

Challenges and Strategies Towards Clinical Leadership Competency: A Qualitative Study

Seyed Ali Hozni¹ , Mohammad Hakkak*¹ , Hojjat Vahdati¹ , Amir Houshang Nazarpouri¹ 

Article Info:

Article History:

Received: 02.19.2020
Accepted: 04.07.2020
Published: 09.22.2020

Keywords:

Mental Competency
Leadership
Clinical Competency
Research

DOI: 10.34172/doh.2020.30

Abstract

Background and Objectives: Healthcare organizations in terms of providing and maintaining community health have many challenges throughout the world and their proper functioning depends on how well they are managed. Also, the study of the state of Iran healthcare system shows that Iran does not have the proper clinical leadership and needs to make some modifications. The aim of this study was to identify and explain the competence of clinical leadership among the managers of Guilan University of Medical Sciences.

Material and Methods: This research is a qualitative research that was done by using content analysis approach. The statistical population was the managers of Guilan University of Medical Sciences in 2019, which selected with the approach of purposeful sampling of 18 senior managers as participants. To obtain reliability and validity of the data, two methods used by reviewing participants and reviewing non-participating experts.

Results: After analyzing and combining the data in the form of 264 basic concepts, 5 main categories (specifications, importance, barriers, executive tactics and achievements) and 28 sub-categories classified.

Conclusion: Given the importance of leadership competence and the complexity of professional work, the role of the Ministry of Health in determining the management perspective, its implementation and monitoring throughout the country for determining the comprehensive road-map for health is very key and important. At the individual level, educating individuals and equipping Iran health managers with management tools, also to purely specialized generation training, is very key and vital.

Citation: Hozni SA, Hakkak M, Vahdati H, Nazarpouri AH. Challenges and Strategies Towards Clinical Leadership Competency: A Qualitative Study. Depiction of Health. 2020; 11(3): 223-236.

1. Department of Business management, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Email: hakkak.m@lu.ac.ir)

شایستگی رهبری بالینی، چالش‌ها و راهکارها: یک پژوهش کیفی

سیدعلی حزنی^۱ ID، محمد حاکک^{۱*} ID، حجت وحدتی^۱ ID، امیرهوشنگ نظر پوری^۱ ID

چکیده

زمینه و اهداف: سازمان‌های سلامت به دلیل تأمین و حفظ سلامت جامعه چالش‌های بسیار زیادی در تمام دنیا دارند و عملکرد صحیح آن‌ها به نحوه مدیریت شایسته‌ی آنان بستگی دارد. همچنین بررسی وضعیت سیستم بهداشتی و درمانی کشور نشان‌دهنده آن است که رهبری شایسته‌ی بالینی بر کشور حاکم نیست و لازم است اصلاحاتی در آن انجام پذیرد. هدف این مطالعه، شناسایی و تبیین شایستگی رهبری بالینی میان مدیران دانشگاه علوم پزشکی گیلان بوده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع پژوهش‌های کیفی است که با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا انجام شد. جامعه‌ی آماری، مدیران دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۹۸ بود که با رویکرد نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۱۸ نفر از مدیران ارشد به عنوان مشارکت‌کنندگان در پژوهش انتخاب شدند. برای به دست آوردن اعتبار و روایی داده‌ها از ۲ روش بازبینی مشارکت‌کنندگان و مرور خبرگان غیر شرکت‌کننده در پژوهش استفاده شد. **یافته‌ها:** داده‌ها پس از تجزیه و ترکیب در قالب ۲۶۴ مفهوم اولیه، ۵ مقوله‌ی اصلی و ۲۸ مضمون فرعی دسته‌بندی گردید. مقوله‌های اصلی شامل مشخصات، اهمیت، موانع، تاکتیک‌های اجرایی و دستاوردها بودند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت شایستگی رهبری و پیچیدگی تخصصی کاری، نقش وزارت بهداشت در تعیین چشم‌انداز مدیریتی، اجرا و نظارت آن در کل کشور جهت تعیین نقشه‌ی راه جامع سلامت بسیار کلیدی و مهم است. در سطح فردی نیز آموزش افراد و تجهیز مدیران سلامت کشور به ابزارهای مدیریتی علاوه بر تربیت نسلی صرفاً متخصص، بسیار کلیدی و حیاتی است.

کلیدواژه‌ها: شایستگی روحی، رهبری، شایستگی، پژوهش

نحوه استناد به این مقاله: حزنی س، حاکک م، وحدتی ح، نظرپوری ام. شایستگی رهبری بالینی، چالش‌ها و راهکارها: یک پژوهش کیفی. تصویر سلامت. ۱۳۹۹؛ ۱۱(۳): ۲۳۶-۲۳۳.

۱. گروه مدیریت بازرگانی، دانشکده علوم اقتصادی و اداری، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (Email: hakkak.m@lu.ac.ir)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

زیربنای هر سازمان منابع انسانی آن است که قرار گرفتن شایسته‌ترین افراد در آن پیش‌شرط اساسی برای موفقیت سازمان‌هاست. بررسی‌ها نشان می‌دهد اکثر سازمان‌های دولتی به دلیل عدم شایسته‌سالاری و لیاقت مدیرانشان عملکرد رضایت‌بخشی ندارند. ضعف در انتخاب و استخدام افراد شایسته منجر به کمبود رهبران اثربخش در سازمان‌های بهداشتی و درمانی می‌شود در حالی که این سازمان‌ها به دلیل شرایط خاص نیاز به مدیرانی ویژه دارند (۱).

سیستم سلامت به دلیل تأمین و حفظ سلامت جامعه از حساسیت و اهمیت خاصی برخوردار است و همواره یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی جوامع، عملکرد صحیح و تعالی نظام سلامت است. عملکرد سیستم سلامت دارای تبعات سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بسیار می‌باشد. با توجه به پیچیدگی عملکرد این سازمان‌ها به دلیل عملکرد چندگانه‌ی آن در حیطه‌های پیشگیری، درمان، آموزش و تحقیقات موفقیت این سازمان‌ها نیاز به مهارت‌مدیریتی و رهبری بالایی دارد (۲).

سازمان‌های بهداشتی و درمانی وظایف پیچیده و دشواری برای باقی ماندن در محیط متغیر امروزی دارند؛ محیطی که در آن اطلاعات پزشکی، تکنولوژی‌ها و روابط با دیگر سیستم‌های بهداشتی و درمانی به طور مداوم در حال تغییر است. به طور کلی تعداد بیماران، انتظارات آن‌ها و نحوه‌ی مشکلات و بیماری‌های آنان رو به افزایش است. فشار دولت‌ها برای کاهش هزینه‌های بخش سلامت و تقاضا برای بهبود مستمر کیفیت هر روز بیشتر می‌شود؛ لذا با همه‌ی مسائل گفته‌شده ارتقای مراکز بهداشتی و درمانی از اولویت‌های هر دولت برای توسعه است (۳).

شایستگی بالینی مفهومی پیچیده و موضوعی بحث‌برانگیز در مدیریت بالینی می‌باشد و همواره یک چالش مهم در مدیریت بیمارستان‌ها و مدیریت پرستاری و سایر رشته‌های مربوط بوده است. شایستگی بالینی عبارت است از: به کارگیری مدبرانه و همیشگی مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی دانش استدلال بالینی، عواطف و ارزش‌ها در محیط‌های بالینی به منظور پاسخ‌گویی به موقعیت‌های بالینی. با افزایش شایستگی بالینی کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران نیز ارتقا می‌یابد و باعث رضایت آن‌ها می‌شود. در تعریفی دیگر، صلاحیت بالینی به توانایی حل مشکلات پیچیده با استفاده از تلفیق دانش، نگرش و مهارت عملی اطلاق می‌شود و هدف آن سنجش توانمندی‌های عملی دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی در زمینه‌های مختلف برای پاسخ‌گویی به نیاز جامعه جهت ارائه‌ی خدمت به مردم می‌باشد (۴).

ارتباط نزدیک بین شایستگی بالینی و مفهوم کیفیت باعث شده شایستگی بالینی در حرفه‌ی پرستاری به عنوان رشته‌ای

عملی از جایگاهی منحصر به فرد برخوردار باشد. شایستگی بالینی باعث می‌شود پرستاران بتوانند نقش خود یا وظایف محوله را با کیفیت مناسب انجام دهند (۵). یکی از مفاهیم مهمی که در سیستم آموزش پزشکی و بالینی بدان تکیه و تأکید می‌شود، مفهوم شایستگی رهبری بالینی است. تغییر در نقش‌ها و وظایف کادر بالینی که آن را به شغل پیچیده و نیازمند داشتن مهارت‌های گوناگون بدل کرده است، باعث شده تا موضوع شایستگی رهبری بالینی مورد توجه بیشتری قرار گیرد. در واقع برای دستیابی به شایسته‌سالاری باید به شایستگی رهبری بالینی و شاخص‌های آن توجه نمود (۶).

حیاتی و همکاران در پژوهشی در سال ۹۴ انواع مدل‌های شایستگی مدیران بیمارستان‌ها را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش با بررسی جامع، مقالات در بانک‌های اطلاعاتی معتبر با کلید واژه‌هایی همچون شایستگی، شایستگی مدیریت بیمارستانی، مدیریت بیمارستانی، شایستگی سلامت، مورد جستجو قرار گرفت. در نهایت ۱۲ مقاله و گزارش کامل که شامل پرسش‌نامه یا مدل جهت ارزیابی شایستگی مدیران بود، انتخاب شد. از بررسی مقالات موجود ۱۵ مورد از بیشترین متداول‌ترین شایستگی‌ها در مطالعات به دست آمد که مهارت ارتباطی و آگاهی محیطی، دانش بهداشتی و درمانی با بیشترین تکرار در مقالات مهم‌ترین اولویت شناخته شدند. در میان مدل‌های موجود مدل پیلاری (pillary) با داشتن بیشترین تعداد مهارت‌ها کامل‌ترین مدل شناخته شد (۷).

یوسف ادیب و همکاران در سال ۱۳۹۶ در یک پژوهش کیفی به منظور تبیین شایستگی‌های بالینی و موردنیاز برای تربیت پزشکان عمومی در راستای تحقق پاسخ‌گویی اجتماعی یک مطالعه‌ی کیفی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام دادند. این پژوهش، در سال ۱۳۹۶ با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوای کیفی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد. ۱۴ نفر استاد و ۵ نفر پزشک عمومی به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و تجارب و دیدگاه‌های آنان تا رسیدن به مرحله‌ی اشباع اطلاعاتی مورد استفاده قرار گرفت. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌ی نیمه‌ساختارمند و برای تحلیل آن‌ها از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی استفاده شد.

براساس نتایج حاصل از این مطالعه، ۶ تم اصلی تحت عنوان توانمندی ارائه‌ی خدمات بالینی بر اساس رویکرد کل‌نگر، همکاری با تیم سلامت برای ارتقای سلامت و پیشگیری، نقش‌آفرینی در نظام سلامت، مهارت‌های ارتباطی، اخلاق و تعهد حرفه‌ای و تصمیم‌گیری در شرایط سخت شناخته شدند. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشانگر آن است که برای توسعه‌ی پاسخ‌گویی اجتماعی در آموزش پزشکی، دانشکده‌های پزشکی باید فارغ‌التحصیلانی را تربیت کنند که به طور جدی در مورد سلامت جامعه فعال بوده و به

مستلزم داشتن برنامه‌های هدفمند است که برای تحقق آن‌ها، کلید اصلی وجود مدیران توانمند در سیستم‌های کشور می‌باشد (۱۲).

مدیریت ضعیف در سیستم‌های بهداشتی و درمانی همانند یک سلول سرطانی در حال پیشرفت است که باعث ایجاد مسمومیت در سیستم می‌شود و عدم رضایت کارکنان، فرسودگی شغلی آن‌ها و عدم کیفیت خدمات لازم را در بر دارد (۱۳). با توجه به وظایف چندگانه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی در حیطه‌های آموزش، درمان، بهداشت، تحقیقات و تعداد زیاد پرسنل این دستگاه (دومین دستگاه پرجمعیت دولتی بعد از آموزش و پرورش) و همچنین تنوع بسیار زیاد از لحاظ تخصصی و مدارک دانشگاهی، پراکندگی جغرافیایی و تنوع مأموریتی، بوروکراسی زیاد، ساختار عمودی و سلسه مراتب زیاد به راستی شاید بتوان اسم ابرسازمان را بر این مجموعه نهاد. همچنین از آنجا که حساسیت بخش درمان در جامعه نموده‌های بسیار زیادی دارد، اهمیت عملکرد مناسب به دلیل صیانت از سلامت جسمی و روانی مردم در این حوزه بسیار حائز اهمیت است (۱۴). گزارش سازمان بهداشت جهانی در خصوص عملکرد کشورهای مختلف از نظر ارائه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی سطح سلامت نشان می‌دهد که ایران از نظر خدمات بهداشتی و درمانی از بین ۱۹۱ کشور جهان در رتبه‌ی ۵۸ و از نظر سطح سلامت در ردیف ۹۳ قرار دارد (۱۵).

در سال‌های اخیر اگرچه در زمینه‌ی آموزش‌های تئوری و عملی در رشته‌های پزشکی و پیراپزشکی اقدامات قابل توجهی جهت تقویت مهارت‌های بالینی دانشجویان انجام شده است، اما در زمینه‌ی تقویت مهارت‌های مدیریتی عملکرد قابل قبولی وجود ندارد. مروری بر دو دهه عملکرد بیمارستان‌های ایران حاکی از آن است که عملکرد بیشتر بیمارستان‌های کشور در حد قابل قبول نیست؛ لذا باید راهکارهای ویژه‌ای برای تخصیص منابع و ارتقای کارایی فنی بیمارستان‌ها و تعالی مدیریتی ایجاد گردد. از این رو توجه به مدیریت صحیح در نظام سلامت به منظور شناسایی، حفظ و نگه‌داری و آینده‌نگری برای شکوفایی و استفاده‌ی صحیح از پتانسیل‌های موجود بسیار مهم ضروری و مهم تلقی می‌گردد. با توجه به موارد ذکر شده جهت شناسایی عملکرد فعلی و شناسایی نقاط ضعف و تلاش برای پر کردن این شکاف، ضرورت انجام این پژوهش بیش از پیش روشن می‌شود تا بتواند راهنمای عمل باشد. در سازمان‌های موفق سلامت جهانی، آموزش مدیریت تقریباً ۳ دهه مورد توجه قرار گرفته و مدل‌های متعدد شایستگی در این میان به وجود آمده است. در این پژوهش، از چارچوب شایستگی رهبری بالینی سازمان سلامت ملی انگلستان استفاده شد؛ زیرا سازمان خدمات ملی سلامت کشور انگلستان (National Health System) با

اخلاق و رفتار حرفه‌ای، برقراری ارتباط مؤثر، کار گروهی، انجام مراقبت‌های اولیه و ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در جامعه متعهد باشند؛ لذا آموزش یک سویه فقط برای تربیت پزشکانی با مهارت‌های تخصصی بالینی نباید هدف نهایی و غایی دانشکده‌ها باشد و باید افرادی را تربیت کنند که در واقع مدیران بالینی شایسته باشند (۸).

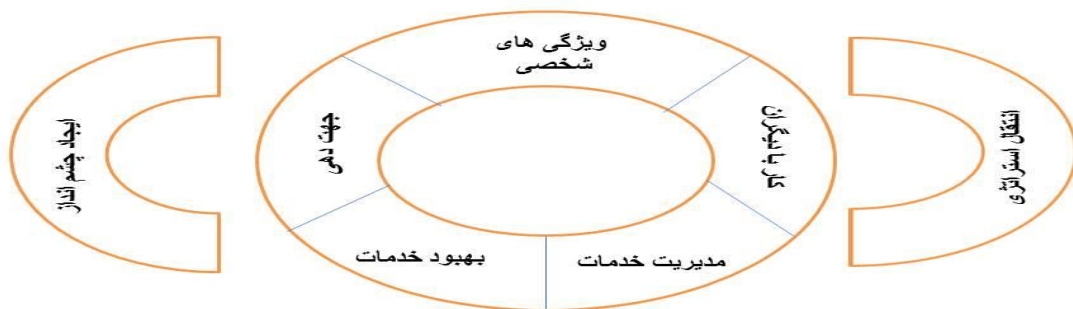
در پژوهشی، جیف (Jaffe) و همکارانش برنامه‌ی توسعه‌ی رهبری برای جراحان در سال ۲۰۱۶ را در دانشگاه میشیگان انجام دادند. از ۲۴ جراح که تمایل داشتند در برنامه‌ی توسعه‌ی رهبری شرکت کنند، نظرخواهی شد. مراحل کار این برنامه‌ی توسعه‌ی رهبری بدین صورت بود که ابتدا مصاحبه‌ای از آن‌ها انجام شد و نیازهای موجود برای نقش‌های رهبری شناسایی گردید. سپس برنامه‌ای برای توسعه‌ی شخصی و راهنمای رهبری برای آن‌ها تهیه شد. مصاحبه‌کنندگان برنامه‌ی توسعه‌ی رهبری خود را شامل نیازهایی در ۴ آیت مهارت‌های رهبری و ارتباطی، تیم‌سازی، مالی و بازرگانی و مفاهیم عمیق‌تر در مورد بهداشت و درمان توصیف کردند. نتایج این پژوهش نشان داد جراحان برای کار توسعه‌ی رهبری خود نیاز به درک دقیق‌تری از رهبری شخصی و سازمانی در زمینه‌های یادشده دارند (۹).

پژوهش براون (Brown) و همکاران در سال ۲۰۱۶ برای بالا بردن مهارت رهبری بالینی در پرستاران استرالیا انجام شد. در این پژوهش، ۶۷ عامل کلی در حیطه‌های دانش، مهارت و رفتار از ۴۱۸ پرستار به صورت پرسش‌نامه سؤال شد و نظر آن‌ها در مورد اینکه آیا باید این مهارت‌ها در برنامه‌ی درسی پرستاران گنجانده شود، سؤال شد و با نرم‌افزار SPSS تحلیل گردید. در این پژوهش، پرستاران به طور واضح و قاطع عنوان کردند که داشتن برنامه‌ی توسعه‌ی رهبری بالینی در برنامه‌ی تخصصی پرستاران الزامی و بسیار سودمند است (۱۰).

در حال حاضر نارسایی و ناکارآمدی نظام سلامت کشور در بخش درمان و معضل تأمین مالی قابل توجه است. مشکلات عدیده و چالش‌های فراوانی ناشی از عدم عدالت، کیفیت و اثربخشی در بخش‌های بهداشت و درمان وجود دارد که طراحی اصلاحاتی اساسی، هدفمند و پایدار را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. ضعف در سیاست‌گذاری ملی، مشکلات تأمین مالی، نارسایی ساختار سازمانی، چالش مدیریت منابع انسانی، ضعف مدیریت فن‌آوری، چالش مدیریت منابع مالی، ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی، غفلت از مشتری‌مداری و عدم به کارگیری ابزارهای علمی مدیریت از جمله مشکلات عمده‌ی نظام سلامت در کشور ماست (۱۱). چشم‌انداز ملی ایران با در نظر گرفتن اهداف مهمی چون مبدل شدن به قدرت اول اقتصادی، علمی و تکنولوژیکی منطقه، الگو شدن در میان کشورهای اسلامی و الهام‌بخشی جهان اسلام، توسعه‌یافتگی همه‌جانبه و نظایر آن،

نیز پس داده است، استفاده گردد. این مدل دارای ۷ بعد شامل ویژگی‌های شخصی، کار با دیگران، مدیریت خدمات، بهبود خدمات، جهت‌دهی، ایجاد چشم‌انداز و انتقال استراتژی است. در واقع، اغلب تحقیقات پیرامون شایستگی در سازمان‌های بالینی به شناسایی و دسته‌بندی صفات شایستگی کارکنان یا مدیران اکتفا نموده‌اند یا در حالت خاص به بررسی شایستگی بالینی که فقط بعد تخصصی را پوشش می‌دهد، پرداخته‌اند، به ویژه اینکه استفاده از مدل کاربردی با این خصایص در پژوهش‌های داخل کشور به چشم نمی‌خورد؛ لذا در این پژوهش با رویکردی نوآورانه با توجه به اهمیت سازمان‌های بالینی در تأمین و حفظ سلامت جامعه و پیچیدگی‌های خاص مدیریت در آن سعی شده با استفاده از مدل استاندارد جهانی و استفاده از روش کیفی تحقیقی جامع را به انجام برساند.

تمام خصوصیات خاص خود، به عنوان یکی از مدل‌های نظام خدمات سلامت برتر در جهان همیشه مورد بحث و توجه بوده، حتی در بیشتر کشورها به عنوان الگو به آن نگریسته می‌شود. طراحی این سازمان به گونه‌ای است که بیماران را به بهترین وجه ممکن ارجاع داده و نیازهای آن‌ها را برطرف می‌کند. در واقع، این سازمان فرهنگ جدیدی به وجود آورده است که براساس اصول واقع‌گرایانه و قابل اجرا به مشکلات بهداشتی و درمانی بیماران رسیدگی می‌کند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، خدمات ملی بهداشت و درمان انگلستان یکی از بهترین و کامل‌ترین نظام‌های بهداشتی و درمانی دنیا به لحاظ حفظ استانداردهای بین‌المللی و ارتقای سطح جامعه به شمار می‌رود و از همین رو در دنیا به عنوان یک برند شناخته شده است (۱۶). لذا در این پژوهش سعی شد از مدل پذیرفته‌شده جهانی که در واقع امتحان خود را



شکل ۱: مدل شایستگی رهبری بالینی سازمان ملی بهداشت انگلستان (۱۷)

سؤالات آن با بررسی پیشینه‌ی نظری و پژوهشی مرتبط با موضوع پژوهش از بین مقالات معتبر داخلی و خارجی انتخاب شد. مستندات موجود در پایگاه‌های علمی ایرانی و خارجی جستجو گردید و با هدف بررسی شایستگی رهبری بالینی سؤالات تهیه و تنظیم شد. برخی سؤالات شامل مشخصات یک رهبر شایسته‌ی بالینی چیست؟ موانع دستیابی به شایستگی رهبری بالینی در چیست؟ تاکتیک‌های اجرایی شما برای اجرای رهبری شایسته کدام‌اند؟ توسط ۵ نفر از اساتید دانشگاه این مورد بازبینی قرار گرفت. در جمع‌آوری اطلاعات ۱۸ مصاحبه در محیطی خلوت با هماهنگی شرکت‌کنندگان انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوا در نرم‌افزار مکس کیودا (MAXQDA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مجوز لازم از سوی معاونت پژوهشی جهت انجام تحقیق کسب شد. پیش از شروع مصاحبه،

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش از نوع کیفی بود و به روش تحلیل محتوا انجام گرفت که به منظور تأثیر واحدهای معنای پنهان در محتوای مکتوب به کار می‌رود. در این رویکرد اعتقاد بر این است که تعداد زیادی از واژه‌ها در گروه‌های محتوای متراکم‌تر طبقه‌بندی و طی فرآیند طبقه‌بندی سیستماتیک کدهای طبقات و طبقات اصلی شناسایی می‌شود (۱۸). جامعه‌ی پژوهش، مدیران دانشگاه علوم پزشکی گیلان با نمونه‌ی مورد مطالعه‌ی شامل ۱۸ تن در سال ۱۳۹۸ بود که بعد از مصاحبه با آن‌ها داده‌ها به اشباع لازم رسید. معیار ورود، داشتن سابقه‌ی خدمتی در پست‌های مدیریتی و اجرایی در دانشگاه و سابقه‌ی کاری بالای ۵ سال بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری هدفمند گلوله برفی استفاده شد. بدین ترتیب ابزار پژوهش و مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود که

که بر تمام مراحل مطالعه نظارت می‌نمودند، قرار داده شد و توافق بالایی میان نتایج استخراج شده وجود داشت. همچنین به منظور تأییدپذیری، محققان سعی نمودند پیش‌فرض‌های خود را تا حد امکان در روند جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل آن دخالت ندهند. این کار با استفاده از نرم‌افزار مکس کیودا (MAXQDA) و مشارکت گروهی انجام شد (۲۰، ۱۹).

یافته‌ها

پژوهش حاضر به منظور بررسی شایستگی رهبری بالینی در دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام گرفت. این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوا انجام شد و در آن با ۱۸ نفر از مدیران اجرایی بالینی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در سال ۱۳۹۸ به صورت هدف‌مند مصاحبه شد. یافته‌ها براساس تحلیل داده‌ها شامل ۲۶۴ مفهوم اولیه، ۵ مقوله‌ی اصلی شامل مشخصات، اهمیت، موانع، تاکتیک‌های اجرایی و دستاوردها بودند. ۲۸ مضمون فرعی شامل شایستگی اخلاقی و معنوی، شایستگی بالینی، شایستگی مدیریتی، جامعیت، توانمندی شخصی، عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی و فرهنگی و علمی، تعالی بالینی، فشار سیاسی و قانونی، ویژگی‌های شخصی، کار با دیگران، مدیریت خدمات، بهبود خدمات، جهت‌دهی، ایجاد چشم‌انداز، انتقال استراتژی، انگیزاننده، رعایت عدالت، ارتباط سازنده و رعایت اخلاق، تیم محوری، اعمال اصول مدیریتی، تعالی بالینی، ارتقای فردی، ارتقای کیفیت درمان، پاسخ‌گویی اجتماعی، تعالی سازمانی، مشروعیت سازمانی و نظارت حاکمیتی، نظارت بهینه‌ی شناسایی شد. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده‌ی مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مصاحبه است.

مشارکت‌کنندگان از اهداف مطالعه آگاه شده و با آگاهی و رضایت کامل در این مطالعه شرکت کردند. همچنین از آن‌ها برای شرکت در مطالعه و استفاده از دستگاه ضبط صوت اجازه‌ی شفاهی و کتبی گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده فقط در جهت اهداف مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین به شرکت‌کنندگان اعلام شد که در هر مرحله از مطالعه می‌توانند انصراف خود را اعلام نمایند و مشخصات آن‌ها در مطالعه به صورت محرمانه حفظ می‌گردد. هر مصاحبه حدود ۱ ساعت به طول انجامید. در مطالعه‌ی حاضر فرآیند تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی براساس مراحل پیشنهادی گرانیهیم و لاندمن (Graneheim & Lundman) همزمان با جمع‌آوری داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها انجام شد. تحلیل داده‌ها در طول جمع‌آوری داده انجام شد بدین صورت که مصاحبه‌ها ابتدا تایپ شده سپس چندین بار توسط تیم پژوهشی مورد مطالعه قرار گرفت و مفاهیم اصلی آن در قالب کدهای اولیه مشخص شد. با توجه به شباهت‌ها و تفاوت‌های مشخص شده کدهای مشابه ادغام و زیرطبقه‌ها تشکیل شد و در مرحله‌ی بعد دوباره با بررسی تشابه و تفاوت‌های طبقه‌های مشخص شده در طبقات مجزا دسته‌بندی گردید. در مطالعات کیفی ۴ معیار اعتبار، قابلیت اطمینان، انتقال‌پذیری و تأییدپذیری جهت سنجش روایی و پایایی استفاده گردید. مقبولیت داده‌ها با استفاده از حداکثر تنوع در نمونه‌ها از لحاظ جنسیت، رشته‌ی تحصیلی، سن و سابقه‌ی کاری و گروه‌های علمی بررسی شد. جهت افزایش قابلیت انتقال‌پذیری و تناسب داده‌ها همه‌ی فرآیند پژوهش و کارهای انجام شده در مسیر مطالعه به صورت واضح و دقیق و مکتوب تهیه گردید تا امکان پیگیری مسیر پژوهش و خصوصیات جمعیت مورد مطالعه برای دیگران فراهم شود. جهت افزایش قابلیت همسانی یافته‌ها نیز متن مصاحبه‌ها مورد بازنگری اعضای تیم پژوهش قرار گرفت یعنی کدها و طبقات استخراج شده در اختیار ۳ استاد صاحب‌نظر در تحقیق کیفی

جدول شماره ۱. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در مصاحبه

شماره	جنسیت	سن	عنوان و سابقه‌ی	شماره	جنسیت	سن	عنوان و سابقه‌ی
۱	مرد	۴۲	رئیس بیمارستان ۴ سال	۱۱	زن	۴۷	رئیس بیمارستان ۵ سال
۲	مرد	۴۳	معاونت دانشگاه ۱۰ سال	۱۲	زن	۳۸	رئیس بیمارستان ۳ سال
۳	مرد	۳۵	رئیس دانشکده ۲ سال	۱۳	مرد	۳۵	مدیر گروه ۲ سال
۴	زن	۵۵	مدیر ستادی ۴ سال	۱۴	مرد	۲۹	مدیر ستادی ۳ سال
۵	مرد	۳۹	رئیس مرکز تحقیقات ۵ سال	۱۵	مرد	۳۰	مدیر ستادی ۲ سال
۶	زن	۳۳	مدیر ستادی ۲ سال	۱۶	مرد	۵۴	معاون دانشگاه ۸ سال
۷	زن	۳۴	مدیر ستادی ۳ سال	۱۷	زن	۶۰	رئیس دانشکده ۱۰ سال
۸	زن	۴۶	رئیس بیمارستان ۱۰ سال	۱۸	مرد	۶۴	معاونت بیمارستان ۱۲ سال
۹	مرد	۶۰	رئیس دانشگاه ۸ سال				

مفاهیم و مضامین با ذکر نقل قول‌های مصاحبه‌شوندگان اشاره می‌شود.

جدول شماره ۲ نمای کلی درون‌مایه‌های اصلی پژوهش را نشان می‌دهد. مضامین اصلی شامل مشخصات، راهکارها، موانع و دستاوردها بود. در این بخش به چگونگی شکل‌گیری

جدول شماره ۲. نحوه‌ی شکل‌گیری مفاهیم و مضامین پژوهش

مقوله‌ی اصلی	مفاهیم	کدها
ویژگی‌ها	شایستگی اخلاقی و معنوی	قانون‌مداری - ارزش‌های حرفه‌ای - پای‌بندی به اخلاق - حسن شهرت - ایجاد حس همدلی و همکاری - عزت‌نفس بالا
	شایستگی بالینی	تسلط بر دانش تخصصی - توانایی رهبری تیم درمانی - تضمین کیفیت مراقبت بیمار - رضایت بیمار - ارائه‌ی خدمات با کیفیت بالای درمانی - دارای تحصیلات مرتبط - ارتقای سلامت - اثربخشی در ارائه‌ی خدمات سلامت
	شایستگی مدیریتی	کسب اهداف سازمان با نهایت کارایی - هدایت در مسیر صحیح - مهارت‌های برقراری ارتباط - مدیریت استرس - مدیریت بحران - تصمیم‌گیری‌های درست - هدایت منابع و نیروی انسانی - برنامه‌ریزی - گرفتن و استفاده از بازخورد - برنامه‌ریزی مدون و عملیاتی - دیدگاه استراتژیک - مشورت با افراد کلیدی - پرورش نسل بعدی مدیران (جانشین‌پروری) - نظارت
	جامعیت	مجموع خصوصیات فردی و اجتماعی مثبت یک مدیر همه‌جانبه - آمیزه‌ی علم و هنر و تجربه - شایستگی علمی و عملی - ترکیب رهبری و تخصص بالا در سطح عالی
اهمیت	توانمندی شخصی	دارای نبوغ و نوآوری - داشتن کاریزما - عملکرد برتر - انعطاف‌پذیری - سلامت جسمی و روانی - هوش و ذکاوت بالا - قدرت پذیرش نامالایمات - خودمدیریتی - مربی‌گری - کارآفرینی - اصالت
	عوامل اقتصادی	فشار اقتصادی در حوزه‌ی درمان و بهداشت - تحریم‌ها و کمبود منابع - فشارهای رقابتی در بازار سلامت
	عوامل اجتماعی و فرهنگی و علمی	شناخت فرهنگ جامعه و رسوم مذهبی - پاسخ‌گویی در ارائه‌ی خدمات سلامت - موفقیت سازمانی - تغییرات شدید محیطی - افزایش رقابت ناشی از اقتصاد دانشی - جهانی شدن - ارتقای آگاهی افراد جامعه در مورد موضوع‌های مرتبط با سلامت - افزایش انتظار دریافت خدمات با کیفیت مناسب - توجه ویژه به منافع و خواست‌های مردم - تشکیل سازمان‌های دانش‌محور امروزی - فضای مجازی - جایگاه ملی و مذهبی - رشد سریع تکنولوژی در بالین
موانع	تعالی بالینی	ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی - حساسیت بالای سازمان‌های بهداشتی و درمانی - لزوم ارائه‌ی خدمات ایمن به بیمار - پیچیدگی ذاتی نظام سلامت - گسترش رفتارهای سوء اجتماعی مانند اعتیاد و رفتارهای پرخطر - بیماری‌های واگیر نوظدید و غیرواگیر مانند دیابت و سرطان - عدالت‌محوری در خدمات سلامت
	فشار سیاسی و قانونی	مقبولیت و مشروعیت سیاسی - افزایش سطح شکایات، ادعاها و شکایت‌های قانونی - فشار دولت‌ها (کاهش هزینه‌ی درمان و افزایش کیفیت خدمات) - استانداردهای جهانی - رویه‌ی یکسان ارزیابی با معیارهای شفاف - نظارت و کنترل با معیارهای شفاف
	ویژگی‌های شخصی	مشکلات شخصیتی و روحی (نداشتن آرامش و خون‌سردی) - عدم یادگیری مستمر - مشکلات جسمی - عدم اخلاق‌مداری - مشکلات خانوادگی - فرهنگ پایین - میل به فردگرایی و حفظ فوت و فن - فقدان اعتبار حرفه‌ای - تعارضات رفتاری فردی (بخل، حسادت و ...) - سن - سابقه‌ی کار - تأهل - جنسیت - مدیریت از راه دور و درگیر نشدن - تحمل‌ناپذیری اجتماعی - عادت به اهمال‌کاری
موانع	کار با دیگران	وجود دیدگاه رئیس و مرئوسی - بوروکراسی خشک اداری - سیاست‌های بسته‌ی سازمان - کشمکش و رقابت‌های نابجا - پزشک‌محوری - فقدان فرهنگ مشارکت - فقدان هویت سازمانی - برخورد گزینشی با تخصص افراد - عدم همکاری با بخش صنعت - عدم همکاری دانشگاه‌های وزارت علوم و بهداشت - عدم ارتباط مناسب لایه‌های مختلف مدیران
	مدیریت خدمات	انتخاب افراد غیرمتناسب با شغل - وجود تبعیض در سیستم - دور بودن اهداف با واقعیت جامعه‌ی موردنظر - بازخورد ناکافی - عدم شفافیت استانداردهای کاری - بی‌ثباتی در مدیریت‌ها - غیرشفاف بودن معیارهای ارزیابی عملکرد - عدم تناسب پاداش‌ها و سایر مزایای شغلی با شایستگی -

<p>ها - حدود کم اختیارات مسئول واحد - ضعف منابع انسانی - مشکل توزیع منابع در بخش‌های مختلف بهداشت و درمان - نظارت ضعیف - پرسنل مازاد و غیرکارآمد - تنوع زیاد تخصص و مدرک دانشگاهی - تنوع فراوان جغرافیایی و مأموریتی - ساختار عمودی - قوانین دست و پاگیر - عدم مدیریت مناسب منابع مالی - افزایش سرسام‌آور هزینه‌ها - عدم استفاده از خانم‌ها در جایگاه مدیریتی - جایگاه ضعیف مدیریت منابع انسانی - کمبود منابع مالی - کمبود منابع انسانی متخصص و ماهر - بی‌انگیزگی پرسنل - واگذاری خدمات یک طرفه (برون‌سپاری بی‌برنامه) - مشکلات فضای فیزیکی و تجهیزات</p>	
<p>مشکلات ساختاری بیمارستان‌ها - عدم درستکاری و غیر قابل اعتماد بودن - ساختار نامناسب سازمانی بخش سلامت - گسترش بیماری‌های جدید (سرطان و...) - عدم توجه به کیفیت بالینی - فقدان جو خلاقیت و نوآوری - عدم تمایز افراد شایسته و ناشایست - عدم آشنایی با حقوق بیمار - ضعف در مطالبه‌گری قانونی و اجتماعی - عدم آموزش صحیح مدیران - عدم جامعیت اعتباربخشی بیمارستانی - عدم توجه به مشتری‌مداری - عدم فرصت برای تفکر خلاقانه</p>	<p>بهبود خدمات</p>
<p>اعمال نفوذ خارج از سازمان - مچ‌گیری به جای نظارت (مشکل نظارت سازمان‌های ذریبط) - قوانین و بخش‌نامه‌های موازی - به روز نبودن قوانین - ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی - عدم به کارگیری ابزارهای علمی مدیریت - ناشناخته ماندن ارزش حرفه‌های بالینی (پرستاری و پیراپزشکی) - عدم وجود آگاهی اجتماعی و فرهنگی - ناقص بودن آیین‌نامه‌های جذب شایستگان - ناکارآمدی سامانه‌های اطلاعاتی و آماری - ضعف در مدیریت اسناد - عدم آگاهی مدیران - فقدان تصمیمات سیستمی - فقدان فرصت‌طلبی (شکاف فرصت‌ها) - سیاسی کاری در سطح وزارتخانه</p>	<p>جهت‌دهی</p>
<p>دیدگاه روزمره - فقدان دیدگاه بلندمدت - فقدان آینده‌پژوهی - عدم دیدگاه سیستمی همه‌جانبه - عدم هماهنگی رسانه‌های ملی با نظام سلامت - چشم‌انداز سیاسی - نبود تناسب میان نظام آموزشی و نیاز بازار کار - ضعف برنامه‌ی آموزشی در پرورش مدیران در دوران تحصیل - عدم آموزش مدیران در دوران بعد از تحصیل - فقدان نقشه‌ی راه سلامت عملیاتی در کشور - عدم کیفیت استراتژی تعریف‌شده - اختلاف‌نظر مدیران و تعارضات - اینرسی استراتژیک (خو کردن و پیروی از روش‌های قدیمی) - ابهام در تعریف و تعیین اهداف</p>	<p>ایجاد چشم‌انداز</p>
<p>قوانین دست و پاگیر - ضعف در سیاست‌گذاری ملی و بومی - تفسیر سلیقه‌ای مدیران از قانون - باندبازی داخلی - عدم انطباق با ارزش‌ها و فرهنگ دینی و ملی - مشکلات اقتصادی و مالی بهداشت و درمان - عدم تخصیص مناسب بودجه - مشکلات تأمین مالی بخش سلامت - عدم وجود ادبیات مدیریتی و استراتژیک‌محور - ایستادگی و مقاومت برخی پرسنل - تعارض اهداف و اولویت‌ها - عدم اطمینان محیطی - عدم یکپارچگی استراتژیک در سطوح سازمان - عدم تعهد مدیران به اجرای استراتژی - فقدان اختیارات کافی در اجرای برنامه‌ها - عدم انعطاف برنامه‌ها - ناتوانی در برنامه‌ریزی عملیاتی</p>	<p>انتقال استراتژی</p>
<p>شایسته‌سالاری - دوری از باندبازی - وجدان کاری - پیگیری مشکلات افراد زیردست سازمان - قاطعیت و شجاعت</p>	<p>انگیزاننده</p>
<p>برخورد یکسان با همه‌ی افراد زیرمجموعه بدون در نظر گرفتن موقعیت‌های کاری و مالی آن‌ها - قدردانی از تلاش و کوشش دیگران</p>	<p>رعایت عدالت</p>
<p>ارتباط خوب و سازنده - توسعه‌ی مثبت‌اندیشی - خلاقیت و اشاعه‌ی آن - انعطاف‌پذیری - جذب همکاری سایر همکاران - استفاده از حسن خلق و برخورد مناسب - احترام به پرسنل - تعامل سازنده با مدیران رده بالا - برخورداری از حس همدلی - جلب اعتماد بیمار و همراه - صداقت - رازداری - گوش دادن به نیازها و احساسات دیگران</p>	<p>ارتباط سازنده و رعایت اخلاق</p>
<p>استقبال از نظرات و پیشنهادات - انتقادپذیری - تشکیل جلسات گروهی - ارتقای فرهنگ گفت‌وگو و مشارکت - استفاده از نیروی جوان - استفاده از اتاق فکر - تصمیم‌گیری جمعی - درگیر کردن افراد مناسب در زمان مناسب - اعتماد به زیردستان</p>	<p>تیم محوری</p>
<p>برقراری سیستم تشویق و تنبیه - برنامه‌ریزی در آموزش - مدیریت خشم - برنامه‌ریزی درست برای انجام امور - بررسی بازخورد - استفاده از تجربیات مدیران هم‌رده - تصمیم‌گیری سریع در مواقع لزوم و بحران‌ها - وقت‌شناسی - برگزاری جشن‌های داخل بخشی و قدردانی از پرسنل مفید - شناسایی عوامل چالش‌ساز آینده</p>	<p>تعالی بالینی</p>
<p>رعایت حقوق بیمار - ورود به صحنه‌ی بالینی - ارتباط با بیمار و همراهان</p>	<p>ارتقای فردی</p>

خود - مطالعه‌ی مستمر - نظرسنجی سالانه از کارکنان و رضایتمندی بیماران و پرسنل	
ارتقای کیفیت درمان	عملکرد بالای سازمان‌های بهداشت و درمان - افزایش ایمنی بیماران - بهبود خدمات و استانداردها - افزایش کیفیت خدمت‌رسانی به بیماران
پاسخ‌گویی اجتماعی	حس آرامش و راحتی در افراد - افزایش حس تعلق به بیماران - احیای حقوق بیمار - افزایش اعتماد عمومی بیماران به سیستم سلامت
دستاوردها	تعالی سازمانی
	کسب سریع اهداف - افزایش رضایت شغلی - افزایش تعهد به سازمان - نگرش جامع برای رفع مشکلات - بهره‌وری - کاهش هزینه‌ها - شایسته‌سالاری - ایجاد همسویی در سازمان - الگوسازی مجموعه‌ای از مهارت‌ها و رفتارها - فراهم آوردن نقشه‌ی مسیر برای توسعه و پیشرفت کارکنان - افزایش ایمنی شغلی کارکنان - افزایش امنیت روانی سازمان - سوددهی سازمان
مشروعیت سازمانی و حاکمیتی	جلوگیری از فساد اداری (ضابطه به جای رابطه) - جلوگیری از فرار مغزها - مزیت رقابتی - مقبولیت و مشروعیت نظام حکومتی - اعتماد همگانی به نظام مراقبت بهداشتی و درمانی - ارتقای فرهنگ سلامت - بهبود خدمات - توازن جامعه و رضایتمندی اجتماعی
نظارت بهینه	نظارت بهتر بر بیمار و روند درمان - شناسایی و رفع نقایص - جلوگیری از خطاهای بالینی

شعور و آگاهی اجتماعی خیلی بالا رفته است، مردم مطالبه‌گر شدند. فضای مجازی کلی اطلاعات تولید می‌کند. البته شاید خیلی از این اطلاعات در حیطه‌ی کار ما مخرب هم باشد، ولی خلاصه همین مطالبه‌گری اجتماعی یعنی ما باید پاسخ‌ها و گزینه‌های مناسب را فراهم کنیم (مصاحبه‌کننده شماره ۸).

موانع: این بعد شامل ۷ مضمون فرعی تعالی بالینی، ویژگی‌های شخصی، کار با دیگران، مدیریت خدمات، بهبود خدمات، جهت‌دهی، ایجاد چشم‌انداز و انتقال استراتژی بود که از مدل شایستگی رهبری بالینی سازمان ملی بهداشت انگلستان استخراج شد. در این بعد موارد کامل از ابعاد فرعی سازمانی و دیدگاه استراتژیکی و اجرایی مشاهده می‌شود. مهم‌ترین مانع عوامل سازمانی می‌باشد. در کنار تقویت دانش تجربیات بالینی، خودباوری و اعتماد به نفس، حمایت‌های سازمانی نظیر تشویق مدیران پرستاری به شرکت در تصمیم‌گیری بالینی، برقراری رابطه‌ی مؤثر با پزشک و استفاده از تجارب و مهارت‌های بالینی پرستاران در تشخیص‌های پزشکی و مراقبت از بیمار، همکاری بین تیمی در چالش‌های بالینی، کاهش حجم کاری پرستاران و ایجاد فرصت استفاده از منابع اطلاعاتی، می‌تواند در بهبود فرآیند تصمیم‌گیری بالینی پرستاران بسیار حائز اهمیت باشد (مصاحبه‌کننده شماره ۱۵).

مدیران و کارکنان دولتی گمان می‌کنند اعتبار و شغلشان را به علت حضور افراد متخصص‌تر و جدید از دست می‌دهند؛ غافل از اینکه حضور اندیشه‌های برتر و افراد متخصص‌تر به رونق بیشتر امور و بهبود شرایط سازمان منجر خواهد شد. مدیران و رؤسای ضعیف به جای رشد و ارتقا دادن توانایی‌های خود و به روز کردن مهارت‌های خود سعی می‌کنند با جلوگیری از رشد و شکوفایی قابلیت‌های

ویژگی‌ها: این بعد شامل ۵ مضمون شایستگی اخلاقی و معنوی، شایستگی بالینی، شایستگی مدیریتی، جامعیت، توانمندی شخصی بود. حسن شهرت، تسلط علمی، ارتقای سلامت، اصالت و کارآفرینی از کدهای مورد اشاره بود.

اگر بخواهم کوتاه و مختصر بگویم یک آدم مولتی پتانسیل خودش ساخته، علمی، عملیاتی، باتجربه و اصیل (کلاً بااخلاق) مثل قدیم‌ها که می‌گفتند سفره‌ی پدرش را دیده باشد، این خیلی مهم است (مصاحبه‌کننده شماره ۱۷).

هر وقت یک مدیر بحران خوب در میان همکاران بالینی پیدا کردید، این یعنی شایستگی رهبری بالینی؛ چون علم و عمل و اخلاق و مدیریت در مواقع بحرانی باید جواب پس بدهد و گرنه در شرایط عادی همه حرف‌های قشنگ می‌زنند (مصاحبه‌کننده شماره ۱۳).

اهمیت: این بعد شامل ۴ مضمون عوامل اقتصادی، عوامل اجتماعی و فرهنگی و علمی، تعالی بالینی، فشار سیاسی و قانونی بود. فشارهای سیاسی و تغییرات دنیای مادی در ابعاد مختلف سیاسی، اجتماعی و اقتصادی و لزوم مدیریت و گاه تطبیق با آن‌ها مورد شناسایی واقع شد.

به علت ماهیت پویا، زنده و متحول بهداشت و درمان، رهبران بالینی باید خود را با تغییرات و پیشرفت‌ها هماهنگ و همگام سازند. از جمله آمادگی سازمان در بحران‌ها اعم از بحران‌های اجتماعی و بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله و تصادفات و اورژانس، پیشگیری و کنترل رفتارهای سوء اجتماعی مانند اعتیاد و رفتارهای پرخطر، پیشگیری و درمان اپیدمی‌ها مانند وبا، بیماری‌های واگیر نوپدید و غیرواگیر مانند دیابت و سرطان و پیشگیری و تشخیص بیماری‌های ژنتیکی هماهنگ با رشد جمعیت و شیوع آن‌ها در جامعه (مصاحبه‌کننده شماره ۱۵).

دستاوردها: این بعد شامل ارتقای کیفیت درمان، پاسخ‌گویی اجتماعی، تعالی سازمانی، مشروعیت سازمانی و حاکمیتی و نظارت بهینه بود.

یعنی هر کس سر جای خودش قرار می‌گیرد و پاسخ‌گویی بهتری به جامعه می‌دهیم و مطمئناً هم پاسخ‌های بهتری از جامعه می‌گیریم و این یعنی آرامش که هر چقدر برایش قیمت بگذارید، کم است (مصاحبه‌کننده شماره ۱).

مهم‌ترین فایده‌اش رابطه‌ی برد - برد سازمان و جامعه است یعنی بیماران و همراهانشان از گرفتن خدمات خوب و شایسته راضی هستند و پرسنل درمانی که ذات کارشان فشار و سر و کار داشتن با بیمار و جراحی و مرگ و میر هست، رضایت بیشتری پیدا می‌کنند و با توان بهتر و بیشتری کار می‌کنند (مصاحبه‌کننده شماره ۱۴).

بحث

مفهوم: مولر و تورنر (Muller & Turner) (۲۰۰۷) برای مدیران خوب پروژه‌ها مشخصاتی چون نفوذ، خودآگاهی، حالات هیجانی، مدیریت، توسعه دادن، توانمندسازی، دیدگاه راهبردی، ابتکار، تحلیل و قضاوت در بحران را شناسایی کردند (۲۱).

در پژوهش حیاتی مشخصات مدیران موفق بیمارستانی شامل مهارت ارتباطی، تیم‌سازی، مدیریت مالی، توجه به کیفیت، برنامه‌ریزی، استراتژی، مشتری‌مداری، توجه به سلامت و شناسایی مشکلات بود (۷). شایستگی مدیران درمانی دربرگیرنده‌ی آیت‌های مختلفی است که به ترتیب شامل شایستگی‌های فردی از جمله مسئولیت‌پذیری، صداقت و تعهد، عزت‌نفس، توسعه‌ی خودآگاهی، خودمدیریتی، توسعه‌ی مستمر فردی و تجربه‌ی کاری می‌باشد (۲۲). در پژوهشی دیگر از دیدگاه فنی و تخصصی، برای رهبری بالینی می‌توان شناسه‌هایی همچون دانش مدیریتی، دانش بهداشت و درمان، دانش کسب و کار، مدیریت منابع انسانی، مدیریت منابع مالی، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، حل مسئله و تصمیم‌گیری، تفکر تحلیلی و دید سیستمی، آگاهی و شناخت و پایبندی به قوانین مدیریت بحران را برشمرد (۲۳). کرمانی در پژوهش خود شایستگی رهبران بیمارستانی را شامل مشارکت و کار تیمی، شبکه‌سازی، ارتباط با دیگران و پایبندی به اخلاقیات و ارزش‌های سازمانی ذکر کرده است (۱) که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد.

موانع: نبود فرهنگ شایسته‌سالاری، تمرکزگرایی، مقررات دست و پاگیر اداری، بی‌نظمی در فرآیند انتخاب و انتصاب افراد، غیرشفاف بودن نظام ارزیابی عملکرد، عدم تناسب نظام آموزشی و نیاز بازار کار و تناسب نداشتن ساختار و تشکیلات از موانع جدی شایسته‌سالاری در کشور می‌باشد (۲۴).

زیردستان، برتری‌های سازمانی خود نسبت به آنان را حفظ کنند و مخالف با هر سیستمی هستند که شایستگی روزافزون زیردستان آنان را به ظهور برساند. برخی از افراد اقتدار خود را در تک بودن و منحصر به فرد بودن می‌دانند و از طرفی حضور در کلاس‌های آموزشی را دلیل ضعف می‌دانند (مصاحبه‌کننده شماره ۱۷).

مهم‌ترین معضل این است که مدیران درمانی و بهداشتی اصلاً مدیر نیستند، فکر می‌کنند که مدیر هستند. حالا بدبختی اینجاست که آن‌هایی هم که شمه‌ای از مدیریت دارند یا علمش را دارند، اصلاً اجازه‌ی حرکت ندارند، در چارچوب‌های بسته دست و پا می‌زنند (مصاحبه‌کننده شماره ۵).

تاکتیک‌های اجرایی: این بعد شامل انگیزاننده، رعایت عدالت، ارتباط سازنده و رعایت اخلاق، تیم محوری، اعمال اصول مدیریتی، تعالی بالینی، ارتقای فردی می‌باشد. در این بخش، مدیران اجرایی تجربیات خود را برای انجام بهینه‌ی وظایف بالینی از ارتقا و توسعه‌ی فردی تا ارتباطات سالم و برقراری عدالت در تنبیه و تشویق و پایبندی به اصول مدیریتی ذکر نمودند.

در شیفت‌ها و روزهای مختلف به صورت راندوم به بخش آمده و کارکرد پرسنل را رؤیت می‌کنم. قوانین و موازینی را که قبلاً برای اجرا تأکید کرده‌ام، رصد می‌کنم. اینجانب سابقه‌ی ۱۰ سال کار کردن در بخش مربوطه را دارم و تلاش زیادی در این زمینه انجام داده‌ام. برنامه‌ی کنترل و نظارت را به نحو احسن انجام می‌دهم (مصاحبه‌کننده شماره ۴).

با در نظر گرفتن تعهد و وجدان از تجربیات هر سال خودم و مدیران موفق و مطالعه و تسلط بر کارم برای رسیدن به اهداف سازمانی خود استفاده می‌کنم. خروجی اثربخشی مدیریتم را با کاهش آمار خطا و شکایت و گرفتن بازخورد از وجود رضایت بیمار و همکار و پزشک و مسئولین رصد می‌کنم و به انتقاداتی که می‌شنوم، فکر می‌کنم و در صدد اصلاح در صورت منطقی بودن انتقاد برمی‌آیم (مصاحبه‌کننده شماره ۷).

از آیت‌های مدل حاضر مدیریت بر خودم و مدیریت دیگران برایم اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا برای مدیریت کارآمد و مؤثر، اهمیت بیشتری دارند. مهارت‌های مرتبط با وظایف و مهارت‌های خاص یا دانش ارائه‌ی خدمات بهداشتی در مراحل بعدی اهمیت هستند. کم‌ترین اهمیت مربوط به مهارت‌های توانایی تفکر استراتژیک است. برای رصد خروجی اثربخشی به بررسی عملکرد از بازخورد نظرات و میزان انتقادات از عملکرد سیستم استفاده می‌کنم (مصاحبه‌کننده شماره ۱۷).

بالینی صرف است. برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی ایران در مقایسه با کشورهای پیشرفته‌ی دنیا جایگاه ضعیفی دارد و نیاز به اصلاحات جدی دارد (۲۹،۵) که در توافق و سازگاری با پژوهش حاضر است.

تاکتیک‌های اجرایی: در پژوهش درخشان (۱۳۹۶) برای ارتقای شایستگی مدیران گروه آموزشی در سطح دانشگاه راهکارهایی پیشنهاد شد که با این تحقیق سازگار است:

نصب صندوق پیشنهادات و انتقادات در کنار درب ورودی اتاق مدیران گروه‌های آموزشی، برگزاری کارگاه آموزشی مهارت‌های ارتباطی ویژه‌ی مدیران گروه‌های آموزشی، تشویق مدیران گروه‌های آموزشی به حضور در تورهای تعالی معرفی دستاوردهای دانشگاه‌های منتخب (Benchmarking)، توجه به حسن شهرت اخلاقی در انتخاب مدیران، برگزاری کارگاه‌های آموزشی پیرامون سبک‌های مدیریت و سایر دوره‌های مدیریتی، شیوه‌های نظارت، وضع مقررات سخت‌گیرانه به منظور جلوگیری از دخالت‌های بیرونی خارج از گروه و سیاسی‌بازی، تدوین منشور اخلاقی مدیریت گروه‌های آموزشی، تلاش برای گسترش فعالیت‌های فوق برنامه از قبیل برگزاری مسابقات ورزشی و دوستانه، معرفی دستاوردهای علمی، مدیریتی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... به مدیران در قالب نشریه‌های دوره‌ای، کارگاه آموزشی تفکر انتقادی ویژه مدیران، استفاده از مدیر گروه قبلی در کنار مدیر گروه جدید در ۳ ماهه‌ی اول فعالیت، مشارکت دادن همه‌ی اعضای هیئت علمی در فرآیند داوری پایان‌نامه‌ها، تدوین آیین‌نامه‌ی انتخاب مدیران سطوح بالاتر دانشگاه و گنجاندن ملاک برخورداری از سابقه‌ی مدیریت گروه آموزشی، مکتوب نمودن تجارب مهم مدیران قبلی و قرار دادن آن در اختیار مدیر گروه‌های بعدی، پرهیز از نوبتی نمودن تصدی مدیریت گروه و توجه به ملاک‌های اصلی انتخاب مدیر، حمایت مالی و تشویق اعضای هیئت علمی علاقه‌مند و صاحب‌نظر به تألیف یا ترجمه‌ی کتاب در زمینه‌ی اصول و مبانی مدیریت در دانشگاه و دیگر، تلاش و همکاری مسئولین دانشگاه و مدیران گروه‌های آموزشی برای انعقاد دوره‌های آموزشی با سایر گروه‌ها و دانشگاه‌ها (۳۰).

همکاری مؤثر بین گروهی حرفه‌ای و کار تیمی به طور فزاینده‌ای به عنوان عنصر اساسی در ایمنی و کیفیت خوب مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه است حتی طراحی سناریوهای آموزشی واقعی برای آموزش‌های ساختگی اورژانس و بازسازی حوادث و بحران‌ها تیم‌محور و مبتنی بر ارتباطات است و رفتارهای تیمی را بهبود می‌بخشد و منجر به پیامدهای بهتر برای بیماران و کادر درمانی شرکت‌کننده می‌شود. همچنین در ادبیات بالینی و علمی از اعضای تیم سلامت یاد می‌شود که از نگاه جزیره‌ای جلوگیری می‌کند و

پیشی گرفتن افراد شایسته‌ی زیردست از مدیران بالادستی یکی از مهم‌ترین دلایل مقاومت مدیران بالادستی برای برقراری نظام شایسته‌سالاری در سازمان‌ها می‌باشد؛ چراکه آن‌ها به غلط گمان می‌کنند که اعتبار و قدرت خودشان را به علت حضور افراد متخصص و شایسته در سازمان خود از دست می‌دهند. در واقع، مدیران و رؤسای ضعیف به جای بهتر شدن و ارتقا دادن توانایی‌ها و به روز کردن مهارت‌های خود سعی می‌کنند با گذاشتن مانع و جلوگیری از رشد و تعالی منابع انسانی فرودست، قابلیت‌های زیردستان را در نطفه خفه کنند. اولین گام در جذب نیروی انسانی شایسته در موضوع گزینش و جذب افراد است که باید با معیارهای شایسته‌سالاری باشد تا از سوءاستفاده و انتخاب سلیقه‌ای افراد یا ظاهرسازی جلوگیری گردد. نتایج حاضر درباره‌ی چالش‌ها با نتایج مهدی‌زاده اشرفی (۱۳۹۳) و درگاهی (۱۳۸۹) همخوانی دارد. (۲۶،۲۵).

نظام مدیریت متمرکز با رسالت و اهداف نظام مدیریت و شایستگی در تضاد است؛ چرا که تصمیم‌گیری‌ها از بالا به پایین اعمال می‌شود و خلاقیت و نوآوری در رده‌های پایین سازمان دیده نمی‌شود در حالی که در نظام شایستگی مدیریت باید براساس مشارکت کارکنان در تعیین اهداف تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی و اجرای کار صورت گیرد. در اکثر سازمان‌های دولتی ایران تعالی شغلی بر مبنای استخدام دائم و نظام ارتقا غالباً بر پایه‌ی روال سنتی سابقه‌ی خدمت و مدرک تحصیلی است در حالی که امروزه سازمان‌ها برای جذب مدیران و کارکنان شایسته باید در فضای رقابتی عمل کنند و فرآیندهای کاربردی و اثربخشی برای ارتقای افراد در نظر بگیرند (۲). در سیستم دولتی به دلیل عدم کارایی و بهره‌وری، تأمین خدمات سلامت موردنیاز مردم دارای وضعیت خوبی نیست. محدودیت‌های منابع بخش خدمات، افزایش انتظارات جامعه به توجه به توسعه‌ی دستاوردهای علوم بهداشتی و درمانی و ضرورت استفاده‌ی هرچه بیشتر از منابع محدود به ویژه برای سیاست‌گذاران، دولت‌مردان و رهبران بالینی بسیار مهم و حیاتی است (۲۷). نکته‌ی جالب این است که هنوز در سراسر دنیا در حدود ۱/۵ میلیارد نفر به اعمال جراحی، داروهای لازم و مواد ضروری دیگر دسترسی ندارند. کمبود منابع مالی منجر به مشکل در جذب منابع انسانی شایسته و متخصص و آفت سود و کیفیت در امر بهداشت و درمان می‌شود؛ لذا مدیریت صحیح بر منابع و استفاده‌ی بهینه از منابع محدود از رویکردهای هنرمندانه‌ی یک رهبر بالینی شایسته است (۲۸). در دانشکده‌های برتر پزشکی جهان، با توجه به تغییرات در نیازهای بهداشتی و درمان، تغییرات عمده در برنامه‌ی درسی آموزش پزشکی به وجود آمده است و از برنامه‌ی درسی یکپارچه و شایسته‌محور استفاده می‌کنند؛ زیرا هدف آن‌ها تربیت یک پزشک ۵ ستاره است که فراتر از یک متخصص

در سیستم بهداشتی و درمانی شامل پزشک، پرستار و سایر تخصص‌های درمانی مانع ارتباط یک‌دست مدیریتی در رده‌های مختلف می‌شود و رویه‌ی تخصیص یک‌جانبه‌ی مدیران ارشد به پزشکان در ساختار وزارت بهداشت یکی دیگر از موانع تحقق شایسته‌سالاری به معنای کامل کلمه می‌باشد. همچنین یکی از مهم‌ترین موانع در این پژوهش ضعف برنامه‌ریزی و اجرای استراتژیک شناسایی شد که می‌توان نقش مهم وزارت بهداشت را در تدوین نقشه‌ی راهبری سلامت و برنامه‌ی ۲۰ ساله‌ی سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ در نظر داشت. به عنوان متولی و ناظر بزرگ در کشور انتظار می‌رود برنامه‌ی استراتژیک کشور با توجه به تفاوت شرایط اقلیمی (فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و...) نواحی مختلف کشور توسط این نهاد تهیه و کلیه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف به اجرای آن شده و با نظارت دقیق و درست و انعطاف لازم در راستای مسیر اصلی خود حرکت نمایند.

پیامدهای عملی پژوهش

توجه به مسائل مدیریتی در مسائل بالینی کشور یکی از مهم‌ترین دلایل ارتقا و پیشرفت سیستم سلامت است که در یافته‌های این پژوهش کاملاً بدان اشاره شد. با توجه به یافته‌ها، نکته‌ی مهم فقدان آموزش‌های تخصصی مدیریتی در دوران تحصیلی بالینی و پس از آن به صورت رسمی و غیررسمی در کشور است. همچنین دیدگاه یک‌سویه‌ی بالینی و دخالت مراجع قدرت از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر رهبری بالینی در شایستگی رهبری بالینی است که رسالت کلان وزارت بهداشت در طراحی پرورش رهبران شایسته‌ی بالینی براساس مبانی مدیریت را دوچندان می‌کند. کمبود این‌گونه پژوهش‌ها در کشور نیز کاملاً مشهود است و این تحقیق به دلیل رویکرد کیفی می‌تواند به عنوان الگویی جهت شناسایی دقیق و عارضه‌یابی برای حل مشکلات مدنظر قرار گیرد.

پیشنهادات:

با توجه به نتایج پژوهش انجام‌شده، پیشنهاداتی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

- طراحی مشاغل براساس رویکردهای حرفه‌ای به دلیل ایجاد انگیزه برای شاغلین
- توزیع و موازنه‌ی منابع قدرت در ساختار وزارت بهداشت از طریق قوانین جدید ارزش‌گذاری و بها دادن به دانش و تخصص
- رعایت و کنترل ضوابط و مقررات استخدامی و جذب به ویژه در زمینه‌ی منابع انسانی
- زمینه‌سازی جهت رهبری سبک‌های مشارکتی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی

ارتباطات بهتری میان تیم‌های تخصصی چند رشته‌ای فراهم می‌کند. مشارکت تیم درمان و ارتباطات منسجم و حرفه‌ای نیز باعث بهبود عملکرد تیم درمانی و رضایت بیماران و کاهش هزینه‌های مادی و معنوی می‌گردد (۳۱). با توجه به تغییرات شدید در دنیای امروزی یکی از مهم‌ترین مشخصات رهبران بالینی آینده‌پژوهی می‌باشد که در اداره‌ی امور فواید بسیاری خواهد داشت. رصد و شناسایی فناوری‌های کلیدی، محدودیت‌های قانونی، آماده‌سازی برای تغییر و آموزش در سطح کلی سبب می‌شود که بینش بهتر، سیاست‌گذاری قوی‌تر و تصمیم‌گیری‌های اثربخش‌تری در آینده گرفته شود (۳۲).

علی‌دادی (۱۳۹۵) در پژوهش خود بسترسازی، دسترسی عمومی به مراقبت و سلامت همگانی، گسترش و بهبود مستمر زیرساخت‌ها با رویکرد مراقبت جامعه‌محور، بهبود کیفیت مراقبت‌ها در راستای افزایش رغبت و رضایت‌مندی بیماران، جهت‌گیری کلی در نظام بهبود خدمات درمانی، ترویج سبک زندگی سالم، تفویض اختیارات مدیریت مالی به مدیران مراکز با نظارت، آموزش و توانمندسازی کارکنان مبتنی بر تغییر رویه‌های اشتباه، آموزش مبتنی بر خدمات سلامت پیشگیرانه، نظارت کامل و بدون اغماض بر عملکرد پزشکان، توجه به شاخص‌های سلامتی جامعه، به‌سازی و تعمیرات مراکز فرسوده را از راهکارهای مهم شایسته‌سالاری بهداشتی و درمانی شناسایی کرده است (۳۳).

نتیجه‌گیری

با توجه به موارد مطرح شده می‌توان دریافت نیاز به ارتقای مباحث مدیریتی در سیستم‌های بالینی بسیار مشهود است. ناآشنایی با مفاهیم مدیریتی و عدم اعمال آن‌ها در پروسه‌های کلینیکال، باعث بسیاری از مشکلات و احساس شکاف می‌باشد؛ لذا توجه جدی به پرورش مدیران بالینی با دیدگاه سیستمی و نگاه مدیریتی به مسائل بالینی با طراحی دوره‌های آموزشی و پودمان‌های ویژه‌ی مدیران برای آشنایی فارغ‌التحصیلان بالینی بخشی از راهکارهای ارائه شده بود. همچنین گرایش به کار تیمی و سبک‌های مدیریتی مشارکتی، خودسازی و توسعه‌ی شخصی از لحاظ معنوی و اخلاقی، بررسی و آشنایی با نگاه استراتژیک و هدف‌مداری بلندمدت سازمانی، بهبود رویه‌های خدمات درمانی و ارائه‌ی جامع خدمات در پروسه‌های درمانی، گسترش تکنولوژی فنی در بخش بهداشت و درمان، توجه به آینده‌پژوهی و رصد نرخ رشد بیماری‌های جدید، نقش بسیار مهمی در تعالی شایستگی رهبری بالینی و ارتقای سلامت جامعه خواهد داشت. در بخش موانع نیز یکی از مهم‌ترین مسائل تأثیرگذار بحث اعمال فشار سیاسی و دخالت در انتصابات است که معمولاً به صورت سلیقه‌ای و باندي انجام می‌شود و از شایسته‌سالاری دور می‌گردد. چندانگلی لایه‌های مدیریتی و اصناف حرفه‌ای

کل استان و شناسایی دقیق رهبران بالینی از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود که با پیگیری پژوهشگر این موضوع مرتفع گردید. همچنین گرفتن زمان مناسب جهت انجام مصاحبه از مدیران بالینی به دلیل مشغله‌ی کاری و گاه محافظه‌کاری در ارائه‌ی اطلاعات صحیح را می‌توان از چالش‌های این تحقیق برشمرد که با شفاف‌سازی پژوهشگر این موارد رفع گردید.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله، برگرفته از رساله‌ی تصویب‌شده‌ی مقطع دکتری با عنوان «تحلیل شکاف شایستگی رهبری بالینی، چالش‌ها و راهکارها» در سال ۱۳۹۷ بود که با کد الف ق/۳۴۸ در دانشگاه لرستان مورد تأیید قرار گرفت.

در این مطالعه اصل امانت‌داری در انتقال نتایج و دقت در کار مطالعات در گزارش نهایی با نظارت اساتید راهنما و مشاور رعایت شده است.

تضاد منافع

هیچ تضادی در بین نویسندگان این پژوهش وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

تیم پژوهشی از کلیه‌ی مدیران بالینی دانشگاه علوم پزشکی گیلان که در این پژوهش مشارکت داشتند، کمال تشکر و قدررانی دارد.

- زمینه‌سازی نظارت بر شایسته‌سالاری و جلوگیری از نفوذ قدرت‌های خارج از سازمان
- نظارت بر اجرایی شدن و تسهیل قوانین شایسته‌سالاری در جذب و ارتقا و انتصاب سازمان‌ها
- استفاده از آزمون‌ها و سایر سنجش‌گرها به جای مدرک تحصیلی در جذب و ارتقا
- بررسی تعدیل و بسیاری از قوانین و مقررات و مازاد که مانع خلاقیت و ابتکارات و نوآوری‌های افراد در سازمان می‌شود.

- تقویت نظارت و بازرسی به منظور پاسداری از آورده‌های شایسته‌سالاری در برخورد با مدیران متکبر و خودخواه که در زمینه‌ی شایسته‌سالاری کم‌کاری یا مقاومت می‌کنند.
- اختصاص پاداش و سایر مزایای شغلی به شایستگی‌ها و عملکرد افراد به ویژه افراد شایسته
- بهره‌گیری از روش‌های آموزشی مؤثر و پویا و متناسب با شرایط شغلی کارکنان بالینی
- استفاده از شبکه‌سازی به منظور تبادل دانش مدیریتی بین متخصصان بالینی

و تشکیل دوره‌های پودمانی مدیریتی اجباری برای فارغ‌التحصیلان بالینی جهت انتصاب در پست‌های مدیریتی. محدودیت‌های پژوهش

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به زمان‌بر بودن تکمیل پرسش‌نامه‌ها و عدم عودت به دلیل مشغله‌ی کاری و عدم اعتقاد مدیران بالینی به مفید بودن این‌گونه پژوهش‌ها اشاره کرد. پراکندگی واحدهای اجرایی در سطح

References

- Kermani B, Darvish H, Sarlak MA, Kolivand PH. Developing competence modeling of hospital managers. *JHPM*. 2017; 6(4): 59-65. doi: 10.21859/jhpm-07028. (Persian)
- hakkak M, hozni SA, shahsiyah N, akhlaghi T. Pathology of accreditation in north hospitals of iran: a qualitative research. *jhosp*. 2018; 17(3): 45-54. (Persian)
- Pillay R. Defining competencies for hospital management: A comparative analysis of the public and private sectors. *Leadership in Health Services*. 2008; 21: 99-110. doi:10.1108/17511870810870547.
- Amini SB, Keshmiri F, Soltani Arabshahi K, Shirazi M. Development and validation of the inter-professional collaborator communication skill core competencies. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014; 21(118): 32-40. (Persian)
- 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*. 2018; 2(4): 323-32. (Persian)
- Mokhtari S, Ahi G, Sharifzadeh G. Investigating the role of self-compassion and clinical competencies in the prediction of nurses' professional quality of life. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018; 12(6): 1-9. doi:10.21859/ijnr-12061. (Persian)
- Hayati H, Dadgar E, Jannati A. The study of various models of hospital manager's competency. *Health Inf Manag*. 2015; 12(5): 671-80. (Persian)
- Adib Y, Fathiazar E, Alizadeh M, Dehghani G. Exploration of the required clinical competencies for training general practitioners to acquire social accountability: a qualitative study. *J Med Educ Dev*. 2018; 10(28): 3-17. (Persian)

9. Jaffe GA, Pradarelli JC, Lemak CH, Mulholland MW, Dimick JB. Designing a leadership development program for surgeons. *J Surg Res*. 2016; 200(1): 53-8. doi:10.1016/j.jss.2015.08.002.
10. Brown A, Crookes P, Dewing J. Clinical leadership development in a pre-registration nursing curriculum: What the profession has to say about it. *Nurse Educ Today*. 2016; 36: 105-11. doi:10.1016/j.nedt.2015.08.006.
11. Shahri S, Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ghaffari F. Effect Functions on Goals of Health System in Iran. *Payavard*. 2017; 11(3): 247-58. (Persian)
12. Pourezzat AA, Fathi F, Abbasi T, Amiri Savadroudbari A. Developing model of competence management to achieve the 1404 vision. *Strategic Management Studies of National Defense Studies*. 2016; 1(1): 110-37. (Persian)
13. Ravand H, Darvish H, Nikbakht Nasrabadi A. Relationship between transformational leadership and process and service innovation in a teaching hospital of Tehran university of medical sciences. *I.J.N.R*. 2017; 12(3): 58-66. (Persian)
14. Rafie M, Zahedi Sh. the improvement of organizational performance via the strategic coordination between the human resources, ethical decision making and organizational culture strategies: (evidence from research institutes in Iran ministry of agriculture). *Organizational Culture Management*. 2012; 10(25): 5-32. doi: 10.22059/JOMC.2012.29912 (Persian)
15. Ghanbari A, Moaddab F, Heydarzade A, Jafaraghaee F, Barari F. Health system evolution plan; a new approach to health care delivery: the challenge ahead. *Hakim Health Systems Research*. 2017; 20(1):1-8. (Persian)
16. Mosadeghrad AM. The impact of Strategic planning on hospital employees' job satisfaction: A case study. *hbrj*. 2017; 3: 99-114. (Persian)
17. NHS Leadership Academy. *clinical Leadership Competency Framework: Self assessment tools*. NHS Leadership Academy; 2012.
18. Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative research methods. Tehran: Boshra Publications; 2010. P. 19-25. (Persian)
19. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004; 24(2): 105-12. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
20. Abbaszadeh M, Abbaszadeh M. Validity and reliability in qualitative researches. *Journal of Applied Sociology*. 2012; 23(1): 19-34. (Persian)
21. Müller R, Turner JR. Matching the project manager's leadership style to project type. *International Journal of Project Management*. 2007; 25(1): 21-32. doi:10.1016/j.ijproman.2006.04.003.
22. Trivellas P, Reklitis P. Leadership Competencies Profiles and Managerial Effectiveness in Greece. *Procedia Economics and Finance*. 2014; 9: 380-90. doi:10.1016/S2212-5671(14)00039-2.
23. Agut S, Grau R. Managerial competency needs and training requests: The case of the Spanish tourist industry. *Human Resource Development Quarterly*. 2002; 13: 31-52. doi:10.1002/hrdq.1012.
24. Shahnooshi m, dadkhah m. Barriers to meritocracy in governmental organizations of shiraz city in the viewpoint of experts in fars governor general office. *Journal of Applied Sociology*. 2017; 28(3); 195-218. doi: 10.22108/JAS.2017.21718. (Persian)
25. Dargahi H, Alipour Falahpasand Mh, Heidari Ghareh Belagh H. Competency Model in Human Resource Development; Case Study: Competence of Cultural Art Organization of Tehran Municipality Managers. *Journal of Development Strategy*. 2011; 23(1): 91-113. (Persian)
26. Mehdizadeh Ashrafi A, Lotfi M, Hajimohammadhosseinmeamar H. Investigating and analyzing barriers to competence in infrastructure communication company. *Journal of Industrial Strategic Management*. 2014; 11(33): 91-110. (Persian)
27. Jahanbakhsh M, Ehteshami A, Hossein Zehi M. A Survey On Legal Elements Of Outsourcing Contracts For Health Information Management Services In Educational Hospitals Of Isfahan University Of Medical Sciences, Iran. *Health Inf Manage*. 2017; 14(4): 150-4. (Persian)
28. Tabatabaei SM, Habibi Baghi M, Kashian SB, Biglar M. Identifying poor performance dimensions and clustering poor performers: a case study in tehran university of medical sciences. *Payavard*. 2016; 9(5): 478-88. (Persian)
29. Bhanot R. Improving leadership and management education in medical school. *Adv Med Educ Pract*. 2018; 9: 305-306. doi:10.2147/AMEP.S166968.
30. Derakhsahan M, Zandi Kh. Techniques to enhance the competencies of department heads. *Journal of Instruction & Evaluation*. 2017; 10(37): 163-189. (Persian)
31. Mirmolaei ST, Lamyian M, Simbar M, Vedadhir A, Gholipour A. Teamwork barriers and facilitators in the maternity wards: A qualitative study. *Hayat*. 2016; 21(4): 1-29. (Persian)
32. Nabipour I. *Medical megatrends*. Bushehr: Bushehr University of Medical Sciences and Health Services publication; 2015. (Persian)
33. Alidadi A, Amerioun A, Sepandi M, Hosseini Shokouh SM, Abedi R, Zibadel L, et al. The opportunities and challenges of the ministry of health and medical education for improvement of healthcare system. *hrjbaq*. 2016; 1(3) :173-184. doi: 10.18869/acadpub.hrjbaq.1.3.179. (Persian)