

ABSTRACT

Development and validation of a general and specific competency model for treatment positions in hospitals of the social security organization: A sequential exploratory mixed-methods study

Taimoor Marjani^{1*}, Rasoul Abdolazimzadeh², Kaveh Lotfikia¹

1. Department of Management, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran

2. Department of Statistics, Faculty of Mathematics and Computer Science, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

Received: 28 June 2026

Accepted for publication: 8 July 2026

[EPub ahead of print-12 July 2026]

Payesh: 2026; 25(5): 647- 660

Objective(s): The Social Security Organization (SSO), as one of the largest healthcare providers in Iran, requires an indigenous competency model to improve the quality of hospital services. This study aimed to design and validate a general and specific competency model for treatment positions in hospitals of the SSO.

Methods: This sequential exploratory mixed-methods study was conducted in three phases. In the qualitative phase, 25 experts including hospital managers, polyclinic heads, nursing service heads, and heads of pharmacy, laboratory, and imaging departments participated in semi-structured and event-based (CBI/BEI) interviews. Data were analyzed using thematic analysis with three-stage coding (open, axial, selective). Content validity was assessed using CVR and CVI based on the opinions of 10 experts. In the quantitative phase, a questionnaire was developed based on the extracted competencies. Its reliability was calculated using Cronbach's alpha based on a pilot study of 30 eligible individuals. The questionnaire was distributed using a complete census method among all employees of 9 treatment positions in SSO hospitals (n=687). In the final phase, the model's fit and construct validity were evaluated using confirmatory factor analysis (CFA) with AMOS version 26 software.

Results: Seven common general competencies (effective leadership, strategic decision-making, clinical crisis management, effective communication, specialized teamwork, professional ethics, and accountability) and twenty-six specific competencies (including patient safety and quality management, healthcare human resource management, medical equipment management, and clinical crisis management) were identified. The largest competency gaps were observed in "clinical crisis management" and "mastery of modern health technologies." Cronbach's alpha coefficients were 0.89 for general competencies and ranged from 0.81 to 0.90 (mean: 0.86) for specific competencies. The model's fit indices were: $\chi^2/df = 2.41$, CFI = 0.962, GFI = 0.89, NFI = 0.88, IFI = 0.91, RFI = 0.87, TLI = 0.954, RMSEA = 0.058, all within acceptable to excellent ranges, indicating a good fit.

Conclusion: The proposed two-level competency model (general and specific) can serve as a foundation for establishing a meritocracy system, performance evaluation, continuous education, and succession planning in SSO hospitals.

Keywords: Competency Model, Treatment Positions, Hospital, Social Security Organization, Sequential Exploratory Mixed-Methods Study

* Corresponding author: Department of Management, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran
E-mail: tmarjani@usc.ac.ir

طراحی و اعتباریابی مدل شایستگی عمومی و اختصاصی سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی: یک پژوهش متوالی اکتشافی

تیمور مرجانی^{۱*}، رسول عبدالعظیم‌زاده^۲، کاوه لطفی‌کیا^۱

۱. گروه مدیریت، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران
۲. گروه آمار، دانشکده ریاضی و کامپیوتر، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۴/۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۴/۱۷

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۲۱ تیر ۱۴۰۵

نشریه پایش: ۶۶۰-۶۴۷: ۶۵(۵): ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده خدمات درمانی کشور، برای ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی نیازمند مدلی بومی از شایستگی‌های مدیران و کارشناسان ارشد درمانی است. این پژوهش با هدف طراحی و اعتباریابی مدل شایستگی‌های عمومی و اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های این سازمان انجام شد.

مواد و روش کار: این مطالعه با رویکرد آمیخته‌ی متوالی اکتشافی در سه فاز اجرا گردید. در فاز کیفی، با ۲۵ خبره شامل مدیران بیمارستان، رؤسای پلی کلینیک، رئیس خدمات پرستاری و کارشناسان مسئول داروخانه، آزمایشگاه و تصویربرداری، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و رویدادمحور (CBI/BEI) انجام شد. داده‌ها با تحلیل مضمون و کدگذاری سه‌مرحله‌ای (باز، محوری، انتخابی) تحلیل گردید. روایی محتوا با استفاده از شاخص‌های CVI و CVR بر اساس نظر ۱۰ نفر از متخصصان تأیید شد. در فاز کمی، پرسشنامه‌ای بر اساس شایستگی‌های استخراج‌شده طراحی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ بر اساس نتایج نمونه‌گیری مقدماتی از ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط محاسبه گردید. این پرسشنامه با استفاده از روش سرشماری کامل در میان تمامی شاغلان ۹ سمت درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی (۶۸۷ نفر) توزیع و جمع‌آوری شد. در فاز نهایی، برازش و روایی سازه‌ی مدل با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی (با نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۶) و محاسبه شاخص‌های برازش مورد ارزیابی قرار گرفت.

یافته‌ها: هفت شایستگی عمومی مشترک (رهبری اثربخش، تصمیم‌گیری راهبردی، مدیریت بحران درمانی، ارتباطات مؤثر، کار تیمی تخصصی، اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری) و بیست و شش شایستگی اختصاصی (شامل مدیریت کیفیت و ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی درمانی، مدیریت تجهیزات پزشکی و مدیریت بحران‌های بالینی و...) شناسایی شد. بیشترین شکاف شایستگی در «مدیریت بحران درمانی» و «تسلط بر فناوری‌های نوین سلامت» مشاهده گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای شایستگی‌های عمومی ۰/۸۹ و برای شایستگی‌های اختصاصی در دامنه‌ی ۰/۸۱ تا ۰/۹۰ (با میانگین ۰/۸۶) محاسبه شد. شاخص‌های برازش مدل عبارت بودند از $\chi^2/df=2/41$ ، $CFI=0/962$ ، $GFI=0/89$ ، $NFI=0/88$ ، $IFI=0/91$ ، $RFI=0/87$.

$RMSEA=0/058$ ، $TLI=0/954$ که همگی در محدوده‌ی قابل قبول تا عالی قرار دارند و نشان‌دهنده‌ی برازش مناسب مدل است.

نتیجه‌گیری: مدل شایستگی طراحی‌شده با ساختار دو سطحی (عمومی و اختصاصی) می‌تواند مبنای استقرار نظام شایسته‌سالاری، ارزیابی عملکرد، آموزش مداوم و جانشین‌پروری در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: مدل شایستگی، سمت‌های درمانی، بیمارستان، سازمان تأمین اجتماعی، پژوهش متوالی اکتشافی

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده علوم انسانی، گروه مدیریت

E-mail: tmarjani@usc.ac.ir

مقدمه

نظام سلامت یکی از حیاتی‌ترین بخش‌های هر کشوری است که سایر حوزه‌های مرتبط را تحت تأثیر قرار می‌دهد و دربردارنده پیامدهای پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و مدیریتی متعددی است [۱]. بیمارستان‌ها به عنوان بزرگ‌ترین و پرهزینه‌ترین واحدهای عملیاتی نظام سلامت، همواره با چالش‌های درونی و بیرونی نظیر تغییرات جمعیتی، افزایش هزینه‌ها، توسعه فناوری‌های نوین و انتظارات فزاینده بیماران روبرو هستند [۲، ۳]. این تغییرات، مدیریت اثربخش بیمارستان‌ها را به یک ضرورت راهبردی تبدیل کرده و نقش سرمایه انسانی را به عنوان کلیدی‌ترین دارایی سازمان‌های درمانی بیش از پیش آشکار ساخته است [۴].

در این میان، مفهوم شایستگی به عنوان یکی از بنیادی‌ترین مفاهیم در مدیریت منابع انسانی طی پنج دهه اخیر توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است. شایستگی‌ها مجموعه‌ای از دانش، مهارت‌ها، نگرش‌ها و رفتارهایی هستند که عملکرد برتر شغلی را از عملکرد متوسط متمایز می‌سازند و قابلیت سنجش و توسعه را دارند [۵، ۶]. مک‌کلند (۱۹۷۳) با مقاله مشهور خود تحت عنوان «سنجش شایستگی به جای هوش» پایه‌گذار این رویکرد بود و نشان داد که نمرات هوش و مدارک تحصیلی نمی‌توانند پیش‌بینی‌کننده عملکرد شغلی باشند [۷]. پس از او، بویاتزیس (۱۹۸۲) شایستگی را «خصوصیت زیربنایی یک کارمند که منتج به عملکرد برتر می‌گردد» تعریف کرد [۸] و اسپنسر و اسپنسر (۱۹۹۳) مدل جامع‌تری از شایستگی‌ها شامل انگیزه‌ها، صفات، خودپنداره، دانش و مهارت‌ها ارائه دادند [۹]. در این زمینه، یکی از جامع‌ترین منابع داخلی به طور مبسوط به مبانی نظری شایستگی، مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده مدل‌های شایستگی و کاربردهای عملی آن در فرآیندهای ارزیابی و توسعه مدیران پرداخته است که می‌تواند مبنای مناسبی برای تدوین مدل‌های بومی در سازمان‌های ایرانی باشد [۲۸].

مدیریت مبتنی بر شایستگی به سازمان‌ها اجازه می‌دهد تا فرآیندهای جذب، آموزش، ارزیابی و ارتقاء را با اهداف راهبردی خود همسو سازند [۱۰]. در نظام‌های سلامت پیشرفته جهان، طراحی و استقرار مدل‌های شایستگی برای مشاغل کلیدی درمانی به عنوان یک استاندارد حرفه‌ای شناخته می‌شود. سازمان بهداشت جهانی (WHO) چارچوب شایستگی جامعی برای مدیران و کارکنان نظام‌های سلامت تدوین کرده است که شامل

شایستگی‌هایی در حوزه‌های رهبری، ارتباطات، همکاری تیمی، مدیریت منابع و تفکر تحلیلی می‌باشد [۱۱]. همچنین، بیمارستان‌های برتر جهان مانند کلینیک مایو و جانز هاپکینز با استفاده از مدل‌های شایستگی اختصاصی، فرآیندهای انتخاب، آموزش و ارزیابی عملکرد کارکنان خود را استانداردسازی کرده‌اند [۱۲، ۱۳]. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که استقرار مدل‌های شایستگی در بیمارستان‌ها می‌تواند منجر به بهبود کیفیت مراقبت، کاهش خطاهای پزشکی، افزایش رضایت بیماران و ارتقای بهره‌وری منابع انسانی شود [۱۴].

در ایران، طی دو دهه اخیر توجه به مدیریت مبتنی بر شایستگی در نظام اداری و سلامت افزایش یافته است. اسناد بالادستی متعددی از جمله قانون مدیریت خدمات کشوری (۱۳۸۶)، سیاست‌های کلی نظام اداری (۱۳۹۰) و برنامه هفتم توسعه (۱۴۰۶-۱۴۰۲) بر استقرار نظام شایسته‌سالاری، شناسایی و توسعه شایستگی‌های مدیران و ایجاد بانک اطلاعات مدیران مبتنی بر شایستگی تأکید دارند [۱۴، ۱۳]. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در سال‌های اخیر اقدامات اولیه‌ای برای تدوین استانداردهای شایستگی برای برخی مشاغل درمانی انجام داده است. با این حال، این تلاش‌ها عمدتاً پراکنده، غیریکپارچه و فاقد اعتبار علمی کافی بوده‌اند [۱۷].

سازمان تأمین اجتماعی ایران با بیش از ۴۵ میلیون بیمه‌شده، یکی از بزرگ‌ترین نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای و درمانی در کشور محسوب می‌شود. این سازمان با داشتن بیش از ۷۰ بیمارستان و مرکز درمانی ملکی در سراسر کشور و ارائه خدمات درمانی به میلیون‌ها بیمه‌شده، نقش حیاتی در نظام سلامت کشور ایفا می‌کند [۱۸]. بیمارستان‌های این سازمان سالانه پذیرای حجم عظیمی از بیماران هستند و کیفیت خدمات ارائه‌شده در آنها تأثیر مستقیمی بر سلامت و رضایت بیمه‌شدگان دارد. گستردگی خدمات، تنوع تخصص‌ها و حساسیت بالای حوزه درمان، ضرورت برخورداری از مدیران و کارشناسان ارشدی را که از دانش، مهارت و رفتارهای حرفه‌ای متناسب برخوردار باشند، دوچندان کرده است [۱۹]. علیرغم اهمیت موضوع، بررسی‌های اولیه نشان می‌دهد که در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی، فرآیندهای انتخاب، انتصاب و ارزیابی عملکرد مدیران و کارشناسان ارشد درمانی، عمدتاً بر اساس معیارهای عمومی، سوابق فردی یا روابط شخصی انجام می‌شود [۲۰]. به عنوان مثال، مدیران بیمارستان‌ها اغلب بر اساس

شایستگی‌های پنهان و بومی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی انجام نشده است. با توجه به مطالب فوق، سازمان تأمین اجتماعی با خلأ علمی و عملی قابل توجهی در زمینه مدل شایستگی اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های خود مواجه است. فقدان این مدل، فرآیندهای جذب، انتصاب، ارزیابی عملکرد و توسعه حرفه‌ای مدیران و کارشناسان ارشد درمانی را با چالش‌های جدی مواجه ساخته است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی مدل شایستگی اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از رویکرد آمیخته اکتشافی انجام شد. این پژوهش به دنبال پاسخگویی به سؤالات زیر بود: (۱) شایستگی‌های عمومی مشترک برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی کدامند؟ (۲) شایستگی‌های اختصاصی هر یک از سمت‌های درمانی (مدیر بیمارستان، رئیس پلی کلینیک، رئیس درمانگاه، رئیس خدمات پرستاری و کارشناسان مسئول واحدهای تخصصی) کدامند؟ (۳) اعتبار و برازش مدل طراحی شده به چه میزان است؟ نتایج این پژوهش می‌تواند به عنوان نقشه راهی عملیاتی برای سازمان تأمین اجتماعی در جهت استقرار نظام شایسته‌سالاری در بیمارستان‌ها، بهبود فرآیندهای جذب و انتصاب، طراحی برنامه‌های آموزشی هدفمند و اجرای موفق جانشین‌پروری مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کاربردی-توسعه‌ای با رویکرد آمیخته‌ی متوالی اکتشافی (کیفی-کمی) بود که در سه فاز طی سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ انجام شد. با توجه به فقدان مدل بومی شایستگی برای سمت‌های درمانی در سازمان تأمین اجتماعی و نبود پیشینه‌ی کافی در این زمینه، پژوهش حاضر با بهره‌گیری از رویکرد متوالی اکتشافی به‌عنوان یکی از رایج‌ترین طرح‌های پژوهش آمیخته، انجام شد. در این رویکرد، ابتدا با استفاده از روش‌های کیفی (مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و رویدادمحور با خبرگان)، ابعاد و مؤلفه‌های شایستگی به‌صورت اکتشافی شناسایی و سپس در فاز کمی، پرسشنامه‌ای بر اساس مؤلفه‌های استخراج‌شده طراحی و پس از جمع‌آوری داده‌ها، مدل با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد اعتباریابی قرار گرفت. این طرح روش‌شناختی، امکان ترکیب منطقی یافته‌های کیفی با آزمون‌های کمی را فراهم می‌آورد و به افزایش اعتبار مدل نهایی می‌انجامد. جامعه پژوهش در فاز کیفی

تجربه بالینی و سابقه مدیریتی عمومی منصوب می‌شوند، در حالی که چارچوب روشنی از شایستگی‌های اختصاصی مورد نیاز برای مدیریت راهبردی بیمارستان، مدیریت کیفیت و ایمنی بیمار، مدیریت بحران‌های درمانی و مدیریت منابع انسانی درمانی برای آنها تعریف نشده است. این وضعیت، پیامدهای قابل توجهی از جمله کاهش کیفیت خدمات، افزایش خطاهای درمانی، نارضایتی کارکنان و کاهش اعتماد عمومی را به دنبال داشته است [۲۱].

در شرایط بحرانی مانند همه‌گیری کووید-۱۹، اهمیت شایستگی‌های حرفه‌ای کارکنان درمانی بیش از پیش آشکار شد. مطالعات نشان داده‌اند که شایستگی‌های مدیران و کارکنان بیمارستانی، به ویژه در موقعیت‌های بحرانی، نقش تعیین‌کننده‌ای در کیفیت مراقبت و کاهش مرگ و میر بیماران داشته است [۲۲]. گندم‌کاران و همکاران (۱۴۰۵) در مطالعه مرور حیطه‌ای خود نشان دادند که شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها از جمله شاخص‌های مرتبط با شایستگی پرسنل، در پنج حوزه پشتیبانی عملیاتی، فرایندهای درون بیمارستانی، آموزش مداوم، رضایت بیماران و عوامل مالی قابل طبقه‌بندی هستند [۲۳]. بنابراین، طراحی مدل شایستگی برای سمت‌های درمانی می‌تواند به بهبود عملکرد در تمامی این حوزه‌ها کمک کند.

پژوهش‌های پیشین در سازمان تأمین اجتماعی عمدتاً به طراحی مدل‌های شایستگی برای مشاغل بیمه‌ای یا سمت‌های ستادی محدود بوده و کمتر به سمت‌های درمانی بیمارستانی پرداخته‌اند. قلی‌پور و همکاران (۱۳۹۷) مدل شایستگی برای مدیران کل استان، مدیران درمان استان، رؤسای شعب و رؤسای بیمارستان طراحی کردند [۲۴]. رضایی یزدلی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی، مضامین فراگیر دانش و تجربه کاری، ویژگی‌های فردی، شایستگی‌های تعاملی و شایستگی‌های اجرایی را برای مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران شناسایی کردند [۲۵]. عبدالعظیم‌زاده و رضازاده (۱۴۰۰) مدل شایستگی برای رئیس اداره فناوری اطلاعات و آمار سازمان تدوین نمودند [۲۶]. با این حال، این مطالعات فاقد پوشش جامع سمت‌های کلیدی درمانی در سطح بیمارستان (مانند رئیس خدمات پرستاری، کارشناسان مسئول واحدهای تخصصی) هستند و عمدتاً از روش‌شناسی صرفاً کمی یا کیفی محدود استفاده کرده‌اند. همچنین، تاکنون مطالعه‌ای با رویکرد آمیخته اکتشافی و با استفاده از مصاحبه‌های رویدادمحور (CBI/BEI) برای استخراج

مضامین نهایی (کدگذاری انتخابی) بود. برای افزایش اعتبار و اتکاپذیری یافته‌ها، از روش‌های بازبینی توسط مشارکت‌کنندگان، بازبینی توسط همکاران و تحلیل چندپژوهشگری استفاده گردید. ضریب توافق بین دو کدگذار با استفاده از فرمول هولستی محاسبه شد که مقدار ۰/۸۹ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب کدگذاری بود. در فاز دوم (کمی)، بر اساس شایستگی‌های استخراج‌شده از فاز کیفی، پرسشنامه‌ای با ۴۵ گویه در دو بخش اصلی طراحی شد. بخش اول شامل شایستگی‌های عمومی (۷ شایستگی با ۲۱ گویه) و بخش دوم شامل شایستگی‌های اختصاصی (۱۱ شایستگی با ۲۴ گویه) بود. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از بسیار کم تا بسیار زیاد) برای سه بعد «اهمیت شایستگی»، «سطح موجود شایستگی» و «اولویت توسعه» سنجیده شد. روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) ارزیابی گردید. پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از خبرگان (۵ نفر از متخصصان دانشگاهی و ۵ نفر از مدیران ارشد درمانی) قرار گرفت. حداقل قبول CVR بر اساس جدول لاوشه برای ۱۰ خبره، ۰/۶۲ و حداقل قابل قبول CVI، ۰/۷۹ در نظر گرفته شد. کلیه گویه‌ها دارای CVR بالاتر از ۰/۶۲ و CVI بالاتر از ۰/۷۹ بودند که نشان‌دهنده روایی محتوای مطلوب ابزار بود. همچنین روایی صوری با نظرخواهی از ۵ نفر از اعضای جامعه هدف تأیید گردید. برای تعیین پایایی، یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از جامعه هدف انجام شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از دو دسته‌ی شایستگی‌ها محاسبه گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای شایستگی‌های عمومی ۰/۸۹ و برای شایستگی‌های اختصاصی در دامنه‌ی ۰/۸۱ تا ۰/۹۰ (با میانگین ۰/۸۶) محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار بود. شایان ذکر است که با توجه به انجام فرایند اکتشاف و شناسایی مؤلفه‌های شایستگی در فاز کیفی پژوهش (از طریق تحلیل مضمون و کدگذاری سه مرحله‌ای بر روی داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق با خبرگان)، در فاز کمی نیازی به اجرای تحلیل عاملی اکتشافی (EFA) نبوده و پژوهشگر با بهره‌گیری از تحلیل عاملی تأییدی (CFA) به آزمون و اعتباریابی ساختار ازپیش‌تعیین‌شده پرداخته است. این رویکرد که در پژوهش‌های آمیخته با طرح اکتشافی-تأییدی رایج است، امکان تلفیق منطقی یافته‌های کیفی با آزمون‌های کمی را فراهم می‌آورد و اعتبار مدل نهایی را با اتکا به دو منبع مستقل داده (کیفی و کمی) افزایش می‌دهد.

شامل خبرگان و صاحب‌نظران حوزه درمان بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی در کلیه استان‌های کشور بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه کار مرتبط در حوزه درمان، آشنایی عمیق با چالش‌ها و الزامات شغلی سمت‌های درمانی، دارا بودن تجربه مدیریتی یا کارشناسی ارشد در سمت‌های درمانی و تمایل به مشارکت در مصاحبه و ارائه روایت‌های دقیق بود. نمونه‌گیری در این فاز به روش هدفمند و با تکنیک گلوله برفی انجام شد. حجم نمونه بر اساس اصل اشباع نظری تعیین گردید. بدین منظور، پس از انجام ۲۵ مصاحبه (۱۴ نفر از مدیران بیمارستان، رؤسای پلی‌کلینیک و رؤسای خدمات پرستاری و ۱۱ نفر از کارشناسان مسئول داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و توانبخشی)، اشباع نظری حاصل شد؛ به گونه‌ای که مصاحبه‌های جدید اطلاعات تازه‌ای به تحلیل اضافه نکردند.

ابزار گردآوری داده‌ها در فاز کیفی، پرسشنامه مصاحبه نیمه‌ساختاریافته مبتنی بر رویکرد رویدادمحور بود که بر اساس مبانی نظری شایستگی، مدل‌های مرجع بین‌المللی و بررسی متون تخصصی طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۲ سؤال باز در سه محور اصلی بود: (الف) ماهیت شغل و مسئولیت‌ها (۷ سؤال)، (ب) شایستگی‌های عمومی، رفتاری و تخصصی (۸ سؤال) و (ج) آینده‌نگری و تحول شغلی (۷ سؤال). روایی محتوای ابزار با نظر ۵ نفر از متخصصان مدیریت منابع انسانی و مدیریت خدمات بهداشتی-درمانی تأیید شد. برای اطمینان از روایی صوری، پرسشنامه در اختیار ۳ نفر از مدیران بیمارستان قرار گرفت و سؤالات مبهم اصلاح گردید. مصاحبه‌ها به صورت حضوری و در محل کار خبرگان (بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) انجام شد. هر جلسه مصاحبه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. کلیه مصاحبه‌ها با کسب رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان، ضبط و سپس به صورت متن خطی پیاده‌سازی شد. در طول مصاحبه، از تکنیک‌های پرسش‌های تکمیلی برای عمق‌بخشی به پاسخ‌ها و استخراج مصادیق رفتاری واقعی استفاده گردید.

داده‌های کیفی با استفاده از روش تحلیل مضمون و کدگذاری سه مرحله‌ای (باز، محوری، انتخابی) در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۲۲ تحلیل شدند. مراحل تحلیل شامل خوانش چندباره متون مصاحبه‌ها برای آشنایی با داده‌ها، تولید کدهای اولیه (کدگذاری باز)، جستجوی مضامین و گروه‌بندی کدها (کدگذاری محوری)، بازبینی و پالایش مضامین و در نهایت تعریف و نام‌گذاری

رگرسیون چندمتغیره تعیین گردید. جهت کنترل متغیرهای مخدوش کننده، متغیرهایی که ممکن بود بر نتایج تأثیر بگذارند (مانند سن، سابقه خدمت، جنسیت و نوع سمت) شناسایی و در تحلیل های آماری به عنوان متغیرهای کنترل وارد شدند. پیش از انجام مصاحبه ها و توزیع پرسشنامه ها، از کلیه مشارکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و صرفاً به صورت تجمیعی و برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین مشارکت در پژوهش کاملاً اختیاری بود و امکان انصراف در هر مرحله وجود داشت.

در اجرای این مطالعه، اصول اخلاقی حاکم بر پژوهش های علمی در هر دو فاز کیفی و کمی رعایت گردید. در فاز کیفی، پیش از آغاز هر مصاحبه، اهداف و ماهیت پژوهش برای مشارکت کنندگان تشریح و ضبط جلسات با اجازه صریح آنان انجام شد. همچنین متن پیاده شده هر مصاحبه برای تأیید نهایی در اختیار مشارکت کنندگان قرار گرفت. در فاز کمی نیز پیش از توزیع پرسشنامه ها، توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش ارائه و تکمیل پرسشنامه ها به صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه صورت پذیرفت. در هر دو فاز، محرمانگی اطلاعات و عدم انتشار داده های هویتی برای کلیه مشارکت کنندگان تضمین گردید. همچنین به آنان اطمینان داده شد که امکان انصراف از پژوهش در هر مرحله وجود دارد. رعایت این اصول، اعتماد متقابل و کیفیت داده های گردآوری شده را افزایش داد.

یافته ها

در این پژوهش، داده های حاصل از فاز کیفی (۲۵ مصاحبه با خبرگان) و فاز کمی (۶۸۷ پرسشنامه تکمیل شده) مورد تحلیل قرار گرفت. یافته ها در قالب مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان، مضامین استخراج شده، شایستگی های عمومی و اختصاصی، نتایج تحلیل های آماری و شاخص های برازش مدل ارائه می شود. از میان ۲۵ خبره مشارکت کننده در فاز کیفی، ۱۸ نفر (۷۲ درصد) مرد و ۷ نفر (۲۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی خبرگان ۴۹/۲ سال (انحراف معیار ۷/۴) و میانگین سابقه خدمت آنان ۲۱/۳ سال (انحراف معیار ۶/۸) بود.

در فاز کمی، از مجموع ۶۸۷ مشارکت کننده، ۳۹۸ نفر (۵۸ درصد) مرد و ۲۸۹ نفر (۴۲ درصد) زن بودند. میانگین سنی آنان ۴۷/۸ سال (انحراف معیار ۱/۸) و میانگین سابقه خدمت ۱۹/۶ سال (انحراف معیار

جامعه آماری فاز دوم شامل تمامی شاغلان ۹ سمت بالینی و درمانی منتخب در بیمارستان ها و مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور بود. این سمت ها عبارتند از: مدیر بیمارستان، رئیس پلی کلینیک، رئیس درمانگاه، رئیس خدمات پرستاری، کارشناس مسئول داروخانه، کارشناس مسئول آزمایشگاه و پاتولوژی، کارشناس مسئول رادیولوژی، سی تی اسکن و ام آر آی، کارشناس مسئول توانبخشی فیزیکی، مسئول مدارک پزشکی و آمار. با توجه به تأکید بر گردآوری داده هایی معتبر و قابل اتکا از تمامی شاغلان سمت های هدف، از روش سرشماری کامل استفاده شد. پرسشنامه ها از طریق روش الکترونیکی توزیع و جمع آوری گردیدند. در مجموع ۶۸۷ پرسشنامه معتبر از جامعه ی ۷۰۴ نفری شاغلان این سمت ها بازگردانده شد (نرخ پاسخ دهی ۹۷/۶ درصد). داده های کمی با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۸ و R نسخه ۴/۳ تحلیل شدند. آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد برای توصیف داده ها استفاده گردید. برای مقایسه میانگین ها بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) استفاده شد. برای بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون بهره گرفته شد. سطح معناداری برای تمام آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. در فاز سوم (اعتباریابی تأییدی)، مدل شایستگی استخراج شده از فاز کیفی و ساختار عاملی پرسشنامه ی طراحی شده در فاز کمی، با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی (CFA) و مدل سازی معادلات ساختاری در نرم افزار AMOS نسخه ۲۶ مورد آزمون و اعتباریابی قرار گرفت. تحلیل عاملی تأییدی بر روی داده های ۶۸۷ پاسخ دهنده ی شاغل در ۹ سمت درمانی با روش برآورد حداکثر درست نمایی انجام شد. مدل چهارعاملی حوزه ی درمان شامل عوامل «ایمنی و کیفیت»، «مدیریت بالینی»، «مدیریت منابع» و «تحلیل و فناوری» با استفاده از ۱۶ گویه ی شاخص برازش داده شد. بارهای عاملی استاندارد شده در دامنه ی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ قرار داشت که نشان دهنده ی همبستگی قوی گویه ها با عوامل مربوطه است. شاخص های برازش مدل شامل نسبت مجذور کای به درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، شاخص برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش افزایشی (IFI)، شاخص برازش خوبی (GFI)، شاخص برازش نسبی (RFI)، شاخص تاکر-لویس (TLI) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) محاسبه شدند. همچنین ضرایب اثر شایستگی ها با استفاده از

سطح دوم (شایستگی‌های اختصاصی هر گروه شغلی). پایایی و برازش مدل در بخش بعدی ارائه شده است. مدل هفت عاملی شایستگی‌های عمومی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی مورد ارزیابی قرار گرفت. جدول ۶ شاخص‌های برازش مدل نهایی را نشان می‌دهد که حاکی از برازش مناسب مدل است. تمامی بارهای عاملی گویه‌ها بالاتر از ۰/۶۰ و معنادار بودند ($P < 0.001$).

با استفاده از رگرسیون چندمتغیره، ضرایب اثر شایستگی‌های عمومی بر عملکرد شغلی محاسبه شد. جدول ۷ ضرایب اثر را به همراه فاصله اطمینان ۹۵٪ نشان می‌دهد. بیشترین ضریب اثر متعلق به شایستگی «اخلاق حرفه‌ای» ($\beta = 0/43$) و «رهبری اثربخش» ($\beta = 0/39$) بود. خطای استاندارد مدل نهایی برابر با ۰/۰۶ برآورد گردید که نشان‌دهنده دقت قابل قبول مدل است. نتایج آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس یک‌طرفه (ANOVA) نشان داد که بین گروه‌های سنی، سابقه خدمت و جنسیت تفاوت معناداری در سطح شایستگی‌های عمومی وجود نداشت ($P > 0/05$). با این حال، بین سمت‌های شغلی مختلف در برخی شایستگی‌های اختصاصی تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/05$). جدول ۸ نتایج این مقایسه را نشان می‌دهد.

به طور خلاصه، یافته‌های این پژوهش منجر به شناسایی ۷ شایستگی عمومی مشترک و ۲۶ شایستگی اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی شد. بیشترین شکاف شایستگی به ترتیب در «مدیریت بحران درمانی» و «تسلط بر فناوری‌های نوین سلامت» مشاهده گردید. شاخص‌های برازش مدل شامل نسبت مجذور کای به درجه آزادی ($\chi^2/df = 2/76$)، شاخص برازش تطبیقی ($CFI = 0/91$)، شاخص برازش خوبی ($GFI = 0/89$)، شاخص برازش هنجار شده ($NFI = 0/88$)، شاخص برازش افزایشی ($IFI = 0/91$)، شاخص برازش نسبی ($RFI = 0/87$)، شاخص تاکر-لوییس ($TLI = 0/90$) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب ($RMSEA = 0/065$) همگی در محدوده قابل قبول قرار داشتند که نشان‌دهنده برازش مناسب مدل نهایی است.

۲/۷) بود. جدول ۱ مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان فاز کمی را نشان می‌دهد. پس از تحلیل مضمون و کدگذاری سه مرحله‌ای ۲۵ مصاحبه، در مجموع ۱۲۵۰ کد اولیه استخراج گردید. کدهای اولیه توسط دو کدگذار مستقل بررسی شدند. کدهای مشترک بین دو کدگذار ۱۱۰۰ کد بود که بر اساس فرمول هولستی، ضریب پایایی برابر با ۰/۹۰ محاسبه گردید که نشان‌دهنده پایایی مطلوب کدگذاری بود. در مرحله کدگذاری محوری، کدهای اولیه در قالب ۱۸ مضمون سازمان‌دهنده دسته‌بندی شدند و در مرحله کدگذاری انتخابی، ۴ مضمون فراگیر شامل «شایستگی‌های عمومی»، «شایستگی‌های مدیریتی»، «شایستگی‌های تخصصی بالینی» و «شایستگی‌های پشتیبانی» شناسایی گردید. جدول ۲ مضامین شناسایی شده را نشان می‌دهد. هفت شایستگی عمومی مشترک شناسایی شد که در همه سمت‌های درمانی مشترک هستند. جدول ۳ این شایستگی‌ها را به همراه تعریف و مصادیق رفتاری ارائه می‌دهد.

تحلیل داده‌های پرسشنامه نشان داد که از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مهم‌ترین شایستگی‌های عمومی به ترتیب «اخلاق حرفه‌ای» ($4/72$)، «مسئولیت‌پذیری» ($4/68$) و «رهبری اثربخش» ($4/58$) بودند. بیشترین شکاف بین سطح موجود و اهمیت مورد انتظار در شایستگی «مدیریت بحران درمانی» با اختلاف ۱/۳۵ مشاهده شد. جدول ۴ این نتایج را نشان می‌دهد. در مجموع ۱۱ شایستگی اختصاصی شناسایی شد. جدول ۵ توزیع این شایستگی‌ها را در بین سمت‌های مختلف درمانی نشان می‌دهد. شایستگی‌های اختصاصی کارشناسان مسئول واحدهای تخصصی (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری و توانبخشی) در یک ردیف جمع شده است.

شکل ۱ مدل نهایی شایستگی سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی را نشان می‌دهد. این مدل بر اساس یافته‌های پژوهش طراحی شده و شامل دو سطح است: سطح اول (شایستگی‌های عمومی: اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیری، رهبری اثربخش، تصمیم‌گیری راهبردی، مدیریت بحران درمانی، ارتباطات مؤثر، کار تیمی تخصصی) و

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی مشارکت کنندگان فاز کمی

مشخصات فردی	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد ۳۹۸ (۵۸)
	زن ۲۸۹ (۴۲)
سن	کمتر از ۴۰ سال ۱۴۴ (۲۱)
	۴۰ تا ۵۰ سال ۳۰۲ (۴۴)
	بیش از ۵۰ سال ۲۴۱ (۳۵)
سابقه خدمت	کمتر از ۱۵ سال ۱۳۰ (۱۸/۹)
	۱۵ تا ۲۵ سال ۳۳۷ (۴۹/۱)
	بیش از ۲۵ سال ۲۲۰ (۳۲)
سمت شغلی	مدیر بیمارستان ۴۸ (۷)
	رئیس پلی کلینیک ۶۷ (۹/۸)
	رئیس درمانگاه ۱۰۱ (۱۴/۷)
	رئیس خدمات پرستاری ۸۴ (۱۲/۲)
	کارشناس مسئول داروخانه ۱۵۴ (۲۲/۴)
	کارشناس مسئول آزمایشگاه ۷۸ (۱۱/۴)
	کارشناس مسئول تصویربرداری ۴۸ (۷)
	کارشناس مسئول توانبخشی ۵۸ (۸/۴)
	مسئول مدارک پزشکی و آمار ۴۹ (۷/۱)

جدول ۲: مضامین فراگیر، مضامین سازمان دهنده و نمونه کدهای استخراج شده از مصاحبه‌ها

مضمون فراگیر	مضمون سازمان دهنده	نمونه کدهای پایه (با فراوانی)
شایستگی‌های عمومی	رهبری اثربخش	هدایت تیم درمانی (۲۳)، ایجاد انگیزه (۱۸)، تفویض اختیار (۱۵)
	ارتباطات مؤثر	گوش دادن فعال (۲۱)، بیان شفاف (۱۹)، ارائه بازخورد (۱۴)
	کار تیمی تخصصی	مشارکت در جلسات (۲۰)، کمک به همکاران (۱۶)، هماهنگی بین‌بخشی (۱۲)
	اخلاق حرفه‌ای	رعایت محرمانگی (۲۴)، صداقت در گزارش (۲۰)، رفتار محترمانه (۱۸)
شایستگی‌های مدیریتی	مسئولیت‌پذیری	پیگیری درخواست‌ها (۲۲)، پذیرش خطا (۱۷)، پاسخگویی (۱۵)
	مدیریت بحران	حفظ آرامش (۲۵)، اولویت‌بندی (۲۲)، هماهنگی سریع (۱۸)
	مدیریت منابع انسانی	برنامه‌ریزی شیفت (۱۷)، ارزیابی عملکرد (۱۴)، مدیریت تعارض (۱۲)
	مدیریت مالی	تحلیل بودجه (۱۵)، کنترل هزینه‌ها (۱۳)، مذاکره با بیمه‌ها (۱۰)
شایستگی‌های تخصصی بالینی	مدیریت کیفیت و ایمنی	بررسی شاخص‌های کیفیت (۱۸)، مدیریت خطاها (۱۵)، اعتباربخشی (۱۱)
	ایمنی دارویی	بررسی تداخلات (۱۶)، مشاوره دارویی (۱۳)، نسخه‌خوانی (۱۱)
	کنترل کیفیت آزمایشگاهی	بررسی روزانه QC (۱۳)، کالیبراسیون (۱۰)، مدیریت نمونه‌ها (۹)
	مدیریت دوز پرتویی	رعایت ALARA (۱۲)، کنترل دوز بیمار (۱۰)، حفاظت پرتویی (۸)
شایستگی‌های پشتیبانی	مدیریت نوبت‌دهی	کاهش زمان انتظار (۱۴)، اولویت‌بندی (۱۲)، مدیریت صف (۱۰)
	مدیریت شکایات	رسیدگی سریع (۱۳)، تحلیل علل (۱۱)، پیگیری تا نتیجه (۹)

جدول ۳: شایستگی‌های عمومی مشترک در همه سمت‌های درمانی

ردیف	شایستگی عمومی	تعریف	مصادیق رفتاری
۱	رهبری اثربخش	توانایی هدایت تیم‌های درمانی، ایجاد انگیزه و هماهنگی بین واحدهای مختلف	تعیین اهداف روشن، تفویض اختیار، الهام‌بخشی به کارکنان
۲	تصمیم‌گیری راهبردی	توانایی انتخاب بهترین گزینه در شرایط پیچیده و بحرانی بر اساس داده و تجربه	تحلیل گزینه‌ها، پیش‌بینی پیامدها، انتخاب به موقع
۳	مدیریت بحران درمانی	توانایی حفظ عملکرد مؤثر در شرایط اضطرار، همه‌گیری و کمبود منابع	حفظ آرامش، اولویت‌بندی، هماهنگی سریع واحدها
۴	ارتباطات مؤثر	توانایی انتقال شفاف اطلاعات و ایجاد تعامل سازنده با بیماران، همراهان و کادر درمان	گوش دادن فعال، بیان شفاف، ارائه بازخورد محترمانه
۵	کار تیمی تخصصی	توانایی همکاری مؤثر با تیم‌های چندتخصصی درمانی برای دستیابی به اهداف مشترک	مشارکت در جلسات، کمک به همکاران، هماهنگی بین‌بخشی
۶	اخلاق حرفه‌ای	پایبندی به اصول اخلاقی، صداقت، رعایت محرمانگی اطلاعات بیماران	رعایت محرمانگی، صداقت در گزارش‌دهی، رفتار محترمانه
۷	مسئولیت‌پذیری	پذیرش مسئولیت اقدامات و نتایج درمانی و پیگیری امور تا حصول نتیجه	پیگیری درخواست‌ها، پذیرش خطا و اصلاح آن، پاسخگویی

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار اهمیت، سطح موجود و اولویت توسعه شایستگی‌های عمومی

شکاف	اولویت توسعه (میانگین $\pm$ SD)	سطح موجود (میانگین $\pm$ SD)	اهمیت (میانگین $\pm$ SD)	شایستگی عمومی
۱/۱۶	۴/۳۲ $\pm$ ۰/۷۳	۳/۴۲ $\pm$ ۰/۸۴	۴/۵۸ $\pm$ ۰/۶۱	رهبری اثربخش
۱/۲۸	۴/۳۸ $\pm$ ۰/۷۰	۳/۲۵ $\pm$ ۰/۸۹	۴/۵۳ $\pm$ ۰/۶۴	تصمیم‌گیری راهبردی
۱/۳۵	۴/۴۲ $\pm$ ۰/۶۸	۳/۱۳ $\pm$ ۰/۹۲	۴/۴۸ $\pm$ ۰/۶۷	مدیریت بحران درمانی
۰/۹۰	۴/۰۲ $\pm$ ۰/۷۸	۳/۴۸ $\pm$ ۰/۸۱	۴/۳۸ $\pm$ ۰/۷۲	ارتباطات مؤثر
۰/۸۰	۴/۹۲ $\pm$ ۰/۸۳	۳/۵۲ $\pm$ ۰/۷۹	۴/۳۲ $\pm$ ۰/۷۵	کار تیمی تخصصی
۰/۶۴	۳/۵۲ $\pm$ ۰/۸۸	۴/۰۸ $\pm$ ۰/۶۸	۴/۷۲ $\pm$ ۰/۴۸	اخلاق حرفه‌ای
۰/۸۶	۳/۶۸ $\pm$ ۰/۸۴	۳/۸۲ $\pm$ ۰/۷۴	۴/۶۸ $\pm$ ۰/۵۲	مسئولیت‌پذیری

جدول ۵: شایستگی‌های اختصاصی به تفکیک سمت‌های درمانی

سمت شغلی	شایستگی‌های اختصاصی	تعداد
مدیر بیمارستان	مدیریت کیفیت و ایمنی بیمار، مدیریت منابع انسانی درمانی، مدیریت مالی و بودجه، مدیریت تجهیزات و زیرساخت، اعتباربخشی و استانداردها، مدیریت ارتباطات بین‌بخشی	۶
رئیس پلی‌کلینیک	مدیریت خدمات سرپایی، مدیریت نوبت‌دهی و جریان بیمار، مدیریت تعامل با پزشکان متخصص، مدیریت شکایات بیماران	۴
رئیس درمانگاه	مدیریت خدمات درمانی اولیه، مدیریت تجهیزات و مواد مصرفی، مدیریت تعامل پزشکان عمومی و پرستاران، مدیریت زمان انتظار و صف	۴
رئیس خدمات پرستاری	مدیریت کیفیت مراقبت‌های پرستاری، مدیریت شیفت‌ها و نیروی انسانی، مدیریت تعارضات حرفه‌ای، آموزش و توانمندسازی پرستاران، مدیریت تجهیزات پرستاری	۵
کارشناسان مسئول واحدهای تخصصی (داروخانه، آزمایشگاه، تصویربرداری، توانبخشی)	ایمنی دارویی و نسخه‌خوانی، مدیریت موجودی و زنجیره تأمین دارو، کنترل کیفیت آزمایشگاهی (QC/QA)، مدیریت نمونه‌ها و ایمنی زیستی، مدیریت دوز پرتویی و ایمنی، کنترل کیفیت تصاویر، ارزیابی و تدوین برنامه درمانی توانبخشی	۷

جدول ۶: شاخص‌های برازش مدل نهایی

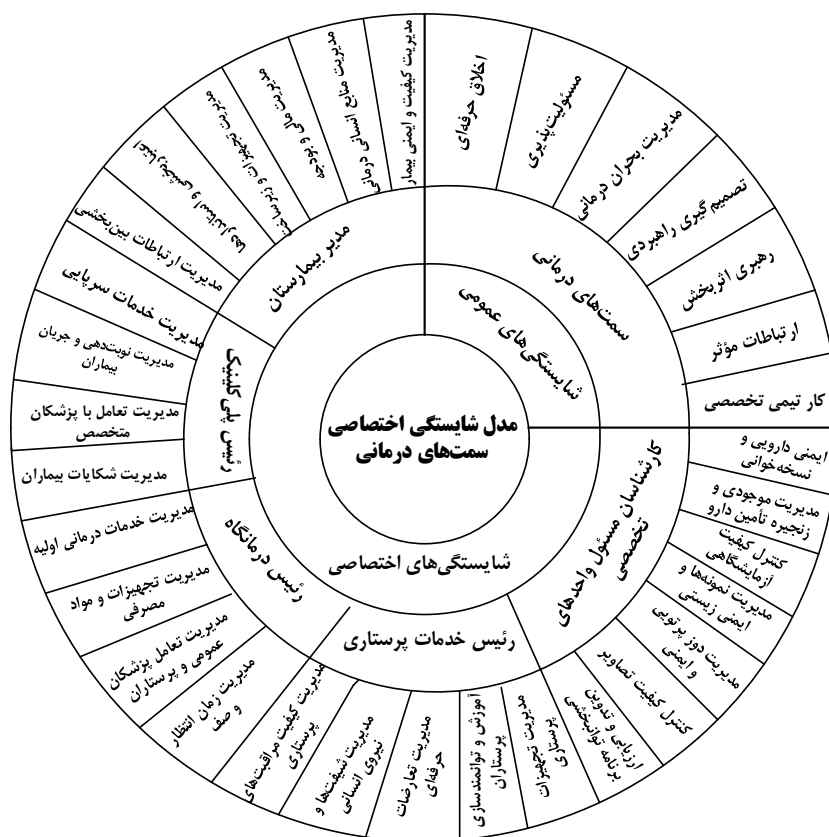
شاخص	مقدار به دست آمده	حد قابل قبول
χ^2/df	۲/۴۱	< ۰/۳
CFI	۰/۹۶۲	> ۰/۹۰
NFI	۰/۸۸	> ۰/۸۵
IFI	۰/۹۱	> ۰/۹۰
GFI	۰/۸۹	> ۰/۸۵
RFI	۰/۸۷	> ۰/۸۵
TLI	۰/۹۵۴	> ۰/۹۰
RMSEA	۰/۰۵۸	< ۰/۸۰

جدول ۷: ضرایب اثر شایستگی‌ها در مدل نهایی (با فاصله اطمینان ۹۵٪)

شایستگی	ضریب اثر (β)	خطای استاندارد	CI 95%	t	P-value
اخلاق حرفه‌ای	۰/۴۳	۰/۰۵۸	(۰/۳۱-۰/۵۵)	۷/۴۱	< ۰/۰۰۱
رهبری اثربخش	۰/۳۹	۰/۰۶۲	(۰/۲۷-۰/۵۱)	۶/۲۹	< ۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	۰/۳۲	۰/۰۶۵	(۰/۱۹-۰/۴۹)	۴/۹۲	< ۰/۰۰۱
تصمیم‌گیری راهبردی	۰/۲۸	۰/۰۷۰	(۰/۱۴-۰/۴۲)	۴/۰۰	< ۰/۰۰۱
مدیریت بحران درمانی	۰/۲۵	۰/۰۷۲	(۰/۱۱-۰/۳۹)	۳/۴۷	< ۰/۰۰۱
کار تیمی تخصصی	۰/۲۲	۰/۰۷۵	(۰/۰۷-۰/۳۷)	۲/۹۳	۰/۰۰۴
ارتباطات مؤثر	۰/۲۰	۰/۰۷۸	(۰/۰۴-۰/۳۶)	۲/۵۶	۰/۰۱۱

جدول ۸: مقایسه میانگین شایستگی‌های اختصاصی بین سمت‌های مختلف

شایستگی اختصاصی	مدیر بیمارستان	رئیس پلی‌کلینیک	رئیس خدمات پرستاری	کارشناس مسئول	F	P-value
مدیریت کیفیت و ایمنی بیمار	۴/۶۲	۴/۴۵	۴/۷۲	۴/۵۸	۴/۸۹	۰/۰۰۳
مدیریت منابع انسانی درمانی	۴/۸۱	۴/۵۰	۴/۶۸	۴/۳۲	۶/۲۳	۰/۰۰۱
مدیریت شکایات بیماران	۴/۳۰	۴/۳۸	۴/۱۵	۴/۴۵	۳/۴۵	۰/۰۱۸
مدیریت تجهیزات پزشکی	۴/۵۶	۴/۲۵	۴/۲۲	۴/۷۸	۵/۶۷	< ۰/۰۰۱
مدیریت بحران‌های بالینی	۳/۱۲	۴/۶۰	۴/۷۰	۴/۳۵	۴/۱۲	۰/۰۰۷



شکل ۱: مدل نهایی شایستگی سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی مدل شایستگی اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از رویکرد آمیخته‌ی متوالی اکتشافی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که مدل نهایی شامل دو سطح شایستگی (عمومی و اختصاصی) و در مجموع ۳۳ شایستگی (۷ شایستگی عمومی مشترک و ۲۶ شایستگی اختصاصی) است که در پنج گروه شغلی اصلی (مدیر بیمارستان، رئیس پلی کلینیک، رئیس درمانگاه، رئیس خدمات پرستاری و کارشناسان مسئول واحدهای تخصصی) توزیع شده‌اند. بیشترین شکاف بین سطح موجود و اهمیت مورد انتظار در شایستگی‌های «مدیریت بحران درمانی» و «تصمیم‌گیری راهبردی» مشاهده گردید و مدل نهایی حوزه درمان از برازش مناسبی برخوردار بود ($CFI=0/962$ ، $RMSEA=0/058$). این یافته‌ها نشان می‌دهد که مدل طراحی‌شده از اعتبار علمی لازم برای کاربرد در نظام مدیریت منابع انسانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی برخوردار است.

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات بین‌المللی در حوزه مدل‌های شایستگی درمانی همخوانی قابل توجهی دارد. شایستگی‌های عمومی شناسایی‌شده در این پژوهش با چارچوب شایستگی سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۳) که شامل رهبری، ارتباطات مؤثر، کار تیمی و اخلاق حرفه‌ای است، شباهت زیادی دارد [۷]. همچنین مدل شایستگی سازمان تأمین اجتماعی آمریکا (SSA) نیز شایستگی‌های رفتاری مانند ارتباطات، کار تیمی، اخلاق حرفه‌ای و حل مسئله را به عنوان شایستگی‌های هسته معرفی کرده است [۱۵]. سازمان خدمات سلامت بریتانیا (NHS) نیز در مدل شایستگی خود بر توانمندسازی کارکنان، توسعه حرفه‌ای و ارتقای کیفیت خدمات تأکید دارد [۸]. با این حال، شایستگی «مدیریت بحران درمانی» که در این پژوهش به عنوان یکی از شایستگی‌های عمومی اصلی با بیشترین شکاف بین سطح موجود و اهمیت مورد انتظار (اختلاف ۱/۳۵) شناسایی شد، در برخی مدل‌های بین‌المللی کمتر مورد تأکید قرار گرفته است. این تفاوت می‌تواند ناشی از شرایط خاص بیمارستان‌های ایران، به ویژه در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، و افزایش فشارهای کاری و بحران‌های مکرر در نظام

برنامه‌های آموزشی و توسعه منابع انسانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی است. شکاف بالای «مدیریت بحران درمانی» نیز که احتمالاً تحت تأثیر تجربه همه‌گیری کووید-۱۹ قرار دارد، بیانگر نیاز فوری به طراحی و اجرای برنامه‌های آمادگی در شرایط اضطرار است. نتایج مطالعه زابلی و همکاران (۱۴۰۳) نیز نشان داد که یکی از مهم‌ترین چالش‌های بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در دوران کووید-۱۹، کمبود آمادگی مدیران در مدیریت بحران‌های ناگهانی بوده است [۲۰].

بیشترین ضریب اثر در مدل نهایی متعلق به شایستگی «اخلاق حرفه‌ای و صداقت» ($\beta = 0.43$) و «رهبری اثربخش» ($\beta = 0.39$) بود. این یافته نشان می‌دهد که از دیدگاه مدیران و کارشناسان درمانی، رعایت اخلاق حرفه‌ای و صداقت مهم‌ترین عامل مؤثر بر عملکرد شغلی است. این نتیجه با مطالعات پیشین در نظام سلامت که نشان داده‌اند اخلاق حرفه‌ای یکی از ارکان اصلی اعتماد بیماران و کیفیت خدمات درمانی است، همخوانی دارد [۲۱، ۱۷]. ضریب اثر بالای «رهبری اثربخش» نیز نشان‌دهنده اهمیت نقش رهبری در شرایط پیچیده و پرتنش بیمارستانی است و نتایج مطالعه داوک-ایی و همکاران (۲۰۲۱) نیز نشان داد که شایستگی‌های رهبری مدیران بیمارستانی تأثیر مستقیمی بر کیفیت مراقبت و رضایت بیماران دارد [۲۲].

مدل شایستگی طراحی شده در این پژوهش کاربردهای متعددی در مدیریت منابع انسانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی دارد. می‌تواند به عنوان مبنایی برای استخدام و جذب نیرو مورد استفاده قرار گیرد و شایستگی‌های عمومی و اختصاصی به عنوان معیارهای اصلی انتخاب کاندیداها برای سمت‌های درمانی در نظر گرفته شود. در فرآیند ارزیابی عملکرد، شاخص‌های رفتاری استخراج‌شده از مصاحبه‌های رویدادمحور می‌تواند مبنای طراحی چک‌لیست‌های ارزیابی و سیستم‌های پایش عملکرد قرار گیرد. همچنین مدل شایستگی به طراحی برنامه‌های آموزشی هدفمند کمک می‌کند و با شناسایی شکاف شایستگی در اولویت‌های اول (مدیریت بحران درمانی و تصمیم‌گیری راهبردی) می‌توان دوره‌های آموزشی اثربخشی طراحی و اجرا کرد. مدل می‌تواند در جانشین‌پروری و شناسایی استعدادها، کلیدی برای مشاغل حساس درمانی مورد استفاده قرار گیرد و شفافیت مسیر شغلی را افزایش داده و به کارکنان نشان دهد که برای رسیدن به سطوح بالاتر چه شایستگی‌هایی را باید توسعه دهند [۲۳، ۲۴].

سلامت کشور باشد. نتایج مطالعه گندم‌کاران و همکاران (۱۴۰۵) در نشریه پیش نیز نشان داد که شاخص‌های مدیریت بحران و آمادگی در شرایط اضطراری از مهم‌ترین شاخص‌های عملکردی بیمارستان‌ها هستند [۱۶]. همچنین شایستگی «تسلط بر فناوری‌های نوین سلامت» که در این پژوهش با شکاف ۱/۲۲ مورد توجه قرار گرفت، در مدل‌های بین‌المللی اخیر به طور فزاینده‌ای بر آن تأکید می‌شود و سازمان بهداشت جهانی در ویرایش اخیر چارچوب شایستگی خود (۲۰۲۴) بر مهارت‌های دیجیتال و استفاده از هوش مصنوعی در نظام سلامت تأکید ویژه‌ای داشته است [۷]. یافته‌های این پژوهش با مطالعات پیشین در سازمان تأمین اجتماعی و سایر مراکز درمانی کشور نیز همخوانی دارد. قلی‌پور، مشایخی و باقری (۱۳۹۷) در طراحی مدل شایستگی مدیران سازمان تأمین اجتماعی، شایستگی‌هایی مانند تفکر تحلیلی، مهارت حرفه‌ای، تعامل مؤثر و مشتری‌مداری را معرفی کردند که با شایستگی‌های عمومی این پژوهش همپوشانی دارد [۱۶]. رضایی یزدلی و همکاران (۱۴۰۲) در مطالعه‌ای با رویکرد کیفی، مضامین فراگیر دانش و تجربه کاری، ویژگی‌های فردی، شایستگی‌های تعاملی و شایستگی‌های اجرایی را برای مدیران بیمارستان‌های تأمین اجتماعی استان تهران شناسایی کردند که با شایستگی‌های عمومی و تخصصی پژوهش حاضر (مانند اخلاق حرفه‌ای، ارتباطات مؤثر، مدیریت منابع انسانی و مدیریت مالی) همخوانی دارد [۱۷]. عبدالعظیم‌زاده و رضازاده (۱۴۰۰) در طراحی مدل شایستگی رئیس اداره فناوری اطلاعات و آمار سازمان تأمین اجتماعی، شایستگی‌های دانش تخصصی، کار تیمی، تفکر سیستمی و راهبردی، مدیریت افراد و تصمیم‌گیری را اولویت‌بندی کردند که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد [۱۸]. با این حال، نوآوری پژوهش حاضر در تفکیک شایستگی‌های عمومی از اختصاصی و همچنین پوشش جامع سمت‌های درمانی (از مدیر بیمارستان تا کارشناس مسئول واحدهای تخصصی) است که در مطالعات پیشین کمتر دیده می‌شود. همچنین استفاده از رویکرد آمیخته اکتشافی با بهره‌گیری از مصاحبه‌های رویدادمحور و تحلیل عاملی تأییدی برای اعتباریابی مدل، از نقاط قوت این پژوهش نسبت به مطالعات قبلی محسوب می‌شود. بیشترین شکاف بین سطح موجود و اهمیت مورد انتظار به ترتیب در شایستگی‌های «مدیریت بحران درمانی» (اختلاف ۱/۳۵) و «تصمیم‌گیری راهبردی» (اختلاف ۱/۲۸) مشاهده شد. این یافته‌ها نشان‌دهنده ضرورت توجه ویژه به این شایستگی‌ها در

همچنین طراحی و توسعه کانون‌های ارزیابی استاندارد بر اساس شایستگی‌های شناسایی شده و بررسی رابطه بین سطح شایستگی مدیران و کارشناسان با شاخص‌های عینی عملکردی بیمارستان از دیگر پیشنهادات است. توسعه مدل شایستگی برای سایر سمت‌های درمانی که در این پژوهش پوشش داده نشده‌اند (مانند سرپرستاران بخش‌ها، کارشناسان مدارک پزشکی و کارشناسان تغذیه) و انجام مطالعه تطبیقی مدل شایستگی طراحی‌شده با بیمارستان‌های خصوصی و دانشگاهی نیز توصیه می‌شود.

در مجموع، مدل شایستگی طراحی‌شده در این پژوهش با ساختار دو سطحی (عمومی و اختصاصی) و پوشش جامع سمت‌های کلیدی درمانی، چارچوبی علمی، بومی و عملیاتی برای مدیریت منابع انسانی در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی فراهم می‌آورد. استقرار این مدل می‌تواند به ارتقای بهره‌وری، بهبود کیفیت خدمات درمانی، افزایش عدالت و شفافیت در فرآیندهای جذب و انتصاب، و نهایتاً تحقق اهداف راهبردی سازمان در حوزه سلامت کمک شایانی نماید. توصیه می‌شود سازمان تأمین اجتماعی با برنامه‌ریزی دقیق و مشارکت ذی‌نفعان کلیدی، زمینه پیاده‌سازی این مدل را در فرآیندهای کلیدی منابع انسانی فراهم آورد. با توجه به تحولات سریع در نظام سلامت و فناوری‌های نوین پزشکی، مدل‌های شایستگی باید به صورت پویا و منعطف طراحی شوند. مدل ارائه‌شده در این پژوهش، با ساختار انعطاف‌پذیر خود، قابلیت به‌روزرسانی و انطباق با تغییرات آتی را دارد و می‌تواند الگویی برای سایر سازمان‌های بیمه‌گر و ارائه‌دهنده خدمات درمانی در کشور باشد.

سهم نویسندگان

تیمور مرجانی: مسئول طراحی و اجرای پژوهش، تحلیل داده‌های کیفی و کمی، تدوین چارچوب نظری و تهیه پیش‌نویس نهایی مقاله، تایید نسخه نهایی

رسول عبدالعظیم زاده: مسئول طراحی پرسشنامه، جمع‌آوری داده‌های کمی، تحلیل‌های آماری (شامل تحلیل عاملی تأییدی) و گزارش شاخص‌های برازش، تایید نسخه نهایی

کاووه لطفی کیا: مشاوره علمی، مشارکت در طراحی ابزارهای پژوهش، اجرای مصاحبه‌ها، پیاده‌سازی و تحلیل داده‌های کیفی، تایید نسخه نهایی

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی «طراحی مدل شایستگی اختصاصی برای سمت‌های درمانی بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی» است

این پژوهش با وجود پوشش گسترده جغرافیایی در کلیه استان‌های کشور، با محدودیت‌هایی همراه بود که می‌تواند در تفسیر نتایج مدنظر قرار گیرد. با توجه به حساسیت اطلاعات سازمانی، دسترسی به برخی شاخص‌های عملکردی عینی (مانند نرخ خطاهای درمانی، میزان رضایت بیماران و نرخ گردش تخت) با محدودیت مواجه بود و ارزیابی شایستگی‌ها عمدتاً مبتنی بر ادراک و قضاوت مشارکت‌کنندگان صورت گرفت که می‌تواند با سوگیری‌های شناختی همراه باشد. از سوی دیگر، فرایند زمان‌بر مصاحبه‌ها (بیش از ۲۵ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با میانگین مدت ۷۵ دقیقه) و همچنین تعهد کاری بالای مدیران و کارشناسان ارشد درمانی، هماهنگی برای انجام مصاحبه‌ها را با دشواری مواجه ساخت. با وجود این محدودیت‌ها، گستردگی نمونه‌گیری در سطح ملی و تنوع مشارکت‌کنندگان، اعتبار و قابلیت کاربرد یافته‌ها را در سطح کلان سازمان تأمین اجتماعی افزایش داده است.

بر اساس یافته‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌شود سازمان تأمین اجتماعی برنامه‌های آموزشی هدفمند برای کاهش شکاف شایستگی در اولویت‌های اول (مدیریت بحران درمانی و تصمیم‌گیری راهبردی) طراحی و اجرا کند و برگزاری شبیه‌سازی‌های بحران و مانورهای آمادگی در شرایط اضطرار می‌تواند به کاهش شکاف مدیریت بحران کمک کند. همچنین بازنگری در فرآیندهای جذب و انتصاب مدیران و کارشناسان مسئول درمانی بر اساس شایستگی‌های احصاء‌شده در این پژوهش توصیه می‌شود و استفاده از مصاحبه‌های مبتنی بر شایستگی (CBI) در فرآیند استخدام پیشنهاد می‌گردد. استقرار نظام ارزیابی عملکرد مبتنی بر شایستگی با استفاده از شاخص‌های رفتاری استخراج‌شده از مصاحبه‌های رویدادمحور و طراحی مسیرهای شغلی شفاف بر اساس شایستگی‌های هر سمت از دیگر پیشنهادات کاربردی این پژوهش است. همچنین توصیه می‌شود در معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، کارگروه تخصصی شایستگی تشکیل شود تا مدل طراحی‌شده را پایش، به‌روزرسانی و اجرا کند و کانون‌های ارزیابی بر اساس شایستگی‌های شناسایی‌شده برای سمت‌های کلیدی درمانی طراحی و اجرا گردد [۲۶].

برای تحقیقات آینده، پیشنهاد می‌شود مدل شایستگی طراحی‌شده در چند بیمارستان منتخب به صورت پایلوت اجرا شود و اثربخشی آن بر شاخص‌های کلیدی عملکردی مانند رضایت بیماران، کاهش خطاهای درمانی و بهره‌وری منابع انسانی مورد ارزیابی قرار گیرد.

همچنین از مسئولان محترم مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی که تسهیل‌گر اجرای این پژوهش بودند، صمیمانه تشکر می‌شود.

منابع

1. Chaniago H. Strategic leadership in industry 5.0. *Journal of the Knowledge Economy* 2023;14:2456-2478
2. World Economic Forum. Future of Jobs Report 2025. Geneva: World Economic Forum; 2025 Available from: <https://www.weforum.org/reports/future-of-jobs-report-2025>
3. Mousavi SM, Lotfi MH, Bozarjomehri H, Bahariniya S, Ranjbar M. Analysis of the implementation of comprehensive provincial health plan: A qualitative study. *Payesh* 2023;22:161-174 [In Persian]
4. McCarthy P, Sammon D, Alhassan I. Strategic leadership and organizational performance: A systematic review. *Journal of Business Research* 2024;172:114-128
5. Boyatzis RE. Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development* 2022;41:5-12
6. Spencer LM, Spencer SM. Competence at Work: Models for Superior Performance. 2th Edition, Wiley Publications, New York, 2022
7. World Health Organization. WHO Global Competency Framework. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Jun 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072457>
8. National Health Service (NHS). NHS Leadership Competency Framework. London: NHS England; 2023 [cited 2026 Jun 30]. Available from: <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/resource/s/nhs-leadership-framework/>
9. Campion MA, Fink AA, Ruggeberg BJ, et al. Competency modeling best practices: A 2025 update. *Personnel Psychology* 2025;78:45-72
10. Armstrong M, Taylor S. Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice. 16th Edition, Kogan Page: London, 2023
11. Mayo Clinic. Leadership Competency Model. Rochester, MN: Mayo Clinic; 2024 [cited 2026 Jun 30]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/leadership/competency-model>
12. Schouten AM, Flipse SM, Van Nieuwenhuizen KE, et al. Operating room performance optimization metrics: A systematic review. *Journal of Medical Systems* 2023;47:19

که با حمایت مالی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی اجرا گردید. نویسندگان مراتب قدردانی خود را از مدیران و کارشناسان ارشد درمانی بیمارستان‌های تأمین اجتماعی در کلیه استان‌های کشور که در اجرای مصاحبه‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری نمودند، ابراز می‌دارند.

13. Civil Service Management Law. (2007). Approved by the Joint Commission of the Islamic Consultative Assembly, September 30, 2007. Tehran: Islamic Consultative Assembly Publications [In Persian]
14. Seventh Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2023-2027). (2023). Approved by the Islamic Consultative Assembly. Tehran: Islamic Consultative Assembly Publications [In Persian]
15. Social Security Administration (SSA). SSA Competency Model. Baltimore, MD: SSA; 2024 [cited 2026 Jun 30]. Available from: <https://www.ssa.gov/competency/>
16. Gandomkaran M, Shams L, Yavari M, Dehnavi H. Identifying performance evaluation indicators of hospital operating rooms: A scoping review study. *Payesh* 2026;25:349-361 [In Persian]
17. Gholipour A, Mashayekhi A, Bagheri M. Designing and Developing a Competency Model for Managers of the Social Security Organization. Tehran: SSO Publications, 2018 [In Persian]
18. Rezaei Yazdli M, Vedadi A, Rabiei Mandjin MR, Jamshidi Avanaki M. Designing a model of managerial competencies affecting the performance of social security hospitals in Tehran. *Payesh* 2023;22:175-183 [In Persian]
19. Abdolazimzadeh A, Rezazadeh M. Designing a competency model for the head of the Information Technology and Statistics Department of the Social Security Organization. *Journal of Executive Management Research* 2021;13:87-106 [In Persian]
20. Khoshnemak M. Providing a competency model for selecting managers in service organizations (Case study: Social Security Organization). PhD Dissertation. University of Tehran; 2020 [In Persian]
21. Zaboli R, Bahadori M, Jafari H, Mousavi SM, Bahariniya S, Mehdizadeh P, et al. A study of factors affecting the length of hospital stay (LOS) of COVID-19 patients: A qualitative evidence in Iranian hospital. *Journal of Education and Health Promotion* 2023;12:403 [In Persian]
22. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 1988;260:1743-1748

23. Daouk-Öyry L, Sahakian T, van de Vijver F. Evidence-based management competency model for managers in hospital settings. *British Journal of Management* 2021;32:1384-1403
24. Horton S, Hondeghem A, Farnham D. *Competency Management in the Public Sector: International Experiences*. Amsterdam: IOS Press; 2023
25. Rothwell WJ, Lindholm JE. Competency identification, modeling, and assessment in the workplace. *International Journal of Training and Development* 2024;28:145-168
26. Government of Canada. Service Canada Competency Framework. Ottawa: Government of Canada; 2024 [cited 2026 Jun 30]. Available from: <https://www.canada.ca/en/government/publicservice/competency-framework.html>
27. Boyatzis RE. *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998
28. Marjani T, Abbasi MR. *Assessment and Development Center for Human Resources*. Tehran: Jahad Daneshgahi Publishing Organization; 2021 [In Persian]