

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت

کشور، بر اساس فن‌های DELPHI و AHP

مجتبی مرادی^۱، فرشاد حاج‌علیان^۲، مجید جهانگیرفرد^۳ و علی مهدی‌زاده اشرفی^۴

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور از طریق روش کیفی- کمی انجام شد. جامعه آماری آن در بخش کیفی، گروهی از رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در بخش کمی مدیران عالی و میانی ستادی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور بودند. در بخش کیفی از روش نمونه-گیری گلوله برفی، تعداد ۲۰ نفر و در بخش کمی با روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. داده‌ها در بخش کیفی از طریق اجرای تکنیک دلفی با پرسشنامه نیمه ساختاریافته در راند اول و ساختاریافته در راندهای بعدی و در بخش کمی از طریق اجرای پرسشنامه ماتریسی بر روی نمونه آماری استخراج و با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و EXPERT CHOICE تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های کیفی نشان داد، «استراتژی‌های منابع انسانی» دارای شش بعد و «اجرای استراتژی» دارای سه بعد و نه مؤلفه به شرح: بعد ساختاری، بعد محیطی و بعد رفتاری، بود. نتایج بخش کمی نشان داد که در استراتژی‌های تأمین و آموزش منابع انسانی، مؤلفه محیط کلان، در استراتژی‌های ارزیابی عملکرد منابع انسانی و توسعه و بهسازی، مؤلفه ساختار سازمان مجری، در استراتژی جبران خدمت، مؤلفه رفتار تدوین‌کنندگان و در استراتژی مشارکت کارکنان، مؤلفه محیط خاص، دارای بالاترین اهمیت بوده‌اند.

واژگان کلیدی: منابع انسانی، اجرای استراتژی، استراتژی منابع انسانی، حوزه سلامت کشور.

^۱ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گرایش منابع انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزکوه، ایران.

^۲ نویسنده مسئول: گروه مدیریت، واحد فیروزکوه، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزکوه، ایران.

^۳ گروه مدیریت، واحد فیروزکوه، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزکوه، ایران.

^۴ گروه مدیریت، واحد فیروزکوه، دانشگاه آزاد اسلامی، فیروزکوه، ایران.

مقدمه

توجه خاص به نیروی انسانی خصوصاً در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشت و سلامت و بهداشت در جامعه به‌عنوان حیاتی‌ترین عنصر موفقیت سازمان و ایجاد یک مزیت رقابتی پایدار همواره امری مهم در مدیریت محسوب می‌گردد (شمس لاهرودی و همکاران، ۱۳۹۷). امروزه مدل‌های متعددی برای ارزیابی سیستم‌های بهداشتی درمانی ارائه شده است اما زمانی می‌توان از موفقیت‌آمیز بودن این فرایند اطمینان حاصل کرد که رویکردی به کار گرفته شود که تمامی ابعاد را در برداشته و تصویر روشنی از مدیریت منابع انسانی در اختیار مدیران ارشد و میانی سازمان‌های بهداشتی درمانی قرار دهد (محب و همکاران، ۱۳۹۴). امروزه سرمایه انسانی یکی از مهم‌ترین دارایی‌های سازمان‌هاست (صفری، فرخی و صالح زاده، ۱۳۹۴)؛ وجود برنامه‌ریزی منابع انسانی، جهت رسیدن به نیازهای مهارتی، آموزشی و درنهایت بهسازی منابع انسانی ضروری است. امروزه ثبات در محیط کار، جای خود را به بی‌ثباتی و عدم اطمینان داده است و صنایع سنتی و قدیمی جای خود را به انواع جدید و توسعه یافته آن داده اند (روح‌اللهی و رجبی فرجاد، ۱۳۹۴). تاکید فزاینده بر استفاده از اندیشه‌های نو، جهت اثربخشی و کارایی فعالیت‌های سازمانی، مهم‌ترین ویژگی نظام‌های امروزی است. کارکنان هر سازمان بدلیل داشتن نظرها، افکار و ایده‌های خلاقانه، بارزترین سرمایه بشمار می‌روند. بر این اساس، برای رشد و بالندگی هر سازمان، کارکنان یکی از مهم‌ترین دارایی‌های سازمان بشمار می‌روند (دانش و عثمان^۱، ۲۰۱۰). نیروی انسانی امروزه، به‌عنوان یک سرمایه ارزشمند و بالنده مطرح می‌شود که قدرت باز تولید دارد. در حقیقت کیفیت کار نیروی انسانی، در تمام کشورهای پیشرفته و در حال توسعه سیستم تجهیز و بهسازی نیروی انسانی و حفظ و نگهداری آن به شکل جامع و پویا عمل می‌شود (کاووسی و احمدی، ۱۳۸۹). در اقتصاد دانش محور امروز، منابع انسانی یکی از مهم‌ترین منابعی است که می‌تواند نقش قابل ملاحظه‌ای در بهره‌وری سازمان‌ها داشته باشد. موفقیت و شکست هر سازمانی، تا حد زیادی بستگی به افراد آن سازمان دارد و سازمان‌هایی می‌توانند به بقای خود ادامه دهند که با توجه به تغییرات مداوم دنیای کنونی و دانش محور بودن اقتصاد که در آن دانش و سرمایه انسانی از اصلی‌ترین منابع تولید ثروت و دانش به شمار می‌آید، اولاً از اهمیت منابع انسانی و نقش آن آگاه باشند که این منابع می‌توانند در انعطاف‌پذیری سازمان با شرایط محیطی نقش موثری را ایفا کنند و ثانیاً تدابیر مدیریتی مناسبی را جهت استفاده موثر و کارا از این منابع به کار گیرند (طبرسا و محمدی، ۲۰۰۸). از آنجا که امروزه منابع انسانی با ارزش‌ترین عامل تولید و مهم‌ترین سرمایه هر سازمان و منبع اصلی زاینده مزیت

¹ Danish and Usman

رقابتی و ایجاد کننده قابلیت های اساسی هر سازمان است، یکی از عمده ترین برنامه‌ریزی های سازمانی، برنامه‌ریزی منابع انسانی است. نیروی انسانی یک سازمان منبعی کلیدی برای کسب مزیت رقابتی پایدار و یکی از عوامل اصلی موفقیت سازمان‌ها به حساب می آید، از این رو مدیریت اثر بخش منابع انسانی به یکی از مهمترین مسائل پیش روی سازمان‌ها برای نیل به اهداف سازمانی تبدیل شده است (سمعی، ۱۳۸۸). به طور کلی می توان گفت که فعالیت های منابع انسانی، بهره وری کارکنان، گرایش به کار، تعهد به هدف را از طریق اعمالی از قبیل استخدام، آموزش، ارزیابی عملکرد، جبران خدمات و ارتقاء افزایش می دهد و از این طریق بر عملکرد سازمان اثر می‌گذارد (یوسال و کوسا، ۲۰۰۹).

فلسفه نوین مدیریت منابع انسانی، ساختار و سازماندهی آن به شکل امروزی همگی نتیجه تعامل میان مجموعه حوادث و تحولاتی است که با وقوع انقلاب صنعتی در انگلستان (حدود سال ۱۷۶۰) آغاز شده است و تا به امروز ادامه دارد. مفهوم مدیریت منابع انسانی، از اواسط دهه هشتاد میلادی معرفی شد و هدف از آن ارائه روش هایی برای مدیریت کارکنان و کمک به بهبود عملکرد سازمان است. مدیریت منابع انسانی را شناسایی، انتخاب، استخدام، تربیت و پرورش نیروی انسانی به منظور نیل به اهداف سازمان تعریف کرده‌اند (سعادت، ۱۳۹۰). مدیریت منابع انسانی بر چهار حوزه تمرکز دارد (ایوانسویچ^۲، ۲۰۱۰): ۱. مدیریت منابع انسانی، عملگرا می باشد: مدیریت منابع انسانی اثربخش، بر عملکرد به جای ثبت سوابق، نگارش رویه ها و قوانین، تمرکز دارد. ۲. مدیریت منابع انسانی، کارمند گراست: مدیریت منابع انسانی به هر کارمند به‌عنوان یک منبع در سازمان می نگرد و خدمات و برنامه هایی برای برآوردن نیازهای آنان ارائه می دهد تا از این طریق، استفاده بهتری از این منبع ارزشمند نصیب سازمان شود. ۳. مدیریت منابع انسانی، جهانی گرا می باشد: با توجه به تنوع نیروی انسانی در شرکت های بین المللی، مدیریت منابع انسانی باید با افراد متفاوت از فرهنگ‌های متفاوت به صورت عادلانه، محترمانه و با حساسیت بالا برخورد کند. ۴. مدیریت منابع انسانی، آینده گرا است: مدیریت منابع انسانی اثربخش، بر کمک به سازمان در دستیابی به اهداف از طریق ایجاد شایستگی و انگیزش مناسب کارکنان، تمرکز دارد.

سازمان‌ها؛ خط مشی های مختلفی از مدیریت منابع انسانی و نظام ها را برای دست یابی به توانمندی های بالقوه کارکنان و تقویت مزیت رقابتی بکار می گیرند (خان^۳، ۲۰۱۰). پژوهش های انجام گرفته نشان می دهد، بین خط مشی های مدیریت منابع انسانی و عملکرد سازمانی، رابطه مثبت

¹ Uysal and Koca

² Ivancevich

³ Khan

۱۲۰ □ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

و معناداری وجود دارد (لی و همکاران^۱، ۲۰۱۰). خان (۲۰۱۰) نشان داد که رویکردی یکپارچه در به کارگیری خط مشی های مدیریت منابع انسانی، موجبات افزایش رضایتمندی و تعهد کارکنان را فراهم خواهد کرد و نتیجه این اقدامات، ارتقای سطح عملکردی فردی و تیمی است.

آموزش و توسعه منابع انسانی شایسته، به عملکرد سازمانها در خصوص اجرای موثر مجموعه خط مشی های مدیریت منابع انسانی وابسته خواهد بود. این خط مشی ها شامل انتخاب و استخدام کارکنان، جبران خدمات، تسهیم اطلاعات، تصمیم گیری مشارکتی، آموزش و ارزیابی عملکرد است. از اینرو، به کارگیری خط مشی های مدیریت منابع انسانی به عنوان یک روش نظام مند بستر ساز گسترش خلاقیت و نوآوری در سازمان ها، بسیار ضروری است (دانگ و مک کارتی^۲، ۲۰۱۷ & دانگ و یانگ^۳، ۲۰۱۶).

مدیریت منابع انسانی در بخش سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه بسیار ضعیف و چندپاره است و نبود انگیزه و آموزش کافی یکی از مهمترین مشکلات نظام سلامت در غالب این کشورها به شمار می رود (وست و همکاران^۴، ۲۰۱۰). اهمیت مدیریت منابع انسانی در بهبود همهی نتایج سلامت بیمار و ارائه خدمات مراقبتی به بیمار است (سام^۵، ۲۰۱۱). خط مشی گذاری یکی از کارکردهای تولید نظام سلامت است و شاید چالش برانگیزترین کارکرد برای مطالعه، اندیشیدن، استدلال، خلاقیت و نوآوری به منظور ایجاد تحول و ارتقای کل یا بخشی از نظام سلامت می باشد. امروزه فرایند خط مشی گذاری با رشد سریع علم و فناوری اطلاعاتی و ارتباطی، دستخوش تغییرات چشمگیری شده و از طیف خرد فردی، سلیقه ای، تجربه نشده، به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تاکید بر پیش بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه جا شدن است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۳). در خصوص جذب و گزینش نیروی انسانی در این وزارت قبل از سال ۸۳ و اجرای طرح تحول اداری، در کلیه دستگاه های اجرایی کشور نحوه استخدام کارکنان و شرایط احراز جذب بدون توجه به ماهیت شغل بوده و فقط بر اساس میزان مدرک تحصیلی بوده است که در بلند مدت به تعداد بسیار افراد بدون تخصص کافی وارد سیستم گردیدند که در نهایت در مقام سیاستگذار و مجری آن قرار گرفتند که اکنون برخی از آنان همچنان در این مقام حضور دارند، ولی بعد از سال ۸۳ نحوه جذب و استخدام تا حدودی بهبود پیدا کرد که باز هم بطور کامل حل نشده است. آموزش کارکنان نیز در دهه هشتاد و تخصصی شدن وظایف، تا حدودی علمی تر شد که باز هم

¹ Lee and et al

² Dong and McCarthy

³ Dong and Yang

⁴ West and et al

⁵ Som

بدلیل عدم بازخورد مناسب و کیفیت پایین آموزش کارکنان نتیجه لازم را نداشته است. در خصوص توسعه شغلی، گردش شغلی و غنی سازی شغلی نیز اقداماتی انجام شده که بغیر از دو مورد اول؛ در خصوص مورد سوم تقریباً اتفاق خاصی صورت نگرفته است. می‌توان نتیجه گرفت؛ در خصوص موارد گفته شده، اقداماتی نسبتاً ناقص صورت گرفته؛ اما مشکل اصلی در خط مشی گذاری منابع انسانی نیست. با وجود شواهد و مستندات لازم در خصوص نگهداری کارکنان و ایجاد انگیزه لازم در کارکنان علی‌الخصوص پس از اجرای طرح تحول سلامت از سال ۹۳ به این سو، سیاستگذاری اشتباه در توزیع منافع حاصل از اجرای طرح به نسبت افزایش حجم وظایف و تقریباً حذف بخش خصوصی از اجرای بخشی از وظایف حوزه سلامت، عملاً هم در سیاستگذاری (سیاستگذاران بدون تخصص و آگاهی لازم و شتابزدگی در تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری و در نظر گرفتن منافع بخش خاصی از جامعه) و همچنین حذف بخشی از مجریان و کاهش انگیزه در بخش دیگری از مجریان، می‌تواند عامل اصلی ایجاد مشکلات ذکر شده باشد. با توجه به اهمیت موضوع در تحقیق حاضر به تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس فن‌های DELPHI و AHP پرداخته و بدنبال پاسخگویی به این سوالات است که:

۱. اجرای خط‌مشی‌های منابع انسانی در حوزه سلامت کشور، دارای چه ابعاد و مولفه‌هایی است؟
۲. در استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، ترتیب اهمیت ابعاد و مولفه‌ها چگونه است؟

مواد و روش‌ها

روش تحقیق ترکیبی و طرح تحقیق نیز از نوع کیفی - کمی است. جامعه آماری پژوهش، در بخش کیفی شامل رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران ارشد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد. به منظور نمونه‌گیری در این بخش با توجه به اهمیت موضوع پژوهش تلاش شد، طیفی از آگاهان کلیدی در زمینه «طراحی مدل اجرای استراتژی‌های منابع انسانی در حوزه سلامت کشور» انتخاب شوند که با توجه به حاکمیت رویکرد کیفی در از یکی از روش‌های نمونه‌گیری کیفی به نام روش نمونه‌گیری "گلوله برفی" استفاده شد. در این بخش، ۲۰ نفر انتخاب گردیدند. جامعه آماری پژوهش، در بخش کمی شامل مدیران عالی و میانی ستادی در هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در زمستان ۱۳۹۸ بوده، روش نمونه‌گیری در بخش کمی، باتوجه به استفاده از تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره، به صورت نمونه‌گیری دردسترس و به تعداد ۲۰ نفر بود. روش تحقیق در این پژوهش ترکیبی است:

الف- بخش کیفی؛ با نظرسنجی از خبرگان و بکارگیری از ابزار پرسشنامه نیمه ساختاریافته در راند اول و ساختاریافته در راندهای بعدی و تکنیک دلفی (Method Delphi) در محیط نرم افزار SPSS.

الف- بخش کمی؛ با نظرسنجی از نمونه‌های آماری و بکارگیری ابزار پرسشنامه ماتریسی و تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره (AHP) در محیط نرم افزار EXPERT CHOICE.

یافته‌ها

یافته‌های بخش کیفی

تحلیل نتایج دوره‌های چهارگانه‌ی دلفی

روش دلفی یکی از روش‌های تحقیق کیفی است که از آن به منظور دستیابی به اجماع در تصمیم‌گیری‌های گروهی استفاده می‌شود. در عمل، روش دلفی یک سری از پرسشنامه‌ها یا دوره‌های^۱ متوالی به همراه بازخورد کنترل شده‌ای است که تلاش دارد به اتفاق نظر میان یک گروه از افراد متخصص^۲ درباره‌ی یک موضوع خاص دست یابد. معمولاً روش دلفی شامل مراحل اساسی زیر می‌باشد. در مرحله‌ی اول، مسئله‌ی پژوهش تعریف و بر این اساس ویژگی‌های لازم برای شرکت‌کنندگان در کار گروه^۳ دلفی تعیین می‌شود. سپس نامزدهای مشارکت در این کار گروه شناسایی و از آنان دعوت به عمل می‌آید. این مرحله با تعیین اعضای کار گروه به اتمام می‌رسد. مرحله‌ی دوم روش دلفی به تولید ایده در زمینه‌ی مسئله‌ی پژوهش اختصاص دارد. در این مرحله، اعضای کار گروه ایده‌های خود را درباره‌ی عوامل مرتبط با مسئله‌ی پژوهش ارائه می‌کنند. پژوهشگر با تحلیل و پالایش این ایده‌ها، حذف موارد تکراری و کاربرد واژگان یکسان، لیست نهایی عوامل مرتبط با مسئله‌ی پژوهش را استخراج می‌کند. در این مرحله ممکن است نظر اعضاء درباره‌ی عواملی خواسته شود که از پیش تعیین شده‌اند. در مرحله‌ی سوم، اعضای کار گروه میزان اهمیت عوامل را تعیین یا تعدادی از مهم‌ترین آنها را انتخاب می‌کنند. بر این اساس، تعداد عوامل به میزانی کاهش می‌یابند که کار با آن‌ها قابل انجام باشد. در حقیقت این مرحله برای کاهش تعداد عوامل به تعداد قابل قبول برای ادامه‌ی کار انجام می‌شود.

اجزای اصلی دلفی

1 Rounds

2 Expert Panel

3 Panel

اجزای اصلی دلفی شامل تکرار یا بازگویی^۱، پرسشنامه، متخصصین، بازخورد کنترل شده، گمنامی، آنالیز نتایج، اجماع، زمان و تیم هماهنگ کننده است (لاندا،^۲ ۲۰۰۶ و ون‌تیلجینگن و همکاران^۳، ۲۰۰۶).

بازگویی یا تکرار: منظور تکرار یکسری راندها به صورت فرایندی، سیستماتیک و نوشتاری به وسیله پرسشنامه و باهدف روشن تا اجماع نظرات است (ویندل^۴، ۲۰۰۴) که متخصصین حداقل دو بار در مورد سؤال مشابه نظر داده (لاندا، ۲۰۰۶) و با دریافت اطلاعات از سایرین، امکان تجدیدنظر در پاسخ‌های خود را دارند که باعث توسعه کار گروهی بدون آگاهی از وجود سایرین می‌شود (ساروخانی، ۱۹۹۴) و در اصل، از تأثیر منفی نفوذ شخصیت و وضعیت شرکت کنندگان در پاسخ‌های سایرین اجتناب می‌گردد (صلصالی و همکاران، ۲۰۰۳). از نظر تعداد راندها، مقالات ۲ تا ۱۰ راند را گزارش داده‌اند (فرای و بور^۵، ۲۰۰۱). اما دلفی کلاسیک دربرگیرنده چهار راند بوده که محققین معمولاً برای دستیابی به اهداف تحقیق خود، آن را به دو تا سه راند کوتاه می‌نمایند (لاندا، ۲۰۰۶ و ویندل، ۲۰۰۴).

متخصصین: شرکت‌کنندگان دلفی متخصصین یا خبرگان^۶ و یا پانلیست‌ها^۷ می‌باشند (پاول^۸، ۲۰۰۳). آنها به چهار خصوصیت: دانش و تجربه در موضوع، تمایل، زمان کافی برای شرکت و مهارت‌های ارتباطی مؤثر نیاز دارند (لاندا، ۲۰۰۶ و لانگلدز و همکاران^۹، ۲۰۰۸) و پارامترهای کلیدی مطالعه نیز صلاحیت پانلیست‌ها، اندازه پانل و روش انتخاب آنها است (پاول، ۲۰۰۳).

صلاحیت پانلیست‌ها: شناسایی متخصصین، نکته مهمی در دلفی بوده چنانکه دستیابی به اهداف، وابسته به انتخاب دقیق شرکت کنندگان است (دمپسی و مپس^{۱۰}، ۲۰۰۰). دلفی تمرکز بر استخراج نظرات از متخصصین در زمان کوتاه داشته و نتایج وابسته به تخصص افراد در دانش مورد نظر، کیفیت و صحت پاسخ‌ها و همکاری و درگیری مداوم آنها در دوره مطالعه است (لاندا، ۲۰۰۶). به عبارتی، موفقیت دلفی در رابطه با انتخاب نمونه‌ها است (مانکا و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۷). متخصص

¹ iteration

² Landeta

³ van Teijlingen and et al

⁴ Windle

⁵ Fry and Burr

⁶ experts

⁷ panelists

⁸ Powell

⁹ Langlands and et al

¹⁰ Dempsey and Dempse

¹¹ Manca and et al

دلفی باید دانش کافی در زمینه موضوع موردنظر داشته باشد، در بحث درگیر و بر نتایج فرایند تأثیر بگذارد، با این وجود، افراد غیرمتخصص و علاقمند نیز شامل می‌شوند (چو و هوانگ^۱، ۲۰۰۸).

پرسشنامه: دلفی یکسری از راندهای پیمایشی یا پرسشنامه‌ای بوده که با پرسشنامه اولیه، پرسشنامه راندهای بعدی را نیز شکل می‌دهد (ون‌تیلینگن و همکاران، ۲۰۰۶) و باید در مرحله طراحی تحقیق در مورد آن تصمیم گرفته شود (دمپسی و دمپس، ۲۰۰۰). در مورد سؤال اولیه پیوستاری از سؤالات متمرکز تا وسیع (معمولاً وسیع و بازپاسخ) بکار رفته است. اما در مواردی که راهنمایی شرکت کنندگان نسبت به موضوع خاص هدف باشد، سؤالات متمرکز و دارای ساختار استفاده می‌گردد (لاندتا، ۲۰۰۶).

آنالیز نتایج: در دلفی، اطلاعات کیفی و کمی جمع‌آوری شده ولی متأسفانه روش مورد استفاده برای آنالیز و چگونگی مدیریت اطلاعات تولید شده تعریف نگردیده است. نقصان راهنما منجر به تنوع رویکرد و تفسیر گزارش‌ها به طرق مختلف شده که در نتیجه، انسجام و پیوستگی روش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لاندتا، ۲۰۰۶ و فرای و بور، ۲۰۰۱). روش‌های آنالیز براساس هدف دلفی، ساختار راندها، نوع سؤالات و تعداد شرکت کنندگان تعیین می‌شود (پاول، ۲۰۰۳ و صلصالی و پرویزی، ۲۰۰۳). آمارهای اصلی استفاده شده در مطالعات دلفی اندازه‌های مرکزی (میانگین، میانه و نما) و شاخص پراکندگی (انحراف معیار و محدوده میان چارکی) است (کندی^۲، ۲۰۰۴ و پاول، ۲۰۰۳) که استفاده از میانه و نما در این میان مطلوب‌تر می‌باشد، هر چند میانگین نیز قابل کاربرد است (ویندل، ۲۰۰۴). در این پژوهش، روش دلفی در مجموع در چهار دور به انجام رسید که در این بخش یافته‌های حاصل از هر دور به تفکیک ارائه می‌شود.

نتایج دوره‌های دلفی برای «استراتژی‌های منابع انسانی»

ابتدا ابعاد پیشنهادی سطح اول «استراتژی‌های منابع انسانی»؛ اعم از میانگین و انحراف معیار بعدها و همینطور ترتیب اهمیت آنها، جهت شناخت وضعیت پاسخگویی آزمون شوندگان به گویه‌های پرسشنامه نیمه‌ساختار یافته که براساس پژوهش‌های قبلی بدست آمده، بترتیب ارائه شده است.

¹ Chu and Hwang

² Kennedy

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۲۵

جدول ۱: توصیف آماری نظر پاسخ‌دهندگان در خصوص بعدهای استراتژی‌های منابع

انسانی، برگرفته از پژوهش‌های پیشین - دور اول دلفی

شرح عامل	تعداد پاسخ‌ها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف از معیار	ترتیب اهمیت
تأمین منابع انسانی	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۲۵۰۰	۰,۹۱	۲
آموزش	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۲۰۰۰	۰,۹۵	۵
ارزیابی عملکرد	۲۰	۲,۰۰	۴,۰۰	۳,۲۵۰۰	۰,۷۲	۲
پاداش خدمت	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۳۰۰۰	۱,۱۳	۱
مشارکت	۲۰	۲,۰۰	۵,۰۰	۳,۲۵۰۰	۰,۹۱	۲

در دور اول دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد استراتژی‌های منابع انسانی بیشترین اهمیت مربوط به پاداش خدمت با میانگین ۳/۳ و انحراف از معیار ۱/۱۳ بوده و کمترین اهمیت مربوط به آموزش با میانگین ۳/۲۰ و انحراف از معیار ۰/۹۵ بوده است.

در بخش دوم پرسشنامه‌ی دور اول روش دلفی از خبرگان خواسته شده بود که در صورتی که بعدی از نظر آنها کلیدی و مهم بوده که تا بحال توجه چندانی بدان نشده یا در متون و مقالات پیشین بدان اشاره نشده، ولی از نظر ایشان مهم بوده است را بیان کنند که با تحلیل محتوای بخش باز پرسشنامه نیمه ساختاریافته؛ بعد " توسعه و بهسازی " در این بخش به پرسشنامه مرحله اول دلفی اضافه شد. در دور دوم دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد استراتژی‌های منابع انسانی بیشترین اهمیت مربوط به تأمین منابع انسانی با میانگین ۳/۳۰ و انحراف از معیار ۱/۰۸ بوده و کمترین اهمیت مربوط به مشارکت با میانگین ۳/۱۰ و انحراف از معیار ۱/۰۷ بوده است. در دور سوم دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد استراتژی‌های منابع انسانی بیشترین اهمیت مربوط به مشارکت با میانگین ۳/۵۵ و انحراف از معیار ۰/۸۳ بوده و کمترین اهمیت مربوط به تأمین منابع انسانی با میانگین ۲/۲۰ و انحراف از معیار ۰/۹۵ بوده است. در دور چهارم دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد استراتژی‌های منابع انسانی بیشترین اهمیت مربوط به بعدهای پاداش خدمت با میانگین ۳/۴۵ و انحراف از معیار ۱/۱۰ و مشارکت با میانگین ۳/۴۵ و انحراف از معیار ۰/۸۳ بوده و کمترین اهمیت مربوط به بعد تأمین منابع انسانی با میانگین ۳/۱۵ و انحراف از معیار ۰/۹۹ بوده است. ضریب هماهنگی کندال برای ابعاد استراتژی‌های منابع انسانی پاسخ‌های دور چهارم ۰/۸۱۹ است که نسبت به دور سوم که برابر با ۰/۷۹۳ بوده تنها ۲/۶ درصد افزایش داشته است و لذا:

الف- ابعاد نهایی تبیین‌کننده « استراتژی‌های منابع انسانی » بعد از انجام چهار دور تکنیک کیفی دلفی به شرح ۱. تأمین منابع انسانی، ۲. آموزش، ۳. ارزیابی عملکرد، ۴. پاداش خدمت، ۵. مشارکت و ۶. توسعه و بهسازی، تعیین گردید.

نتایج دوره‌های دلفی برای « اجرای استراتژی »

ابتدا ابعاد پیشنهادی سطح اول « اجرای استراتژی »؛ اعم از میانگین و انحراف معیار بعدها و همینطور ترتیب اهمیت آنها، جهت شناخت وضعیت پاسخگویی آزمون شوندگان به گویه‌های پرسشنامه نیمه‌ساختار یافته که براساس پژوهش‌های قبلی بدست آمده، بترتیب ارائه شده است.

جدول ۲: توصیف آماری نظر پاسخ‌دهندگان در خصوص مولفه‌های اجرای استراتژی، برگرفته

از پژوهش‌های پیشین - دور اول دلفی

شرح عامل	تعداد پاسخ‌ها	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف از معیار	ترتیب اهمیت
ساختار سازمان مجری	۲۰	۱,۰۰	۴,۰۰	۳,۰۰	۰,۹۷	۱
ظرفیت‌ها	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۲,۸۵	۱,۱۴	۵
رفتار جامعه هدف	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۰۰	۱,۰۸	۱
محیط کلان	۲۰	۱,۰۰	۴,۰۰	۳,۰۰	۱,۲۱	۱
محیط اجرا (سازمان)	۲۰	۱,۰۰	۴,۰۰	۲,۸۰	۱,۰۱	۶
رفتار مجریان	۲۰	۱,۰۰	۵,۰۰	۳,۰۰	۱,۰۸	۱

برای دوره‌های چهارگانه‌ی دلفی برای « اجرای استراتژی »، در دور اول دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد اجرای استراتژی بیشترین اهمیت مربوط به مولفه‌های ساختار سازمان مجری، رفتار جامعه هدف، محیط کلان و رفتار مجریان با میانگین ۳ و انحراف از معیار بترتیب، ۰/۹۷، ۱/۰۸، ۱/۲۱ و ۱/۰۸ بوده و کمترین اهمیت مربوط به محیط اجرا با میانگین ۲/۸۰ و انحراف از معیار ۱/۰۱ بوده است.

در بخش دوم پرسشنامه‌ی دور اول روش دلفی از خبرگان خواسته شده بود که در صورتی که عاملی از نظر آنها کلیدی و مهم بوده که تا بحال توجه چندانی بدان نشده یا در متون و مقالات پیشین بدان اشاره نشده است ولی از نظر ایشان مهم بوده است را بیان کنند که با تحلیل محتوای بخش باز پرسشنامه نیمه ساختار یافته؛ بعدها "منابع"، " محیط میانی" و " رفتار تدوین‌کنندگان" در این بخش به پرسشنامه مرحله اول دلفی اضافه شد.

در دور دوم دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد اجرای استراتژی بیشترین اهمیت مربوط به منابع با میانگین ۳/۰۵ و انحراف از معیار ۱/۱۰ بوده و کمترین اهمیت مربوط به رفتار تدوین‌کنندگان با میانگین ۲/۹۰ و انحراف از معیار ۱/۰۷ بوده است.

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۲۷

در دور سوم دلفی، از نظر افراد خبره برای ابعاد اجرای استراتژی بیشترین اهمیت مربوط به محیط کلان با میانگین $3/05$ و انحراف از معیار $1/15$ ، رفتار مجریان با میانگین $3/05$ و انحراف از معیار $1/15$ بوده و کمترین اهمیت مربوط به رفتار تدوین‌کنندگان با میانگین $2/95$ و انحراف از معیار 1 بوده است.

در دور چهارم دلفی، از نظر افراد خبره از نظر افراد خبره برای ابعاد اجرای استراتژی بیشترین اهمیت مربوط به بعد رفتار مجریان با میانگین $3/25$ و انحراف از معیار $0/91$ بوده و کمترین اهمیت مربوط به بعد محیط میانی با میانگین $2/75$ و انحراف از معیار $0/85$ بوده است. ضریب هماهنگی کندانال برای ابعاد اجرای استراتژی، پاسخ‌های دور چهارم $0/841$ است که نسبت به دور سوم که برابر با $0/811$ بوده تقریباً 3 درصد افزایش داشته است که این ضریب با میزان اتفاق نظر بین اعضای کار گروه در میان دو دور متوالی رشد قابل توجهی ندارد. لذا:

ب- ابعاد و مولفه‌های نهایی تبیین‌کننده « اجرای استراتژی » بعد از انجام چهار دور تکنیک کیفی دلفی بترتیب به شرح ۱. بعد ساختاری، ۲. بعد محیطی و ۳. بعد رفتاری و مولفه‌های ۱. ساختار سازمان مجری، ۲. ظرفیت‌ها، ۳. منابع، ۴. محیط کلان، ۵. محیط اجرا، ۶. محیط میانی، ۷. رفتار مجریان، ۸. رفتار جامعه هدف و ۹. رفتار تدوین‌کنندگان، تعیین گردید.

یافته‌های بخش کمی

تکنیک AHP

دنیای اطراف ما مملو از مسائل چندمعیاره است و انسان‌ها همیشه مجبور به تصمیم‌گیری در این زمینه‌ها هستند. بطور مثال هنگام انتخاب شغل معیارهای مختلفی مانند درآمد، موقعیت اجتماعی، خلاقیت و ابتکار و ... مطرح می‌باشند که فرد تصمیم‌گیرنده گزینه‌های مختلف را باید بر طبق این معیارها بسنجد. در تصمیم‌گیری‌های کلان مانند تنظیم بودجه سالانه کشور نیز متخصصین اهداف مختلفی مانند امنیت، آموزش توسعه صنعتی و ... را تعقیب نموده و مایلند که این اهداف را بهینه نمایند. در زندگی روزمره، مثال‌های فراوانی از تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه وجود دارد. در بعضی موارد؛ نتیجه تصمیم‌گیری به حدی مهم است که بروز خطا ممکن است ضررهای جبران‌ناپذیری را بر ما تحمیل کند. از این رو لازم است که تکنیک یا تکنیک‌های مناسبی برای انتخاب بهینه و تصمیم‌گیری صحیح طراحی شود تا تصمیم‌گیرنده بتواند به بهترین انتخاب ممکن نزدیک‌تر شود (گهرپور و ظل‌طاعت، ۱۳۹۵).

روش AHP که بر اساس تحلیل مغز انسان برای مسائل پیچیده و فازی می باشد، توسط محققى بنام «توماس ال ساعتى^۱» در دهه ۱۹۷۰ پیشنهاد گردیده است. نوع مقایسه زوجی مابین معیارها و زیرمعیارها بصورت خطی بوده و به عنوان مثال اگر ترجیح عنصر A بر عنصر B همواره برابر n باشد، ترجیح عنصر B بر عنصر A، هواره برابر 1/n خواهد بود. در حالیکه در سطوح مختلف از عنصر A مطلوبیت عنصر B، دستخوش تغییر است و در این تحقیق سعی شده که بر اساس تئوری مطلوبیت که یکی از پرکاربردترین تئوری ها در علم اقتصاد خرد می باشد، مقایسه ای دقیق تر مابین معیارها و زیرمعیارها انجام پذیرد و وزن نسبی هر یک از معیارها با استفاده از تابع مطلوبیت بین هر دو معیار به دست می آید. در یک نگاه کلی می توان گفت که روش ساختن یک سلسله مراتبی به نوع تصمیمی که باید اتخاذ شود، بستگی دارد. به طور مثال اگر تصمیم مورد نظر، انتخاب یک گزینه باشد می توان از گزینه ها شروع کرده و در پایین ترین سطح هدف سلسله مراتبی که یک عنصر است، قرار گیرد. گاهی اوقات، خود معیارها نیز باید به صورت جزئی تر مورد تجزیه و تحلیل واقع شوند که در اینگونه موارد، یک سطح دیگر (که شامل زیرمعیارها می شود) به سلسله مراتبی اضافه می گردد، البته لزومی ندارد که تمامی معیارها، دارای زیرمعیار باشند (قدسی پور، ۱۳۹۵).

محاسبه وزن در فرایند تحلیل سلسله مراتبی: محاسبه وزن در فرایند تحلیل سلسله مراتبی در دو قسمت جداگانه مورد بحث قرار می گیرد: وزن نسبی و وزن نهایی. وزن نسبی از ماتریس مقایسه زوجی به دست می آید در حالیکه وزن مطلق، رتبه نهایی هر گزینه می باشد که از تلفیق وزن های نسبی محاسبه می گردد (گهرپور و ظل طاعت، ۱۳۹۵).

روش های محاسبه وزن نسبی: در فرایند تحلیل سلسله مراتبی، ابتدا عناصر به صورت زوجی مقایسه شده و ماتریس مقایسه زوجی تشکیل می گردد سپس با استفاده از این ماتریس، وزن نسبی عناصر محاسبه می گردد. به طور کلی، یک ماتریس مقایسه زوجی بصورت زیر نشان داده می شود که در آن ترجیح عنصر a_{ij} به عنصر a_{jm} است که با توجه به مقدار a_{ij} ها و وزن عناصر یعنی w_i ها بدست می آید.

$$\begin{bmatrix} a_{11} & \dots & a_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ a_{n1} & \dots & a_{nn} \end{bmatrix} \quad (۱)$$

¹ Thomas L. Saaty

هر ماتریس مقایسه زوجی ممکن است سازگار و یا ناسازگار باشد، در حالی که این ماتریس سازگار باشد، محاسبه وزن (Wi) ساده بوده و از نرمالیزه کردن عناصر هر ستون به دست می آید. اما در حالتی که ماتریس ناسازگار باشد، محاسبه وزن ساده نبوده و برای بدست آوردن آن، چهار روش عمده مطرح شده که عبارتند از: ۱. روش حداقل مربعات، ۲. روش حداقل مربعات لگاریتمی، ۳. روش بردار ویژه و ۴. روش های تقریبی (قدسی پور، ۱۳۹۵).

محاسبه وزن نهایی: وزن نهایی هر گزینه در یک فرایند سلسله مراتبی از مجموع حاصلضرب اهمیت معیارها در وزن گزینه ها به دست می آید (گهرپور و ظل طاعت، ۱۳۹۵).

محاسبه نرخ ناسازگاری: همانگونه که قبلا بیان شد یک ماتریس، ممکن است، سازگار و یا ناسازگار باشد. در ماتریس سازگار محاسبه وزن؛ ساده بوده و با استفاده از نرمالیزه کردن تک تک ستون ها به دست می آید. در حالیکه برای محاسبه وزن در ماتریس ناسازگار، چندین روش ذکر گردید. علاوه بر محاسبه وزن در ماتریس های ناسازگار که قبلا مورد بحث واقع شد، محاسبه مقدار ناسازگاری از اهمیت بالایی برخوردار است. در حالت کلی می توان گفت که میزان قابل قبول ناسازگاری یک ماتریس یا سیستم بستگی به تصمیم گیرنده دارد، اما ساعتی عدد ۰/۱ را به عنوان حد قابل قبول ارائه می نماید و معتقد است، چنانچه میزان ناسازگاری بیشتر از ۰/۱ باشد، بهتر است، در قضاوت تجدید نظر گردد (قدسی پور، ۱۳۹۵).

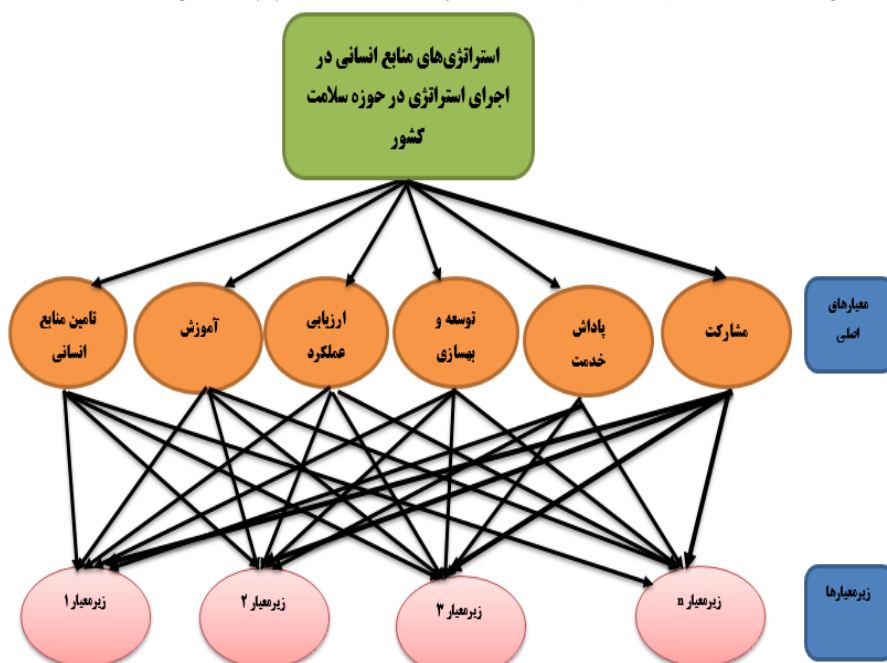
بعد اتمام مرحله کیفی تحقیق، مدل استراتژی منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، در هر یک از ابعاد ششگانه استراتژی تعیین می گردد. روش مورد استفاده برای تعیین ضرایب هر یک از ابعاد اجرای استراتژی در هر مدل، روش تحلیل سلسله مراتبی گروهی است. اطلاعات جمع آوری شده، بر اساس روش فرآیند تحلیل سلسله مراتبی و با استفاده از نرم افزار Expert ۱۱ Choice مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

برای اینکه وزن هریک از عوامل تعیین شود، در گام اول میانگین هندسی پاسخگویان به عنوان ماتریس نظر خبرگان محاسبه شد. در گام دوم وجود ثبات در ماتریس محاسبه شد. میانگین هندسی در ریاضیات، برابر است با ریشه n ام از حاصلضرب n متغیر. میانگین هندسی با استفاده از رابطه زیر محاسبه می شود:

$$\left(\prod_{i=1}^n a_i \right)^{1/n} = \sqrt[n]{a_1 \cdot a_2 \cdot \dots \cdot a_n}$$

۱۳۰ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

در شکل زیر نمایش سلسله مراتبی مسئله تحقیق به خوبی نشان داده شده است. هدف بخش کمی: "رتبه‌بندی ابعاد و مولفه‌ها در استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس تکنیک تصمیم‌گیری چندمعیاره" بوده که در شکل (۱) نمایش داده شده است.



شکل (۱) نمایش سلسله مراتبی مسئله پژوهش

سوال دوم - ۱: مدل استراتژی تأمین منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، چگونه است؟

با استفاده از نرم افزار اکسپرت چویس، وزن هریک از بعدها اندازه‌گیری شده، اجرای استراتژی شامل ۳ بعد اصلی می‌باشد. بر اساس بردار وزن‌های نهایی، نتایج رتبه‌بندی بر اساس اوزان بدست آمده نشان داد که از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۶۲۰»، ۲. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۲۵۲» و ۳. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۱۲۸»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی تأمین منابع انسانی در حوزه سلامت کشور بوده‌اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۷ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

الف- بعد ساختاری شامل ۳ مؤلفه اصلی می‌باشد: بر اساس بردار وزن‌های نهایی، از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. ساختار سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۵۹۵»، ۲. ظرفیت‌ها با بردار

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۳۱

وزن نهایی «۰/۲۸۰» و ۳. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۱۲۵»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد ساختاری در اجرای استراتژی تأمین منابع انسانی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۲ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ب- بعد محیطی شامل ۳ مؤلفه اصلی می‌باشد: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۵۴۷»، ۲. محیط خاص (سازمان) با بردار وزن نهایی «۰/۲۸۶» و ۳. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۱۶۷»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد محیطی در اجرای استراتژی تأمین منابع انسانی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۳ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ج- بعد رفتاری شامل ۳ مؤلفه اصلی می‌باشد: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۴۹۶»، ۲. رفتار تدوین‌کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۳۶۲» و ۳. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۱۴۲»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد رفتاری در اجرای استراتژی تأمین منابع انسانی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۰۸۱ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی تأمین منابع انسانی

جدول ۳: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی تأمین منابع انسانی

اولویت	وزن های نهایی	مولفه‌های نه گانه کلی
سوم	۰/۱۳۹	ساختار سازمان مجری
ششم	۰/۰۶۵	ظرفیت‌ها
هشتم	۰/۰۲۹	منابع
اول	۰/۳۴۲	محیط کلان
چهارم	۰/۱۰۴	محیط میانی
دوم	۰/۱۷۹	محیط خاص (سازمان)
پنجم	۰/۰۷۱	رفتار مجریان
نهم	۰/۰۲۰	رفتار جامعه هدف
هفتم	۰/۰۵۲	رفتار تدوین‌کنندگان

حال براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی تأمین منابع

انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

مدل (۱) استراتژی تأمین منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

Human Resources Strategy

$$\begin{aligned} &= 0/125 + 0/280 \text{ ظرفیت} + 0/595 \text{ ساختار} + 0/252 \text{ ساختاری} \\ &\quad + 0/167 \text{ محیط میانی} + 0/547 \text{ محیط کلان} + 0/620 \text{ بعد محیطی} \\ &\quad + 0/286 \text{ رفتار مجریان} + 0/496 \text{ بعد رفتاری} + 0/128 \text{ (محیط خاص)} \\ &\quad + 0/362 \text{ رفتار تدوین کنندگان} + 0/142 \text{ رفتار جامع هدف} \end{aligned}$$

سوال دوم - ۲: مدل استراتژی آموزش در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، چگونه است؟

از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۵۵۰»، ۲. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۳۲۲» و ۳. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۱۲۸»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی آموزش در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۹ می باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می باشد.

الف- بعد ساختاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه های: ۱. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۵۴۱»، ۲. ساختار سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۲۵۵» و ۳. ظرفیت ها با بردار وزن نهایی «۰/۲۰۴»، به ترتیب اولویت مولفه های بعد ساختاری در اجرای استراتژی آموزش در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۳۴۲ می باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می باشد.

ب- بعد محیطی: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه های: ۱. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۵۳۷»، ۲. محیط خاص (سازمان) با بردار وزن نهایی «۰/۳۰۳» و ۳. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۱۶۰»، به ترتیب اولویت مولفه های بعد محیطی در اجرای استراتژی آموزش در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۷ می باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می باشد.

ج- بعد رفتاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه های: ۱. رفتار تدوین کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۵۴۸»، ۲. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۲۴۴» و ۳. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۲۰۸»، به ترتیب اولویت مولفه های بعد رفتاری در اجرای استراتژی آموزش در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۱ می باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می باشد.

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۳۳

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی آموزش:

جدول ۴: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی آموزش

اولویت	وزن های نهایی	مؤلفه‌های نه گانه کلی
پنجم	۰/۰۸۲	ساختار سازمان مجری
هفتم	۰/۰۶۶	ظرفیت‌ها
دوم	۰/۱۷۴	منابع
اول	۰/۲۹۷	محیط کلان
چهارم	۰/۰۸۸	محیط میانی
سوم	۰/۱۶۸	محیط خاص (سازمان)
هشتم	۰/۰۳۱	رفتار مجریان
نهم	۰/۰۲۶	رفتار جامعه هدف
ششم	۰/۰۶۹	رفتار تدوین کنندگان

حال براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی آموزش در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می گردد:

مدل (۲-۴) استراتژی آموزش در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

Education Strategy

ظرفیت 0/204 + ساختار 0/255) بعد رفتاری ساختاری 0/322 =

+ 0/541 (منابع)

+ 0/550 (محیط میانی 0/160 + محیط کلان 0/537) بعد محیطی

+ 0/303 (محیط خاص)

+ 0/128 (رفتار جامع هدف 0/208 + رفتار مجریان 0/244) بعد رفتاری

+ 0/548 (رفتار تدوین کنندگان)

سوال دوم- ۳: مدل استراتژی ارزیابی عملکرد در اجرای استراتژی در حوزه

سلامت کشور، چگونه است؟

از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۴۸۰»، ۲. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۴۱۶» و ۳. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۱۰۴»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی ارزیابی عملکرد در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ

۱۳۴ □ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۹ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

الف- بعد ساختاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. ساختار سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۵۷۱»، ۲. ظرفیت‌ها با بردار وزن نهایی «۰/۳۷۲» و ۳. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۱۵۷»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد ساختاری در اجرای استراتژی ارزیابی عملکرد در حوزه سلامت کشور بوده‌اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۰۴ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ب- بعد محیطی: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۵۶۹»، ۲. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۳۱۴» و ۳. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۱۱۷»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد محیطی در اجرای استراتژی ارزیابی عملکرد در حوزه سلامت کشور بوده‌اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۵ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ج- بعد رفتاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۴۴۶»، ۲. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۳۷۷» و ۳. رفتار تدوین‌کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۱۷۷»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد رفتاری در اجرای استراتژی ارزیابی عملکرد در حوزه سلامت کشور بوده‌اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۱۹ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی ارزیابی عملکرد

جدول ۵: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی ارزیابی عملکرد

اولویت	وزن های نهایی	مولفه‌های نه گانه کلی
اول	۰/۲۴۵	ساختار سازمان مجری
چهارم	۰/۱۱۷	ظرفیت‌ها
ششم	۰/۰۶۷	منابع
هفتم	۰/۰۵۳	محیط کلان
هشتم	۰/۰۲۹	محیط میانی
نهم	۰/۰۱۱	محیط خاص (سازمان)
سوم	۰/۱۷۹	رفتار مجریان
دوم	۰/۲۱۳	رفتار جامعه هدف
پنجم	۰/۰۸۴	رفتار تدوین‌کنندگان

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۳۵

براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی ارزیابی عملکرد در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می‌گردد:
مدل (۳-۴) استراتژی ارزیابی عملکرد در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

PERFORMANCE Strategy

(منابع 0/157 + ظرفیت 0/272 + ساختار 0/571) بعد رفتاری ساختاری 0/480 =

محیط میانی 0/314 + محیط کلان 0/569) بعد محیطی 0/104 +

(محیط خاص 0/117 +

رفتار جامع هدف 0/446 + رفتار مجریان 0/377) بعد رفتاری 0/416 +

(رفتار تدوین کنندگان 0/177 +

سوال دوم - ۴: مدل استراتژی توسعه و بهسازی در اجرای استراتژی در حوزه

سلامت کشور، چگونه است؟

از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۶۱۴»، ۲. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۲۲۳» و ۳. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۱۶۳»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی توسعه و بهسازی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۰۸۴۷ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

الف- بعد ساختاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. ساختار سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۴۹۷»، ۲. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۳۶۵» و ۳. ظرفیت‌ها با بردار وزن نهایی «۰/۱۳۸»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد ساختاری در اجرای استراتژی توسعه و بهسازی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۹ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ب- بعد محیطی: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۵۱۶»، ۲. محیط خاص با بردار وزن نهایی «۰/۳۱۲» و ۳. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۱۷۲»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد محیطی در اجرای استراتژی توسعه و بهسازی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۸ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

۱۳۶ □ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

ج- بعد رفتاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۶۱۱»، ۲. رفتار تدوین‌کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۲۲۷» و ۳. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۱۶۲»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد رفتاری در اجرای استراتژی توسعه و بهسازی در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۹ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی توسعه و بهسازی

جدول ۶: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی توسعه و بهسازی

اولویت	وزن های نهایی	مولفه‌های نه گانه کلی
اول	۰/۳۲۰	ساختار سازمان مجری
چهارم	۰/۰۸۹	ظرفیت‌ها
دوم	۰/۲۳۵	منابع
پنجم	۰/۰۸۵	محیط کلان
نهم	۰/۰۲۸	محیط میانی
ششم	۰/۰۵۱	محیط خاص (سازمان)
سوم	۰/۱۱۶	رفتار مجریان
هشتم	۰/۰۳۱	رفتار جامعه هدف
هفتم	۰/۰۴۳	رفتار تدوین‌کنندگان

براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی توسعه و بهسازی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

مدل (۴-۴) استراتژی توسعه و بهسازی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

Development and improvement

ظرفیت 0/138 + ساختار 0/497) بعد رفتاری ساختاری 0/614 =

+ 0/365) منابع

(محیط خاص 0/312 + محیط میانی 0/172 + محیط 0/516) بعد محیطی 0/163 +

رفتار جامع هدف 0/162 + رفتار مجریان 0/611) بعد رفتاری 0/223 +

(رفتار تدوین‌کنندگان 0/227 +

سوال دوم- ۵: مدل استراتژی جبران خدمت در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، چگونه است؟

از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۴۳۸»، ۲. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۴۰۸» و ۳. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۱۵۴»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی جبران خدمت در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۶ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

الف- بعد ساختاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. ساختار سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۴۶۱»، ۲. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۴۳۳» و ۳. ظرفیت‌ها با بردار وزن نهایی «۰/۱۱۶»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد ساختاری در اجرای استراتژی جبران خدمت در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۴ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ب- بعد محیطی: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۵۶۵»، ۲. محیط خاص با بردار وزن نهایی «۰/۲۸۹» و ۳. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۱۴۶»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد محیطی در اجرای استراتژی جبران خدمت در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۳ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ج- بعد رفتاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. رفتار تدوین‌کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۵۵۵»، ۲. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۲۳۶» و ۳. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۲۰۹»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد رفتاری در اجرای استراتژی جبران خدمت در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۷ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی جبران خدمت

۱۳۸ □ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

جدول ۷: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی جبران خدمت

اولویت	وزن های نهایی	مولفه‌های نه گانه کلی
دوم	۰/۲۰۹	ساختار سازمان مجری
هفتم	۰/۰۵۳	ظرفیت‌ها
سوم	۰/۱۹۲	منابع
ششم	۰/۰۷۹	محیط کلان
نهم	۰/۰۲۰	محیط میانی
هشتم	۰/۰۴۱	محیط خاص (سازمان)
پنجم	۰/۰۸۴	رفتار مجریان
چهارم	۰/۰۹۶	رفتار جامعه هدف
اول	۰/۲۲۵	رفتار تدوین کنندگان

حال براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی جبران خدمت در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می گردد:

مدل (۴-۵) استراتژی جبران خدمت در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

Compensation for services

ظرفیت (0/116 + ساختار 0/461) بعد رفتاری ساختاری 0/408 =

+ 0/423)

+ 0/154) بعد محیطی 0/565) محیط کلان 0/146 + محیط میانی

+ 0/289) محیط خاص

+ 0/438) رفتار جامع هدف 0/236 + رفتار مجریان 0/209) بعد رفتاری

+ 0/555) رفتار تدوین کنندگان

سوال دوم - ۶: مدل استراتژی مشارکت کارکنان در اجرای استراتژی در حوزه

سلامت کشور، چگونه است؟

از دیدگاه خبرگان؛ بعدهای: ۱. بعد محیطی با بردار وزن نهایی «۰/۶۲۳»، ۲. بعد ساختاری با بردار وزن نهایی «۰/۲۶۸» و ۳. بعد رفتاری با بردار وزن نهایی «۰/۱۰۹»، به ترتیب اولویت ابعاد اجرای استراتژی در اجرای استراتژی مشارکت کارکنان در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۳۹

نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۵ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

الف- بعد ساختاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. ظرفیت‌ها با بردار وزن نهایی «۰/۶۲۶»، ۲. سازمان مجری با بردار وزن نهایی «۰/۲۶۰» و ۳. منابع با بردار وزن نهایی «۰/۱۱۴»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد ساختاری در اجرای استراتژی مشارکت کارکنان در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۲ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ب- بعد محیطی: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. محیط خاص با بردار وزن نهایی «۰/۵۷۷»، ۲. محیط میانی با بردار وزن نهایی «۰/۲۸۷» و ۳. محیط کلان با بردار وزن نهایی «۰/۱۳۶»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد محیطی در اجرای استراتژی مشارکت کارکنان در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۳ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

ج- بعد رفتاری: از دیدگاه خبرگان؛ مولفه‌های: ۱. رفتار تدوین‌کنندگان با بردار وزن نهایی «۰/۴۶۹»، ۲. رفتار جامعه هدف با بردار وزن نهایی «۰/۳۸۹» و ۳. رفتار مجریان با بردار وزن نهایی «۰/۱۴۲»، به ترتیب اولویت مولفه‌های بعد رفتاری در اجرای استراتژی مشارکت کارکنان در حوزه سلامت کشور بوده اند. با توجه به این که نرخ ناسازگاری ماتریس مقایسات زوجی این بعدها برابر با ۰/۰۵ می‌باشد، این معیارها دارای سازگاری بوده و قابل اتکا می‌باشد.

د- رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی مشارکت کارکنان

جدول ۸: رتبه‌بندی نه مؤلفه کلی اجرای استراتژی در استراتژی مشارکت کارکنان

اولویت	وزن های نهایی	مولفه‌های نه گانه کلی
پنجم	۰/۰۶۴	ساختار سازمان مجری
سوم	۰/۱۵۴	ظرفیت‌ها
هشتم	۰/۰۲۸	منابع
چهارم	۰/۰۸۴	محیط کلان
دوم	۰/۱۷۸	محیط میانی
اول	۰/۳۵۸	محیط خاص (سازمان)
نهم	۰/۰۱۹	رفتار مجریان
هفتم	۰/۰۵۲	رفتار جامعه هدف
ششم	۰/۰۶۳	رفتار تدوین‌کنندگان

۱۴۰ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

حال براساس ضرایب بدست آمده از انجام پنج مرحله تحلیل AHP، مدل استراتژی مشارکت کارکنان در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، به شرح ذیل ارائه می گردد:

مدل (۴-۶) استراتژی مشارکت کارکنان در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور

Employee participation

ظرفیت $0/626 + 0/260$ ساختار $0/260$ بعد رفتاری ساختاری $0/268 =$

+ منابع $0/114$

محیط میانی $0/287 +$ محیط کلان $0/136$ بعد محیطی $0/623 +$

(محیط خاص $0/577 +$)

رفتار جامع هدف $0/389 +$ رفتار مجریان $0/142$ بعد رفتاری $0/109 +$

(رفتار تدوین کنندگان $0/469 +$)

بحث و نتیجه گیری

می توان نیروی انسانی را به عنوان یک توانایی جمعی جهت استخراج بهترین راه حل از دانش فردی شان توصیف کرد (ثریایی، ۱۳۸۹). اما نکته مهم آن است که این مراقبت ها باید چگونه و توسط چه افرادی با چه خصوصیتی ارائه شود (هادیزاده و همکاران، ۲۰۰۸). در بنگاه های سلامت، متخصصان بهداشت و درمان، مهمترین سرمایه برای تولید به شمار می روند؛ و هنگامی که این بنگاه ها مدیریت کارآمدی را بر روی این بخش از منابع خود داشته باشند، نتیجه ی آن افزایش کیفیت خدمات ارائه شده و حرکت بنگاه به سمت رقابت پذیری بیشتر خواهد بود. با نگاهی به مشکلات مربوط به بیمارستان ها، مشاهده می شود که مفهوم مدیریت منابع انسانی به صورت مناسبی در آن ها به اجرا در نمی آید. علیرغم اینکه بسیاری از مدیران، بر اهمیت نیروی انسانی تاکید فراوان دارند، اما غالباً از نظام مدیریتی، راهکارها و فرایندهایی که برای حمایت از این عامل مهم تولید نیاز است، غافل هستند (وست و همکاران، ۲۰۱۰). کابن^۱ و همکاران (۲۰۰۶) در کانادا، ایالات متحده آمریکا و تعدادی کشورهای پیشرفته، به بررسی نظام مراقبت از دیدگاه جهانی و اهمیت مدیریت منابع انسانی در بهبود نتایج کلی سلامت بیمار و بهبود مراقبت سلامت پرداختند و به این نتیجه رسیدند که چالش هایی در نظام مراقبت های سلامت این کشورها وجود دارد که راه غلبه بر این مشکلات، اجرای مناسب شیوه های مدیریت منابع انسانی است.

¹ Kabene

از سویی دیگر؛ اهمیت سیاست‌گذاری در بخش سلامت و خلاء آن در سیستم سلامت کشورهای در حال توسعه یکی از بحث‌های عمده در سال‌های اخیر محسوب می‌شود. اهمیت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در بهبود سیستم سلامت، در کشور ما نیز بسیار مورد تأکید است (شورای سیاست‌گذاری بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۲۰۰۸). با اینحال، تدوین سیاست‌های مناسب به ویژه در خصوص منابع انسانی تاکنون در کانون توجه قرار نداشته است. بی‌توجهی به تدوین سیاست‌های مناسب می‌تواند نتایج نامطلوبی مانند عدم برآورده شدن انتظارات استفاده‌کنندگان، کیفیت پایین خدمات عمومی، نتایج معکوس اجتماعی یا زیست‌محیطی و نیز محروم شدن بخش‌هایی از جامعه از دریافت خدمات را در برداشته باشد. تعیین سیاست‌های بخش سلامت دارای اهمیت فراوانی در سیستم بهداشت و درمان است، زیرا از طریق این سیاست‌ها (فرجی خیابوی و همکاران، ۱۳۹۱):

- دیدگاهی جهت حل مشکلات بخش سلامت فراهم می‌آید؛
- چارچوبی برای حمایت از تصمیم‌گیری ایجاد می‌گردد و تصمیم‌گیری خردمندانه‌تر می‌شود؛
- با فراهم آمدن چارچوب تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی تسهیل می‌گردد؛
- اهداف و اولویت‌های سیستم بهداشت و درمان مشخص می‌شود؛
- ابزار و منابع مورد نیاز برای دستیابی به اهداف بخش سلامت مشخص می‌گردد؛
- افراد حرفه‌ای و دیگر ذینفعان در حول مشکلات بخش سلامت گرد هم می‌آیند و برای برطرف نمودن آنها تلاش می‌کنند؛
- در توسعه سیستم سلامت، یکپارچگی و تمرکز ایجاد می‌شود و توافقی کلی فراهم می‌آید؛
- فرآیندهای پایش و ارزشیابی استراتژی‌های مختلف برای دستیابی به اهداف سیاست ارتقا می‌یابد؛
- یک چارچوب مرجع برای ارزشیابی و گزارش‌دهی تعریف می‌شود؛
- تعیین منابع لازم برای یک عملیات اثربخش و کارآمد تسهیل می‌گردد.

باید خاطر نشان ساخت که سیاست‌گذاری و منابع انسانی در بخش سلامت ارتباط تنگاتنگی دارند؛ به طوری که هیچگونه تغییر و اصلاحی بدون در نظر گرفتن منابع انسانی میسر نیست. از نگاهی دیگر، چالش‌های فراروی سیاست‌های بخش سلامت بر پرسنل اثر مستقیمی دارند و موفقیت در این چالش‌ها نیز به پرسنل بستگی دارد. بسیاری از تحلیلگران معتقدند که عدم توجه کافی به منابع انسانی می‌تواند به شکست هر سیاست بهداشتی و درمانی منجر شود. با اینحال، اگرچه توجه به تغییرات اقتصادی و ساختاری در بسیاری از کشورها افزایش یافته است، همچنان به نیروی انسانی فقط به‌عنوان یک عامل تولید در کنار سایر عوامل نگاه می‌شود. با این دیدگاه، تغییر در سیاست‌های

نیروی انسانی تنها زمانی در برنامه‌ها گنجانده می‌شود که برنامه‌های مذکور با مقاومت گروه‌های حرفه‌ای روبرو شود، با توجه به هزینه قابل اجرا نباشد یا نیاز به اصلاحاتی در سازمان داشته باشد که از نظر پذیرش سیاسی یا ظرفیت سازمانی کنونی دشوار باشد. شایان ذکر است که سیاست‌گذاری نیروی انسانی در بخش سلامت حائز اهمیت بسزایی است، زیرا سازمان‌های بهداشتی و درمانی بیش از هر سازمان دیگری به نیروی کار خود وابسته هستند. علاوه بر آن، پرداخت‌های نیروی انسانی بین ۶۵ تا ۸۰ درصد هزینه‌های جاری بخش سلامت را در برمی‌گیرد. مهم‌تر از همه آن که کیفیت، کارایی، اثربخشی، قابلیت دسترسی و مقبولیت خدمات بهداشتی به عملکرد کسانی بستگی دارد که این خدمات را ارائه می‌کنند (فرجی خیاوی و همکاران، ۱۳۹۱). گفتنی است؛ از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند مانع از اجرای راهبردهای توزیع مناسب انسانی در حوزه سلامت شوند عبارت از ناکافی بودن سرمایه و پشتوانه مالی و تمرکز آن در سطح راهبردی و ستادی و تخصیص نامناسب سرمایه به خط اول مراقبت، فقدان اطلاعات مناسب مربوطه به بیماران، ساختارهای سازمانی غیرمؤثر مانند فقدان شایستگی، مهارت و آموزش در بین کارکنان، قوانین محدودکننده، نبود رهبران و مدیران مؤثر در سطوح خرد هستند (میرسعید و همکاران، ۱۳۹۳).

یافته‌های کیفی نشان داد، «استراتژی‌های منابع انسانی» دارای شش بعد به شرح: تأمین منابع انسانی، آموزش، ارزیابی عملکرد، توسعه و بهسازی، پاداش خدمت و مشارکت و «اجرای استراتژی» دارای سه بعد و نه مؤلفه به شرح: بعد ساختاری (ساختار سازمان مجری، ظرفیت‌ها، منابع)، بعد محیطی (محیط کلان، محیط میانی، محیط اجرا) و بعد رفتاری (رفتار مجریان، رفتار جامعه هدف و رفتار تدوین‌کنندگان)، بود. نتایج بخش کمی نشان داد که در استراتژی‌های تأمین و آموزش منابع انسانی، مؤلفه محیط کلان، در استراتژی‌های ارزیابی عملکرد منابع انسانی و توسعه و بهسازی، مؤلفه ساختار سازمان مجری، در استراتژی جبران خدمت، مؤلفه رفتار تدوین‌کنندگان و در استراتژی مشارکت کارکنان، مؤلفه محیط خاص (سازمان)، دارای بالاترین اهمیت بوده‌اند.

در تحقیق اسعدی، هادی پیکانی و رشیدپور (۱۳۹۶) و در خصوص الگویی برای اجرای اثربخش خط مشی‌های عمومی، محققان در تعیین عوامل مؤثر بر اجرای خط‌مشی، عوامل مربوط به ۱. مجریان، ۲. تدوین‌کنندگان، ۳. جامعه هدف، ۴. ماهیت و ۵. محیط را به‌عنوان ابعاد اصلی الگوی اجرای اثربخش خط مشی‌های عمومی معرفی نمودند. نگاهی به مدل مذکور نشان می‌دهد که چهار دسته از ابعاد شناسایی شده در مدل مذکور، در تحقیق حاضر نیز، شناسایی شده و در قالب ابعاد ساختاری، محیطی و رفتاری جای گرفتند. تنها بعد ماهیت بوده که در تحقیق حاضر، بدان پرداخته نشد و از نظر خبرگان، جز مولفه‌های نهایی بعد ساختاری قرار نگرفت. لذا نتایج پژوهش در تعیین مولفه‌های اجرای استراتژی، قرابت بالایی را با تحقیق مورد اشاره نشان می‌دهد. یافته‌های پژوهش

حاضر با نظریه های افرادی همچون سو ژانگ و رایینی (۲۰۱۶)، برینارد (۲۰۱۳)، ساموئل استالی (۲۰۱۲)، خوزا (۲۰۰۳)، هاولت و رامش (۱۹۹۵)، ساباتیو و مازمانیان (۱۹۸۶)، ریپلای و فرانکلین (۱۹۸۳) و و پرسمن و وایلداوسکی (۱۹۷۳) هم همخوانی دارد، زیرا این محققان هم در اجرای استراتژی، عوامل محیطی و ساختاری را هم تاثیرگذار می دانند و از طرفی در بحث رفتاری، رفتار جامعه هدف و تدوین کنندگان را هم موثر می دانند. از جمله ابعاد مهم الگوی اجرای استراتژی‌های منابع انسانی، عوامل محیطی است. بر اساس نتایج پژوهش، اگر خطمشی‌ها به درستی تنظیم شده باشند، مجریان نیز از مهارت و توانمندی لازم برای اجرا برخوردار باشند و ماهیت مسئله خط مشی هم به گونه‌ای باشد که اجرا را با مشکل مواجه نسازد، اما جامعه از ثبات سیاسی و اقتصادی برخوردار نباشد، می توان ادعا کرد که خط مشی به اهداف مد نظر خود نخواهد رسید. بنابراین فراهم بودن شرایط محیطی یکی از الزامات اجرای موفق خطمشی‌ها از جمله خط مشی های حوزه سلامت است. در تحقیق واعظی و محمدی (۱۳۹۶) و در خصوص ارزیابی خط مشی های عمومی در ایران، در بعد محیطی ارزیابی خط مشی، محققان سه مؤلفه محیط کلان، میانی و سازمانی را شناسایی کردند که قرابت زیادی را با پژوهش حاضر نشان می‌دهد، چرا که در تحقیق حاضر هم، سه مؤلفه شناسایی شده برای بعد محیطی، عبارت بوده‌اند از: مؤلفه محیط کلان، مؤلفه محیط خاص (سازمان) و محیط میانی. این قرابت شاید نشأت گرفته از محیط های سازمانی نزدیک بهم در بین سازمان ها و ارگان های دولتی باشد، از طرفی شناسایی مؤلفه «محیط کلان» هم نشان از آن دارد که احتمالاً عوامل کلان محیطی، عمده سازمان های دولتی را تحت تاثیر قرار می دهد که البته شاید شدت اثرگذاری متفاوت باشد. واعظی و محمدی، به بعد مهم ساختاری نیز اشاره کردند که البته منظورشان، نهادهای درونی و مستقل بوده است. تحقیق مذکور بیشتر در پی ارتباط یافتن بین مراحل اجرا و ارزیابی خط مشی بوده است.

در تحقیق مختاریان پور (۱۳۹۶) و تحت عنوان طراحی شبکه اجرای تعاملی سیاست‌های فرهنگی کشور، به بعد رفتاری و محیطی اجرای استراتژی توجه زیادی داشته اند و در بحث بعد رفتاری به رفتار جامعه هدف، رفتار سیاستگذاران فرهنگی و رفتار مجریان دولتی اشاره داشتند که کاملاً در راستای نتیجه حاصل از شناسایی مولفه‌های بعد رفتاری در تحقیق حاضر است. این نتیجه نشان می‌دهد که برای بسیاری از سازمان‌ها، بعد رفتاری هم متاثر از رفتار مجریان است، هم رفتار جامعه هدف و هم رفتار تدوین کنندگان و سیاستگذاران و هر کدام از آنها به نوبه خود، تبیین کننده بعد رفتاری در اجرای استراتژی هستند. مختاریان پور در بعد محیطی، به تشکل‌های مردمی و موسسات (سازمان) اشاره داشتند که از این نظر هم با تحقیق حاضر همخوانی دارد، چرا که در بعد محیطی، نتایج پژوهش به

مؤلفه محیط میانی و محیط سازمان اشاره نموده است. در مقایسه بین مدل شناسایی شده در پژوهش مختاریان پور و تحقیق حاضر، می توان گفت که در پژوهش مورد اشاره، به بعد ساختاری توجه چندانی نشده و از نظر دور مانده است. اما نتایج پژوهش حاضر، بعد ساختاری را به عنوان یکی از سه بعد تبیین کننده اجرای استراتژی با سه مؤلفه ساختار سازمان مجری، ظرفیت ها و منابع معرفی نمود. این تضاد و اختلاف، شاید ناشی از ساختار متفاوت اجرای سیاست های فرهنگی با سیاست های حوزه سلامت باشد که منجر به این شده که در حوزه سلامت، مولفه های ساختار سازمان مجری، ظرفیت ها و منابع از اهمیت بالایی برخوردار باشند.

از جمله تحقیقات مفید دیگری که این خصوص انجام شده، پژوهش عباسی، معتضدیان و میرزایی (۱۳۹۵) و تحت عنوان بررسی موانع اجرای خط مشی های عمومی در سازمان های دولتی است. در این تحقیق محققان، بدون دسته بندی ابعاد ساختاری، محیطی و رفتاری، مشکلات و چالش های پیش روی اجرای خط مشی های عمومی را در قالب عوامل تدوین کنندگان، مجریان خط مشی، ماهیت خط مشی، سازمان مجری، فشار و کنش ها و محیط تعیین نمودند. البته هر شش عامل معرفی شده توسط محققان مذکور، در قالب ابعاد ساختاری، محیطی و رفتاری جای می گیرد. در مقایسه نتایج باید گفت که در بعد محیطی، سازمان مجری و محیط کلان مورد نظر محققان بوده و محیط میانی از نظر آنان دور مانده است. از طرفی در بحث بعد ساختاری، تحقیق مذکور به مؤلفه ماهیت و فشارها و کنش ها اشاره کرده که کاملاً با مولفه های شناسایی شده در پژوهش حاضر متفاوت است. در بعد رفتاری هم، تحقیق مذکور، تنها رفتار مجریان را مدنظر قرار داده است در حالیکه، نتایج تحقیق حاضر در بعد رفتاری، رفتار تدوین کنندگان یا سیاست گذاران و رفتار جامعه هدف را به عنوان مؤلفه های مهم اجرای استراتژی معرفی نمود. در مقایسه نتایج تحقیق مذکور با پژوهش حاضر باید گفت که شاید دیگر، صرف توجه به رفتار مجریان در بحث اجرای استراتژی کافی نباشد و به همان اندازه، رفتار تدوین کنندگان و رفتار جامعه هدف هم مهم است. از طرفی بسیاری از تحقیقات در معرفی مولفه های بعد محیطی، توجهی به مؤلفه محیط میانی نداشته اند، حال آنکه در تحقیق حاضر به این مؤلفه توجه شده است.

از دیگر تحقیقات انجام گرفته در خصوص اجرای استراتژی، تحقیق حاجی ملامیرزائی (۱۳۹۵) و تحت عنوان ارائه الگوی اسلامی ایرانی اجرای خط مشی های فرهنگی جمهوری اسلامی ایران بوده است. محققان در تدوین مدل نهایی خود به فضای ذهنی جامعه، فضای ارزشی جامعه، مردم، سازمان ها، دستگاه ها و موسسات، رفتار مجریان، بسیج منابع، ابزارهای اجرا و رویکردها و روش های اجرا در دو سطح اشاره کردند. محققان در این تحقیق، تاکید زیادی بر بعد محیط داشته و به فضای جامعه و سازمان ها اشاره داشتند، البته به مانند بسیاری از مدل های پیشین ارائه شده، در این مدل هم، مؤلفه

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۴۵

محیط میانی از نظر دور مانده است. همچنین در بحث بعد ساختار، به مؤلفه بسیج منابع اشاره شده که در پژوهش حاضر هم از مولفه‌های تبیین کننده بعد ساختاری بوده است. البته ابزارهای اجرا و رویکردها هم از مولفه‌های شناسایی شده توسط حاجی ملامیرزائی که می‌توان تقریباً آن را هم ارز با مؤلفه ظرفیت‌ها دانست که در پژوهش حاضر جزء مولفه‌های سه گانه بعد ساختاری بوده‌است. یکی از بزرگترین ضعف‌های مدل مذکور را در تعیین مولفه‌های بعد رفتاری می‌توان جستجو کرد. این تحقیق به مانند بسیاری از پژوهش‌های پیشین، در بعد رفتاری، تنها به مؤلفه رفتار مجریان اشاره نموده است و رفتار تدوین‌کنندگان و رفتار جامعه هدف، مورد توجه قرار نگرفت. از این نظر، می‌توان مدل نهایی پژوهش حاضر را پوشش‌دهنده ضعف در خصوص مولفه‌های بعد رفتاری تلقی کرد، چرا که به هر سه مؤلفه بعد رفتاری توجه شده است. نتیجه حاصل از تحقیق در خصوص مولفه‌های بعد رفتاری، منطقی و معقول هم بنظر می‌رسد، چرا که امروزه، صرفاً رفتار مجری استراتژی تعیین کننده و تاثیرگذار نیست، بلکه آن رفتاری که خط مشی گذار دارد و آن رفتاری که جامعه هدف از خود بروز می‌دهد، قادر است، روند اجرایی و استقرار موفقیت‌آمیز استراتژی را تحت تاثیر قرار بدهد.

تحقیق اسدی‌فرد و همکاران (۱۳۹۵) در خصوص ارزیابی استراتژی بوده و تحت عنوان مدل تجزیه و تحلیل خط مشی عمومی در ایران، انجام گرفت، اما در روند ارزیابی اجرای استراتژی، محققان محیط اجرای پژوهش را به‌عنوان یک بعد مهم معرفی نمودند که در پژوهش حاضر نیز، بعد محیطی از ابعاد سه گانه اجرای استراتژی بوده‌است. البته محققان در بعد محیطی، به تفکیک محیط کلان، میانی و سازمان نپرداخته، اما عمدتاً به مانند پژوهش‌های پیشین، توجه چندانی به مؤلفه محیط میانی نداشته‌اند.

در تحقیق بابایی و توکلی (۱۳۹۴) و تحت عنوان تدوین مدل فرایندی سیاست‌گذاری در سازمان‌های دولتی، به هر سه فاز اصلی فرایند سیاست‌گذاری یعنی تدوین، اجرا و ارزیابی پرداخته شد و در طراحی فاز اجرای خط‌مشی، محققان بیشتر به بعد ساختاری اجرای خط مشی توجه داشتند و بر وجود ظرفیت‌ها و منابع تاکید نمودند. البته به دلیل کلی بودن مدل ارائه‌شده در تحقیق بابایی و توکلی و در نظرگرفتن هر سه فاز اصلی فرایند سیاست‌گذاری، چندان نمی‌توان به مقایسه نتایج پرداخت، اما با دقت در مدل پیشنهادی پژوهشگران، می‌توان بر تاکید آنان بر بعد ساختاری و عدم توجه به بعد رفتاری و محیطی پی برد.

یکی از پژوهش‌های بسیار مناسبی که به اجرای استراتژی در ایران پرداخته، تحقیق حاجی‌پور و همکاران (۱۳۹۴) و تحت عنوان طراحی الگوی آسیب شناسی اجرای خط مشی عمومی در ایران است. محققان مورد اشاره با رویکرد داده بنیاد به شناسایی شرایط علی، زمینه ای، مداخله ای و

راهبردهای اجرای استراتژی های عمومی در ایران پرداختند. آنان با انجام مصاحبه های عمیق با خبرگان به نتایج جالبی دست یافتند که در هر سه بعد رفتاری، محیطی و ساختاری، شباهت های زیادی را با پژوهش حاضر نشان می دهد. محققان در شناسایی مولفه های بعد ساختاری به منابع و ظرفیت ها و ساختار سازمان های مجری در قالب شرایط مداخله ای و ساختار خط مشی گذاری و فرایند خط مشی گذاری در قالب شرایط علی دست یافتند که بطور کامل با مولفه های شناسایی شده برای بعد ساختاری در تحقیق حاضر، همخوانی دارد. همچنین؛ در شناخت مولفه های بعد محیطی، حاجی پور و همکاران به شرایط سیاسی، شرایط اقتصادی و فناوری، شرایط اجتماعی و فرهنگی و شرایط بین المللی در قالب شرایط زمینه ای دست یافتند که تقریباً هم ارز با محیط کلان، محیط میانی و محیط خاص است که در پژوهش حاضر به عنوان مولفه های بعد محیطی تعیین شدند. در نهایت، در بعد رفتاری، محققان به رفتار خط مشی گذاران در قالب شرایط علی و مجریان خط مشی در قالب شرایط مداخله ای اشاره داشتند که هر دو مؤلفه ذکر شده، در پژوهش حاضر هم، شناسایی شد. اما به مانند بسیاری از مدل های قبلی ارائه شده، در بعد رفتاری، رفتار جامعه هدف، از نظر دورمانده است که می تواند از ضعف های این تحقیق باشد.

در نهایت؛ تحقیق ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۳) و تحت عنوان طراحی مدل خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت، از پژوهش های مفیدی بوده که در مورد اجرای استراتژی انجام گرفته است. محققان در پژوهش کیفی خود، سه بعد به شرح تولیدکنندگان خط مشی، مجریان خط مشی و واسطه گری دانش را در روند خط مشی گذاری معرفی نمودند. مؤلفه تولیدکنندگان خط مشی و مجریان خط مشی در تحقیق حاضر، جز مولفه های بعد رفتاری بوده اند. البته بنظر می رسد که مدل ارائه شده توسط ابراهیمی و همکاران، مدل چندان جامعی نبوده است، چرا که فقط به بعد رفتاری توجه شده است و توجهی به بعدهای محیطی و ساختاری نشده است.

مقایسه نتایج تحقیقات پیشین انجام شده با پژوهش حاضر، نشان می دهد که مدل تدوین و آزمون شده در پژوهش حاضر، جامعیت بیشتری در مقایسه با مدل های قبلی دارد و عملاً پوشش دهنده ضعف مدل های قبلی می باشد. ضعف هایی مانند عدم توجه به رفتار جامعه هدف و رفتار تدوین کنندگان در بحث بعد رفتاری و مؤلفه محیط میانی در بعد محیطی، در مدل نهایی پژوهش حاضر، مورد توجه قرار گرفته است و از طرفی با توجه به ایجاد ارتباط بین استراتژی های منابع انسانی با اجرای استراتژی در پژوهش حاضر، نوآوری مدل نهایی پژوهش حاضر هم در حد بالایی بوده و می تواند راهگشای پژوهش های آتی در زمینه اجرای استراتژی منابع انسانی باشد.

تعیین استراتژی‌های منابع انسانی در اجرای استراتژی در حوزه سلامت کشور، بر اساس ... □ ۱۴۷

فهرست منابع

- ابراهیمی سیدعباس، دانایی فرد حسن، آذر عادل، فروزنده لطف‌الله. (۱۳۹۳). طراحی مدل خط مشی گذاری مبتنی بر شواهد در نظام سلامت ایران (پژوهش کیفی)، پژوهش‌های مدیریت عمومی. ۷(۲۴): ۵-۲۴.
- اسدی فرد رویا، فانی علی اصغر، آذر عادل، الوانی سید مهدی. (۱۳۹۵). مدل تجزیه و تحلیل خط مشی عمومی در ایران. مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران. ۸(۲): ۲۵۵-۲۷۶.
- اسعدی محمود، هادی پیکانی مهربان، رشیدپور علی. (۱۳۹۶). الگویی برای اجرای اثربخش خط مشی های عمومی در وزارت امور اقتصاد و دارایی (مطالعه موردی: گمرک جمهوری اسلامی ایران)، فصلنامه مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران. ۹(۴): ۵۹۱-۶۱۴.
- بابایی سحر، توکلی غلامرضا. (۱۳۹۴) تدوین مدل فرایندی سیاست گذاری در سازمان های دولتی، فصلنامه سیاستگذاری عمومی. ۱(۳): ۲۹-۵۳.
- حاجی پور ابراهیم، فروزنده لطف‌الله، دانایی فرد حسن، فانی اصغر. (۱۳۹۴). طراحی الگوی آسیب شناسی اجرای خط مشی عمومی در ایران، فصلنامه مدیریت نظامی. ۵۸(۱۵): ۱-۲۳.
- حاجی ملامیرزائی حمید. (۱۳۹۵). ارائه الگوی اسلامی ایرانی اجرای خط مشی های فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه علمی پژوهشی مدیریت اسلامی. ۲۴(۳): ۷۳-۹۲.
- روح‌اللهی احمدعلی، رجبی فرجاد حاجیه. (۱۳۹۴). بررسی آثار خط مشی های مدیریت منابع انسانی بر عملکرد سازمانی، فصلنامه پژوهش های مدیریت منابع انسانی. ۷(۳): ۱۰۵-۱۳۰.
- سعادت اسفندیار. (۱۳۹۰). مدیریت منابع انسانی، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها، انتشارات سمت، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- شمس لاهرودی حسن، شیخ ابولی فاطمه، اشرافی صادق. (۱۳۹۷). ابزارها و چالش های مدیریت منابع انسانی در حوزه خدمات سلامت، فصلنامه مطالعات مدیریت و حسابداری. ۴(۱): ۳۸-۵۰.
- صامعی حسین. (۱۳۸۸). استراتژی های کارکردی مدیریت منابع انسانی، مجله تدبیر. ۲۰۴(۱۳۸۸): ۲۵-۳۱.
- صفری علی، فرخی مجتبی، صالح زاده رضا. (۱۳۹۴). آسیب شناسی نظام مدیریت منابع انسانی، فصلنامه پژوهش های مدیریت منابع انسانی دانشگاه جامع امام حسین (ع). ۷(۱): ۸۳-۱۱۱.
- عباسی عباس، معتضدیان رسول، میرزائی محمدقاسم. (۱۳۹۵). بررسی موانع اجرای خط مشی های عمومی در سازمان های دولتی. پژوهش های مدیریت منابع انسانی. ۶(۲): ۴۹-۶۹.
- فرجی‌خیواوی فرزاد، ملکی محمدرضا، جعفریان کورش، وطنخواه سودابه، طیبی سیدجمال‌الدین. (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی مراحل اصلی سیاستگذاری منابع انسانی بخش سلامت ۱۳۸۹، مجله علوم بهداشتی جندی شاپور. ۴(۱): ۱-۱۰.

۱۴۸ □ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

- قدسی پور سید حسن، (۱۳۹۵)، مباحثی در تصمیم‌گیری چندمعیاره - فرایند تحلیل سلسله مراتبی AHP، مرکز نشر دانشگاه صنعتی امیرکبیر (پلی تکنیک تهران)، شابک: 9-056-463-964-978، تعداد صفحات: ۲۲۲.
- کاوسی اسماعیل، احمدی فخرالدین. (۱۳۸۹). جهانی شدن و توسعه منابع انسانی (مقایسه تطبیقی ۶۲ کشور جهان)، فصلنامه مطالعات راهبردی جهانی شدن. ۱(۱). ۷۹-۱۰۸.
- گهرپور علی اصغر، ظل طاعت جواد، (۱۳۹۵)، شناسایی و اولویت‌بندی عوامل انسانی موثر در تصادفات جاده‌ای با استفاده از روش AHP، شانزدهمین کنفرانس بین‌المللی مهندسی حمل و نقل و ترافیک، شناسه مقاله: TTC16_042 (COI)
- محب محمدجواد، فردوسی مسعود، حقیقت مریم، رجالیان فرزانه. (۱۳۹۴). اولویت بندی شاخص های کلیدی عملکرد منابع انسانی با استفاده از تکنیک های تصمیم گیری چند متغیره در بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدیریت بهداشت و درمان. ۶(۱)، ۵۰-۴۳.
- مختاریان پور مجید. (۱۳۹۶). طراحی شبکه اجرای تعاملی سیاست های فرهنگی کشور، فصلنامه راهبرد فرهنگ. ۱۰(۴۰). ۹۵-۱۲۹.
- واعظی رضا، محمدی محسن. (۱۳۹۶). الگویی برای ارزیابی خط مشی های عمومی در ایران (مطالعه خط مشی مالیات بر ارزش افزوده)، چشم انداز مدیریت دولتی. ۲۹(۱۳۹۶). ۴۷-۷۲.
- Dong J .Q, McCarthy K.J, Schoenmakers W.W.M.E. (2017). How central is too central? Organizing inter organizational collaboration networks for breakthrough innovation. *Journal of Product Innovation Management*, 34(4). 526-542.
- Danish, R.Q. Usman, A. (2010). Impact of Reward and Recognition on Job Satisfaction and Motivation: an Empirical Study from Pakistan., *International Journal of Business and Management*. 5(2). 159-167.
- Dong J .Q, Yang C-H. (2016). Being central is a double-edged sword: Knowledge network centrality and new product development in U.S. pharmaceutical industry, *Technol. Forecast. Soc. Chang*. 113 (1B). 379- 385.
- Chu H, Hwang GJ. (2008). A Delphi-based approach to developing expert systems with the cooperation of multiple experts. *Expert Systems with Applications* . 34(4). 2826- 40.
- Dempsey PA. Dempsey ADy. (2000). Using nursing research: process, critical evaluation, and utilization. 5th ed. Lippincott Williams and Wilkins Co.
- Fry M, Burr G. (2001). Using the Delphi technique to design a self-reporting triage survey tool. *Accid Emerg Nurs* . 9(4). 235-41.
- Hadizadeh F, Khalighinejad N & Atai M. (2008). *Valvular to rule and clinical excellence in clinical services*. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences: 5-7 [Book in Persian].
- Ivancevich, M.J. (2010). *Human Resource Management*, New York: McGraw-Hill.

- Kabene SM, Orchard C, Howard JM, Soriano MA , Leduc R. (2006). The importance of human resources management in health care: A global context. *Human Resources for Health*. 4(1). 20.
- Kennedy HP. (2004). Enhancing Delphi research: methods and results. *J Adv Nurs* . 45(5): 504-11.
- Khan, M.A. (2010). Effects of Human Resource Management Practices on Organizational Performance ± an Empirical Study of oil and Gas Industry in Pakistan., *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*. 24(2010). 157-175.
- Landeta J. (2006). Current validity of the Delphi method in social sciences. *Technological Forecasting and Social Change*. 73(5). 467-82.
- Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA. (2008). First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *J Affect Disord*. 105(1- 3): 157-65. Epub 2007 Jun 14.
- Lee, F. H., Lee, F.-Z. And Wu, W.-Y. (2010). The Relationship between Human Resource Management Practices, Business Strategy and Firm Performance: Evidence from Steel Industry in Taiwan, *The International Journal of Human Resource Management*. 21(9). 1351-1372.
- Manca DP, Varnhagen S, Brett-McLean P, Allan GM, Szafran O, Ausford A. (2007). Rewards and challenges of family practice: web-based survey using the Delphi method. *Can Fam Physician* . 53(2). 278-286.
- Mirsaeid G, Javad S, Mirzaie M, Haghshenas E, Dargahi H. (2014). Human resources distribution among Tehran university of medical sciences hospitals. *Journal of Payavard Salamat*. 7(5).432-436.
- Powell C. (2003). The Delphi technique: myths and realities. *J Adv Nurs* . 41(4). 376-82.
- Salsali M, Parvizy S, Adibehajibagheri M. (2003). *Raveshhaye tahghige kayfi*. 1st ed. Tehran: Boshra. 2003. Persian
- Sarokhani B. (1994). *Raveshtahgigh dar olume ejtemaie (Osule Mabani)*. 1st ed. Tehran: Pajoheshkadeh Olume Ensani va Motaleate Farhangi. 1994. Persian
- Som CV. (2011). Clinical governance and attention to human resources issues: Evidence from case studies in NHS UK. *British Journal of Healthcare Management*. 17(11). 531-40.
- Sorayae A, Noorifar R. (2010). Performance evaluation criteria used to prioritize human resources AHP Fuzzy, *Fourth International Congress on Management, Sharif University of Technology*. Tehran. (Persian).
- Tabarsa, A , Mohammadi, F. (2008). Human resource accounting with human resource valuation approach, *Journal of Accounting*. 195(1). 35-26. (in Persian).
- Uysal, G., Koca, G.(2009). HR and firm performance at companies in Turkey: Correlative analysis. *Journal of Modern Accounting and Auditing*. 5(1). 45-48.

۱۵۰ فصلنامه علمی - پژوهشی تحقیقات مدیریت آموزشی - سال دوازدهم، شماره اول، پاییز ۱۳۹۹

- Van Teijlingen E, Pitchforth E, Bishop C, Russell E. (2006). Delphi method and nominal group technique in family planning and reproductive health research. *J Fam Plann Reprod Health Care* . 32(4). 249-52.
- West MA, Borill C, Dawson J, Scully J, Carter M, Anelay S, et al. (2010). The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *IJHRM*. 13(8). 1299-1310.
- Windle PE. (2004). Delphi technique: assessing component needs. *J Perianesth Nurs* . 19(1).46-7.