

An Optimal Model for Educational Leadership Competency in Clinical Departments of Nursing and Midwifery Faculties

Asadzadeh Monir F¹, Soleimani T*¹, Sattari S¹, Kheirkhah M^{1,2}

1. Department of Educational Sciences, Ardabil branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

2. Department of Midwifery, Midwifery faculty, Iran University of medical sciences, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989148192278, E-mail: t.solaimani12@gmail.com

Received: Dec 3, 2020

Accepted: Dec 20, 2020

ABSTRACT

Background & aim: Leadership in medical sciences and nursing education, especially in relation to clinical learning, is very important, and can significantly predict the effectiveness of clinical education. The aim of this study was to design an optimal model for educational leadership competency in clinical departments of medical universities.

Methods: This research was conducted by a mixed qualitative (qualitative-quantitative) method. To conduct the research, a semi-structured interview was conducted with 15 deputies and group managers in some universities in the northwest of the country. It was evaluated by content analysis method and, in the qualitative stage, approved by fuzzy Delphi method and application of structural equations.

Results: The competency variable of educational leaders from the perspective of educational administrators and deputies in the qualitative stage and category analysis included 50 competencies in five categories of leadership competencies in clinical education, self-assessment and evaluation of educational performance, development of student clinical skills and individual competence, human resources. The designed model was evaluated in a quantitative step with the structural equation technique.

Conclusion: Considering the importance of educational organizations as well as the competencies of managers in medical sciences for clinical success, this model can be used by decision makers and consultants in order to select clinical education leaders in universities and to guide managers.

Keywords: Competence, Educational Leadership, Clinical Groups

الگوی مطلوب شایستگی رهبری آموزش در گروه‌های بالینی دانشکده‌های پرستاری و مامایی

فیروزه اسدزاده منیر^۱، توران سلیمانی^{۱*}، صدرالدین ستاری^۱، معصومه خیرخواه^{۱،۲}

۱. گروه علوم تربیتی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
 ۲. گروه مامایی، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۵۷۳۸۲ ایمیل: t.soleimani12@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: مقوله رهبری در علوم پزشکی و آموزش پرستاری، به ویژه در ارتباط با یادگیری بالینی از اهمیت بسیاری برخوردار است و می‌تواند به میزان قابل توجهی اثربخشی آموزش بالینی را پیش‌بینی کند. این پژوهش با هدف طراحی الگوی مطلوب شایستگی رهبری آموزش در گروه‌های بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گرفت.

روش کار: پژوهش حاضر به روش کیفی آمیخته (کیفی- کمی) انجام شد. برای اجرای پژوهش با ۱۵ نفر از معاونین و مدیران گروه در برخی از دانشگاه‌های شمالغرب کشور مصاحبه نیمه ساختار یافته صورت گرفت و به شیوه تحلیل محتوا مورد ارزیابی قرار گرفت و در مرحله کمی با استفاده از روش دلفی فازی و بکارگیری معادلات ساختاری مورد تایید قرار گرفت.

یافته‌ها: متغیر شایستگی رهبران آموزشی از منظر مدیران و معاونین آموزشی در مرحله کیفی و تحلیل مقوله‌ها شامل ۵۰ شایستگی در پنج دسته شایستگی‌های رهبری در آموزش بالینی، ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی، توسعه مهارت‌های بالینی دانشجوی، شایستگی فردی، منابع انسانی بود که الگوی طراحی شده در مرحله کمی با تکنیک معادلات ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت سازمان‌های آموزشی و همچنین شایستگی‌های مدیران در علوم پزشکی برای موفقیت بالینی، مدل مذکور برای تصمیم‌گیرندگان و مشاوران به منظور انتخاب رهبران آموزش بالینی دانشگاه‌ها و هدایت و راهنمایی مدیران کاربرد دارد.

واژه‌های کلیدی: شایستگی، رهبری آموزشی، گروه‌های بالینی

پذیرش: ۹۹/۹/۳۰

دریافت: ۹۹/۹/۱۳

مقدمه

مبتنی بر شایستگی می‌تواند به عملکرد نظام سلامت کمک شایانی در رویارویی با چالش‌ها نماید. شایستگی‌های رهبری یا مدیریتی مجموعه‌ای از مهارت‌ها، خصوصیات و رفتارهای فردی رهبران و مدیران ارشد یک سازمان را شامل می‌شود (۱). سازمان‌های تیم محور به ویژه سازمان‌های بهداشتی- درمانی که دارای محیط‌های مراقبتی پویا،

مدل‌های جامع شایستگی می‌تواند در بخش‌های مختلف از جمله بخش دولتی و خصوصی منجر به اثربخشی مدیران و در نهایت موفقیت سازمان‌ها شود. یکی از بخش‌هایی که نقش شایستگی‌های مدیران بسیار برجسته‌تر است، نظام سلامت و بیمارستان‌ها است. استفاده از یک سیستم جذب و انتخاب مدیران

شایستگی‌های رهبری بالینی از ضروریات رشته‌های علوم پزشکی است تربیت نسل جوان پزشک، ماما و پرستار و سایر ارائه‌دهندگان خدمات کشور که در سال‌های آتی وظیفه حفاظت از جان تک تک آحاد جامعه را عهده‌دار هستند حائز اهمیت است است به‌زعم مولف و مقالات مطالعه شده رهبران گروه‌های آموزشی اعم از مدیران گروه و معاونین آموزشی که بطور مداوم با مشکلات بالینی در چالش مداوم بوده واحدهای مناسبی به عنوان گروه هدف می‌باشند که برای این مطالعه انتخاب شده اند. تاکنون مطالعه‌ای در خصوص توانمندی و شایستگی‌های ضروری رهبران آموزش بالینی صورت نگرفته است. هدف از این پژوهش، طراحی الگوی مطلوب شایستگی رهبری در آموزش در گروه‌های بالینی دانشکده‌های پرستاری و مامایی بود.

روش کار

در این پژوهش از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای و نیز روش‌های میدانی نظیر مطالعه مقالات، مصاحبه و پرسشنامه استفاده شد. بنابراین می‌توان بیان کرد این مطالعه به صورت روش تحلیل آمیخته (کیفی- کمی) انجام شده است. بدین ترتیب که جهت پاسخگویی به سوالات تحقیق، ابتدا به گردآوری اسناد و مدارک مرتبط با شایستگی‌های مدیران گروه‌ها پرداخته شد و بیش از ۳۵ واحد مطالعاتی (پایان‌نامه‌های تحصیلی، مقالات داخلی و خارجی موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی و همچنین همایش‌های برگزار شده در حوزه شایستگی) برای شناسایی و تدوین بخش‌ها و مولفه‌های اصلی و فرعی شایستگی مدیران آموزشی استفاده شد سپس این مطالعه به صورت روش تحلیل آمیخته (کیفی- کمی) انجام شد که پیش نیاز تهیه پرسش‌های مصاحبه‌ها بود (۷).

در بخش اول پژوهش بر اساس مطالعات کتابخانه‌ای، مقالات و مصاحبه‌های تخصصی به شناسایی شاخص‌های طراحی مدل شایستگی رهبری در

پیچیده و آسیب‌پذیرند، نیازمند مدیرانی هستند که در شکل‌دهی به شایستگی‌های اعضا تیم مراقبت، برخوردار از شایستگی باشند (۲). یکی از تفاوت‌های مهم آموزش کلاسی با آموزش بالینی حضور بیمار و اهمیت سلامت جسمی روحی و روانی و معنوی وی است. برای دستیابی به این ابعاد سلامت، یک طیفی از جامعه نظیر پرستاران، بیماران و مددجویان، مراجعه‌کنندگان، همراهان، پزشکان و سایر پرسنل حرفه‌های وابسته به پزشکی درگیر می‌باشند که یک «اثر حصار» در محیط بر فرایند آموزش بالینی را سبب می‌شود و می‌تواند سرعت و کیفیت آموزش را تحت‌الشعاع قرار دهد (۳). آموزش بالینی بر آموزش و یادگیری در محیط بالین تأکید دارد و معمولاً در کنار این آموزش، بیمار، شرایط و مشکلات وی مطرح می‌باشد. آموزش بالینی رکن و قلب آموزش پزشکی، پرستاری و مامایی است و ارزش آموزش بالینی ایده‌آل در توسعه فردی، حرفه‌ای و مهارت‌های بالینی غیرقابل انکار است (۴). جوانک و همکاران پیشنهاد می‌کنند برنامه‌های توسعه حرفه‌ای مبتنی بر نیاز مدیران جهت آماده‌سازی آنها طراحی و اجرا شود. توجه به الگوی توسعه حرفه‌ای مدیران گروه‌های بالینی با توجه به اهمیت نقش آنها در بدنه نظام آموزش پزشکی و اذعان این حقیقت که در اکثر موارد این مدیران بدون گذراندن دوره‌های آمادگی خاص برای این موقعیت حساس انتخاب می‌شوند، می‌تواند پیامدهای مثبت بسیاری در جهت ارتقاء کیفیت آموزش پزشکی داشته باشد (۵). راوند معتقد است مدیریت ضعیف در سیستم‌های بهداشتی- درمانی همانند یک سلول سرطانی در حال پیشرفت باعث ایجاد مسمومیت در سیستم شده و باعث عدم رضایت کارکنان و فرسودگی شغلی آنان می‌گردد. بنابراین باید از پتانسیل بالقوه بیمارستان‌های آموزشی دانشگاهی به دلیل وجود دانشجویان و اعضای هیئت علمی، برای به حداکثر رساندن ظرفیت نوآوری در سازمان استفاده شود (۶). با توجه به اینکه

آموزش بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی مبادرت ورزیده شد. جامعه آماری پژوهش هدفمند و کلیه معاونین یا مدیران آموزشی و مسئولین آموزش بالینی واحدهای دانشگاهی (دانشکده‌های پرستاری و مامایی) تبریز، اردبیل، مراغه و ارومیه بود. فرایند نمونه‌گیری تا دستیابی به اشباع داده‌ها ادامه یافت و در نهایت ۱۵ نفر از معاونین آموزشی و مدیران گروه‌های بالینی در این مرحله شرکت کردند. به این ترتیب که ابتدا سوالات پژوهشی طرح شد و در حین مصاحبه با توجه به روند مصاحبه دیدگاه‌های جدید خبرگان نیز مورد عنایت قرار گرفت. برای تضمین قابلیت اعتبار داده‌ها پس از تحلیل، هر مصاحبه دوباره به شرکت‌کننده بازگشت داده شد تا صحت و سقم مطالب تأیید و تغییرات لازم اعمال گردد. جهت تضمین قابلیت تصدیق سعی بر آن بود که پژوهشگر پیش‌فرض‌های پیشین خود را تا حد امکان در فرآیند جمع‌آوری اطلاعات دخالت ندهد و

به‌منظور اطمینان خاطر از دقیق بودن یافته‌ها از نظرات ارزشمند اساتید آشنا با این حوزه و متخصصان سازمانی دانشگاهی که در این حوزه خبره و مطلع بودند استفاده شد و همچنین به طور همزمان از مشارکت‌کنندگان در تحلیل و تفسیر داده‌ها کمک گرفته شد و در موارد لازم پرسش‌های جدید مطرح شد و سپس این مصاحبه‌ها به صورت متن درآمد و وارد نرم‌افزار مکس کیودا گردید. سپس با استفاده از تحلیل محتوا توصیفی اقدام به کدگذاری و شناسایی مقوله‌های اصلی و فرعی گردید. سپس با استفاده از تحلیل محتوا استقرایی (مشخص کردن مسئله پژوهش، تدوین سؤالات و اهداف، تعریف و مشخص کردن متغیرها، نمونه‌گیری و انتخاب واحدهای تحلیل و زمینه، کدگذاری و مقوله‌بندی، تحلیل و استنباط نتایج و گزارش توصیفی) اقدام به کدگذاری و شناسایی مقوله‌های اصلی و فرعی گردید (۷) (جدول ۱).

جدول ۱. پرسش‌های پروتکل مصاحبه شایستگی‌های مورد نیاز رهبران گروه‌های بالینی

ردیف	پرسش‌های مصاحبه
۱	تجربه تان را از رهبری آموزشی در بالین (خودتان) شرح دهید
۲	تجربه تون را از شیوه و نحوه رهبری آموزشی دیگران در بالین بیان کنید
۳	چه کارهایی باعث تسریع در رهبری آموزشی شما شده است بیان کنید (بیان تجربه)
۴	چه چیزهایی در بالین مانع رهبری آموزشی شما شده است تجربه تون را بفرمایید (بیان تجربه)
۵	اهمیت رهبری آموزشی در بالین را در درمان بیماران، انجام پژوهش، الگوی رفتاری، الگوی ارتباطی و... بیان کنید

بااهمیت، خیلی بااهمیت، کاملاً بااهمیت) مشخص نماید (جدول ۲).

جدول ۲. طیف هفت درجه فازی برای ارزش‌گذاری شاخص‌ها

متغیر زبانی	مقدار فازی	معادل فازی مثلثی
کاملاً بی‌اهمیت	1	(0, 0, 0.1)
خیلی بی‌اهمیت	2	(0, 0.1, 0.3)
بی‌اهمیت	3	(0.1, 0.3, 0.5)
متوسط	4	(0.3, 0.5, 0.75)
بااهمیت	5	(0.5, 0.75, 0.9)
خیلی بااهمیت	6	(0.75, 0.9, 1)
کاملاً بااهمیت	7	(0.9, 1, 1)

در بخش کمی پس از شناسایی مقوله‌های زیربنایی شایستگی‌های رهبری در آموزش بالینی از روش دلفی فازی برای اعتبارسنجی این مقوله‌های استفاده شده است. در واقع با استفاده از این روش مشخص شده که آیا شاخص‌های احصاء شده با روش تحلیل محتوایی، از اهمیت و اعتبار کافی برخوردار است. پرسشنامه نخست دلفی فازی که در آن از خبرگان خواسته شد تا میزان اهمیت شاخص‌های احصاء شده از مصاحبه را با عبارات کلامی (کاملاً بی‌اهمیت، خیلی بی‌اهمیت، بی‌اهمیت، متوسط،

الگوی روابط علی میان مقوله‌های شناسایی شده را با استفاده از طیف مندرج در جدول ۳ مشخص نمایند.

سپس از پرسشنامه مدلسازی ساختاری- تفسیری برای طراحی الگوی اولیه پژوهش استفاده شده است. در این پرسشنامه از خبرگان خواسته شده است تا

جدول ۳. علائم و نمادهای مورد استفاده جهت شناسایی روابط

O	X	A	V	
عدم وجود رابطه	رابطه دو سوپه	متغیر زبر i تأثیر دارد	متغیر i بر j تأثیر دارد	
.	۱	.	۱	(i, j)
.	۱	۱	.	(j, i)

مفهوم اولیه نظام‌مندی، علاقه‌مندی به رشته، آموزش مبتنی بر پژوهش، صلاحیت سیاسی، الگو بودن در عمل، رعایت عدالت در بین اعضای گروه، در مرحله اول دلفی توسط واحدهای پژوهش تأیید نگردید و حذف شد. سایر شایستگی‌های رهبری برای تحلیل مرحله دوم استفاده شدند. تحلیل دلفی فازی برای شایستگی‌های باقی‌مانده در مرحله دوم ادامه پیدا کرد. در این مرحله ۴۵ شاخص بر اساس دیدگاه خبرگان مورد ارزیابی قرار گرفت و در دور دوم هیچ سوالی حذف نشد که این خود نشانه‌ای برای پایان مراحل دلفی است ولی اگر چه در مرحله دوم هیچ شاخص جدیدی حذف یا اضافه نشد با این وجود برای حصول اطمینان بیشتر یک مرحله دیگر نیز ادامه یافت. در این مرحله ۴۵ شاخص بر اساس دیدگاه خبرگان مورد ارزیابی قرار گرفت. در دور سوم هم هیچ سوالی حذف نشد. بطور کلی یک رویکرد برای پایان دلفی آن است که میانگین امتیازات دو مرحله متوالی با هم مقایسه شوند. در صورتی که اختلاف بین دو مرحله از حد آستانه خیلی کم (۰/۲) کوچکتر باشد در این صورت فرایند نظرسنجی متوقف می‌شود (۸). و در نهایت جهت ارائه مدل شایستگی رهبری آموزشی در گروه‌های بالینی دانشکده‌های پرستاری و مامایی از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شد. در مدل (ISM) روابط متقابل و تأثیرگذاری بین معیارها و ارتباط معیارهای سطوح مختلف به خوبی نشان داده شده که موجب درک بهتر فضای تصمیم‌گیری به‌وسیله مدیران می‌شود. برای تعیین معیارهای

پرسشنامه اصلی پژوهش پرسشنامه‌ای با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای با ۴۵ آیتم بدست آمده با طیف خیلی کم تا خیلی زیاد مطابق جدول ۴ است. از داده‌های این پرسشنامه برای اعتبارسنجی الگوی نهایی با روش حداقل مربعات جزئی استفاده گردیده است.

جدول ۴. طیف لیکرت پنج درجه

عبارات کلامی	خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	خیلی زیاد
امتیاز	۱	۲	۳	۴	۵

یافته‌ها

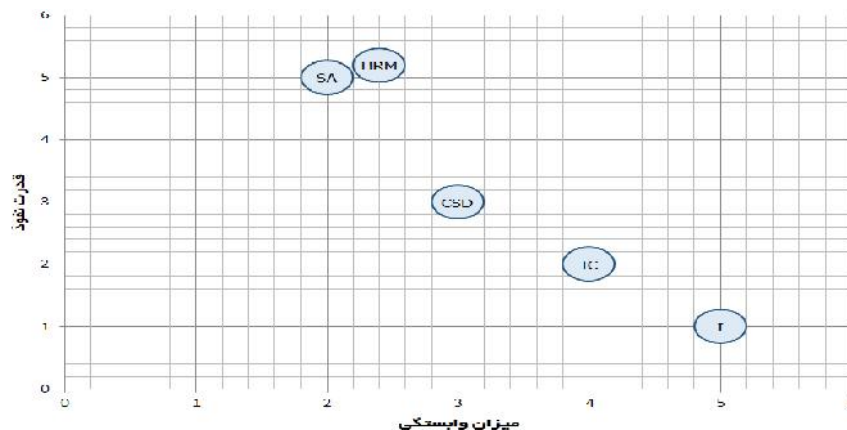
بر اساس نتایج بخش کیفی شایستگی‌های قابل قبول و تأثیرگذاری در جهت شناخت مولفه‌ها حاصل گردید. متغیر شایستگی از پنج مفهوم (رهبری آموزش بالینی، ارزشیابی و خودارزیابی، شایستگی‌های فردی، توسعه مهارت‌های بالینی دانشجو، توسعه منابع انسانی) تشکیل شده است که شامل ۵۰ مقوله فرعی بود (پیوست ۱). در این گام به اعتبارسنجی مقوله‌های حاصل از تحلیل کیفی مصاحبه‌های تخصصی پرداخته شد، در مجموع ۵۰ شایستگی برای رهبری در آموزش بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی شناسایی شد. برای غربال و شناسایی شایستگی‌های نهایی رهبری از روش دلفی استفاده گردید. تحلیل دلفی مبتنی بر دیدگاه ۱۵ نفر از خبرگان صورت گرفت. اگرچه افراد خبره از شایستگی‌ها و توانایی‌های ذهنی خود برای انجام مقایسه‌ها استفاده می‌نمایند، اما باید به این نکته توجه داشت که فرآیند سنتی کمی‌سازی دیدگاه افراد، امکان انعکاس سبک تفکر انسانی را بطور کامل ندارد.

شد و سپس روابط بین این عوامل و راه دستیابی به پیشرفت توسط این عوامل ارائه گردید. مدل ساختاری- تفسیری با تجزیه شاخص‌ها در چند سطح مختلف به تحلیل ارتباط بین شاخص‌ها می‌پردازد. مدل ساختاری- تفسیری می‌تواند برای تجزیه و تحلیل ارتباط بین ویژگی‌های چند متغیر که برای یک مساله تعریف شده‌اند، استفاده شود (۱۰۰۹).

کلیدی قدرت نفوذ و وابستگی معیارها در ماتریس دسترسی نهایی تشکیل می‌شود. نمودار قدرت-وابستگی برای متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۵ را نشان می‌دهد. جهت ارائه الگوی مطلوب وابستگی رهبری آموزشی در گروه‌های بالینی از روش مدل‌سازی ساختاری تفسیری استفاده شد. در این روش که توسط سیچ (۱۹۷۷) ابداع گردید، ابتدا شاخص‌های زیربنایی موضوع مورد مطالعه شناسایی

جدول ۵. قدرت نفوذ و میزان وابستگی متغیرهای تحقیق

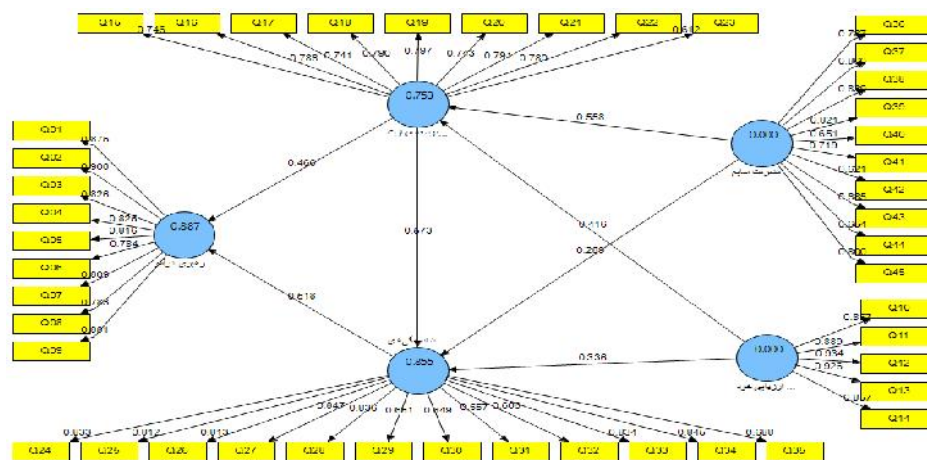
متغیرهای پژوهش	میزان وابستگی	قدرت نفوذ	سطح
مدیریت منابع انسانی (HRM)	۲	۵	۴
توسعه مهارت‌های بالینی داشجو (CSD)	۳	۳	۳
رهبری در آموزش بالینی (I)	۵	۱	۱
ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی (SA)	۲	۵	۴
وابستگی‌های فردی (IC)	۴	۲	۲



شکل ۱. نمودار قدرت نفوذ و میزان وابستگی (خروجی میک-مک)

رابطه متغیرهای مورد بررسی در هر یک از فرضیه‌های پژوهش بر اساس یک ساختار علی با تکنیک حداقل مربعات جزئی PLS آزمون شده است. مدل کلی پژوهش در نمایش داده شده است. در این مدل که خروجی نرم افزار Smart PLS است خلاصه نتایج مربوط به بار عاملی استاندارد متغیرها ارائه شده است. آماره t و مقدار بوت استرپینگ برای سنجش معناداری روابط نیز در شکل ۲ آمده است.

بر اساس قدرت وابستگی و نفوذ متغیرها، می‌توان دستگاه مختصاتی تعریف کرد و آن را به چهار قسمت مساوی تقسیم نمود. در این پژوهش، گروهی از متغیرها در زیر گروه محرک قرار گرفتند، این متغیرها قدرت نفوذ زیاد و وابستگی کمی دارند. در دسته بعدی متغیرهای وابسته قرار دارند که به گونه‌ای نتایج فرایند توسعه محصولند و کمتر می‌توانند زمینه‌ساز متغیرهای دیگر شوند (شکل ۱).



شکل ۲. نمودار همبستگی متغیرهای آشکار و پنهان مدل

جدول ۶. مقادیر روایی متقاطع افزونگی و اشتراکی

سازه‌های اصلی	ضریب تشخیص	روایی متقاطع اشتراکی	روایی متقاطع افزونگی
ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی	-	۰/۴۴۵	۰/۴۰۹
توسعه مهارت‌های بالینی داشجو	۰/۷۵۳	۰/۱۹۶	۰/۱۶۰
رهبری در آموزش بالینی	۰/۸۸۷	۰/۳۴۵	۰/۳۰۹
شایستگی‌های فردی	۰/۸۵۵	۰/۱۷۹	۰/۱۴۳
مدیریت منابع انسانی	-	۰/۲۲۵	۰/۱۸۹

پیش‌بینی سازه‌های پژوهش بصورت متوسط تا قوی برآورد می‌شود. ضریب تعیین (R^2) سازه‌های درونزای مدل پژوهش مطلوب بود. مقدار ضریب تعیین شایستگی‌های رهبری ۰/۸۵۵ گزارش شده است که مقدار قابل قبولی است (جدول ۵).

برای روایی متقاطع افزونگی و اشتراکی، اعداد مثبت نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل هستند. این مقادیر برای تمامی سازه‌های پژوهش مثبت بدست آمد. همچنین مقادیر متغیرها عموماً در محدوده ۰/۱۵ تا ۰/۳۵ یا بزرگتر از ۰/۳۵ بدست آمد. بنابراین قدرت

جدول ۷. خلاصه نتایج آزمون فرضیه‌های پژوهش

نتیجه	آماره t	بار عاملی	متغیر وابسته	متغیر مستقل
تایید	۶/۷۲۰	۰/۵۵۸	توسعه مهارت‌های بالینی داشجو	مدیریت منابع انسانی
تایید	۳/۵۶۴	۰/۲۸۹	شایستگی‌های فردی	مدیریت منابع انسانی
تایید	۵/۴۷۲	۰/۴۱۶	توسعه مهارت‌های بالینی داشجو	ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی
تایید	۴/۵۰۵	۰/۳۳۶	شایستگی‌های فردی	ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی
تایید	۶/۰۱۸	۰/۵۷۳	شایستگی‌های فردی	توسعه مهارت‌های بالینی داشجو
تایید	۳/۰۴۷	۰/۴۶۶	رهبری در آموزش بالینی	توسعه مهارت‌های بالینی داشجو
تایید	۶/۰۳۷	۰/۵۱۸	رهبری در آموزش بالینی	شایستگی‌های فردی

مقادیر متغیرها عموماً در محدوده ۰/۱۵ تا ۰/۳۵ یا بزرگتر از ۰/۳۵ بدست آمد. بنابراین قدرت پیش‌بینی

برای روایی متقاطع افزونگی و اشتراکی، اعداد مثبت نشان‌دهنده کیفیت مناسب مدل هستند، همچنین

مقوله اصلی جهت طراحی مدل شایستگی رهبری آموزش در گروه‌های بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی حاصل گردید. با وجودی که مطالعه‌ای همانند این پژوهش وجود نداشت ولی در مطالعات مشابه که توسط جوانک و همکاران در سال ۱۳۹۶ تحت عنوان ارائه الگوی توسعه حرفه ای مدیران گروه‌های آموزش بالینی صورت گرفته در مجموع در ۲۶ زیر مؤلفه و ۶ بعد اصلی تقسیم شد. ابعاد اصلی توسعه هدایت آموزشی (۴ زیرمؤلفه)، توسعه هدایت بالینی (۴ زیرمؤلفه)، توسعه مهارت‌های مدیریتی (۴ زیرمؤلفه)، توسعه مهارت‌های رهبری (۶ زیرمؤلفه) و خود توسعه فردی (۵ زیرمؤلفه) بودند که در ابعاد مختلفی با پژوهش حاضر همخوانی داشتند (۱۱). همچنین رنجبر و همکاران در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی الگوی شایستگی‌های مدیران بخش سلامت نتیجه‌گیری کردند که دانش و معلومات حرفه ای، مهارت‌های رفتاری فکری، نگرش و بینش، اعتبار، ویژگی‌های شخصیتی، خدمتگزاری، مسؤلیت پذیری و توجه به ارزش‌های اعتقادی اخلاقی به عنوان شایستگی‌های ضروری برای مدیران بخش سلامت می‌باشد (۵). ساندر و همکاران در پژوهش دستیابی به صلاحیت سازمانی برای رهبری بالینی که با ۲۸ پزشک در ایالت ویکتوریای استرالیا به جهت توسعه رهبری بالینی به شیوه استقرایی انجام شد نتیجه‌گیری کردند که هفت عامل سازمانی لازمه رهبری بالینی که کمتر به آنها پرداخته می‌شود شامل شفافیت عمل، استخدام گزینشی و انتخابی رهبر بالینی، کار گروهی و تصمیم‌گیری غیرمتمرکز، آموزش، اشتراک اطلاعات و تحول آفرینی می‌باشد (۱۱). پارکین مطالعه ای با عنوان رهبری بالینی در لیبر (بخش قبل زایمان) یک مطالعه مردم نگاری، در بخش قبل زایمان در مرحله اول با ۳۰ ماما در مورد رهبر بالینی موثر مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام داد و در مرحله دوم با ۱۸ ماما که به عنوان رهبران بالینی کارآمد معرفی شده

سازه‌های پژوهش بصورت متوسط تا قوی برآورد می‌شود. ضریب تعیین (R^2) سازه‌های درونزای مدل پژوهش مطلوب می‌باشد. مقدار ضریب تعیین شایستگی‌های رهبری ۰/۸۵۵ گزارش شد که مقدار قابل قبولی است. مهمترین شاخص برازش مدل در تکنیک حداقل مجزورات جزئی شاخص GOF^۱ است. این شاخص برای بررسی برازش مدل کلی است که هر دو بخش مدل اندازه‌گیری و ساختاری را ارزیابی می‌کند. این شاخص با استفاده از جذر حاصل ضرب «میانگین شاخص R^2 » و «میانگین شاخص‌های افزونگی^۲» محاسبه می‌شود:

(رابطه ۱)

$$GoF = \sqrt{(R^2) \times (Communality)}$$

شاخص GOF توسط تننهاوس^۳ و همکاران (۲۰۰۴) ابداع گردید و طبق رابطه ۱ محاسبه می‌شود. تزل^۴ و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ را به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF معرفی نمودند. مقدار نیکویی برازش در این مطالعه برابر است. بنابراین مقدار نیکویی برازش در این مطالعه برابر است:

$$0.832 = (R^2)$$

$$0.278 = (Communality)$$

$$GoF = \sqrt{0.832 \times 0.278} = 0.481$$

شاخص GOF برابر ۰/۴۸۱ بدست آمد بنابراین مدل از برازش مطلوبی برخوردار است (جدول ۷).

بحث

از معیارهای استخراج شده از متون مقالات مرتبط و مصاحبه‌های انجام شده با ۱۵ نفر از خبرگان، با حذف معیارهای هم‌معنی و پرتکرار و در نهایت با مقوله‌بندی و دسته‌بندی معیارهای نهایی، تعداد ۵

^۱ Goodness of Fit

^۲ Communalities

^۳ Tenenhouse

^۴ Tezless

دوره باعث آشکارشدن نقاط ضعف و قوت آنها در رهبری بالینی شده و همچنین ۸۸ درصد معتقد بودند که این دوره از نظر ارائه سبک‌های مختلف رهبری و نحوه مدیریت تعارض بین فردی در تیم‌های بالینی موفق بوده است. نهایتاً نتیجه‌گیری کردند که یک دوره کوتاه مدت آموزش رهبری می‌تواند باعث بهبود قابل توجه توانایی‌های رهبری بالینی گردد (۱۴).

نتیجه‌گیری

از نتایج این پژوهش بدست آوردن الگوی مطلوب شایستگی شامل رهبری در آموزش بالینی، ارزیابی خود و ارزشیابی عملکرد آموزشی، توسعه مهارت‌های بالینی دانشجوی، شایستگی‌های فردی و توسعه منابع انسانی بود که با توجه به اهمیت سازمان‌های آموزشی و همچنین شایستگی‌های مدیران در علوم پزشکی برای موفقیت بالینی، بنظر می‌رسد مدل مذکور برای تصمیم‌گیرندگان و مشاوران به منظور انتخاب رهبران آموزش بالینی دانشگاه‌ها و هدایت و راهنمایی مدیران مفید و کاربردی باشد و با توجه به نتایج حاصله پیشنهاداتی هرچند کوچک ارائه می‌گردد: با توجه به اینکه این پژوهش در ناحیه شمالغرب کشور انجام گردیده که اکثر دانشگاه‌ها تیپ ۲ هستند بهتر است تحقیقی با این مضمون در دانشگاه‌های تیپ ۱ نیز صورت گیرد تا یک راهکار عملی برای دانشگاه‌های تیپ‌های متفاوت ارائه گردد. ثانیاً بدلیل اهمیت زیاد سلامت جامعه و تربیت نیروهای سلامت بهتر است در گزینش رهبران آموزش بالینی به الگوهای شایستگی توجه ویژه گردد. ثالثاً اکثر مدیران گروه و معاونین اعتقاد به بکارگیری افراد با تجربه و حتی گذراندن دوره‌های مدیریت کوتاه مدت بصورت کارگاه در تغییر و تحولات مدیریت در دانشگاه‌ها را داشتند که بی‌تجربگی و عدم وجود علم مدیریت ضربه‌ای به تنه مدیریت بالین نزند. متأسفانه نداشتن زمان کافی تمامی مدیران و معاونین و یا در بعضی موارد به نوعی وقت گذاشتن برای مصاحبه را هدررفت زمان

بودند که به این نتیجه رسیدند که در این بخش بدلیل پرخطر بودن کار نیاز به یک رهبری قهرمانانه وجود دارد. رهبری بالینی راهی برای تسهیل تغییر و افزایش کیفیت مراقبت در خط مقدم بالینی است. با این وجود، عدم موفقیت در مامایی و تعیین‌شدن به‌عنوان گروهی تحت ستم، توانایی ماماها را در بخش بالین زیر سوال می‌برد (۱۲).

چین و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان الگوی جدید توسعه رهبری برای آموزش پرستار که به روش تحلیل محتوای هدایت‌شده جمع‌بندی و تعاریف از رهبری پرستاری، مفهوم سازی ظرفیت رشد رهبری از طریق بررسی گرایش‌ها، و تلفیق نظریه‌های رهبری موجود انجام شده است که نشان می‌دهد صلاحیت رهبری برای همه پرستاران لازم است. دانشجویان در درک رهبری به عنوان یک امر اساسی و پایه در آموزش و تمرین مشکل دارند. یک چارچوب ثابت برای آموزش رهبری پرستاری دارای دانش قوی نیست و شواهد محدود است. نتیجه مطالعه ایجاد یک مدل توسعه رهبری یکپارچه برای دانشجویان پرستاری قبل از اخذ مدرک، که رهبری را به عنوان یک مهارت اساسی برای عملکرد پرستاری می‌شناسد و باعث توسعه دانش آموزش پرستاری بود و نه مهارت رهبری ساختار سازماندهی که مدل توسعه رهبری پرستار را تشکیل می‌دهند بدست آمد (۱۳). مطالعه دیگری توسط دانیال و همکاران تحت عنوان اجرای یک دوره آزمایشی رهبری برای رزیدنت‌های طب داخلی در یک بیمارستان آموزشی ۱۰۵۷ تختخوابی وابسته به دانشگاه هاروارد در ماساچوست آمریکا صورت گرفت. تعداد نمونه‌ها ۱۶ نفر از بین ۶۵ کارورز، ۵۵ رزیدنت سال پایین و ۵۵ رزیدنت سال سوم انتخاب شدند پس از گذراندن دوره شرکت‌کنندگان تاثیر و کیفیت دوره را در مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای ارزیابی کردند، همه شرکت‌کنندگان اذعان داشتند که این دوره از نظر محتوا و مهارت‌های رهبری بالینی و مسئولیت‌ها موثر بود و همچنین تاکید داشتند که این

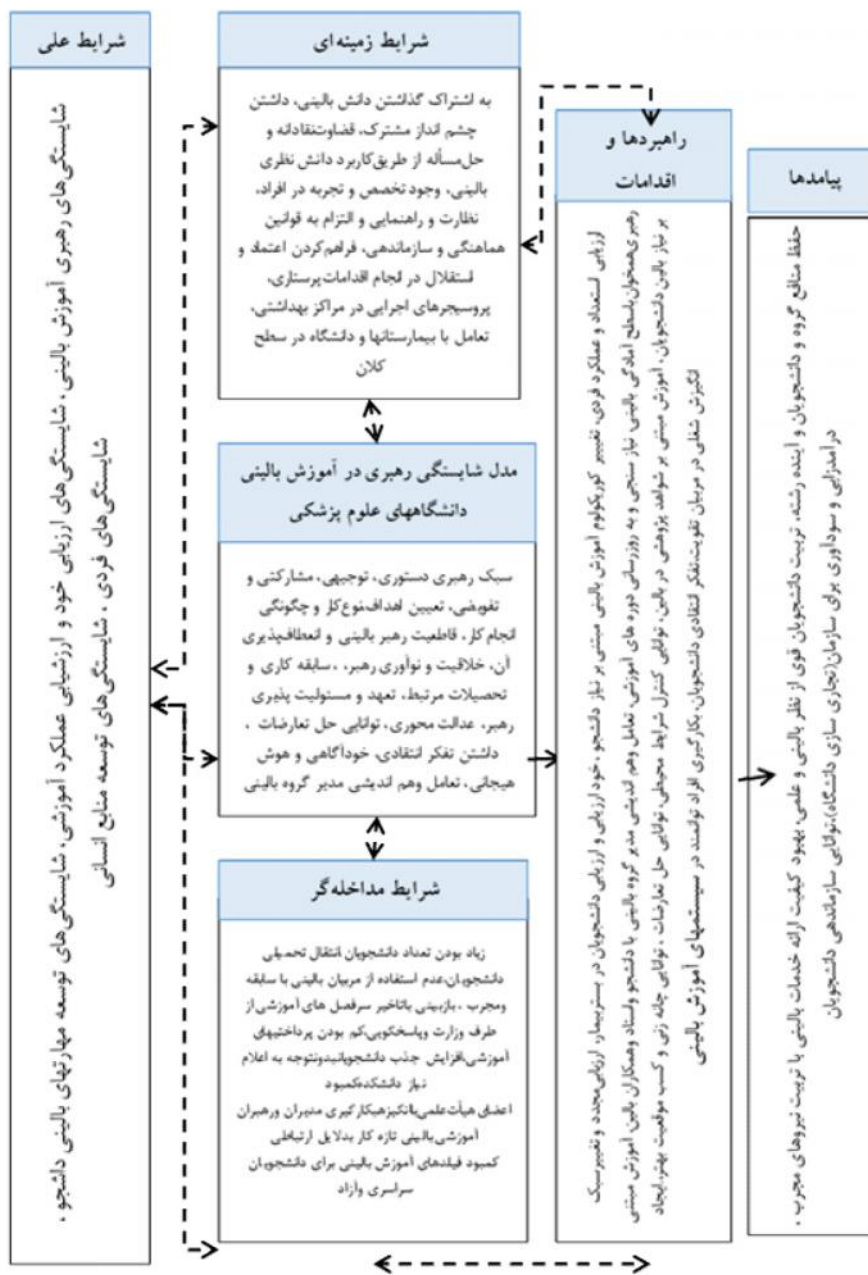
تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری مدیریت آموزش دارای کد اخلاق IR.IAUARD.REC.1398.144 بوده و لازم است از کلیه مدیران گروه‌های پایه و بالینی و همچنین اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی شمالغرب که محققین را در این تحقیق یاری رساندند، تشکر و قدردانی گردد.

می‌پنداشتند و اجازه مصاحبه نمی‌دادند که این مقوله از محدودیت‌های این پژوهش بود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.



پیوست ۱. مدل پارادایمی شایستگی رهبری در آموزش بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی

References

- 1- Kermani B, Darvish H, Sarlak M, Kolivand P; Iranian journal of health promotion management 4 June-July 2017, Volume 6, Issue 4: [Persian].
- 2- Ranjbar M, Khaef A, Elahi A, Danaee H, Fard Fani, Measurig Competency Model for Managers in the Health Sector J Mazand Univ Med Sci 2014; 24(109): 104-113 : [Persian].
- 3- Abbasi Khameneh F; hajinabi K, Riahi L ; The Relationship Between Clinical Leadership Competencies of Midwives Employed in Public Hospitals of Iran University of Medical Sciences with Mother Friendly Hospitals Indicators; Teb va Tazkiyeh 2017; 26(4) : [Persian].
- 4- Aliakbari F, Haghani F. Patient 's Bedside Teaching: Advantages and Disadvantages; Iranian Journal of Medical Education '2010' 10(5); 1175: [Persian].
- 5- Javanak Liavali M, Abili Kh, Porkarimi J, Soltani Arabshahi SK. Providing a Pattern of Professional Development of Clinical Department Chairs: A Case of State Universities of Medical Sciences in Tehran. Educ Strategy Med Sci. 2017; 10 (3) : 202-218: [Persian].
- 6- Ravand H, Darvish H, Nasrabadi AN. Relationship between Transformational Leadership and Process and Service Innovation in a Teaching Hospital of Tehran University of Medical Sciences. Iranian Journal of Nursing Research. 2017; 12(3): 58-66: [Persian].
- 7- Sarmad Z. Bazargan, Abas and Hejazi, Elaheh. 2013. Research Methods in Behavioral Sciences. Tehran: Institute, chapter 2; 74-81: [Persian].
- 8- Azemian A; Motamed N; ; Yousefi M, Barriers and Facilitating Factors in Learning of Effective Clinical Teaching in Bushehr University of Medical Sciences: Clinical Students, Point of View; Educational development of Jundishapur; 2015; (1); 8-17: [Persian].
- 9- Fernandez, A. I., Lara, P. R., Ugalde, M. C., & Sisodia, G. S. (2018). Distinctive competencies and competency-based management in regulated sectors: A methodological proposal applied to the pharmaceutical retail sector in Spain. Journal of Retailing and Consumer Services, 42, 29-36.
- 10- Sage A. P.; Interpretive structural modeling: Methodology for large-scale systems; New York, NY: McGraw-Hil, 1977.
- 11- Sandra G (2013) Achieving organizational competence for clinical leadership: Journal of Health Organization and Management Vol. 27 No. 3. 312-329
- 12- Parkin, Julie (2016) Clinical leadership on the labour ward. Doctoral thesis, University of Huddersfield. <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/31925/>
- 13- Jane M. Miles, Elaine S. Scott b (2018) A New Leadership Development Model for Nursing Education, a Marquette University College of Nursing, Milwaukee, WI, United States of America <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.09.009>
- 14- Daniel M, Ken Bernard, Traci N Fraser, Jordan Bohnen, Jessica Zeidman, and Valerie E Stone. 2014. Implementing a pilot leadership course for internal medicine residents: design considerations, partic impressions, and lessons learned." BMC Medical Education 14 (1): 257-263