

طراحی مدل شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها

بهناز کرمانی^۱، حسن درویش^{۲*}، محمد علی سرلک^۳، پیرحسین کولیوند^۴

^۱ دکتری تخصصی، گروه مدیریت دولتی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۲ دانشیار، گروه مدیریت دولتی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۳ استاد، گروه مدیریت دولتی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
^۴ دکتری تخصصی، گروه مدیریت دولتی، معاونت پشتیبانی و توسعه منابع انسانی مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: حسن درویش، دانشیار، گروه مدیریت دولتی، مرکز تحصیلات تکمیلی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. ایمیل:

Dr_darvish@pnu.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۶/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۱/۲۳

چکیده

مقدمه: مدیران به عنوان اصلی‌ترین افراد تصمیم‌گیرنده در مواجهه با مسائل مختلف درون و بیرون سازمانی، نقش بسزا و تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا حتی شکست سازمان ایفا می‌کنند. لذا برای انتخاب مدیران شایسته در پست‌های سازمانی، نیاز به ابعاد و مؤلفه‌هایی است. هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل شایستگی مدیران بیمارستان‌هاست. هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل شایستگی مدیران بیمارستان‌هاست.

روش کار: این پژوهش توصیفی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. پس از بررسی مطالعات مرتبط با مفهوم شایستگی، مؤلفه‌های استخراج شده شامل ۴۶ مؤلفه در اختیار ۳۰ نفر از صاحب‌نظران پانل دلفی بصورت حضوری و غیرحضوری قرار گرفت. گروه اول اعضای هیئت علمی صاحب‌نظر در زمینه شایستگی مدیران بیمارستان‌ها و گروه دوم مدیرانی از شهر تهران که دارای تجربه در حوزه مدیریت نظام سلامت و بیمارستان بودند. براساس نتایج مرحله اول، در دور دوم ۳۶ مؤلفه برای صاحب‌نظران پانل دلفی ارسال شد. مؤلفه‌ها در دور سوم نیز بدون تغییر مجدداً به صاحب‌نظران ارسال شد. داده‌ها از طریق نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: مدل طراحی شده در این پژوهش برای مفهوم شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها شامل سه بُعد فردی، فنی و تعاملی بود. بعد فردی ۷ مؤلفه، بعد فنی ۲۵ مؤلفه و بعد تعاملی ۴ مؤلفه دارد.

نتیجه گیری: مدل طراحی شده برای مفهوم شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها شامل سه بعد فردی، فنی و تعاملی و ۳۶ مؤلفه است. پیشنهاد می‌شود مدل طراحی شده در انتخاب مدیران شایسته در بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: مدیران بیمارستان، شایستگی، روش دلفی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بهبود کیفیت و استفاده بهینه از منابع محدود مواجهند. نکته این است که بدون تعریف دقیق معیارها، مدیران را با مقایسه میزان تناسب آن‌ها با الگوی ذهنی خود انتخاب می‌کنند. در حالی که ممکن است الگوی فردی به ویژگی‌های شخصی مورد نیاز در آن شغل (نقش) ارتباطی نداشته باشد [۵]. بنابراین، برای انتخاب و انتصاب مدیران و تشخیص و برگزیدن شایسته‌ترین افراد نیاز به معیارها و ملاک‌هایی است تا افراد واجد شرایط و بالیاقت، تصدی پست‌های سازمانی را به عهده بگیرند [۶]. زیرا دستیابی به بهره‌وری پایدار، خلاقیت، نوآوری و کیفیت مناسب زندگی، در گرو مدیریت و نیروی انسانی کارا، اثربخش، هوشمند و متعهد است [۷]. در سال ۲۰۰۹، کمیته منطقه‌ای مدیران شرقی سازمان جهانی بهداشت، بر اهمیت مدیریت و رهبری در بیمارستان‌ها تأکید نموده است. در گزارش آن آمده است: بیمارستان‌ها، در

زیربنای هر سازمانی نیروی انسانی آن است و قرار گرفتن شایسته‌ترین افراد در مناسب‌ترین موقعیت‌های شغلی، پیش شرط اساسی برای موفقیت سازمان‌ها محسوب می‌شود. بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثر سازمان‌های دولتی به دلیل عدم رعایت نظام شایسته‌سالاری و لیاقت، در انتخاب و انتصاب مدیران و کارکنان، عملکرد رضایت‌بخشی نداشته‌اند [۱]. ضعف در انتخاب و استخدام منجر به کمبود رهبران اثربخش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی و به خصوص بیمارستان‌ها شده است [۲]. در حالی که از جمله مراکزی که در کانون توجه و جزء اولویت‌های توسعه بخش بهداشت درمان است، بیمارستان‌ها هستند [۳]. سازمان‌های بهداشتی و درمانی که در آن مدیران در شرایط فوق‌العاده پویا و غیرقابل پیش‌بینی تصمیم‌گیری می‌کنند [۴]، با تغییر و تحولات زیاد و فشار فزاینده برای کاهش هزینه‌ها،

در ۳ دور به انجام رسید، سپس با داده‌های حاصله از دلفی، مدل نهایی طراحی شد. جامعه آماری پژوهش در مرحله معتبرسازی مدل پیشنهادی شامل دو گروه خبره بود. گروه اول اعضای هیئت علمی بودند که از نظر تئوری در زمینه شایستگی مدیران بیمارستان‌ها فعالیت داشتند. در انتخاب این افراد، داشتن یکی از معیارهای زیر مد نظر قرار گرفت: داشتن حداقل دو مقاله یا طرح پژوهشی در زمینه مورد مطالعه و نویسنده مسئول بودن؛ داشتن حداقل ۲ کتاب در زمینه مورد مطالعه (تألیف یا ترجمه)؛ داشتن پایان نامه در زمینه مورد مطالعه (خود پژوهشگر نه اساتید راهنما و مشاور) و نویسنده مسئول حداقل یک مقاله یا تألیف یا ترجمه یک کتاب. گروه دوم مدیرانی از دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران و افراد فعال و دارای تجربه در حوزه مدیریت نظام سلامت بودند. نمونه آماری پژوهش بر اساس نمونه گیری غیر تصادفی هدفمند با کمک اساتید انتخاب شدند. افرادی که تمایلی به مشارکت نداشتند، از نمونه حذف شدند. مدل، ابعاد و مؤلفه‌ها در اختیار ۳۰ نفر از صاحب‌نظران بصورت حضوری و غیرحضوری (پست الکترونیکی) قرار گرفت که ۲۵ نفر مشارکت کردند. تصمیم‌گیری در خصوص ادامه یا توقف روش دلفی از طریق محاسبه انحراف معیار (کاهش انحراف معیار همزمان با رشد نسبی نمره‌های میانگین) بود. همچنین در این پژوهش به منظور تعیین میزان اتفاق نظر با استفاده از روش دلفی میان متخصصان، از ضریب هم‌آهنگی کندال استفاده شد (جدول ۱).

داده‌ها از طریق نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شده است. در حفظ حقوق معنوی سایر پژوهشگران و نویسندگان و استفاده از مطالب با امانت داری و ذکر منابع و حفظ جنبه محرمانه بودن اطلاعات جمع‌آوری شده ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده و نتایج به دست آمده از پژوهش در صورت علاقمندی در اختیار مسئولین قرار خواهد گرفت.

یافته‌ها

نتایج مرحله اول دلفی موجب حذف ۱۱ مؤلفه، اضافه شدن ۳ مؤلفه، ادغام ۲ مؤلفه در ۲ مؤلفه دیگر و همچنین اصلاح ۲ مؤلفه شد. دور دوم با ۳۶ مؤلفه انجام شد. در دور دوم میانگین کلیه مؤلفه‌ها بالاتر از ۴ بوده و مؤلفه‌های حذف و اضافه نشد و دور سوم نیز با همان ۳۶ مؤلفه به همراه میانگین نظرات اعضا مجدداً انجام شد. نتایج دوره‌های سه گانه روش دلفی نشان می‌دهد که به دلایل زیر اتفاق نظر میان اعضای پانل حاصل شده است و می‌توان به تکرار دوره‌ها پایان داد: تقریباً درباره تمامی مؤلفه‌ها، نسبت اعضایی که ترتیب اهمیت آن‌ها را مانند ترتیب گروه تعیین کرده‌اند بیش از ۵۰ درصد است. انحراف معیار پاسخ‌های اعضا درباره میزان اهمیت عوامل موفقیت از ۰/۵۷۲ در دور اول به ۰/۵۳۳ در دور دوم و ۰/۴۲۰ در دور سوم کاهش یافته است. جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب هم‌آهنگی کندال برای مؤلفه‌های تعیین‌کننده مفهوم شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها در دور سوم نسبت به دور دوم تنها ۰/۰۱۹ افزایش دارد که این ضریب با میزان اتفاق نظر میان اعضای پانل در میان دو دور متوالی رشد قابل توجهی ندارد و نشان دهنده اتفاق نظر قوی است.

جدول ۳ نتایج مراحل سه گانه دلفی را نشان می‌دهد. به دلیل خلاصه کردن نتایج، هر سه دور دلفی در یک جدول آمده و مؤلفه‌های حذف شده از جدول حذف شده‌اند.

تمام دنیا، بخش مهم و هزینه‌بر نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. این سازمان‌ها، قریب به ۷۰-۵۰ درصد اعتبارات دولتی سلامت را به مصرف می‌رسانند. با این حال، چالش‌های زیادی در رابطه با عملکرد بیمارستان‌ها و تأثیر آن‌ها بر نظام سلامت عمومی وجود دارد. در منطقه مدیترانه شرقی ضعف مدیریت در بیمارستان‌ها به عنوان یکی از عوامل پایین بودن عملکرد این سازمان‌ها است [۸]. شایستگی‌های رهبری یا مدیریتی مجموعه‌ای از مهارت‌ها، خصوصیات و رفتارهای فردی رهبران و مدیران ارشد یک سازمان را شامل می‌شود [۹]. شایستگی، ابزاری را برای تعیین آنچه که در حال و آینده موردنیاز است فراهم می‌کند و منجر به بهره‌وری و کاهش هزینه‌ها می‌شوند [۶]. استفاده از مدل شایستگی‌ها می‌تواند تصویری روشن از دانش، مهارت‌ها، تجربه و ویژگی‌های شخصی مورد نیاز کارکنان برای آن که مسئولیت‌ها و مأموریت‌های خود را کاراً و اثربخش به انجام برسانند، ارائه نماید [۹]. از سوی دیگر، مدیران به عنوان اصلی‌ترین افراد تصمیم‌گیرنده در مواجهه با مسائل مختلف درون و برون سازمانی، نقش بسزا و تعیین‌کننده‌ای در موفقیت یا حتی شکست سازمان ایفا می‌کنند [۵]. مدل‌های جامع شایستگی می‌تواند در بخش‌های مختلف از جمله بخش دولتی و خصوصی منجر به اثربخشی مدیران و در نهایت موفقیت سازمان‌ها شود [۶]. یکی از بخش‌هایی که نقش شایستگی‌های مدیران بسیار برجسته‌تر است، نظام سلامت و بیمارستان‌ها است. لذا تعیین شایستگی‌های موردنیاز مدیریت بیمارستان‌ها به منظور ارتقای کارایی و بهبود کیفیت خدمات ضروری به نظر می‌رسد. استفاده از یک سیستم جذب و انتخاب مدیران مبتنی بر شایستگی می‌تواند به عملکرد نظام سلامت کمک شایانی در رویارویی با چالش‌ها نماید. لذا هدف مطالعه حاضر، طراحی مدل شایستگی مدیران بیمارستان‌هاست.

روش کار

این پژوهش توصیفی در سال ۱۳۹۵ انجام شد. برای انجام پژوهش ابتدا الگوهای نظری و مطالعات مرتبط با مفهوم شایستگی از طریق مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی از جمله Science Direct، SID، Scopus، کتابخانه‌ها و منابع معتبر علمی گردآوری شد. سپس از طریق مطالعه ادبیات موضوع مورد پژوهش، شناخت جامعی از مؤلفه‌های مؤثر بر شایستگی‌های مدیران حاصل شد. در مرحله اول، بیش از ۱۵۰۰ مؤلفه شناسایی شد که پس از دسته‌بندی بر اساس تشابه موضوعی، با راهنمایی مدرسین در ۲۶۹ مؤلفه طبقه‌بندی شد. سپس مؤلفه‌های جامع‌تر انتخاب شد تا از تعدد بی‌مورد مؤلفه‌ها و انتخاب مؤلفه‌های جزئی پیشگیری شود. در نهایت ۴۶ مؤلفه تعیین و مدل مفهومی اولیه طراحی شد. در این پژوهش از روش دلفی استفاده شده است. به منظور سنجش اعتبار مؤلفه‌های تعیین شده، مؤلفه‌های مربوطه به خبرگان ارسال شد. برای نظرسنجی از خبرگان، سؤالات باز و بسته بکار گرفته شد. آن‌ها می‌بایست مؤلفه‌های تعیین‌کننده مفهوم شایستگی مدیران بیمارستان‌ها را با طیف لیکرت ۵ تایی از خیلی زیاد تا خیلی کم درجه‌بندی نمایند و سپس به سؤالات باز در خصوص افزودن ابعاد و مؤلفه‌های دیگر به مدل، تشریح نقاط مثبت و نقاط ضعف مدل پاسخ داده و پیشنهادات خود جهت تکامل مدل را درج نمایند.

در مرحله اول از روش دلفی با بهره‌گیری از نظرات صاحب‌نظران و خبرگان مرتبط مدل اولیه اصلاح و تعدیل گردید. براساس نتایج، دور دوم با ۳۶ مؤلفه انجام شد. مؤلفه‌های دور سوم نیز بدون تغییر مجدداً ارسال شد. روش دلفی

جدول ۱: جدول تفسیر ضریب کندال

مقدار ضریب کندال (W)	۰/۱	۰/۳	۰/۵	۰/۷	۰/۹
تفسیر میزان اتفاق نظر	بسیار ضعیف	ضعیف	متوسط	قوی	بسیار قوی
اطمینان نسبت به ترتیب عوامل	وجود ندارد	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد

جدول ۲: نتایج محاسبات ضریب توافق کندال برای دوره‌های سه گانه دلفی

دور	تعداد	ضریب کندال
اول	۲۵	۰/۷۰۹
دوم	۲۵	۰/۷۸۵
سوم	۲۵	۰/۸۰۴

جدول ۳: نتایج دلفی

مؤلفه	مرحله اول		مرحله دوم		مؤلفه
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مسئولیت پذیری	۴/۸۸	۰/۳۳	۴/۹۲	۰/۲۸	مسئولیت پذیری
صداقت و تعهد	۴/۸۸	۰/۳۳	۴/۹۲	۰/۲۸	صداقت و تعهد
عزت نفس	۴/۷۶	۰/۵۲	۴/۸۴	۰/۴۷	عزت نفس
توسعه خودآگاهی	۴/۵۲	۰/۷۷	۴/۶۰	۰/۷۶	توسعه خودآگاهی
خود مدیریتی	۴/۶۰	۰/۶۵	۴/۷۲	۰/۵۴	خود مدیریتی
توسعه مستمر فردی	۴/۷۲	۰/۴۶	۴/۸۰	۰/۴۱	توسعه مستمر فردی
دانش مدیریتی	۴/۴۸	۰/۷۷	۴/۸۴	۰/۳۷	دانش مدیریتی
دانش بهداشت و درمان	۴/۴۸	۰/۵۱	۴/۶۸	۰/۴۸	دانش بهداشت و درمان
دانش کسب و کار	۴/۲۴	۰/۶۰	۴/۶۴	۰/۴۹	دانش کسب و کار
مدیریت منابع انسانی	۴/۴۴	۰/۵۸	۴/۶۴	۰/۶۴	مدیریت منابع انسانی
مدیریت منابع اطلاعاتی	۴/۴۴	۰/۵۱	۴/۲۴	۰/۸۸	مدیریت منابع اطلاعاتی
مدیریت منابع مالی	۴/۴۴	۰/۷۱	۴/۸۸	۰/۳۳	مدیریت منابع مالی
مدیریت منابع فیزیکی	۴/۰۸	۰/۸۶	۴/۹۲	۰/۲۸	مدیریت منابع مالی
برنامه ریزی و سازماندهی	۴/۸۰	۰/۴۱	۴/۲۸	۰/۷۹	مدیریت تجهیزات و منابع فیزیکی
حل مسئله و تصمیم گیری	۴/۸۸	۰/۳۳	۴/۸۰	۰/۴۱	برنامه ریزی و سازماندهی
تفکر تحلیلی	۴/۵۲	۰/۷۱	۴/۶۴	۰/۴۹	حل مسئله و تصمیم گیری
آگاهی (شناخت) سازمانی	۴/۷۲	۰/۴۶	۴/۴۴	۰/۸۲	تفکر تحلیلی و دید سیستمی
یادگیری از تجربیات و انعطاف پذیری	۴/۵۲	۰/۵۱	۴/۶۴	۰/۶۴	آگاهی (شناخت) سازمانی
استفاده از دانش و شواهد	۴/۳۲	۰/۸۵	۴/۷۲	۰/۵۴	یادگیری از تجربیات و انعطاف پذیری
مدیریت آینده و تغییرات	۴/۵۶	۰/۶۵	۴/۸۸	۰/۳۳	استفاده از دانش و شواهد
دید سیستمی	۴/۶۴	۰/۶۴	۴/۶۴	۰/۵۷	مدیریت آینده و تغییرات
درک دیدگاه‌های مشتریان (بیان شده و بیان نشده)	۴/۷۲	۰/۵۴	۴/۵۲	۰/۵۱	دید سیستمی
پاسخگویی	۴/۷۲	۰/۵۴	۴/۶۴	۰/۵۷	درک دیدگاه‌های مشتریان (بیان شده و بیان نشده)
مدیریت فرآیندها	۴/۵۶	۰/۶۵	۴/۷۲	۰/۵۴	پاسخگویی
جلب حمایت ذینفعان کلیدی	۴/۵۲	۰/۵۹	۴/۸۰	۰/۵۰	مدیریت فرآیندها
ارزیابی اثرات و دیدگاه منتقدانه	۴/۱۶	۰/۶۹	۴/۶۰	۰/۶۴	جلب حمایت ذینفعان کلیدی
مدیریت خلاقیت و نوآوری	۴/۴۸	۰/۵۹	۴/۶۰	۰/۵۸	ارزیابی اثرات و دیدگاه منتقدانه
					مدیریت خلاقیت و نوآوری

۰/۴۹	۴/۳۶	۰/۶۹	۴/۱۶	ارزیابی اثرات دیدگاه منتقدانه	۰/۵۹	۴/۴۸	درک موقعیت‌ها و روندها
۰/۴۴	۴/۷۶	۰/۵۸	۴/۶۰	مدیریت خلاقیت و نوآوری	۰/۵۰	۴/۶۰	گرایش به پیشرفت
۰/۴۴	۴/۷۶	۰/۵۸	۴/۵۶	درک موقعیت‌ها و روندها	۰/۴۴	۴/۷۶	مدیریت عملکرد
۰/۴۴	۴/۷۶	۰/۴۸	۴/۶۸	گرایش به پیشرفت	۰/۴۱	۴/۸۰	کار تیمی
۰/۴۱	۴/۸۰	۰/۴۴	۴/۷۶	مدیریت عملکرد	۰/۶۹	۴/۳۲	شبکه سازی
۰/۳۳	۴/۸۸	۰/۸۲	۴/۵۲	مشارکت و کار تیمی	۰/۵۷	۴/۶۴	ارتباط با دیگران
۰/۴۱	۴/۸۰	۰/۵۷	۴/۶۴	شبکه سازی	۰/۵۸	۴/۶۰	مشارکت
۰/۳۳	۴/۸۸	۰/۴۴	۴/۷۶	ارتباط با دیگران	۰/۵۰	۴/۸۰	پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌های به روز
۰/۴۱	۴/۸۰	۰/۴۶	۴/۷۲	پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌های به روز			



تصویر ۱: الگوی نهایی پژوهش را نشان می دهد

بحث

و عملکرد کلی داشته باشند. بُعد فردی یکی از مهمترین عوامل موفقیت و پیشرفت در کار هستند. زیرا می‌توانند طرز تلقی، انگیزش و رفتارهای کاری و بالطبع تصمیمات و رفتارها را تحت تأثیر قرار دهند و نیاز به نظارت را کاهش داده و بهره وری را افزایش می‌دهد. برخی مطالعات همسو که به بُعد فردی و مؤلفه‌های آن اشاره کرده‌اند عبارتند از: اکرامی و رجب زاده [۱۰]، عریضی و همکاران [۱۱]، رنجبر و همکاران [۱۲]،

مدل طراحی شده در این پژوهش برای مفهوم شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها شامل سه بعد فردی، فنی و تعاملی بود. این مدل شامل ۳۶ مؤلفه بود. اهمیت بُعد فردی در شایستگی‌های مدیران از آنجاست که می‌تواند تأثیر تقویت کننده یا منفی بر سایر ابعاد مدیریتی و تعاملی

صاحب‌نظران، مدیریت تنش می‌تواند در مؤلفه خودمدیریتی جای گیرد. یادگیری مستمر در مؤلفه توسعه مستمر فردی، مؤلفه استفاده از نرم افزارهای تصمیم‌گیری در مؤلفه مدیریت اطلاعات، مؤلفه تفویض اختیار و مؤلفه‌های ایجاد فرصت‌های رشد کارکنان، مدیریت تعارض و جانشین‌پروری در مدیریت منابع انسانی، مؤلفه مدیریت بهره‌وری در مؤلفه مدیریت عملکرد جای گیرند. مؤلفه پذیرش اشتباهات علیرغم پیامدها با توجه به وضعیت و فرهنگ موجود مورد تأیید صاحب‌نظران قرار نگرفت. همچنین از نظر آن‌ها، مؤلفه‌های دانش بالینی و کارآفرینی نمی‌توانند در شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها نقش چندانی ایفا کنند.

دو مؤلفه رهبری و تعیین مسیر از مؤلفه‌های بعد فنی با یکدیگر ادغام و تبدیل به مؤلفه هدایت و تعیین مسیر شد تا دو مؤلفه همسو و مشابه به یک مؤلفه تبدیل شده و بهتر مفهوم را برساند. مؤلفه تفکر تحلیلی با دید سیستمی ادغام شد تا توجه همزمان به کلیت موضوع و جزئیات آن بصورت همزمان مورد تأکید قرار گیرد. مشارکت با کار تیمی ادغام شد. زیرا تیم‌سازی بخشی از یک رویکرد مشارکتی است و بکارگیری مشارکت کارکنان و بهره‌گیری از کار تیمی، با بهبود روابط و اثربخشی فعالیت‌ها، ارتقای بهره‌وری را به دنبال خواهد داشت. همچنین مؤلفه تجربه کاری و مؤلفه‌های پایبندی به قوانین و مقررات و مدیریت بحران با نظر خبرگان اضافه شدند. موارد اصلاحی هم مؤلفه‌های پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌های به روز و مؤلفه مدیریت تجهیزات و منابع فیزیکی بود. کلمه "به روز" به مؤلفه پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌ها اضافه شد. چون تبعیت مدیران بیمارستان‌ها از اصول اخلاقی و ارزش‌های به روز جامعه (نه ارزش‌های منسوخ که اثر منفی دارند) سازمان را منتفع می‌سازد. کلمه "تجهیزات" نیز به مدیریت منابع فیزیکی اضافه شد تا جامع‌تر شود و موجب نشود تنها منابع در حوزه‌های عمرانی و تأسیساتی مد نظر قرار گیرد. استفاده از مدل شایستگی‌ها می‌بایست با توجه به محیط و شرایط سازمانی بوده و تغییراتی جهت بومی‌سازی آن انجام شود. این مدل باید با اهداف و استراتژی‌های سازمان ارتباط داشته باشد. همچنین با توجه به تغییر مداوم شرایط و اینکه مدیریت بویژه مدیریت بیمارستان کار روتینی نیست، شایستگی‌های موردنیاز نیز باید بطور مستمر بازبینی و مدیران بصورت دوره‌ای ارزیابی شوند. همچنین برنامه ریزی لازم جهت آموزش و تقویت نقاط ضعف صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به هدف پژوهش حاضر که طراحی مدل شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها بود، پس از بررسی دقیق پیشینه، سه بُعد برای مفهوم شایستگی‌های مدیران در نظر گرفته شد. مدل طراحی شده این شامل سه بعد فردی، فنی و تعاملی بود. این مدل شامل ۳۶ مؤلفه است. از محدودیت‌های این پژوهش، انجام مطالعه در شهر تهران است لذا نتایج باید با احتیاط استفاده شود. همچنین توجه، دقت و حوصله افراد در پاسخگویی به سؤالات متفاوت بوده است. با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود مدل‌های شایستگی در انتخاب، انتصاب و پرورش مدیران بیمارستان‌ها مورد توجه بیشتری قرار گرفته و کلیه ابعاد شایستگی (فردی، فنی و تعاملی)، مؤلفه‌های مربوطه مورد توجه قرار گیرد، تا علاوه بر افزایش شفافیت، عملکرد نیز بهبود یابد. بعلاوه موجب می‌شود افراد به وضوح انتظارات سازمان را درک کنند و بدانند که برای

قاسمی و همکاران [۱۳]، Spencer & Spencer [۱۴]، چارچوب مهارت‌های استخدام استرالیا [۱۵]، Siriwaiprapan [۱۶]، Bourgault و همکاران [۱۷]، Taher [۱۸]، Sherman و همکاران [۱۹]، Pillay [۲۰]، Slocum و همکاران [۲۱]، Cochran [۲۲]، چارچوب CLCF [۲۳]، Trivellas & Reklitis [۲۴]، یکی دیگر از ابعاد مدل شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها، بُعد فنی است. اداره سازمان پیچیده‌ای همچون بیمارستان و جهت دهی به تلاش‌ها نیاز به دانش بیشتر و همچنین مدیریت منابع دارد. هدایت و تعیین مسیر با استفاده از برنامه ریزی و سازماندهی، حل مسئله و تصمیم‌گیری و ... از فعالیت‌های بسیار مهم مدیریت است و احتمال رسیدن به اهداف را افزایش می‌دهد. بعلاوه، مدیریت و بهبود خدمات نیز به دنبال بهبود عملکرد و ارتقاء کیفیت خدمات است. برخی مطالعات همسو که به بُعد فنی، مؤلفه‌های آن اشاره کرده‌اند: محمودی و همکاران [۲۵]، محمدفام و همکاران [۲۶]، قاسمی و همکاران [۱۳]، Sherman و همکاران [۲۷]، Agut & Grau [۲۸]، Brockbank & Ulrich [۲۹]، Viitala [۳۰]، Spendllove [۳۱]، Stefl [۳۲]، چارچوب CLCF [۲۳]، Liou [۳۳]، Zopiatis [۳۴]، Giberson [۳۵].

یکی دیگر از ابعاد مدل شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها، بُعد تعاملی است. مشارکت و کار گروهی در حل مسائل سازمانی و تصمیم‌گیری‌ها یکی از بهترین گزینه‌ها هستند و موجب بهره‌وری و عملکرد بهتر می‌شوند. شبکه‌سازی، همکاری با دیگران برای ایجاد ارزش افزوده برای بیماران و پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌های به روز کسب اهداف و موفقیت‌ها را تسهیل می‌کند. برخی مطالعات همسو که به بُعد تعاملی و مؤلفه‌های آن اشاره کرده‌اند: مطالعات افضل آبادی و همکاران [۹]، اکرامی و رجب زاده [۱۰]، رنجبر و همکاران [۱۲]، شایستگی‌های مدیران سازمان ملل [۳۶]، Siriwaiprapan [۱۶]، Bourgault و همکاران [۱۷]، Brinckmann [۳۷]، Stefl [۳۲]، Cochran [۲۲]، چارچوب CLCF [۲۳]، Trivellas & Reklitis [۲۴]، هر یک از پژوهش‌ها از زاویه خاصی به دسته بندی و تعیین شایستگی‌های موردنیاز مدیران پرداخته‌اند که برخی با پژوهش حاضر تفاوت‌هایی دارند. در پژوهش Pillay [۲۰] شایستگی و تخصص بالینی و مدیریت تعارض در زمره شایستگی‌های مدیران بیمارستان‌ها قرار گرفته است که در مطالعه حاضر حذف گردید. قاسمی و همکاران [۱۳] مؤلفه کارآفرینی را در بعد فراشایستگی از مدل خود در نظر گرفته است که در مطالعه حاضر حذف گردید. مدل Stefl [۳۲] شامل پنج بعد است. ابعاد دانش بهداشت و درمان و دانش کسب و کار این مدل جزء مؤلفه‌های بُعد فنی مدل پژوهش حاضر است. بُعد مدیریت ارتباطات و روابط این مدل نیز از مؤلفه‌های بُعد تعاملی مدل مطالعه حاضر است. Sherman و همکاران [۱۹] مدیریت مالی و منابع انسانی و همچنین تفکر سیستمی را جزء ابعاد اصلی مدل در نظر گرفته است در حالی که در پژوهش حاضر مؤلفه‌های بُعد فنی هستند. برخی پژوهش‌ها نیز از جمله Cochran [۲۲] و Pillay [۲۰] شایستگی‌ها را بطور کلی در لیست بلندی آورده‌اند و دسته بندی مشخصی انجام نداده‌اند. نتایج مرحله اول دلفی موجب حذف ۱۱ مؤلفه، اضافه شدن ۳ مؤلفه، ادغام ۲ مؤلفه در ۲ مؤلفه دیگر و همچنین اصلاح ۲ مؤلفه شد. در مدل طراحی شده در این پژوهش سعی شده از مؤلفه‌هایی استفاده شود که جامع‌تر باشند. نتایج مرحله اول دلفی موجب حذف ۱۱ مؤلفه شد. از نظر

در رشته مدیریت دولتی دانشگاه پیام نور انجام شده است. این رساله دارای کد اخلاق IR. Iums.REC. 1395.2776 است و در ۹۶/۰۳/۲۱ به پایان رسیده است. از کلیه اعضای هیئت علمی و مدیران ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌ها به ویژه دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و تهران که در این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تصدی مشاغل می‌بایست چه شایستگی‌هایی کسب کنند. اگرچه مشخص کردن شایستگی‌های موردانتظار، موفقیت را تضمین نمی‌کند اما شانس دستیابی به نتایج مثبت را افزایش می‌دهد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از رساله دکترای بهنام کرمانی است که در تاریخ ۹۴/۰۸/۱۲ تصویب شده و به راهنمایی آقای دکتر حسن درویش

References

- Rahnava F, Agha Hosseinali Shirazi M, Gheisari F. [Recognizing factors preventing the establishment of meritocracy system at the level of management of government organizations in the city of Ahwaz]. *J Prod Manage*. 2013;7(25):15-32.
- Mhoon-Walker E. Leadership styles and effectiveness among c-level healthcare executives. USA: Capella University; 2013.
- Barati Marani A, Haghani H, Mohammadi R, Moradi F, Rouhani B, Torsaki M, et al. [The relationship between organizational health and performance indicators of health care in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences: 2011]. *J Health Adm*. 2012;14(46):31-8.
- Kermani B, Baniyasi A. [Innovation in healthcare]. Tehran: Elm-o-Danesh Publication; 2016.
- Gholamzadeh D, Sehat S, Satarilagh B. [Identify and determine the competency of managers in an insurance company (Case study: Middle managers)]. *J Insurance World News*. 2013(178):4-16.
- Rahimnia F, Hoshyar V. [Analysis dimensions of competency model of managers in the banking system]. *J Modiriati-e-Farda*. 2012;11(31):117-38.
- Dessler G. [Essentials of human resource management]. Tehran: Iran cultural studies; 2002.
- WHO ROftEM. Improving hospital performance in the Eastern Mediterranean Region Morocco: World Health Organization; 2009 [cited 2015 4 December]. Available from: <http://www.emro.who.int/rc56/documents.htm>.
- Afzalabad M, Zare H, Afzalabad M, Aghabagheri F. [Successful training needs assessment using organizational competency models: Case study: Jahad Nasr company in Yazd]. The second International Conference on Education Administrators; Tehran, Iran2010.
- Ekrami M, Rajabzadeh S. [Developing the factors of managers' competency measurement scale]. *Manage Dev Proc*. 2011;24(3):49-69.
- Oreizy H, Khoshouei M, Nouri A. [Assessment center and job analysis application in determination of managerial competencies]. *Contemp Psychol*. 2012;7(1):85-98.
- Ranjbar M, Elahi A, Danaee Fard H, Fani A. [Measuring competency model for managers in the health sector (structural equation modeling approach)]. *J Mazand Univ Med Sci*. 2014;24(109):104-13.
- Ghasemi S, Honari H, Rezaei Soufi M, Momenifar F. [Designing a core competencies pattern for appointment of middle sport managers in Iranian ministry of sports and youth]. *J Strategic Stud Youth Sports*. 2014;26:23-40.
- Spencer L, Spencer S. Competence at Work: Models for Superior Performance. New York: Wiley; 1993.
- Hsieh S, Lin J, Lee H. Analysis on literature review of competency. *J Int Rev Busin Econom*. 2012;2(11):25-50.
- Siriwaiprapan S. A Working Model of Employee Competence in the Thai Workplace: What Constitutes Employee Competence? *Thai J Public Adm*. 2004;2(1):123.
- Bourgault J, Charih M, Maltais D, Rouillard L. Hypotheses concerning the Prevalence of Competencies among Government Executives, According to Three Organizational Variables. *Public Pers Manage*. 2006;35(2):89-119. DOI: [10.1177/009102600603500201](https://doi.org/10.1177/009102600603500201)
- Taher S. Competency based human resource management program: MEIRC Consultant and Training Company; 2007.
- Sherman RO, Bishop M, Eggenberger T, Karden R. Development of a leadership competency model. *J Nurs Adm*. 2007;37(2):85-94. PMID: [17273029](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17273029/)
- Pillay R. Defining competencies for hospital management. *Leadersh Health Serv*. 2008;21(2):99-110. DOI: [10.1108/17511870810870547](https://doi.org/10.1108/17511870810870547)
- Slocum J, Jackson S, Hellriegel D. Competency based management. United States: Thomson South-Western; 2008.
- Cochran G. Ohio State University extension competency study: Developing a competency model for a 21st century extension organization. Ohio Ohio State University; 2009.
- Colleges NifiaaMR. Clinical leadership competency framework. 3rd ed. Warwick NHS Institute for Innovation and Improvement, Coventry House, University of Warwick Campus; 2011.
- Trivellas P, Reklitis P. Leadership Competencies Profiles and Managerial Effectiveness in Greece. *Proc Econom Fin*. 2014;9:380-90. DOI: [10.1016/s2212-5671\(14\)00039-2](https://doi.org/10.1016/s2212-5671(14)00039-2)

25. Mahmoudi S, Zarei M, Bohirae S. [Identify and explain the competencies of University administrators]. *J Manage Islamic Univ.* 2012;1(1): 114-43.
26. Mohammadfam I, Mohamadi H, Ghorbani Shahna F, Soltanian A. [Introducing a framework for competency based selection of health, safety and environment (HSE) managers]. *J Health Saf Work* 2013;3(1):1-11.
27. Sherman R, Tibbetts J, Dobbins D, Weidler D. Management competencies and sample indicators for the improvement of adult education programs. Washington DC: ERIC Clearinghouse; 2001.
28. Agut S, Grau R. Managerial competency needs and training requests: The case of the Spanish tourist industry. *Hum Resource Dev Q.* 2002;13(1):31-52. DOI: [10.1002/hrdq.1012](https://doi.org/10.1002/hrdq.1012)
29. Brockbank W, Ulrich D. Competencies for the new HR. United State: Michigan Business School; 2003.
30. Viitala R. Perceived development needs of managers compared to an integrated management competency model. *J Workplace Learn.* 2005;17(7):436-51. DOI: [10.1108/13665620510620025](https://doi.org/10.1108/13665620510620025)
31. Spendlove M. Competencies for effective leadership in higher education. *Int J Educ Manage.* 2007;21(5):407-17. DOI: [10.1108/09513540710760183](https://doi.org/10.1108/09513540710760183)
32. Stefl ME. Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model. *J Healthc Manag.* 2008;53(6):360-73; discussion 74. PMID: [19070332](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19070332/)
33. Liou S-N. Exploring the professional competency contents for international marketer in Taiwan. *Int J Soc Behav Educ Econom Manage Eng.* 2009;3(5): 495-9.
34. Zopiatis A. Is it art or science? Chef's competencies for success. *Int J Hosp Manage.* 2010;29(3):459-67. DOI: [10.1016/j.ijhm.2009.12.003](https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2009.12.003)
35. Giberson TR. Performance capabilities and competencies at the undergraduate and graduate levels for performance improvement professionals. *Perform Improv Q.* 2010;22(4):99-120. DOI: [10.1002/piq.20070](https://doi.org/10.1002/piq.20070)
36. Nations U. UN competency development- A practical guide. US: United Nations: Office of Human Resource Management; 2010.
37. Brinckmann J. Competence of top management teams and success of new technology-based firms. Frankfurt: Springer; 2007.

Developing Competence Modeling of Hospital Managers

Behnaz Kermani ¹, Hasan Darvish ^{2,*}, Mohammad Ali Sarlak ³, Pirhossein Kolivand ⁴

¹ PhD Candidate, Department of Public Administration, Post Graduate Center, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

² Associate Professor, Department of Public Administration, Post Graduate Center, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

³ Professor, Department of Public Administration, Post Graduate Center, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran

⁴ PhD, Shefa Neuroscience Research Center, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Hasan Darvish, Associate Professor, Department of Public Administration, Post Graduate Center, Payame Noor University (PNU), Tehran, Iran. E-mail: Dr_darvish@pnu.ac.ir

Received: 11 Feb 2017

Accepted: 21 Sep 2017

Abstract

Introduction: Managers as main decision-makers play a crucial role in success or failure of an organization with respect to internal and external issues. Thus, some dimensions and components are necessary to select the qualified managers for the position. In this respect, this study aims to develop a competency model for hospital managers.

Methods: This descriptive study is conducted in 2016. At the initial stage, studies on competency concept were studied and 46 components are sent to 30 experts of the Delphi panel. The first group of the panel experts consist of expert faculty members in the field of hospital managers' competency. The second group are hospital managers of Tehran city whom were experienced in the field of health management and hospital. According to the results of the first phase of the Delphi panel, in the second round 36 components are sent to the expert panel. The components of the third round is re-submitted to the experts without modification. The data is analyzed using SPSS.24.

Results: Based on the results, the competency model is developed. The model consists of three individual, technical and interactive dimensions. The individual dimension has seven components, the technical section consists of 25 components and the interactive part has four components.

Conclusions: The developed competency model for hospital managers consists of three dimensions. It is recommended to use the model to select suitable hospital managers.

Keywords: Hospital Managers, Competency, Delphi Technique