱(۲)، ۸۶-۱۰۸.
۱۹. محقر، علی؛ صادقی‌مقدم، محمدرضا. (۱۳۹۰). هماهنگی زنجیره تأمین در صنعت خودرو: رویکرد تئوری برخواسته از داده‌ها. فصلنامه چشم‌انداز مدیریت صنعتی، ۴(۱)، ۴۳-۲۹.
۲۰. مظلومی، نادر؛ ناصحی‌فر، وحید و احسان‌فر، گلشن. (۱۳۹۲)، رابطه رهبری تحول‌آفرین و خلاقیت و نوآوری سازمانی در شرکت‌های خصوصی بیمه در ایران، پژوهشنامه بیمه، ۲۸(۱۰۹)، ۵۶-۳۳.
۲۱. مهاجرانی، امیرعلی، مشایخی، علینقی، طالبیان، مسعود. (۲۰۱۹). حکمرانی شرکتی در ایران: پژوهش موردی شرکت‌های دولتی. فصلنامه انجمن علوم مدیریت ایران، ۱۴(۵۳)، ۱-۱۹.
22. Akerjordet, K., Furunes, T., & Haver, A. (2018). Health-promoting leadership: An integrative review and future research agenda. *Journal of advanced nursing*, 74(7), 1505-1516.
23. Barrett, I., Plotnikoff, R. C. & Raine, K. (2005). Development of Measures of Organizational Leadership for Health Promotion. *Health Education & Behavior*, 32(2), 195-207.
24. Bodil, J., Hedlund, L. M., & Vinberg, S. (2017). How managers of small-scale enterprises can create a health promoting corporate culture. *International Journal of Workplace Health Management*, 10(3), 1-44.
25. Boehm, S. A., Baumgärtner, M. K., & Kreissner, L. M. (2016). The relationship between leadership and health: A comparison of general and health-focused leadership approaches. *Healthy at work: interdisciplinary perspectives*, 87-102.
26. Booth, L. C., Schwalb, M. E., Kim, P. Y., & Adler, A. B. (2021). Health-Promoting Leadership During an Infectious Disease Outbreak: A Cross-Sectional Study of US Soldiers Deployed to Liberia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(5), 362-369.
27. Bregenzler, A., Felfe, J., Bergner, S., & Jiménez, P. (2019). How followers' emotional stability and cultural value orientations moderate the impact of health-promoting leadership and abusive supervision on health-related resources Anita. *German Journal of Human Resource Management*, 33(1), 1-30.
28. Bregenzler, A., Milfelner, B., Šarotar Žižek, S., & Jiménez, P. (2020). Health-promoting leadership and leaders' listening skills have an impact on the employees' job satisfaction and turnover intention. *International Journal of Business Communication*, 2329488420963700.

29. Dellve, L., & Eriksson, A. (2017). Health-promoting managerial work: a theoretical framework for a leadership program that supports knowledge and capability to craft sustainable work practices in daily practice and during organizational change. *Societies*, 7(12), 1-18.
30. Dunkl, A., Jiménez, P., Žižek, S. S., Milfelner, B. & Kallus, W. K. (2015). Similarities and Differences of Health-promoting Leadership and Transformational Leadership. *Naše gospodarstvo / Our economy*. 61(4), 3-13.
31. Eriksson, A., Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2011). Health promoting leadership – Different views of the concept. *Work*, 40, 75–84.
32. Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose Gesundheitsförderlicher Führung - Das Instrument Health-Oriented Leadership. In Badura B., Ducki A., Schroder H., Klose J., and Macco K. (eds), *Fehlzeiten-Report 2011*. Heidelberg: Springer, pp. 3–13.
33. Franke, F., Felfe, J., & Pundt, A. (2014). The impact of health-oriented leadership on follower health: Development and test of a new instrument measuring health-promoting leadership. *German Journal of Human Resource Management*, 28(1-2), 139-161.
34. Furunes, T., Kaltveit, A., & Akerjordet, K. (2018). Health-promoting leadership: A qualitative study from experienced nurses' perspective. *Journal of clinical nursing*, 27(23-24), 4290-4301.
35. Glaser, J., Seubert, C., Hornung, S., & Herbig, B. (2015). The Impact of Learning Demands, Work-Related Resources, and Job Stressors on Creative Performance and Health. *Journal of Personnel Psychology*, 14(1), 37–48.
36. Jiménez, O., Winkler, B., & Dunkl, A. (2016). Creating a healthy working environment with leadership: the concept of health-promoting leadership. *The International Journal of Human Resource Management*, 28(17), 2430–2448.
37. Jiménez, P., Winkler, B., & Bregenzer, A. (2017). Developing sustainable workplaces with leadership. Feedback about organizational working conditions to support leaders in health-promoting behavior. *Sustainability*, 9(11), 1944.
38. Kaluza, A. J., Weber, F., van Dick, R., & Junker, N. M. (2021). When and how health-oriented leadership relates to employee well-being—The role of expectations, self-care, and LMX. *Journal of Applied Social Psychology*, 51(4), 404-424.
39. Klug, K., Felfe, J., & Krick, A. (2022). Does Self-Care Make You a Better Leader? A Multisource Study Linking Leader Self-Care to Health-Oriented Leadership, Employee Self-Care, and Health. *International Jour-*

nal of Environmental Research and Public Health, 19(11), 6733.

40. Kuoppala, J., Lamminpa"ä", A., Liira, J., & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects-A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50(8), 904-915.

41. Larsson, R. (2015). *Managing workplace health promotion in municipal organizations* (Doctoral dissertation, Mälardalen University).

42. Laurel, C.B.S. Molly, E.B.S., Kim, k.P.Y. BA, MA; Adler, Amy B. AB. (2021). Health-Promoting Leadership during an Infectious Disease Outbreak: A Cross-sectional Study of US Soldiers Deployed to Liberia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 209(5), 362-369,

43. 15(1), 1-18.

44. Liu, L., Zhang, C., & Fang, C. C. (2022). Effects of health-promoting leadership, employee health on employee engagement: employability as moderating variable. *International Journal of Workplace Health Management*, 15(1), 1-18.

45. Maria, A. S., Wolter, S., Gusy, B., Kleiber, D., & Renneberg, B. (2019). The Impact of Health-Oriented Leadership on Police Officers' Physical Health, Burnout, Depression and Well-Being. *Policing*, 13(2), 186-200.

46. Montano, D., Reeske, A., Franke, F., & Hu"ffmeier, J. (2017). 'Leadership, Followers' Mental Health and Job Performance in Organizations: A Comprehensive Meta- Analysis from an Occupational Health Perspective'. *Journal of Organizational Behavior* 38(3): 327-350.

47. Nielsen, K., & Noblet, A. (Eds.). (2018). *Organizational interventions for health and well-being: A handbook for evidence-based practice*. Taylor & Francis.

48. Nielsen, K., & Randall, R. (2013). Opening the black box: Presenting a model for evaluating organizational-level interventions. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 601-617.

49. Nielsen, K., Yarker, J., Brenner, S., Randall, R., & Borg, V. (2008). The importance of transformational leadership style for the well-being of employees working with older people. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 465-475.

50. Rigotti, T., Holstad, T.J., Mohr, G., Stempel, C.R., Hansen, E.N., Loeb, C., Otto, K., Kinnunen, U. & Perko, K. (2014). *Rewarding and Sustainable Health-Promoting Leadership*; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): Dortmund/Berlin/Dresden, Germany.

51. Rudolph, C. W., Murphy, L. D., & Zacher, H. (2020). A systematic review and critique of research on

“healthy leadership”. *The Leadership Quarterly*, 31(1), 1-21.

52. Shan, G., Wang, W., Wang, S., Zhang, Y., & Li, Y. (2022). Cross-level effects of health-promoting leadership on nurse presenteeism: The mediation and moderation effect of workload and performance pressure. *Current Psychology*, 1-13.

53. Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & stress*, 24(2), 107-139.

54. Skarholt, K., Blix, E. H., Sandsund, M., & Andersen, T. K. (2016). Health promoting leadership practices in four Norwegian industries. *Health Promotion International*, 31, 936–945.

55. Spiess, E., & Stadler, P. (2016). Four-Level Model of Health-Promoting Leadership. *Healthy at Work*, 103-113.

56. Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, 2nd Edition, Sage. Thousand Oaks, CA.

57. Vincent-Höper, S., & Stein, M. (2019). The role of leaders in designing employees' work characteristics: validation of the health-and development-promoting leadership behavior questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 10, 1049.

58. Yao, L., Li, P., & Wildy, H. (2021). Health-promoting leadership: concept, measurement, and research framework. *Frontiers in psychology*, 12, 602333.

IRM

D Designing a Health-oriented leadership model in rubber manufacturing companies in Iran

Shima Safar Mohammadlou*, Mehdi Ahmadi Qomshani, Mohammad Karimi Zarchi, Mohammad Reza Fathi¹

1.Ph.D. Department of Public Management, Tehran Research Science Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2.Instructor of Management Department, Faculty of Management, Payam Noor University, Tehran, Iran

3.PhD in Industrial Management, Faculty of Management, University of Tehran, Iran

4.Associate Professor, Department of Industrial Management and Technology, Farabi School, University of Tehran, Qom, Iran

Corresponding author Email: shimamohammadluo97@gmail.com

Abstract

Today, the health of human resources in organizations has become a very relevant and important issue, and it is necessary to provide suitable mental and physical conditions for their activities. Evidence shows that organizational leaders have a decisive role in promoting the health of employees in the workplace, and in this regard, the concept of "health-oriented leadership" has been proposed in scientific discussions. Considering that the theory of health-oriented leadership has received less attention in past researches, the purpose of this research is to design a health-oriented leadership model in rubber manufacturing companies in Iran. This research is developmental-applicative in terms of purpose. In this research, which is considered developmental and hybrid in terms of methodology, it is included in mixed research. In the qualitative step of the research, the foundational data theory method was used to design the model. For this purpose, a semi-structured interview was conducted with 27 executive experts in rubber manufacturing companies and university experts who were selected purposefully. In the quantitative part, the validation of the research model was done with the structural equation modeling method and Smart PLS software. For this purpose, 158 managers were asked for their opinions using a questionnaire. Based on the findings, 6 categories of factors were identified based on the Strauss and Corbin (1998) paradigm model, including causal factors, health-oriented leadership (phenomenon-oriented), contextual factors, intervening factors, strategies and consequences. Also, three attitudinal dimensions of employee health, practical employee health and personal health of the leader were identified for health-oriented leadership and 5 categories of strategies including management of the quality of life of employees, job actions, management and leadership style and environmental strategies were identified. The results showed that health-oriented leadership in rubber manufacturing companies is a multifaceted phenomenon that can produce positive and valuable results.

Keywords: organizational leadership, health-oriented leadership, rubber manufacturing companies, foundation data theory