

تحلیل عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در حوزه سلامت بر اساس روش‌شناسی کیو (Q)

*علی اصغری صارم^۱، نادر مرکزی مقدم^۲

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی دانشگاه تربیت مدرس و پژوهشگر دانشگاه علوم پزشکی ارتش

۲. استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ارتش

Analysis of Success Crucial Factors for Human Resource Development at Health Sector Based on Q Methodology

*Ali Asghari Sarem¹, Nader Markazi Moghaddam²

1. Ph.D. Student of Public Administration, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of social medical, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

The aim of this research is to identify and analyze success crucial factors for human resource development in health sector through exploring minds of participant by using Q methodology. The participants were 26 of experts and in charge people in health sector. The research concourse has been gathered from two resources: interview and literature and 44 of phrases have been selected as Q phrases sample. The obtained information from Q sorting was analyzed by Q factor analysis method. Distribution analysis showed that 9 of mental models can be recognized among participants that determines 76.212 % of total variance. The most explained variance is for the first mental model with the score of 14.161. Success crucial factors were recognized and prioritized based on these 9 models. At the end, mental models were named and interpreted metaphorically as below in a row: futurists of change follower, incitement adherents, specialists of effective hiring defender, occupational system adherents, stability's adherents in meritocracy, change in structure, adherents of cooperation and outlook revision, adherents of agency-structure, adherents of benchmarking and performance system adherents of ethics and quality of work-life improvement.

Keywords: Health Score, Human Resource Development, University of Medical Science of Military, Q Methodology, Success Crucial Factors.

چکیده:

هدف این پژوهش، شناسایی و تحلیل عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در حوزه سلامت با بررسی ذهنیت‌های مشارکت‌کنندگان با استفاده از روش‌شناسی کیو بود. مشارکت‌کنندگان این پژوهش تعداد ۲۶ نفر از خبرگان و دست‌اندرکاران بخش سلامت بودند. فضای گفتمان پژوهش از دو مأخذ مصاحبه و پیشینه، گردآوری و تعداد ۴۴ عبارت به عنوان نمونه عبارات کیو انتخاب شد. اطلاعات حاصل از مرتب‌سازی کیو با روش تحلیل عاملی کیو تحلیل شد. تحلیل توزیع نشان داد که می‌توان تعداد ۹ الگوی ذهنی متمایز در میان مشارکت‌کنندگان شناسایی کرد که (۷۶.۲۱۲) درصد از واریانس کل را تبیین می‌کند. بیشترین واریانس تبیین شده مربوط به الگوی ذهنی نخست با امتیاز (۱۴.۱۶۱) بود. عوامل حیاتی موفقیت براساس این ۹ الگوی ذهنی شناسایی و اولویت‌بندی شدند. درنهایت الگوهای ذهنی به‌صورت استعاری و به ترتیب با عناوین «آینده‌گرایان تحول‌خواه»، «طرفداران انگیزش»، «تخصص‌گرایان مدافع استخدام اثربخش»، «طرفداران نظام شغلی»، «طرفدار ثبات در شایسته‌سالاری، تحول در ساختار»، «طرفدار همکاری و اصلاح نگرش»، «مدافعان عاملیت-ساختار»، «مدافعان محک‌زنی و نظام عملکرد» و «طرفداران اخلاق و بهبود کیفیت زندگی کاری» نام‌گذاری و تفسیر شدند.

واژه‌های کلیدی: بخش سلامت، توسعه منابع انسانی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، روش‌شناسی کیو، عوامل حیاتی موفقیت

۱- مقدمه

«شعار سلامت برای همه^۱ در بسیاری از کشورها محقق نخواهد شد، مگر با انجام اصلاحات در بخش سلامت به گونه‌ای که نوعی فرآیند یکپارچه هماهنگ بین توسعه منابع انسانی (ت.م.ا.) و سلامت به وجود آید (آلوان و هورنبی،^۲ ۲۰۰۲)». «اجماع جهان شمولی وجود دارد که منابع انسانی در هر جایی قلب و روح سیستم سلامت اثربخش است. علی‌رغم این اجماع، منابع انسانی در کشورهای با درآمد ملی پایین، نادیده گرفته شده است و اغلب به صورت غیراثربخش و ضعیف در بخش سلامت پیاده‌سازی می‌شود (بیتس،^۳ ۲۰۱۴)».

بخش سلامت در سال‌های اخیر به دلیل تغییرات مستمر، قوت گرفتن رویکرد بازارمحوری، و تنوع تقاضای مشتریان، بیش از هر بخش دیگری از نظر کارآمدی و اثربخشی خدمات ارائه‌شده تحت فشار بوده است. گفته می‌شود عامل کلیدی موفقیت بخش سلامت در مدیریت این پیچیدگی و چالش‌ها، منابع انسانی است (ولد،^۴ ۲۰۱۰، ص ۲). توسعه نیافتگی منابع انسانی حوزه سلامت می‌تواند شکست هر سیاست و خط‌مشی بهداشتی و درمانی را به دنبال داشته باشد (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۰؛ باچان،^۵ ۲۰۰۰؛ به نقل از فرجی‌خیاوی و همکاران، ۱۳۸۹). «آزنجایی که تمام مراقبت‌های مربوط به سلامت در نهایت توسط منابع انسانی ارائه می‌شود، مدیریت اثربخش منابع انسانی، نقش حیاتی در موفقیت این بخش ایفا می‌کند» (کابن^۶ و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین سازمان‌های حوزه سلامت، بیش از هر سازمان دیگری به منابع انسانی خود وابسته است و کیفیت و خدمات این بخش به شدت به عملکرد منابع انسانی بستگی دارد (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۰).

مدیریت منابع انسانی در حوزه سلامت در کشورهای مختلف با مسائل مختلفی روبرو است. اما برخی از این مسائل در میان همه آن‌ها تا حدود زیادی مشترک است. عدم تعادل در منابع انسانی، سرمایه‌گذاری‌های اندک در آموزش، عدم تطابق بین شایستگی‌های منابع انسانی با شرایط احراز مشاغل و ضعف در کارکردهای مدیریت منابع انسانی برخی از این مسائل هستند (فرجی‌خیاوی و همکاران، ۱۳۸۹). وجود این قبیل مسائل در حوزه سلامت، می‌تواند تبعات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی مختلفی داشته باشد. سهم منابع انسانی در تولید ارزش افزوده

کل سهم غیرقابل‌انکاری است؛ ۸۴ درصد در کشورهای پیشرفته و ۶۴ درصد در کشورهای در حال توسعه (دلگشایی، طیبی و پهلوان، ۱۳۸۶). اگر منابع انسانی حوزه سلامت از توسعه یافتگی لازم برخوردار نباشند، هزینه‌های مالی و غیرمالی زیادی بر جامعه تحمیل خواهند کرد. به طور خاص توسعه منابع انسانی در بخش سلامت با مسائل و موانع مختلفی دست‌به‌گریبان است. نبود استراتژی یا برنامه توسعه منابع انسانی ملی، فراهم نبودن پیش‌نیازهای توسعه منابع انسانی، ارتباط ضعیف بین آموزش‌های ارائه‌شده و نیازهای کشور، کلی و غیرواقعی بودن سیاست‌ها در حوزه منابع انسانی، توجه ناکافی نسبت به آموزش مستمر، و نبود ارتباطات سازنده و مؤثر میان وزارت بهداشت، آموزش پزشکی و درمان، دانشگاه‌ها و سایر مؤسسات آموزشی در بخش سلامت از جمله مهم‌ترین این مسائل هستند (آلوان و هورنبی، ۲۰۰۲). بنابراین ارائه خدمات باکیفیت در حوزه سلامت، بدون وجود نظام توسعه منابع انسانی مطلوب در این حوزه امکان‌پذیر نیست.

توسعه منابع انسانی که هدف آن بهبود شایستگی‌ها و قابلیت‌های انسان سازمانی است (اصغری صارم، زیر چاپ) و نیز خودتوسعه‌ای (فروتنی و همکاران، ۱۳۹۲) است، در بخش سلامت ایران، در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است (طیبی، ۱۳۸۲؛ نجفی، ۱۳۸۳؛ دلگشایی، طیبی و پهلوان، ۱۳۸۶؛ فرجی‌خیاوی، ۱۳۸۹). یکی از مهم‌ترین تلاش‌ها در این زمینه، تدوین «سند جامع مدیریت منابع انسانی بخش سلامت» است. هدف از تدوین این سند، «حداکثرسازی بهره‌گیری از توان منابع انسانی نظام سلامت در راستای تحقق اهداف چشم‌انداز ۱۴۰۴، از طریق یکپارچه کردن برنامه‌های مختلف مرتبط با این حوزه، مطابق با یک سند جامع» ذکر شده است. از جمله اقدام‌هایی که در راستای تدوین این سند استراتژیک انجام شده است، ارائه الگوی نوینی از مدیریت جامع منابع انسانی است. این الگو که باهدف اتخاذ رویکردی جامع و سیستمی به کارکردهای منابع انسانی، تدوین و بازآفرینی شده است، شش محور اصلی در نظام مدیریت منابع انسانی را در بر می‌گیرد. این شش حوزه عبارت‌اند از: «سیاست‌های کلان منابع انسانی»، «تولیت منابع انسانی»، «دیده‌بانی منابع انسانی»، «سازمان‌دهی و بهره‌برداری از منابع انسانی»، «آموزش و تربیت منابع انسانی» و «تنظیم عرضه و تقاضای منابع انسانی». طراحی و پیاده‌سازی این نظام مطلوب، مستلزم شناسایی عوامل حیاتی موفقیت آن است. این پژوهش با شناسایی و تحلیل ذهنیت‌های خبرگان و دست‌اندرکاران بخش

1. Health for All
2. Alwan & Hornby (2002)
3. Bates (2014)
4. Veld (2010)
5. Buchan (2000)
6. Kabene et al. (2006)

از نظر ویتاکر و مارشینگتون^۱ (۲۰۰۳)، همکاری میان مدیران منابع انسانی و مدیران اجرایی بیمارستانها، یکی از شاخصهای اساسی در افزایش توانایی کارکرد موفق آنها است. یکی از اهداف مهم بخش سلامت، ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده در این بخش (دلگشایی، طبیعی و پهلوان، ۱۳۸۶) از طریق دستیابی به اهداف توسعه منابع انسانی، یعنی بهبود عملکرد، یادگیری و توانایی تغییر (دانایی فرد و اصغری صارم، ۱۳۹۳) است. با وجود اهمیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، پیشرفت در آن بهرغم همه تلاشهای اندیشمندان و صاحب نظران بسیار کند بوده است (طیبی، ۱۳۸۲). یعنی هنوز راه زیادی برای پیاده سازی توسعه منابع انسانی در بخش سلامت به صورت اثربخش وجود دارد. در گذشته برای تقویت بنیه نظری و عملی توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، پژوهشهایی انجام شده است. این پژوهشها، پژوهشهایی هستند که در شناسایی مختصات نظام توسعه منابع انسانی مطلوب در بخش سلامت انجام شده اند. در ادامه به برخی از این تلاشها اشاره می شود.

مکلگان^۲ (۱۹۸۹) در بررسی عوامل اثرگذار بر توسعه منابع انسانی بخش سلامت، به اهمیت آموزشهای مستمر در راستای بهبود شایستگی های منابع انسانی، توسعه مستمر سازمانی، برنامه ریزی کارراهه، طراحی مشاغل معنادار و چالشی، وجود سیستم مدیریت عملکرد و جبران خدمات عادلانه اشاره می کند. در گزارشی که علوم مدیریت برای بخش سلامت^۳ (۱۹۹۸) ارائه کرده است، وجود بودجه کافی، وجود متخصصان حرفه ای باتجربه، پیوند میان مأموریت، اهداف و برنامه های توسعه منابع انسانی، وجود نظام رسمی استخدام و ارتقاء، مشخص بودن سیاست های کلان (ت.م.ا.) بخش سلامت، سازگاری میان برنامه های (ت.م.ا.) و قوانین و حمایت مدیریتی از توسعه منابع انسانی، از عوامل موفقیت آن شمرده شده است. آلوان و هورنبای^۴ (۲۰۰۲)، اصلاح ساختار بخش سلامت، اصلاح استراتژی های ملی، برقراری ارتباط مناسب میان آموزش ملی و نیازهای آموزشی و هماهنگی مناسب میان وزارت بهداشت، دانشگاهها و بدنه عملیاتی بخش سلامت را از عوامل موفقیت توسعه منابع انسانی در این بخش می داند. دزالت و دوبویس^۵ (۲۰۰۳)، تعهد متخصصان بخش سلامت و

سلامت نسبت به عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی، به دنبال آن است تا گامی کوچک در جهت تحقق اهداف کلان حوزه سلامت در کشور بردارد.

۲- پیشینه نظری و تجربی پژوهش

بخش سلامت که شامل بهداشت و درمان و نیز آموزش آن می شود، یکی از حوزه های کلان اجتماعی است که ریشه در یکی از نیازهای اساسی جامعه یعنی نیاز به بهداشت و درمان دارد. در بسیاری از کشورها، کیفیت بخش سلامت، از معیارهای موفقیت آن جامعه محسوب می شود. کاستی در حوزه سلامت یک جامعه، به عنوان نقطه ضعف دولت ها تلقی شده و از عوامل اساسی نارضایتی شهروندان یک جامعه است (لطفی و همکاران، ۱۳۹۳). بنابراین بخش سلامت، نقش تعیین کننده ای در سلامت و تندرستی افراد جامعه دارد و این سلامت و تندرستی، با میزان و کیفیت پیشرفت اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی رابطه تنگاتنگی دارد (امام قلی پور و غضنفری، ۱۳۹۳).

مدیریت در بخش سلامت، با سایر بخشها تمایز اساسی دارد. وجه خطیر مدیریت در این بخش، «جان انسانها» است که حساسیت های مدیریت این نظام را چندین برابر می کند. این حوزه کاستی های مدیریتی را بر نمی تابد و اشتباه مدیران در آن نه تنها ضرر مالی به همراه دارد، بلکه جان انسانها را درگیر مخاطرات جدی می کند (روشن بخش قنبری، ۱۳۹۲). شکی نیست که عملکرد بهینه نظام سلامت به عملکرد منابع انسانی آن وابسته است. یعنی منابع انسانی و سطح توسعه یافتگی آنها اهمیت بسزایی در مدیریت کیفیت جامع بخش سلامت دارند (فرح بخش و همکاران، ۱۳۹۳). این وابستگی سبب شده است که توسعه منابع انسانی در بخش سلامت در سالهای اخیر به عنوان بخشی منفک و مجزا در بخش سلامت شناخته شود. این اهمیت به گونه ای است که در بسیاری از کشورهای پیشرفته، ساختاری مستقل در بخش ساختاری کشورها که تولید بهداشت و سلامت را برعهده دارد، به عنوان توسعه منابع انسانی (یا با عناوین دیگر) شکل گرفته است که به امر سیاست گذاری در زمینه ارتقای یادگیری و عملکرد منابع انسانی می پردازند (دلگشایی، طیبی و پهلوان، ۱۳۸۶). مدیران منابع انسانی نیز نقش بسزایی در حل مشکلات مذکور و کیفیت خدمات ارائه شده در بخش سلامت بر عهده دارند. برای مثال

1. Whitaker & Marchington (2003)
2. McLagan (1989)
3. Management Sciences for Health (1998)
4. Alwan & Hornby (2002)
5. Dussault & Dubois (2003)

عوامل مؤثر بر توسعه سرمایه انسانی در بیمارستان‌های سازمان تأمین اجتماعی، الگویی مفهومی ارائه می‌کنند. مصباحی، توفیقی و عباس‌زاده (۱۳۹۰) نشان می‌دهند که عوامل مؤثر بر توسعه منابع انسانی مدیران پرستاری شامل ایجاد آرمان مشترک، ترویج نگرش سیستمی، آزادی ارتباطات و تبادل اطلاعات، ارزیابی عملکرد، اخذ پیشنهادهای افزایش بینش کاری و دسترسی به سوابق عملکردی و آموزشی کارکنان هستند. فرح بخش و همکارانش (۱۳۹۳) دو رویکرد مدیریت کیفیت در استان آذربایجان شرقی را ارزشیابی و مقایسه می‌کنند. در نهایت کوشازاده و شیرازی (۱۳۹۳) به بررسی رابطه دو نظریه اقدامات شواهد محور و مدیریت منابع انسانی با عملکرد بالا (به‌عنوان نظریات مدعی عملکرد برتر) و تأثیر آن‌ها بر ادراک از جو خدمت‌مداری (به‌عنوان پیامد سازمانی آن‌ها) می‌پردازند. مرور پیشینه نشان می‌دهد که پژوهشی که با رویکرد منسجم به شناسایی و تحلیل عوامل حیاتی موفقیت در توسعه منابع انسانی بخش سلامت پرداخته باشد، تا زمان انجام این پژوهش وجود ندارد و نوعی پراکندگی در پژوهش‌های پیشین حاکم است. همچنین بیشتر پژوهش‌های گذشته در پارادایم پژوهش‌های کمی انجام شده‌اند و ذهنیت‌های مشارکت‌کنندگان را نسبت به مسئله پژوهش واکاوی نکرده‌اند. برای پر کردن این شکاف پژوهشی، پژوهش حاضر که از نوع پژوهش‌های آمیخته است، انجام می‌شود.

۳- روش‌شناسی پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی، از نظر ماهیت، اکتشافی و از نوع پژوهش‌های آمیخته (کیفی-کمی) با کاربرد روش‌شناسی کیو^۷ است. روش‌شناسی کیو فنی است که پژوهشگر را قادر می‌کند تا اولاً ادراکات و عقاید فردی را شناسایی و طبقه‌بندی کند و ثانیاً به دسته‌بندی گروه‌های افراد بر اساس ادراکاتشان بپردازد. این ویژگی، روش‌شناسی کیو را به روش‌های پژوهش کیفی نزدیک می‌کند. روش‌شناسی کیو از ویژگی‌های روش‌های کمی نیز برخوردار است. در این روش از روش‌های آماری مانند تحلیل عاملی^۸ و تحلیل مؤلفه‌های اصلی به‌منظور دسته‌بندی افراد استفاده می‌شود. ویلیام استیفنسون^۹ (۱۹۳۰) مبدا روش-شناسی کیو است. از نظر او همبستگی بین افراد و نه صفات، در این روش‌شناسی نقش اساسی دارد (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶).

خط‌مشی‌گذاران به برنامه‌های (ت.م.ا.) را عامل مهم موفقیت می‌دانند. ژو^۱ (۲۰۰۴) محوریت انسان را در برنامه‌های (ت.م.ا.) بسیار موردتوجه قرار می‌دهد و کلارک^۲ (۲۰۰۵) وجود ساختار حمایتگر آموزش، ارتباطات اثربخش میان بخش‌های مختلف سلامت و طراحی مشاغل چالشی در این بخش را متذکر می‌شود. کروس و همکاران^۳ (۲۰۱۱) بهره‌گیری از راهنمایی خبرگان در برنامه‌های (ت.م.ا.)، ایجاد محیط‌های حامی یادگیری و آموزش در بخش سلامت، حمایت مدیریت از برنامه‌های ت.م.ا.، مشارکت سایر بخش‌های جامعه در برنامه‌های بخش سلامت و داشتن نگرش مثبت به برنامه‌های (ت.م.ا.) را مهم می‌دانند. بیتس^۴ (۲۰۱۴) به تعیین دقیق، شفاف و همراه با اجماع اهداف اساسی بخش سلامت اشاره دارد و در نهایت بیک و کیم^۵ (۲۰۱۴) کسب حمایت و مشروعیت از درون بخش سلامت و در نظر گرفتن منافع متعدد گروه‌های مختلف در برنامه‌های (ت.م.ا.) را جزء عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت می‌دانند.

علاوه بر پژوهش‌های خارجی، در کشورمان نیز پژوهش‌هایی در حوزه توسعه منابع انسانی بخش سلامت انجام شده است. در یکی از نخستین پژوهش‌های داخلی در حوزه منابع انسانی بخش سلامت، طبیبی (۱۳۸۲) به ارائه الگویی برای برنامه‌ریزی استراتژیک توسعه منابع انسانی در بیمارستان‌ها پرداخته است. نجفی (۱۳۸۳) اصولی اساسی برای مدیریت و بهره‌وری در بخش سلامت را موردتوجه قرار داده است. دلگشایی، طیبی و پهلوان (۱۳۸۶) با استفاده از فن دلفی الگوی مدیریت منابع انسانی در بخش بهداشت و درمان را ارائه کرده‌اند. یافته‌های آن‌ها از این ایده که توسعه منابع انسانی باید بخش مهمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار بگیرد حمایت می‌کند. اقبال، یارمحمدیان و سیادت (۱۳۸۷) براساس مدل تعالی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت^۶ به ارزیابی عملکرد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌پردازند. خامدا (۱۳۸۸) به بررسی مدیریت آموزش، توسعه منابع انسانی و مدیریت دانش در مدیریت درمان تأمین اجتماعی قزوین می‌پردازد و نشان می‌دهد که مدیریت آموزش و توسعه منابع انسانی و مدیریت دانش این بخش در سطح نامطلوبی قرار دارد. طبیبی، وطن‌خواه، نصیری پور و وحدت (۱۳۹۰) با شناسایی

1. Zhu (2004)
2. Clarke (2005)
3. Crouse et al. (2011)
4. Bates (2014)
5. Baek & Kim (2014)
6. EFQM

7. Q Methodology
8. Factor Analysis
9. William Stephenson (1930)

این کار برای ۲۴ مأخذ پژوهشی، به استخراج ۱۶۲ تیم انجامید. پس از استخراج تیم‌های مصاحبه‌ها و پیشینه اقدام به مقوله‌بندی آنها شد. نتیجه مقوله‌بندی ۱۹۸ تیم مصاحبه‌ها به استخراج ۵۵ مقوله و انجام این کار برای ۱۶۲ تیم پیشینه به ایجاد ۴۸ مقوله مجزا انجامید. بنابراین مجموعاً تعداد ۱۰۳ مقوله، فضای گفتمان پژوهش حاضر را تشکیل داد. در میان این مقوله‌ها، مقوله‌های مشابه وجود داشتند که نیاز بود پیش از اقدام به انتخاب نمونه عبارات کیو، این مشابهت‌ها در نظر گرفته شود. لذا در مرحله‌ای مجزا اقدام به ترکیب مقوله‌های مستخرج از مصاحبه‌ها و پیشینه تجربی شد. با این اقدام تعداد ۱۰۳ مقوله مذکور به ۶۱ مقوله تقلیل یافت.

در مرحله سوم باید تعداد مناسبی از عبارات فضای گفتمان به عنوان نمونه کیو انتخاب شود. در این مورد مک‌کنون و توماس، تعدادی بین ۳۰ تا ۱۰۰ عبارت و کرلینجر^۵، تعدادی بین ۶۰ تا ۹۰ عبارت را ذکر می‌کنند. دایز^۶، ضمن آنکه معتقد است هیچ ملاک قطعی برای تعداد عبارات وجود ندارد، به ۲۰ تا ۶۰ عبارت اشاره می‌کند (به نقل از خوشگویان فرد، ۱۳۸۶، ۴۱-۴۲). در این پژوهش از میان ۶۱ مقوله، تعداد ۴۴ مقوله به عنوان عبارات نمونه کیو انتخاب شد. نتایج مراحل بالا در جدول (۱) نشان داده شده است. در این جدول مقوله‌های نهایی یا همان عبارات نمونه کیو، به همراه تیم‌های تشکیل‌دهنده هر یک از آنها آمده است. عدد کنار هر عبارت به کد عبارات کیو در مرتب‌سازی آنها اشاره می‌کند.

پس از انتخاب عبارات نمونه کیو، در مرحله چهارم نمونه افراد^۷ که قرار است ذهنیت‌های آنها پیرامون موضوع موردنظر شناسایی شود، برای مرتب‌سازی کیو انتخاب می‌شوند. مطالعات، تعداد متفاوتی برای انتخاب مشارکت‌کنندگان بیان کرده‌اند. برای مثال مک‌کنون و توماس تعداد ۵۰ تا ۱۰۰ مشارکت‌کننده، را مناسب می‌داند (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶، ۴۷). بروور^۸ (۱۹۹۹) معتقد است تعداد مشارکت‌کنندگان باید کمتر از تعداد عبارت کیو باشد. در روش‌شناسی آر پیشنهاد می‌شود که تعداد مشارکت‌کنندگان حداقل دو برابر تعداد نمونه باشد. همین اصل به طور معکوس برای روش‌شناسی کیو پیشنهاد می‌شود. یعنی تعداد مشارکت‌کنندگان باید نصف تعداد عبارات نمونه کیو باشد (دانایی فرد، حسینی و شیخها، ۱۳۹۲، ص ۶۳). در این پژوهش با اتکا به دو اصل بالا، تعداد ۲۶ نفر به عنوان

این روش‌شناسی دربرگیرنده مراحل مختلفی است که در ادامه به تفصیل بیان می‌شود.

۴- گام‌های اجرایی پژوهش

در پژوهش کیو، در مرحله نخست، موضوع پژوهش انتخاب می‌شود. در مرحله دوم محتوای فضای گفتمان^۱، گردآوری و ارزیابی می‌شود. در این پژوهش فضای گفتمان، هم از منابع دست اول (انجام مصاحبه) و هم از منابع دست دوم (پیشینه پژوهشی) گردآوری شد. از طریق انجام ۱۶ مصاحبه با خبرگان و دست‌اندرکاران بخش سلامت، به گردآوری اطلاعات گوناگونی که بتواند ذهنیت‌ها و دیدگاه‌های آنان را نسبت به عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی نشان دهد، پرداخته شد. این مصاحبه‌شوندگان با روش نمونه‌گیری غیراحتمالی هدفمند انتخاب شدند. اطلاعات مصاحبه‌ها با فن تحلیل تیم (براون و کلارک^۲، ۲۰۰۶، ص ۸۶، به نقل از خواستار، ۱۳۸۸) تحلیل شدند. برای تحلیل داده‌های مصاحبه، از سه آیتم برای کدگذاری استفاده شد. به مثال زیر توجه کنید:

«در صورتی که ما به مسائل روحی و روانی کارکنان در بخش سلامت توجه نکنیم، اون‌ها دچار رخوت در انجام کارشون می‌شن. این رخوت باعث کم شدن انگیزش اونا میشه و لذا در برنامه‌های منابع انسانی با شکست مواجه میشیم {۳۱۲}». این کد به سه آیتم دسته‌بندی می‌شود. عدد اول از سمت چپ نشان‌دهنده شماره کد مصاحبه است. حرف انگلیسی (I^۳) به مصاحبه‌شونده و عدد آخر سمت راست نیز نشان‌دهنده شماره مصاحبه‌شونده است. کد {۳۱۲} در این مثال نشان‌دهنده سومین کد مصاحبه با دومین مصاحبه‌شونده است. نتیجه تحلیل داده‌های ۱۶ مصاحبه با روش بالا به استخراج تعداد ۱۹۸ تیم انجامید. برای تیم‌های استخراجی از پیشینه نیز، چنین رویه‌ای در پیش گرفته شد. با این تفاوت که از حرف انگلیسی L^۴ برای اشاره به مأخذ پژوهش استفاده شد. پس از دستیابی به پژوهش موردنظر، یافته‌ها و نتایج آن موردبررسی قرار می‌گرفت و رهنمودهای مستقیم یا ضمنی آن برای مدیران و دست‌اندرکاران بخش سلامت در رابطه با عوامل مؤثر در موفقیت توسعه منابع انسانی استخراج می‌شدند. این عمل برای پژوهش‌های داخلی و پژوهش‌های خارجی انجام شد و نتیجه

1. Concourse

2. Braun & Clarke (2006)

۳. حرف نخست واژه Interviewee به معنای مصاحبه‌شونده

۴. حرف نخست واژه Literature به معنای ادبیات پژوهشی

5. Kerlinger

6. Donner

7. P-sample or Person-Sample

8. Brouwer (1999)

مشارکت کنندگان انتخاب شدند. انتخاب مشارکت کنندگان بر «اربطات نزدیک آن‌ها با موضوع پژوهش»، «ذی‌نفع احتمالی هدفمند انجام شد. بودن» و «اهمیت حضور آنها در پژوهش» و با نمونه‌گیری غیر

جدول ۱. عبارات نمونه کیو و تیم‌های تشکیل دهنده آن‌ها

عبارت نمونه کیو و کد آن	کد تیم‌های پیشینه	کد تیم‌های مصاحبه‌ها
۱) وجود نظام آموزشی پیشرفته و پویا (نیازسنجی، اجرا و ارائه آموزش مستمر و ارزشیابی اثربخشی آموزش) برای بهبود مستمر شایستگی‌های منابع انسانی	{1L1}- {4L2}- {15L2}- {9L6}- {1L16}- {16L17}- {1L9}- {5L22}- {2L9}- {2L24}	{4I1}- {7I2}- {10I2}- {5I3}- {3I4}- {4I5}- {8I11}- {4I13}- {10I14}- {1I15}- {2I15}- {3I15}- {4I16}- {4I15}
۲) توسعه و تغییر مستمر سازمانی در بخش سلامت	{2L1}- {12L10}	
۳) برنامه‌ریزی کار راه و ارتقاء شغلی برای منابع انسانی بخش سلامت مبتنی بر نظام شایسته‌سالاری	{3L1}- {12L18}	{12I5}- {11I7}- {3I7}- {10I8}- {11I13}- {3I16}- {16I15}
۴) طراحی مشاغل غنی، معنادار، مهم و چالشی	{4L1}- {5L9}- {11L10}- {12L2}	{9I2}- {8I4}
۵) برنامه‌ریزی دقیق منابع انسانی (سنجش دقیق عرضه و تقاضای نیروی انسانی و اطمینان از کمیت و کیفیت مناسب منابع انسانی)	{5L1}- {5L2}- {3L14}- {6L6}- {4L10}- {3L17}	{2I4}- {9I7}- {10I10}- {12I14}
۶) وجود سیستم مدیریت عملکرد نظام‌مند	{6L1}- {14L2}- {18L17}- {5L21}- {7L20}	{2I1}- {7I1}- {12I3}- {9I8}- {6I11}- {4I14}- {14I14}
۷) نظام قدردانی، جبران خدمات و مزایای عادلانه	{8L1}- {8L2}- {3L19}- {5L23}	{5I1}- {4I2}- {8I2}- {7I4}- {13I4}- {7I5}- {10I5}- {14I5}- {5I12}- {7I14}- {13I15}- {2I16}- {11I8}
۸) مبتنی کردن برنامه‌های ت.م.ا بر فن‌آوری‌ها، رویکردها، پژوهش‌ها و روش‌های علمی و نوین	{10L1}- {11L1}- {6L2}- {1L7}- {6L10}- {5L17}- {15L17}- {17L17}- {7L18}- {9L18}	{2I2}- {11I3}- {15I3}- {16I5}- {13I7}
۹) تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی برای ت.م.ا و توزیع مناسب آن	{1L2}- {3L20}- {7L6}- {1L10}- {3L15}- {6L15}- {9L17}	{12I4}- {4I6}- {3I9}- {8I10}- {4I12}- {7I15}
۱۰) وجود و مشارکت خیرگان و متخصصان حرفه‌ای باتجربه در برنامه‌ریزی ت.م.ا.	{2L2}- {4L22}- {3L10}- {2L20}	
۱۱) وجود و مشخص بودن سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها، اهداف و استراتژی‌های کلان حوزه ت.م.ا. بخش سلامت و بازتاب آن‌ها در اسناد بالادستی	{2L6}- {5L6}- {10L2}- {4L14}- {13L17}- {1L11}- {2L11}- {4L20}- {1L22}- {2L22}	
۱۲) سازگاری، هم‌ردیفی و انسجام میان برنامه‌های ت.م.ا. و سایر برنامه‌ها، سیاست‌ها و قوانین و مقررات	{11L2}- {2L7}- {3L2}- {5L15}- {1L17}- {6L22}	{8I13}
۱۳) حمایت، تعهد و مشارکت همه‌جانبه مدیران عالی، رهبران و خیرگان بخش سلامت از برنامه‌های ت.م.ا.	{13L2}- {4L7}- {10L10}- {2L12}- {10L17}- {1L20}- {4L23}- {1L18}- {6L20}	{1I2}- {2I3}- {4I9}- {2I11}- {5I11}- {6I12}- {20I14}- {1I15}
۱۴) اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی در ت.م.ا.	{1L4}- {16L18}	{2I7}- {8I9}
۱۵) تحول و اصلاح فرآیندها، ساختار (برای مثال تمرکززدایی و توسعه نهادهای نیمه‌مستقل و انجمن‌های حرفه‌ای) و قوانین بخش سلامت	{1L6}- {14L17}- {7L15}- {6L17}- {7L17}- {8L17}- {7L21}- {8L21}	{9I3}- {15I5}- {12I7}- {7I13}- {19I15}- {8I16}
۱۶) تغییر نگرش و نگاه متخصصان و سیاست‌گذاران ت.م.ا. به ماهیت منابع انسانی	{3L7}- {16L10}- {5L14}	{1I3}- {4I3}- {2I6}- {17I14}- {7I11}
۱۷) ارتباطات و گفت‌وگو میان سطوح و اعضای مختلف بخش سلامت	{3L9}- {3L21}- {1L23}	{5I4}- {8I15}- {12I15}
۱۸) ارزیابی برنامه‌های گذشته به منظور تدوین برنامه‌های آینده (یادگیری و کسب تجربه از گذشته با استقرار سیستم مدیریت دانش)	{1L5}- {2L5}- {4L9}- {4L6}- {1L15}- {8L18}- {5L20}- {3L22}	{1I17}- {1I8}- {2I10}- {3I10}- {5I10}- {9I11}- {3I12}- {5I14}- {8I14}- {9I14}- {5I15}- {10I15}- {5I16}
۱۹) وجود فرهنگ و محیط حامی یادگیری رسمی و غیررسمی در بخش سلامت	{6L9}- {5L10}- {8L10}- {9L10}- {14L10}- {15L10}- {13L18}- {3L24}- {18L18}	
۲۰) ایجاد و حفظ انگیزش لازم در منابع انسانی بخش سلامت با تأمین نیازهای آن‌ها	{7L10}- {8L20}	{5I2}- {9I5}- {7I7}- {11I0}- {6I10}- {3I13}- {2I14}- {15I15}- {1I16}
۲۱) اتخاذ رویکرد جامع، استراتژیک و سیستمی به مقوله ت.م.ا. در	{8L14}- {2L10}- {9L20}- {2L21}	{7I6}- {12I8}- {4I10}- {7I10}

عبارت نمونه کیو و کد آن	کد تم‌های پیشینه	کد تم‌های مصاحبه‌ها
بخش سلامت		
۲۲ مشارکت همه ذی‌نفعان بخش سلامت (کارکنان، انجمن‌های حرفه‌ای و نهادهای علمی آموزش) در برنامه‌های ت.م.ا.	{1L3}- {3L6}- {13L10}- {7L14}- {4L17}- {3L18}- {14L18}- {2L19}- {4L22}- {3L12}- {6L21}- {3L23}	{6I3}- {1O13}- {13I5}- {4I8}- {6I9}- {7I9}- {11I11}
۲۳ آینده‌نگری و نگرش بلندمدت برای ت.م.ا.	{1L13}- {10L18}- {4L15}	{5I6}- {10I13}
۲۴ محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها (بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها)	{1L24}- {2L17}	{14I3}- {9I4}- {14I11}- {19I14}
۲۵ هماهنگی، همکاری و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت (بخش دولتی و خصوصی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، بدنه عملیاتی و نظام آموزشی کلان) براساس آرمانی مشترک	{8L6}- {10L6}- {12L17}- {11L18}- {1L21}	{4I4}
۲۶ شناخت و بینش کامل کارکنان از مأموریت، اهداف و مختصات بخش سلامت و برنامه‌های آن	{2L18}- {5L18}- {1L19}- {4L21}	{9I15}
۲۷ تناسب و انطباق شاغل (ویژگی‌های شخصیتی، قابلیت‌ها و استعدادهای آن‌ها) با شغل (نیازمندی‌ها و تقاضاهای شغل)	{7L1}	{1I4}- {10I6}- {5I7}- {2I8}
۲۸ طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل (مشخص بودن ارزش و میزان استراتژیک بودن مشاغل)	{7L2}- {3L11}- {2L14}	
۲۹ وجود نظام رسمی کارمندیابی، جذب و استخدام خوب به‌منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد	{9L2}- {2L15}	{1I1}- {1I5}- {16I3}- {1I12}- {9I16}
۳۰ محوریت انسان در برنامه‌ها و اعتقاد راسخ به کلیدی بودن آن در تحول و توسعه بخش سلامت	{1L8}- {6L14}- {4L19}- {15L10}	{5I8}- {6I14}
۳۱ تدوین برنامه‌ها مبتنی بر تقاضاها و نیازهای واقعی در بخش سلامت (محوریت مشتری و کیفیت خدمات)	{4L11}- {4L18}	{6I5}- {1I9}- {12I11}- {7I12}- {1I13}- {2I114}- {12I13}
۳۲ توجه به بافت سیاسی، فرهنگی و اجتماعی در برنامه‌های ت.م.ا. (کسب مشروعیت از محیط نهادی)	{1L12}	{3I3}- {17I5}- {2I9}- {2I12}- {1I14}
۳۳ وجود برنامه‌های عملیاتی توسعه منابع انسانی به شکل مکتوب و مستند	{6L18}	
۳۴ وجود اعتماد دوجانبه میان کارکنان و مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت	{2L23}	{3I8}
۳۵ ایجاد علاقه، عشق و وجدان کاری در منابع انسانی به بخش سلامت		{6I1}- {7I3}- {1I14}- {3I5}- {3I6}- {8I6}- {9I6}- {4I7}- {5I9}- {5I13}- {16I14}
۳۶ وجود ساختار، سیستم و فرآیندهای حمایتگر در سازمان		{8I3}- {3I11}- {10I11}- {6I13}- {17I15}
۳۷ حمایت بافت سیاسی، فرهنگی و اجتماعی از برنامه‌های ت.م.ا.		{7I16}- {1I11}
۳۸ اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور در تربیت نیروی انسانی		{1I6}- {15I14}- {18I14}
۳۹ کمک، مشاوره و ایفای نقش مربی‌گری به‌منظور جانشین‌پروری و هم‌تاسازی	{9L1}	{6I16}- {14I15}
۴۰ ضمانت، قدرت اجرایی و قاطعیت در اجرای برنامه‌های ت.م.ا.		{9I10}- {13I11}- {13I14}
۴۱ عطش و اراده توسعه شایستگی‌ها در منابع انسانی		{4I11}- {18I15}
۴۲ ثبات مدیریتی در بخش سلامت		{8I8}
۴۳ قابلیت انعطاف برنامه‌های ت.م.ا.		{10I7}
۴۴ بهبود کیفیت زندگی کاری	{15L18}- {17L18}	{3I1}- {3I2}- {6I2}- {13I3}- {6I4}- {10I4}- {5I5}- {8I5}- {1I15}- {6I6}- {6I7}- {8I7}- {6I8}- {7I8}- {2I13}- {9I13}- {3I14}- {11I14}- {6I15}

۶- تحلیل آماری داده‌های حاصل از مرتب‌سازی (تحلیل عاملی کیو)

در این مرحله از رویه پژوهش‌های کمی، برای شناسایی ذهنیت‌های مشابه بین مشارکت‌کنندگان و با کاربرد تحلیل عاملی کیو استفاده می‌شود. روش تحلیل عاملی، اصلی‌ترین روش آماری برای تحلیل ماتریس داده‌های کیو است. مبنای این روش، همبستگی میان «افراد» است. از این‌رو از عبارت «تحلیل عاملی کیو» استفاده می‌شود تا تأکید شود در این فرآیند، افراد به جای متغیرها دسته‌بندی می‌شوند. با وجود این، به لحاظ آماری هیچ اختلافی بین تحلیل عاملی کیو و تحلیل عاملی عادی وجود ندارد (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶، ۶۷-۶۸).

جهت انجام تحلیل عاملی از ماتریس همبستگی استفاده شد. عامل‌ها به روش واریماکس^۵ که نوعی چرخش متعامد است، چرخش یافتند. اعداد استخراج‌شده از تحلیل عاملی کیو به روش مؤلفه‌های اصلی بود. جدول کل واریانس تبیین شده (جدول ۲) نشان می‌دهد که نرم‌افزار با توجه به دیدگاه مشارکت‌کنندگان جمعاً ۹ عامل را (که مقادیر ویژه آنها بالای ۱ است) شناسایی و این ۹ عامل در حدود ۷۶.۲۱۲ درصد واریانس را تبیین می‌کنند. در این جدول بیشترین واریانس تبیین‌شده مربوط به عامل اول (۱۴.۱۶۱) و دوم (۱۱.۳۵۷) بوده و بعد از آن‌ها به ترتیب هر یک از عامل‌های سوم، چهارم، پنجم، ششم، هفتم، هشتم و نهم، با مقادیر (۹.۳۳۳)، (۷.۶۶۳)، (۷.۱۰۷)، (۷.۰۱۸)، (۷.۰۱۴)، (۶.۵۷۶) و (۵.۹۸۳) در رتبه‌های بعدی قرار دارند. حال باید دید کدام‌یک از مشارکت‌کنندگان باعث ایجاد هر یک از الگوهای ذهنی شده‌اند. به عبارت دیگر نمایندگان الگوهای ذهنی ۱ تا ۹ کدام‌یک از مشارکت‌کنندگان هستند؟ برای پاسخ به سؤال فوق از جدول ماتریس چرخش یافته (جدول ۳) استفاده می‌شود. اما پیش از پاسخ به این سؤال باید دید که آیا اعداد این جدول، یعنی بارهای عاملی، معنادار هستند یا خیر؟ اگر قدرمطلق بار عاملی از $\frac{1.96}{\sqrt{n}}$ بزرگتر باشد، آنگاه آن بار عاملی با اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار است. مقدار n برابر با تعداد کارت‌های کیو است (خوشگویان فرد، ۱۳۸۶، ۷۵). حاصل کسر $\frac{1.96}{\sqrt{44}}$ برابر با ۰.۲۹۵۵ است. از آنجایی که قدر مطلق بارهای عاملی شناسایی‌شده برای هر مشارکت‌کننده از این مقدار بیشتر است، می‌توان گفت که بارهای عاملی رنگی شده با اطمینان ۹۵٪ معنی‌دار هستند.

در مرحله پنجم، عبارات نمونه کیو که هر کدام بر روی کارت -هایی به نام دسته‌های کیو نوشته شده بودند، برای مرتب‌سازی در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفتند. نمونه افراد کیو با استفاده از نمودار کیو^۱ به مرتب‌سازی کارت‌ها پرداختند. برای این کار از نمودار کیو با توزیع شبه نرمال استفاده شد. این نمودار (نمودار ۱) حاوی ۴۴ خانه است. پس از مرتب‌سازی کارت‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، نحوه امتیازدهی هر کدام از آن‌ها، توسط فرم مخصوصی ثبت شد. داده‌های حاصل از مرتب‌سازی در نرم‌افزار SPSS وارد شدند تا به کمک تحلیل عاملی کیو (مراحل کمی پژوهش کیو) ذهنیت‌های مختلف این مشارکت‌کنندگان شناسایی شوند.

۵- روایی و پایایی در روش کیو

برای روش‌شناسی کیو سه نوع روایی به نام‌های روایی محتوا، روایی صوری، و روایی مرتب‌سازی^۲ مطرح است (اختر-دانش و همکاران^۳، ۲۰۰۸) برای مرتب‌سازی کیو، پایایی نیز قابل‌طرح است. یعنی می‌توان پرسید که آیا یک مشارکت‌کننده یک دسته کارت را با دستورالعمل یکسان در تکرارهای مختلف به یک شکل مرتب می‌کند؟ ضریب همبستگی بالاتر از ۰/۸ به عنوان پایایی خوب برای یک مطالعه کیو در نظر گرفته می‌شود (اختر-دانش، بامن و کوردینگلی، ۲۰۰۸). در این پژوهش به منظور بالا بردن روایی محتوا علاوه بر اینکه عبارات حاصل از مصاحبه‌ها با عبارات پیشینه مقایسه و ارزیابی شد، با نظرسنجی از خبرگان نیز بر روایی محتوا افزوده شد. نظرات این نظرسنجی‌ها از خبرگان به تغییراتی در شکل، مفهوم، تعداد کلمات، و سادگی عبارات منجر شد که خود روایی صوری این پژوهش را نیز ارتقاء بخشید. علاوه بر آن بازخوردهایی که پژوهشگر هنگام مرتب‌سازی کارت‌ها از مشارکت‌کنندگان دریافت می‌کرد، نمایانگر آن بود که عبارات مناسبی برای فهم موضوع پژوهش انتخاب شده است. برای سنجش اعتبار یا پایایی پژوهش نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. آلفای کرونباخ این پژوهش برای تعداد ۲۶ مشارکت‌کننده، (۰.۸۱) است که بیانگر قابلیت اعتماد بالای عبارات نمونه کیو و نتایج مرتب‌سازی آن‌ها در نمودار کیو است.

1. Q-Diagram
2. Q-Sorting Validity
3. Akhtar-Danesh et al. (2008)

4. Q-Factor Analysis
5. Varimax

جدول ۲. جدول کل واریانس تبیین شده

الگوهای ذهنی	مقادیر ویژه			مقادیر ویژه عوامل استخراجی بدون چرخش			مقادیر ویژه عوامل استخراجی با چرخش		
	کل	درصد واریانس	درصد جمع تراکمی	کل	درصد واریانس	درصد جمع تراکمی	کل	درصد واریانس	درصد جمع تراکمی
1	5.397	20.757	20.757	5.397	20.757	20.757	3.682	14.161	14.161
2	3.617	13.912	34.669	3.617	13.912	34.669	2.953	11.357	25.518
3	2.528	9.724	44.393	2.528	9.724	44.393	2.426	9.333	34.851
4	2.022	7.777	52.170	2.022	7.777	52.170	1.992	7.663	42.514
5	1.397	5.374	57.544	1.397	5.374	57.544	1.848	7.107	49.621
6	1.381	5.311	62.855	1.381	5.311	62.855	1.825	7.018	56.639
7	1.218	4.684	67.539	1.218	4.684	67.539	1.824	7.014	63.653
8	1.195	4.595	72.134	1.195	4.595	72.134	1.710	6.576	70.229
9	1.060	4.079	76.212	1.060	4.079	76.212	1.556	5.983	76.212
10	.863	3.319	79.532						
11	.798	3.069	82.600						
12	.687	2.643	85.243						
13	.617	2.373	87.617						
14	.514	1.977	89.594						
15	.475	1.826	91.420						
16	.412	1.584	93.003						
17	.372	1.431	94.434						
18	.287	1.104	95.537						
19	.284	1.091	96.628						
20	.212	.817	97.446						
21	.203	.782	98.228						
22	.162	.623	98.850						
23	.096	.369	99.220						
24	.078	.301	99.520						
25	.076	.291	99.811						
26	.049	.189	100.000						

جدول ۳. ماتریس چرخش یافته عاملها

مشارکت کنندگان	الگوهای ذهنی								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
P23	.867	-.140	-.021	-.081	-.096	.027	.047	.016	-.006
P26	.845	.039	.064	-.227	-.108	-.100	-.022	-.028	-.161
P06	.648	.114	-.076	.024	-.088	-.087	.056	.022	.340
P20	.622	.070	.322	-.112	.516	-.040	.105	-.116	.027
P02	.595	.120	.211	.216	.123	.291	.188	.089	.288
P25	.583	-.209	-.109	.371	.104	-.051	.443	.243	-.067
P08	.537	-.090	.289	.072	.363	.306	.039	.069	-.032
P03	-.093	.845	.103	-.111	.120	.042	.107	.052	.141
P21	-.251	.732	-.048	-.079	-.015	.058	-.032	-.361	.217
P16	.375	.677	.228	.141	.011	.038	.114	-.050	-.122
P17	.018	.627	-.177	.210	.403	.317	-.201	-.028	.217
P12	.105	.044	.866	-.186	.129	.045	.133	-.007	-.045
P10	.100	.093	.685	.527	.057	.221	-.218	-.063	-.074
P01	.002	.415	.454	.288	.438	-.225	.051	-.143	.172
P15	-.139	-.039	.011	.898	.028	.023	.134	-.067	.055
P11	.039	.424	-.158	.427	-.215	-.034	.386	.290	-.335
P24	-.036	.120	.369	.396	-.049	.381	.227	-.118	-.223
P05	-.069	.264	.151	-.017	.789	.262	.024	-.099	.124
P18	-.056	.072	.085	.021	.118	.885	.080	.086	-.030
P22	.178	.089	.079	.057	.059	.064	.917	.019	.068
P13	.003	-.014	.483	.223	.038	.245	.496	-.207	.184
P04	.069	-.095	-.087	-.108	-.031	.065	-.037	.858	-.023
P14	.278	.329	.185	.037	.139	.490	.018	-.573	-.008
P19	.139	.149	.362	.204	-.130	.278	.330	.482	-.030
P07	.037	.135	-.085	-.002	.138	-.080	.098	-.040	.799
P09	.175	.357	.203	-.024	-.509	.151	-.088	-.018	.547

کم‌ترین موافقت					بیشترین موافقت					
-۵	-۴	-۳	-۲	-۱	۰	+۱	+۲	+۳	+۴	+۵
۲۴	۱۷	۲۰	۴	۷	۳	۹	۲	۸	۱۱	۱
۴۲	۱۹	۳۴	۲۶	۱۲	۵	۱۰	۱۶	۱۴	۱۵	۳۸
	۲۵	۳۵	۲۸	۲۹	۶	۱۳	۲۱	۳۹	۲۳	
		۳۶	۳۲	۳۱	۱۸	۳۳	۳۰	۴۰		
			۳۷	۴۳	۲۲	۴۱	۴۴			
					۲۷					

نمودار ۱. آرایه عاملی نخست در قالب نمودار کیو

همان‌طور که در جدول (۳) مشخص است، مشارکت‌کنندگان P08، P20، P23، P25، P26 و P26، که در شناسایی عامل یا الگوی ذهنی اول مشترک هستند عوامل ۱، ۳۸، ۱۱، ۱۵، و ۲۳ را به‌عنوان مهم‌ترین و عوامل ۲۴، ۴۲، ۱۷، ۱۹، و ۲۵ را به‌عنوان کم‌اهمیت‌ترین آن‌ها شناسایی کرده‌اند. چنین تحلیلی برای امتیازهای عاملی همه ۹ الگوهای ذهنی دیگر برقرار است.

همان‌طور که در جدول (۳) مشخص است، مشارکت‌کنندگان P02، P06، P08، P20، P23، P25، P26 و P26 به‌صورت مشترک الگوی ذهنی اول را شناسایی کرده‌اند. به همین ترتیب مشارکت‌کنندگان P03، P16، P17، P21 و P21، به‌صورت مشترک الگوی ذهنی دوم، مشارکت‌کنندگان P01، P12 و P10، به‌صورت مشترک الگوی ذهنی سوم، مشارکت‌کنندگان P11، P15 و P24، به‌صورت مشترک الگوی ذهنی چهارم، مشارکت‌کننده P05، خود به‌تنهایی الگوی ذهنی پنجم، مشارکت‌کنندگان P18، به‌تنهایی الگوی ذهنی ششم، مشارکت‌کنندگان P13 و P22 به‌صورت مشترک الگوی ذهنی هفتم، مشارکت‌کنندگان P04، P14، P19 و P19، به‌صورت مشترک الگوی ذهنی هشتم، و مشارکت‌کنندگان P07 و P09، به‌صورت مشترک الگوی ذهنی نهم را شناسایی کرده‌اند.

۷- بحث و نتیجه‌گیری: تفسیر الگوهای ذهنی

در این پژوهش مجموعاً ۴۴ عامل اثرگذار بر موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، شناسایی و در جدول (۱) گزارش شدند. برای شناسایی عوامل حیاتی موفقیت در هر الگوی ذهنی، از آرایه‌ها و امتیازهای عاملی هر الگو استفاده شد. عبارت‌ها یا عواملی که در خانه‌های +۵ و +۴ هر الگوی ذهنی قرار گرفته بودند، به ترتیب اندازه بارهای عاملی آن‌ها به‌عنوان عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت انتخاب شدند. این عوامل در جدول (۴) و در هر الگوی ذهنی ارائه شده‌اند. الگوی ذهنی نخست، قوی‌ترین الگوی ذهنی در میان مشارکت‌کنندگان این پژوهش است. به‌عبارت‌دیگر عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی بخش سلامت بر اساس این الگوی ذهنی، از اهمیت بیشتری برخوردار هستند. در ادامه به تفسیر الگوهای ذهنی کشف‌شده می‌پردازیم.

امتیازها و آرایه‌های عاملی هر الگوی ذهنی برای بررسی امتیازهای عاملی الگوی ذهنی، از اطلاعات داده‌های اولیه نمودار کیو و همچنین از جدول بارهای عاملی استفاده شد. محاسبه امتیازهای عاملی و رتبه‌بندی آن‌ها به‌منظور استخراج آرایه‌های عاملی (نحوه چیدمان کارت‌ها در هر الگوی ذهنی) با نرم‌افزار SPSS انجام شد. نمودار (۱)، آرایه‌های عاملی الگوی ذهنی نخست را برای نمونه نشان می‌دهد. با توجه به ماتریس چرخش‌یافته، مشارکت‌کنندگان P06، P02،

جدول ۴. عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی بخش سلامت در هر الگوی ذهنی

الگوی ذهنی	عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در هر الگوی ذهنی
نخست	۱. وجود نظام آموزشی پیشرفته و پویا
	۲. اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت
	۳. وجود سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، اهداف و استراتژی‌های کلان حوزه توسعه منابع انسانی
	۴. تحول و اصلاح فرآیندها، ساختار و قوانین بخش سلامت
	۵. آینده‌نگری و نگرش بلندمدت برای توسعه منابع انسانی
دوم	۱. وجود سیستم مدیریت عملکرد نظام‌مند
	۲. مشارکت دادن همه ذی‌نفعان بخش سلامت در برنامه‌های توسعه منابع انسانی
	۳. وجود نظام قدردانی، جبران خدمات و پرداخت مزایای عادلانه
	۴. آینده‌نگری و نگرش بلندمدت برای توسعه منابع انسانی
	۵. ایجاد علاقه، عشق و وجدان کاری در منابع انسانی نسبت به بخش سلامت
سوم	۱. وجود و مشارکت خبرگان و متخصصان حرفه‌ای باتجربه در برنامه‌ریزی توسعه منابع انسانی

عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در هر الگوی ذهنی	الگوی ذهنی
۲. وجود نظام رسمی کارمندیابی، جذب و استخدام به منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد ۳. تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی برای توسعه منابع انسانی و توزیع مناسب آن ۴. محوریت انسان در برنامه‌ها و اعتقاد راسخ به کلیدی بودن آن در تحول و توسعه بخش سلامت ۵. ضمانت، قدرت اجرایی و قاطعیت در اجرای برنامه‌های توسعه منابع انسانی	
۱. تناسب و انطباق شاغل با شغل ۲. طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل (مشخص بودن ارزش و میزان استراتژیک بودن مشاغل) ۳. وجود برنامه‌ریزی کارراهه و ارتقاء شغلی مبتنی بر نظام شایسته‌سالاری در بخش سلامت ۴. وجود سیستم مدیریت عملکرد نظام‌مند ۵. وجود نظام قردانی، جبران خدمات و پرداخت مزایای عادلانه	چهارم
۱. تحول و اصلاح فرآیندها، ساختار و قوانین بخش سلامت ۲. ثبات مدیریتی در بخش سلامت ۳. محوریت انسان در برنامه‌ها و اعتقاد راسخ به کلیدی بودن آن در تحول و توسعه بخش سلامت ۴. وجود برنامه‌ریزی کارراهه و ارتقاء شغلی مبتنی بر نظام شایسته‌سالاری در بخش سلامت ۵. وجود نظام رسمی کارمندیابی، جذب و استخدام به منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد	پنجم
۱. تغییر نگرش و نگاه متخصصان و سیاست‌گذاران توسعه منابع انسانی به ماهیت منابع انسانی ۲. هماهنگی، همکاری و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت ۳. حمایت همه‌جانبه مدیران عالی، رهبران و خبرگان بخش سلامت از برنامه‌های توسعه منابع انسانی ۴. اتخاذ رویکرد جامع، استراتژیک و سیستمی به مقوله توسعه منابع انسانی در بخش سلامت ۵. تدوین برنامه‌ها مبتنی بر تقاضاها و نیازهای واقعی در بخش سلامت	ششم
۱. وجود ساختار، سیستم و فرآیندهای حمایتگر از توسعه منابع انسانی در بخش سلامت ۲. وجود عطش و اراده توسعه شایستگی‌ها در منابع انسانی بخش سلامت ۳. وجود نظام آموزشی پیشرفته و پویا ۴. تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی برای توسعه منابع انسانی و توزیع مناسب آن ۵. وجود سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، اهداف و استراتژی‌های کلان حوزه توسعه منابع انسانی	هفتم
۱. محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها (بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها) ۲. وجود نظام رسمی کارمندیابی، جذب و استخدام به منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد ۳. وجود سیستم مدیریت عملکرد نظام‌مند ۴. حمایت همه‌جانبه مدیران عالی، رهبران و خبرگان بخش سلامت از برنامه‌های توسعه منابع انسانی ۵. اتخاذ رویکرد جامع، استراتژیک و سیستمی به مقوله توسعه منابع انسانی در بخش سلامت	هشتم
۱. وجود نظام قردانی، جبران خدمات و پرداخت مزایای عادلانه ۲. ایجاد و حفظ انگیزش لازم در منابع انسانی بخش سلامت با تأمین نیازهای آن‌ها ۳. اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی در توسعه منابع انسانی ۴. ایجاد علاقه، عشق و وجدان کاری در منابع انسانی نسبت به بخش سلامت ۵. بهبود کیفیت زندگی کاری منابع انسانی بخش سلامت	نهم

است. در همین زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان این الگوی ذهنی می‌گفت: «انتظار عملکرد بالا از نسل کنونی منابع انسانی، انتظاری واهی است. منابع انسانی در شرایط فعلی به‌گونه‌ای تربیت شده که بسیاری از برنامه‌های توسعه‌ای رو بر نمی‌تابد، ما نیازمند تحول در نگرش و شخصیت کارکنان بخش سلامت هستیم که این خود کاری بلندمدت و نیازمند هماهنگی با نظام آموزشی کشور و اصلاح این نظام». نمایندگان این الگوی ذهنی معتقدند که از دیگر الزامات برخورداری بخش سلامت از منابع انسانی توسعه‌یافته، وجود سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، و استراتژی‌های کلان در حوزه توسعه منابع انسانی در بخش سلامت است. آن‌ها بر این باورند که آینده‌نگری و نگرش بلندمدت برای توسعه منابع انسانی در بخش سلامت با وجود این سیاست‌ها امکان‌پذیر خواهد

الگوی ذهنی ۱: آینده‌گرایان تحول‌خواه: بر اساس ذهنیت مشارکت‌کنندگان این الگوی ذهنی، نخستین عامل موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، وجود نظام آموزشی پیشرفته و پویا (نیازسنجی، اجرا و ارائه آموزش مستمر و ارزشیابی اثربخشی آموزش) برای بهبود مستمر شایستگی‌ها و قابلیت‌های منابع انسانی است. از منظر مشارکت‌کنندگان این الگوی ذهنی، داشتن منابع انسانی توسعه‌یافته در بخش سلامت، یعنی افرادی که عملکرد بالایی دارند و دائماً در حال بهبود شایستگی و قابلیت‌های خود هستند، نیازمند نظام آموزشی مناسب است. افراد این الگوی ذهنی بر این باورند که علاوه بر وجود نظام آموزشی مناسب در بخش سلامت، اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور برای تربیت نیروی انسانی موردنیاز بخش سلامت لازم

بود و زمینه‌های توسعه منابع انسانی را فراهم خواهد کرد. همچنین در این الگوی ذهنی بر تحول و اصلاح فرآیندها، ساختار و قوانین حاکم بر بخش سلامت تأکید زیادی وجود دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان همین الگوی ذهنی در این رابطه می‌گفت: «ما باید در بخش سلامت به صورت فعالانه عمل کنیم نه منفعلانه. برا اینکه بتونیم فعالانه عمل کنیم، اول اینکه باید آینده نگر باشیم و دوم اینکه باید چابک باشیم، تا بتونیم سریع‌تر عمل کنیم. یعنی تا بخش سلامت در مورد توسعه منابع انسانی خودش نگرش بلندمدت نداشته باشه و تا ساختار این بخش اصلاح نشه، نمیتونیم آدم‌های توسعه‌یافته تو این بخش داشته باشیم».

در این الگوی ذهنی، محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها (بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها) در توسعه منابع انسانی برعکس آنچه در الگوی ذهنی هشتم وجود دارد، عامل کم‌اهمیتی محسوب می‌شود. یکی از مشارکت‌کنندگان الگوی ذهنی نخست در این مورد می‌گفت: «روش‌های منابع انسانی قابل‌تعمیم نیستن. یعنی روش‌ها و تجربه‌های کشورهای دیگه تو این مورد، خیلی به درد کشور ما نمی‌خورن. چون تو اکثر کشورهای موفق، مثل سوئد و کانادا، تنوع فرهنگی اونقدر زیاد نیست مثل ایران. برای همین تجربه‌های اون‌ها مناسب شرایط خودشونه». همچنین در الگوی ذهنی نخست، تأکید بسیار کمی بر هماهنگی و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت (بخش دولتی و خصوصی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، بدنه عملیاتی و نظام آموزشی کلان) وجود دارد، حال آنکه همین عامل یکی از عوامل حیاتی موفقیت در الگوی ذهنی ششم است. به‌طور خلاصه، نمایندگان «الگوی ذهنی نخست»، ضمن آنکه وجود نظام آموزشی پیشرفته و نظام‌مند در بخش سلامت را از حیاتی‌ترین عوامل موفقیت توسعه منابع انسانی می‌دانند، بر اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور و نیز اصلاح فرآیندها و ساختار بخش سلامت تأکید فراوانی دارند. در باور این افراد، اتخاذ نگاه آینده‌نگرانه و بلندمدت به مقوله توسعه منابع انسانی بخش سلامت در قالب سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها و استراتژی‌های کلان، در موفقیت توسعه منابع انسانی بسیار مهم است.

الگوی ذهنی ۲: طرفداران انگیزش. الگوی ذهنی دوم، نماینده مشارکت‌کنندگانی است که وجود سیستم مدیریت عملکرد نظام‌مند و مشارکت فعال همه ذی‌نفعان بخش سلامت (کارکنان، انجمن‌های حرفه‌ای و نهادهای علمی آموزش) در برنامه‌های توسعه منابع انسانی را حیاتی‌ترین عوامل موفقیت توسعه منابع انسانی در این بخش می‌دانند. این افراد اهمیت

رابطه این نظام با جبران خدمات را بسیار زیاد می‌دانند. آن‌ها معتقدند عدم وجود نظام ق‌ردانی و جبران خدمات عادلانه در بخش سلامت از اساسی‌ترین موانع داشتن منابع انسانی توسعه‌یافته است. یکی از مشارکت‌کنندگان این الگوی ذهنی در جریان مرتب‌سازی کارت‌های کیو می‌گفت: «کسای هستن که هم در بیمارستان آتیه کار می‌کنند و هم تو بیمارستان ارتش. اما عملکرد این آدم تو این دوتا بیمارستان زمین تا آسمون فرق داره. چون تو بیمارستان آتیه پرداخت مبتنی بر عملکرد وجود داره.. اما تو بیمارستان ارتش اینطور نیست. آدم همون آدمه، اما عملکردش تو این دوتا سیستم فرق داره». طرفداران این الگوی ذهنی بر وجود علاقه، عشق و وجدان کاری در منابع انسانی نسبت به بخش سلامت نیز تأکید زیادی دارند. در این رابطه یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «عشق و علاقه هم خیلی مهمه. کسی که به کارش یا برنامه‌ای که بهش دادن علاقه نداشته باشه، طبیعتاً تلاش کمتری برای موفقیتش میکنه. به نظر من این عامل خیلی مهمه». طرفداران این نگاه وجود عشق و علاقه در کار را معادل انگیزه درونی می‌دانند. از نظر آن‌ها انگیزش درونی (عشق به کار) و انگیزش بیرونی (جبران خدمات عادلانه) از حیاتی‌ترین عوامل موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت هستند. در رابطه با ارتباط این دو عامل یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «از نظر من مهم‌ترین عامل انگیزش. تا افراد انگیزه لازم برای توسعه خودشون رو نداشته باشن، با اجبار و زور نمیشه موفق شد. افراد برا اینکه انگیزه داشته باشن باید بهشون پاداش داد. مهم‌تر از پاداش اینه که این دادن پاداش و توزیع اون عادلانه باشه».

در این الگوی ذهنی، ضمانت، قدرت اجرایی و قاطعیت در اجرای برنامه‌های توسعه منابع انسانی کم‌اهمیت است. اما در الگوی ذهنی سوم، همین عامل یکی از عوامل حیاتی موفقیت شناخته شده است. شاید نمایندگان الگوی ذهنی دوم، برخلاف نمایندگان الگوی ذهنی سوم بر این باورند که اگر نظام جبران خدمات مبتنی بر عملکرد در بخش سلامت پیاده شود و افراد دارای عشق و علاقه و وجدان کاری باشند، حتی اگر قاطعیت و قدرت اجرایی هم پشتوانه برنامه‌های توسعه منابع انسانی نباشد، افراد در چنین نظامی با اشتیاق به توسعه مهارت‌ها و قابلیت‌های خود خواهند پرداخت. چون درازای این توسعه هم پاداش بیرونی دریافت می‌کنند (جبران خدمات) و هم پاداش درونی (وجدان کاری آسوده و برطرف شدن نیاز عشق و علاقه به سازمان).

در این الگو، عواملی مانند وجود برنامه‌های عملیاتی توسعه منابع انسانی به شکل مکتوب و مستند، طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل،

بدنه بخش سلامت نیز اهمیت بسیاری قائل هستند. آن‌ها بر این باورند که هیچ برنامه منابع انسانی بدون تجهیز منابع و امکانات مالی، اطلاعاتی و فیزیکی موفق نخواهد شد. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «پول مثل باد چرخ‌های یه ماشینه. همون طور که بهترین ماشین‌ها بدون داشتن چرخ‌های خوب قادر به حرکت نیست، بهترین فکرها و برنامه‌ها هم اگه پشتش پول نباشه، هیچ فایده‌ای ندارن. به نظر من پول همه چیزه!».

در این الگوی ذهنی این باور وجود دارد که انسان مبدأ تمام تحولات در هر بخش و سازمانی است. آن‌ها معتقدند که محور تمام برنامه‌های منابع انسانی باید انسان و اراده آن در ایجاد تحول باشد. در این الگوی ذهنی بر اهمیت مشارکت خبرگانی که حرفه‌ای و باتجربه هستند، بیشتر از اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی در توسعه منابع انسانی بها داده می‌شود. این در حالی است که اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی در الگوی ذهنی نهم، یکی از عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی محسوب می‌شود. به‌طور خلاصه در «الگوی ذهنی سوم»، محوریت انسان در برنامه‌ها، مشارکت حرفه‌ای‌های منابع انسانی و استخدام منابع انسانی باکیفیت در بخش سلامت، عوامل حیاتی موفقیت محسوب می‌شوند. همچنین طرفداران این نگاه تأمین منابع مالی برنامه‌ها را از اساسی‌ترین عواملی می‌دانند که نبود آن شکست برنامه‌های منابع انسانی را به دنبال خواهد داشت. توسعه و تغییر مستمر، اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی، اتخاذ رویکرد جامع، استراتژیک و سیستمی به مقوله توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، وجود اعتماد دوجانبه میان کارکنان و مدیران و سیاست‌گذاران بخش سلامت و نیز حمایت بافت سیاسی، فرهنگی و اجتماعی از برنامه‌های توسعه منابع انسانی در این الگوی ذهنی اهمیت کم‌تری نسبت به سایر عوامل دارند.

الگوی ذهنی ۴: طرفداران نظام شغلی. افراد تشکیل‌دهنده این الگوی ذهنی را می‌توان طرفداران نظام شغلی نامید. از نظر این افراد، موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت مستلزم برقراری نوعی نظام شغلی مناسب است. آن‌ها معتقدند یک نظام شغلی خوب، نظامی است که در درجه نخست، تناسب و انطباق شاغل (ویژگی‌های شخصیتی، قابلیت‌ها و استعدادها) با شغل (نیازمندی‌ها و تقاضاهای شغل) وجود دارد. در درجه دوم، طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل (مشخص بودن ارزش و میزان استراتژیک بودن مشاغل) در این نظام انجام شده و ارزش و جایگاه هر شغل در آن مشخص شده است. در درجه سوم برنامه‌ریزی کار راهه و ارتقاء شغلی مبتنی بر نظام

توسعه و تغییر مستمر سازمانی و طراحی مشاغل غنی، معنادار و مهم عواملی هستند که کم‌ترین امتیاز را به خود اختصاص داده‌اند. بنابراین در باور این افراد این عوامل در مقایسه با سایر عوامل، در موفقیت توسعه منابع انسانی نقش کم‌اهمیت‌تری دارند. این در حالی است که همین عوامل در الگوهای ذهنی دیگر از بااهمیت‌ترین عوامل به حساب می‌آیند. برای مثال، در الگوی ذهنی چهارم طراحی مشاغل غنی، معنادار و مهم در بخش سلامت، یکی از حیاتی‌ترین عوامل موفقیت توسعه منابع انسانی شناخته شده است. به‌طور خلاصه باید گفت: در «الگوی ذهنی دوم»، جبران خدمات عادلانه و مبتنی بر عملکرد، همراه با اتخاذ نگرش بلندمدت به توسعه منابع انسانی، و قرارگرفتن این عوامل در کنار افرادی که عشق و علاقه و وجدان کاری به شغلشان در بخش سلامت دارند، عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی را شکل می‌دهند.

الگوی ذهنی ۳: تخصص‌گرایان مدافع استخدام اثربخش. در این الگوی ذهنی موفقیت توسعه منابع انسانی مستلزم وجود و مشارکت خبرگان و متخصصان حرفه‌ای و باتجربه در برنامه‌ریزی توسعه منابع انسانی و نیز داشتن نظام رسمی جذب و استخدام به منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد است. افراد این الگوی ذهنی بر این باورند که لازمه موفقیت برنامه‌های توسعه منابع انسانی در بخش سلامت آن است که خبرگان این بخش به صورت فعالانه در برنامه‌های توسعه منابع انسانی مشارکت داشته باشند. آن‌ها معتقدند با مشارکت این افراد، برنامه‌هایی تدوین خواهد شد که از ضمانت، قدرت اجرایی و قاطعیت برخوردار خواهند بود. شاید دلیل تأکید زیاد طرفداران این الگو بر وجود نظام کارمندیابی و استخدام اثربخش در بخش سلامت در این سخن یکی از مشارکت‌کنندگان نمایان باشد که می‌گفت: «ما اگر نتوانیم منابع انسانی باکیفیتی را جذب بخش سلامت کنیم، برنامه‌های بعدی که برای منابع انسانی تدارک می‌بینیم با شکست مواجه می‌شن و به اهداف منابع انسانی نمی‌رسیم. یعنی اگه آدم درست وارد سیستم سلامت نشه، بقیه برنامه‌ها برای اونا مثلاً آموزش اونا صرفاً هزینس». بنابراین در این الگو بر جذب منابع انسانی درست تأکید بسیار زیادی وجود دارد. یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان همین الگوی ذهنی معتقد بود که: «اگه آدم اشتباهی جذب بشه، همه رو درگیر میکنه، همه چیزو بهم میریزه. کلاً برا سازمان هزینه میشه. این آدم اشتباه، شکست همه برنامه‌هاست».

افراد این الگوی ذهنی به تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی برای توسعه منابع انسانی و توزیع مناسب آن در

منابع انسانی توسعه یافته نیازمند بروز کردن و تحول در ساختارها و فرآیندهای بخش سلامت با محوریت انسان است. در این الگوی ذهنی بر انتخاب اثربخش منابع انسانی نیز تأکید زیادی می‌گردد و استقرار نظام شایسته‌سالاری در جذب و استخدام نیروی انسانی، از عوامل حیاتی موفقیت محسوب می‌شود. این الگوی ذهنی اهمیت کمی به شناخت و بینش کارکنان از مأموریت و مختصات بخش سلامت و برنامه‌های آن قائل است و معتقد است که کمک، مشاوره و ایفای نقش مربی‌گری به منظور جانشین‌پروری و هم‌سازی در بخش سلامت اهمیت زیادی در موفقیت برنامه‌های توسعه منابع انسانی ندارد. وزن عوامل ارزیابی برنامه‌های گذشته، تدوین برنامه‌ها مبتنی بر تقاضاها و نیازهای واقعی در بخش سلامت و نیز قابلیت انعطاف برنامه‌های توسعه منابع انسانی در موفقیت توسعه منابع انسانی در این الگوی ذهنی کم است.

عامل ثبات مدیریتی، صرفاً در این الگوی ذهنی به‌عنوان عامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی به شمار آمده است. شاید تأکید این الگوی ذهنی بر ثبات مدیریتی در بخش سلامت به این باور برمی‌گردد که عدم ثبات در مدیریت بخش سلامت، منجر به ناکام ماندن برنامه‌های منابع انسانی در دستیابی به اهداف موردنظرشان می‌شود. از منظر نماینده این الگوی ذهنی برای ایجاد تحول در ساختار و فرآیندهای بخش سلامت، نیازمندیم گروهی از مدیران و دست‌اندرکاران خبره و شایسته که از طریق نظام جذب مناسب وارد بخش سلامت شده‌اند را به مدت نسبتاً طولانی در عرصه کار در بخش سلامت نگه داریم تا بتوانند این اصلاحات و تحول‌های موردنظر را ایجاد کنند. چون در این الگوی ذهنی بر نظام شایسته‌سالاری و وجود کار راهه شغلی تأکید زیادی وجود دارد، توجه به ثبات مدیریتی شاید بی‌مورد نباشد. به عبارت بهتر در این الگوی ذهنی بهتر است که مدیران شایسته کم‌تر جابجا شوند تا بتوانند برنامه‌های توسعه منابع انسانی را با موفقیت به اهداف خود برسانند. به‌طور خلاصه، سخن نماینده «الگوی ذهنی پنجم» آن است که تا نظام جذب و استخدام اثربخشی وجود نداشته باشد که منابع انسانی شایسته و متعهد را وارد بخش سلامت کند، و سپس برای این منابع انسانی شایسته برنامه‌ریزی مسیرشغلی صورت نگیرد، سخن از موفقیت توسعه منابع انسانی حرف بیهوده‌ای است. باور این الگوی ذهنی آن است که وجود منابع انسانی شایسته و محور قرار دادن آن‌ها در برنامه‌های توسعه منابع انسانی، همراه با ثبات در فعالیت آن‌ها، زمینه‌ساز تحول در ساختار و فرآیند بخش سلامت شده و موفقیت توسعه منابع انسانی را به ارمغان خواهد آورد.

شایسته‌سالاری در آن برقرار است و عملکرد افراد در آن بر اساس سیستم مدیریت عملکرد ارزیابی می‌شود و درنهایت بر اساس این ارزیابی و در نوعی نظام قدردانی و جبران خدمات عادلانه، به این عملکردها پاسخ داده می‌شود.

بنابراین در الگوی ذهنی چهارم، برقراری چنین نظام شغلی، عامل حیاتی موفقیت محسوب می‌شود. در این نگاه باور بر آن است که منابع انسانی بخش سلامت بدون پیاده‌سازی چنین نظام شغلی با ویژگی‌های فوق، هرگز عملکرد بهینه‌ای نخواهند داشت و قادر به توسعه شایستگی‌ها و قابلیت‌های خود نخواهند بود. در نگاه نمایندگان این الگوی ذهنی، محیط و عوامل محیطی مانند، هماهنگی و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت و حمایت و توجه به بافت سیاسی، فرهنگی و اجتماعی در برنامه‌های توسعه منابع انسانی (کسب مشروعیت از محیط نهادی) نسبت به عوامل درون‌بخشی و سازمانی از اهمیت کم‌تری برخوردار هستند. در این زمینه یکی از مشارکت‌کنندگان این الگوی ذهنی می‌گفت: «به نظر من ۹۵ درصد افراد نه منفعل هستند نسبت به توسعه و نه خیلی فعال. اینا برای اینکه توسعه بیابند باید در سیستم‌های مطلوب قرار بگیرن. من در سطح فردی وزن بیشتر رو به ساختار و سیستم مطلوب و حمایتگر می‌دم تا به عاملیت».

جملات بالا نشان می‌دهد که در این الگوی ذهنی، عوامل درونی نسبت به عوامل بیرونی بخش سلامت از اهمیت بالایی برخوردار هستند. آن‌ها بر این باورند که قرارگرفتن منابع انسانی در سیستم‌های مطلوب، یا نظام شغلی مناسب، نسبت به حمایت بیرونی اهمیت بیشتری دارد. در این الگوی ذهنی مشارکت فعال همه ذی‌نفعان بخش سلامت در برنامه‌های توسعه منابع انسانی اهمیت کمی دارد. به‌طور خلاصه «الگوی ذهنی چهارم»، الگوی طرفدار عوامل درون‌بخشی است. ذهنیت مشارکت‌کنندگان شکل‌دهنده این الگو به‌گونه‌ای است که عوامل موفقیت را در درون بخش سلامت جستجو می‌کنند تا از بیرون این بخش. در این الگوی ذهنی وجود نظام شغلی مطلوب با ویژگی‌های بالا، موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت را تضمین می‌کند.

الگوی ذهنی ۵: طرفدار ثبات در شایسته‌سالاری، تحول در ساختار. مشارکت‌کننده ۵، مشارکت‌کننده‌ای است که به‌تنهایی این الگوی ذهنی را شکل داده است. از منظر این مشارکت‌کننده، فرآیندها، ساختار و قوانین بخش سلامت نیازمند تحول هستند. این الگوی ذهنی از این منظر به الگوی ذهنی نخست شباهت زیادی دارد اما برخلاف آن، بر ثبات مدیریتی نیز تأکید زیادی دارد. نکته قابل‌تأمل در این الگوی ذهنی آن است که داشتن

منابع انسانی و هماهنگی، همکاری و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت براساس این آرمان مشترک می‌داند. همچنین در این الگوی ذهنی بر ارزیابی برنامه‌های گذشته و نیز محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها تأکید بسیار کمی وجود دارد.

الگوی ذهنی ۷: مدافعان عاملیت-ساختار. باور مشارکت‌کنندگان الگوی ذهنی هفتم آن است که دو عامل حیاتی برای موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت وجود دارد. یکی از این عوامل به خود منابع انسانی و یا به عبارت دیگر به عاملیت در بخش سلامت برمی‌گردد. دومین عامل، به وجود ساختارهای حمایت‌گر از این عامل اشاره دارد. در این الگوی ذهنی اعتقاد بر آن است که داشتن منابع انسانی توسعه‌یافته در بخش سلامت در درجه نخست به وجود عطش و اراده توسعه در خود منابع انسانی وابسته است. یعنی منابع انسانی بخش سلامت باید از حالت انفعال در قبال توسعه به حالت فعال دربیایند و دائماً در حال توسعه شایستگی‌های خود باشند. در درجه دوم، ساختار بخش سلامت باید از این عاملیت‌های فعال حمایت همه‌جانبه کند. لذا تنها زمانی موفقیت توسعه منابع انسانی تضمین می‌شود که افراد فعال در ساختارهای حمایت‌گر قرار بگیرند. یکی از مشارکت‌کنندگان در حین مرتب‌سازی کارت‌ها می‌گفت: «من کلاً در مورد توسعه، به نظریه عاملیت-ساختار گیدنز، جامعه‌شناس بریتانیایی، معتقدم. از نظر من توسعه‌یافتگی به دوتا شرط نیازمنده. یکی عاملیت، یعنی خود افراد و خود منابع انسانی و دیگری ساختار، یعنی هر آنچه که از عاملیت خارج و به محیط بیرون از افراد بر می‌گردد. عاملیت‌ها باید در قبال توسعه شایستگی‌های خودشان فعال باشن. ساختار و محیط بیرونی هم باید از این عاملیت‌های فعال حمایت کنه. هردوتای این موارد باید باهم باشن. مثلاً اگر ما بهترین شرایط و ساختار رو برای توسعه منابع انسانی در بخش سلامت هم داشته باشیم، تا خود افراد اراده و عطش کافی برای توسعه خودشان رو نداشته باشن، تلاش‌های ما بی‌فایده‌س! همینطور اگه همه منابع انسانی بخش سلامت فعال و با اراده باشن اما شرایط بر این اراده مهیا نباشه و ساختار بخش سلامت از این اراده حمایت نکنه باز هم کار به جایی نخواهد رسید».

نمایندگان الگوی ذهنی هفتم تأکید دارند که وجود نظام آموزشی پیشرفته یکی از این ساختارهای حمایت‌گر است. همچنین آن‌ها

الگوی ذهنی ۶: طرفدار همکاری و اصلاح نگرش. نخستین عامل کلیدی به‌زعم مشارکت‌کننده الگوی ذهنی ششم، آن است که باید نگرش و نگاه متخصصان و سیاست‌گذاران توسعه منابع انسانی به ماهیت منابع انسانی تغییر کند. از منظر این الگوی ذهنی تا نگاه هزینه‌ای به منابع انسانی تبدیل به نگاه سرمایه‌ای به آن‌ها نشود، دست‌یابی به اهداف توسعه منابع انسانی در بخش سلامت بسیار دشوار خواهد بود. مشارکت‌کننده ۱۸ که نماینده این الگو است در هنگام مرتب‌سازی کارت‌ها می‌گفت: «به نظر من مدیر باید از ویژگی‌ها منابع انسانی خودش شناخت کامل داشته باشه. یعنی دائماً حواسش به اون‌ها باشه و دانش خودش رو در موردشون بیشتر کنه. الان مدیرهای بخش سلامت خیلی کمتر این ویژگی‌رو دارن. دلایل اینه که نگاه اون‌ها به ماهیت منابع انسانی هزینه‌ایه».

لذا در این الگوی ذهنی باور بر آن است که سنگ‌بنای توسعه منابع انسانی در بخش سلامت اصلاح نگرش کنونی دست‌اندرکاران بخش سلامت به ماهیت و اهمیت منابع انسانی در این بخش است. این الگوی ذهنی تأکید زیادی بر همکاری و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت دارد. در این الگو بر وجود این هماهنگی به عنوان پشتوانه بیرونی برنامه‌های منابع انسانی و بر حمایت همه‌جانبه رهبران بخش سلامت از برنامه‌های توسعه منابع انسانی به‌عنوان پشتوانه درونی، تأکید می‌شود. باور این الگوی ذهنی بر آن است که تا رویکرد استراتژیک و سیستمی به مقوله توسعه منابع انسانی در بخش سلامت صورت نگیرد، چنین همکاری و کسب چنین تعهدی احتمال کمتری دارد.

این الگوی ذهنی با تأکیدش بر تدوین برنامه‌ها مبتنی بر تقاضاها و نیازهای واقعی در بخش سلامت (محوریت مشتری و بهبود کیفیت خدمات) با الگوی ذهنی پنجم در تضاد است. در این الگوی ذهنی باور بر آن است که اتخاذ رویکرد واقع‌گرایانه به نیازمندی‌های بخش سلامت، شایستگی‌هایی در منابع انسانی این بخش پرورش خواهد داد که نیاز واقعی این بخش هستند. باور این الگوی ذهنی بر آن است که بخش سلامت نیاز به تحول در فرآیندها، ساختار و قوانین ندارد یا اگر دارد این عامل نمی‌تواند در موفقیت توسعه منابع انسانی این بخش اثرگذار باشد. نکته دیگر آن است که محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها در الگوی ذهنی ششم، همانند الگوی ذهنی نخست، عامل حیاتی محسوب نمی‌شود. به‌طور خلاصه، «الگوی ذهنی ششم» سنگ بنای توسعه منابع انسانی در بخش سلامت را اصلاح نگرش کنونی دست‌اندرکاران بخش سلامت به ماهیت و اهمیت

۱. برای کسب اطلاعات بیشتر از این نظریه مراجعه کنید به آنتونی گیدنز (۱۹۷۹، ۴۵):

Giddens, A. (1979). *Central problems in Social Theory: Action, Structure and Contradiction in Social Analysis*. London: Macmillan.

کاری افراد در بخش سلامت وجود دارد. در جایی که افراد الگوی ذهنی سوم وجود و مشارکت خبرگان و متخصصان حرفه‌ای باتجربه در برنامه‌ریزی توسعه منابع انسانی را از حیاتی‌ترین عوامل موفقیت قلمداد می‌کنند، در الگوی ذهنی هشتم، این عامل از کم‌اهمیت‌ترین عوامل به شمار می‌آید. به‌طور خلاصه، سخن مهم نمایندگان «الگوی ذهنی هشتم» آن است که موفقیت توسعه منابع انسانی مستلزم استفاده از تجربه‌های کشورهای موفق در بخش سلامت و ایجاد نظام عملکرد مناسب و اثربخش منابع انسانی در این بخش است. از نظر این افراد، مشارکت فعال همه ذی‌نفعان بخش سلامت و وجود اعتماد دوجانبه میان کارکنان و مدیران این بخش از عوامل کم‌اهمیت در موفقیت توسعه منابع انسانی هستند.

الگوی ذهنی ۹: طرفداران اخلاق و بهبود کیفیت زندگی کاری. همانند افراد الگوی ذهنی دوم، مشارکت‌کنندگان الگوی ذهنی نهم نیز بر وجود جبران خدمات عادلانه تأکید بسیار زیادی دارند. از نظر این افراد برقراری چنین نظامی منجر به ایجاد و حفظ انگیزش لازم در منابع انسانی بخش سلامت خواهد شد و موفقیت توسعه منابع انسانی در این بخش را فراهم خواهد کرد. اهتمام به ارزش‌ها و ملاحظات اخلاقی در توسعه منابع انسانی عامل حیاتی موفقیت دیگر در این الگوی ذهنی محسوب می‌شود. استدلال یکی از مشارکت‌کنندگان همین الگوی ذهنی در این زمینه شاید بتواند اهمیت این عامل را نشان دهد. او می‌گفت: «اگر اخلاق رعایت بشه، حتی اگر تخصص مدیریتی هم نداشته باشیم، باز وضعیت بهتری از شرایطی داریم که با تخصص مدیریتی اخلاق مدار نباشیم. من به اخلاق وزن بیشتری از علم می‌دهم. بدون اخلاق منابع انسانی حس می‌کنن که برنامه‌ها دارن اونا رو استثمار می‌کنن و در برنامه‌ها تبعیض وجود داره. لذا در برابر اونها مقاومت می‌کنن و مانع اجرای موفقیت‌آمیزشون میشن».

ایجاد علاقه، عشق و وجدان کاری در منابع انسانی نسبت به بخش سلامت یکی دیگر از عوامل حیاتی موفقیت در این الگوی ذهنی است. به قول یکی از مشارکت‌کنندگان، «عشق و علاقه خیلی مهمه. کسی که به کارش یا برنامه‌ای که بهش دادن علاقه نداشته باشه، طبیعتاً تلاش کمتری برای موفقیتش میکنه». هرچند در این الگوی ذهنی بر عاشقانه کار کردن منابع انسانی تأکید زیادی وجود دارد، اما افراد این الگوی ذهنی وجود این عشق و علاقه در منابع انسانی را در گرو بهبود کیفیت زندگی کاری (تعادل زندگی و کار - محیط‌های کاری کم استرس - توجه به روحیه، شادی و رضایت منابع انسانی) آن‌ها می‌دانند. یکی از

وزن بودجه مالی و تأمین منابع اطلاعاتی و فیزیکی برای توسعه منابع انسانی و توزیع مناسب آن در بخش سلامت را از دیگر عوامل حیاتی موفقیت می‌دانند. آن‌ها معتقدند برای آنکه این افراد فعال در ساختارهای حمایتگر به‌صورت دقیق هدایت شوند، نیازمند وجود سیاست‌ها، خط‌مشی‌ها، اهداف و استراتژی‌های کلان توسعه منابع انسانی در بخش سلامت هستیم. وجود این اسناد بالادستی و استراتژیک مانع از حرکت منابع انسانی به سمت وسوی نامشخص خواهد شد. به‌طور خلاصه ذهنیت افراد «الگوی ذهنی هفتم» همان‌طور که یکی از مشارکت‌کنندگان آن معتقد بود، با نظریه آنتونی گیدنز هم‌سو است. یعنی موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت مستلزم وجود عاملیت‌های فعال و وجود ساختار حمایتگر از این عاملیت‌ها است. وجود نظام آموزشی مناسب، تأمین منابع مالی و همچنین داشتن اهداف کلان و استراتژیک در بخش سلامت از دیگر عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی در این بخش است.

الگوی ذهنی ۸: طرفداران محک‌زنی و نظام عملکرد. در الگوی ذهنی هشتم، برخلاف الگوی ذهنی نخست، بر محک‌زنی و استفاده از بهین‌الگوها (بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها) در برنامه‌های توسعه منابع انسانی، تأکید بسیار زیادی وجود دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان همین الگوی ذهنی می‌گفت: «من معتقدم که نباید چرخ رو دوباره اختراع کنیم. توسعه منابع انسانی در بخش سلامت یه سری قواعد مشخص داره که کشورهای موفق دنیا اونهارو در طول سالیان دراز پیدا کردن. لذا به نظرم ما باید از این تجربه‌ها استفاده کنیم». در این الگوی ذهنی همانند الگوی ذهنی سوم و پنجم بر وجود نظام رسمی جذب و استخدام تأکید زیادی وجود دارد. از نظر افراد این الگوی ذهنی نیز هزینه وارد شدن منابع انسانی اشتباه به حوزه سلامت زیاد است و موفقیت در این بخش را با کندی مواجه خواهد کرد. افراد این الگوی ذهنی بر وجود سیستم مدیریت عملکرد نیز تأکید زیادی دارند. یکی از مشارکت‌کنندگان می‌گفت: «تا وقتی کسایی که کار می‌کنن از اونهایی که از زیر کار فرار می‌کنند با ساز و کاری شناسایی نشن و بینشون تفاوت وجود نداشته باشه، رسیدن به اهداف توسعه منابع انسانی، مثلاً حداکثر کردن عملکرد، بی‌معنی!» افراد این الگوی ذهنی بر این باورند که بدون وجود حمایت مدیران عالی، عملاً همه برنامه‌ها محکوم به شکست هستند. آن‌ها معتقدند که در کنار اتخاذ رویکرد استراتژیک و سیستمی به مقوله توسعه منابع انسانی در بخش سلامت، چنین حمایتی نیز باید فراهم باشد. در این الگوی ذهنی، برخلاف الگوی ذهنی نهم، تأکید بسیار اندکی بر بهبود کیفیت زندگی

علاقه و عشق خود به توسعه شایستگی‌هایشان را در خود ایجاد کنند و با موفقیت تبدیل به منابع انسانی شایسته و توسعه‌یافته شوند.

مقایسه نتایج و یافته‌ها با پژوهش‌های پیشین

به‌منظور تعیین جایگاه پژوهش حاضر در میان پژوهش‌های گذشته، به مقایسه نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قبلی می‌پردازیم. برای این منظور و با مراجعه به ادبیات موضوعی، تطابق هر یک از عوامل حیاتی موفقیت در الگوهای ذهنی (کارت‌هایی که در خانه ۵+ آرایه‌های عاملی قرار گرفتند) را با مطالعات پژوهشگران گذشته در جدول (۵) نشان می‌دهیم.

همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است، برای سه عامل «ثبات مدیریتی در بخش سلامت»، «وجود عطش و اراده توسعه شایستگی‌ها در منابع انسانی بخش سلامت» و «وجود نظام رسمی کارمندیابی، جذب و استخدام به‌منظور جذب کارکنان شایسته و متعهد» مطالعه پشتیبانی در پیشینه پژوهشی مورد مطالعه در این پژوهش وجود ندارد. به‌عبارت‌دیگر در پیشینه مورد مطالعه این پژوهش، تأکیدی بر این سه عامل حیاتی و اثرگذار بر موفقیت توسعه منابع انسانی صورت نگرفته است. این سه عامل جزء عواملی هستند که در جریان مصاحبه‌های اکتشافی که با مشارکت‌کنندگان این پژوهش انجام گرفت، شناسایی شدند و به ترتیب در الگوهای ذهنی پنجم، هفتم و هشتم به‌عنوان مهم‌ترین عوامل حیاتی موفقیت شناسایی شدند. این امر بیانگر آن است که در مطالعه‌های آینده باید تأکید بیشتری بر واکاوی این عوامل انجام شود.

مشارکت‌کنندگان در همین زمینه می‌گفت: «در صورتی که ما به مسائل روحی و روانی کارکنان در بخش سلامت توجه نکنیم، اونها دچار رخوت در انجام کارشان می‌شن. این رخوت باعث کم شدن انگیزش اونا میشه و لذا در برنامه‌های منابع انسانی با شکست مواجه میشیم زنده و پویا بودن سازمان درگرو وجود منابع انسانی پویا، شاد و سر حال».

یکی دیگر از مشارکت‌کنندگان معتقد بود که: «برنامه‌های توسعه‌ای ذاتاً استرس‌زا هستن. چون منابع انسانی بخش سلامت در ایران سرشار از استرسی است که جامعه بر او تحمیل کرده، ظرفیت پذیرش استرس جدید رو نداره. باید زندگی و کار آدم‌ها متعادل بشه و از این حجم استرس کم بشه». در همین زمینه مشارکت‌کننده دیگری می‌گفت: «اگه ما منابع انسانی شادابی نداشته باشیم، یعنی آدمایی خموده، مشتتری بخش سلامت، رضایت نخواهد داشت. این عدم رضایت خودبه‌خود در ضعیف کردن عملکرد کارکنان اثر می‌ذاره و باعث میشه منابع انسانی در مقابل برنامه‌های توسعه از خودش مقاومت نشون بده».

در این الگوی ذهنی، برخلاف الگوی ذهنی سوم و هفتم، تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی برای توسعه منابع انسانی و توزیع مناسب آن عامل حیاتی موفقیت محسوب نمی‌شود. از منظر افراد الگوی ذهنی نهم، این امر، عامل مهمی در موفقیت توسعه منابع انسانی به حساب نمی‌آید. آینده‌نگری و نگرش بلندمدت نیز برخلاف الگوی ذهنی دوم، عامل مهمی برای موفقیت در الگوی ذهنی نهم محسوب نمی‌شود. به‌طور خلاصه حرف نمایندگان «الگوی ذهنی نهم» آن است که اخلاق مدار باشید، پرداخت عادلانه به منابع انسانی داشته باشید، کیفیت زندگی کاری او را بهبود دهید، تا منابع انسانی این بخش انگیزه،

جدول ۵. مقایسه نتایج پژوهش با پژوهش‌های پیشین

الگوی ذهنی	عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی	تطابق با پیشینه پژوهشی
۱	وجود نظام آموزشی پیشرفته و پویا برای بهبود مستمر شایستگی‌ها و قابلیت‌های منابع انسانی	مک‌لاگان (۱۹۸۹)، علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸)، آلوان و هورنبای (۲۰۰۲)، طیبی (۱۳۸۲)، طیبی و نصیری پور (۱۳۸۴)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶) و کوشازاده و شیرازی (۱۳۹۳).
	اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز بخش سلامت	آلوان و هورنبای (۲۰۰۲) و فرجی‌خیابوی و همکاران (۱۳۹۱).
۲	مشارکت دادن فعال همه ذی‌نفعان بخش سلامت (کارکنان، انجمن‌های حرفه‌ای و نهادهای علمی آموزش) در برنامه‌های توسعه منابع انسانی و توجه به منافع و انگیزه‌های آن‌ها	مک‌لاگان (۱۹۸۹)، علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶) و طیبی و همکاران (۱۳۹۰).
۳	وجود و مشارکت خبرگان و متخصصان حرفه‌ای باتجربه در برنامه‌ریزی توسعه منابع انسانی	مک‌لاگان (۱۹۸۹)، علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸)، کورس و همکاران (۲۰۱۱)، دلگشایی و همکاران (۲۰۱۱)، پیک و کیم (۲۰۱۴)، طیبی (۱۳۸۲)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶)، کرمانی (۱۳۸۸) و طیبی و همکاران (۱۳۹۰).
		مک‌لاگان (۱۹۸۹)، علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸)، کورس و همکاران (۲۰۱۱)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶) و فرجی‌خیابوی و همکاران (۱۳۹۱).

الگوی ذهنی	عوامل حیاتی موفقیت توسعه منابع انسانی	تطابق با پیشینه پژوهشی
	نظام رسمی کارمندیابی و استخدام برای جذب کارکنان شایسته و متعهد	نجفی (۱۳۸۳).
۴	تناسب و انطباق شغل و شاغل طبقه‌بندی و ارزشیابی مشاغل	طیبی (۱۳۸۲). علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸) و پیتس (۲۰۱۴).
۵	تحول، اصلاح و بروز کردن فرآیندها، ساختار و قوانین به‌منظور چابک‌سازی بخش سلامت	آوان و هورنبای (۲۰۰۲)، نجفی (۱۳۸۳)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶) و مصباحی و همکاران (۱۳۹۰).
	ثبات مدیریتی در بخش سلامت	
۶	تغییر نگرش متخصصان و سیاست‌گذاران منابع انسانی هماهنگی، همکاری و ارتباطات اثربخش میان متولیان بخش سلامت (بخش دولتی و خصوصی، وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، بدنه عملیاتی و نظام آموزشی کلان) براساس آرمانی مشترک	دازالت و دوبویس (۲۰۰۳)، طیبی (۱۳۸۲) و کرمانی (۱۳۸۸). آوان و هورنبای (۲۰۰۲)، کلارک (۲۰۰۵)، نجفی (۱۳۸۳)، دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶)، اقبال و همکاران (۱۳۸۷)، مصباحی و همکاران (۱۳۹۰) و فرح‌بخش و همکاران (۱۳۹۳).
۷	وجود ساختار، سیستم و فرآیندهای حمایتگر از توسعه منابع انسانی وجود عطش و اراده توسعه شایستگی‌ها در منابع انسانی بخش سلامت	کلارک (۲۰۰۵).
۸	محک زنی و استفاده از بهین‌الگوها (بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها) نظام رسمی کارمندیابی و استخدام برای جذب کارکنان شایسته و متعهد	دلگشایی و همکاران (۱۳۸۶) و کوشازاده و شیرازی (۱۳۹۳).
۹	وجود نظام قدردانی، جبران خدمات و پرداخت مزایای عادلانه ایجاد و حفظ انگیزش لازم در منابع انسانی بخش سلامت	مک لاگان (۱۹۸۹)، علوم مدیریت برای بخش سلامت (۱۹۹۸)، کورس و همکاران (۲۰۱۱)، کرمانی (۱۳۸۸) و فرح‌بخش و همکاران (۱۳۹۳). کورس و همکاران (۲۰۱۱) و طیبی و همکاران (۱۳۹۰).

پیشنهادها بر مبنای نتایج و یافته‌های پژوهش

بر مبنای آنچه که گذشت، بخش سلامت کشور به‌منظور دستیابی به موفقیت در توسعه منابع انسانی باید به موارد ذیل اهتمام لازم را مبذول دارد: (۱) استقرار نظام آموزشی پیشرفته و پویا؛ نبود این نظام، شکست برنامه‌های توسعه منابع انسانی و یا کندی در دستیابی به اهداف آن‌ها را به دنبال خواهد داشت. (۲) برقراری نظام جبران خدمات عادلانه؛ در صورتی که کارکنان احساس نابرابری کنند، بسیار دور از ذهن خواهد بود که عملکرد خود را بهبود دهند و تبدیل به منابع توسعه‌یافته شوند. (۳) حمایت مدیران عالی و رهبران از برنامه‌های توسعه منابع انسانی؛ تا حمایت، تعهد و مشارکت همه‌جانبه مدیران عالی پشتوانه برنامه‌ها نباشد، آن‌ها محکوم به شکست خواهند بود. (۴) بهبود کیفیت زندگی کاری منابع انسانی بخش سلامت؛ در اغلب مصاحبه‌هایی که در این پژوهش انجام شد، مصاحبه‌شوندگان از مساعد نبودن کیفیت زندگی کاری منابع انسانی بخش سلامت گل‌مند بودند. بنابراین موفقیت توسعه منابع انسانی در بخش سلامت تضمین نخواهد شد مگر آنکه کیفیت زندگی کاری در این بخش بهبود یابد. (۵) استقرار نظام مدیریت عملکرد منابع انسانی؛ برای آنکه جبران خدمات عادلانه باشد باید نظام مدیریت عملکرد اثربخش

در بخش سلامت استقرار یابد. (۶) استقرار نظام مسیر شغلی در بخش سلامت؛ پیاده‌سازی نظام مسیر شغلی و مبتنی کردن این نظام بر منطق شایسته‌سالاری انگیزه کارکنان بخش سلامت برای توسعه شایستگی‌ها را دوچندان می‌کند. (۹) تأمین منابع مالی، اطلاعاتی و فیزیکی کافی؛ بسیار بعید است برنامه‌ای بدون داشتن پشتوانه مالی و اطلاعاتی بتواند با موفقیت اجرا شود. برنامه‌های توسعه منابع انسانی نیز از این قاعده مستثنا نیستند. (۱۰) اصلاح نگرش به منابع انسانی؛ باید نگاه به کم‌ارزش بودن منابع انسانی و مدیریت منابع انسانی اصلاح شود. (۱۱) اصلاح نظام کلان آموزش و پرورش کشور در تربیت نیروی انسانی موردنیاز بخش سلامت؛ منابع انسانی موردنیاز بخش سلامت، از ویژگی‌های منحصربه‌فردی برخوردار هستند. بنابراین نیاز است که با اصلاح نظام آموزشی کشور، افرادی برای فعالیت در بخش سلامت پرورش یابند که بتوانند در شرایط کاری خاص این بخش با موفقیت فعالیت کنند. (۱۲) آینده‌نگری و گرایش بلندمدت؛ باید به مدیران عالی بخش سلامت آموزش داده شود که موفقیت بخش سلامت، مستلزم سرمایه‌گذاری بلندمدت بر روی منابع انسانی و دانش این منبع است. بی‌توجهی به هر یک از موارد بالا، احتمال شکست توسعه منابع

تبدیل شدن منابع انسانی بخش سلامت، به توسعه یافته‌ترین سرمایه‌های انسانی در ایران عزیزمان اثرگذار باشد.

دلگشایی، بهرام؛ طبیبی، سید جمال‌الدین و پریسا پهلوان (۱۳۸۶). "ارائه الگوی توسعه منابع انسانی در بخش سلامت و درمان ایران". *پژوهش در پزشکی*. دوره ۳، شماره ۴، صص ۳۲۵-۳۱۷.

روشن بخش قنبری، امیر (۱۳۹۲). "مدیریت سلامت؛ اجرا یا نظارت". (سرمقاله) *ماهنامه تعالی*. سال سوم، شماره ۱۹-۲۰، ص ۴.

طیبی، سید جمال‌الدین (۱۳۸۲). "توسعه منابع انسانی در بیمارستان. مجله طب و ترکیه". شماره ۵۰، صص ۲۲-۹.

طیبی، سیدجمال‌الدین؛ وطن خواه سودابه؛ نصیری پور امیراشکان، و وحدت، شقایق (۱۳۹۰). "عوامل موثر بر توسعه سرمایه‌های انسانی در بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی ایران". *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، دوره ۱۵، شماره ۲ (پیاپی ۵۹)، صص ۵۵-۶۲.

فرجی خیاوی فرزاد؛ ملکی، محمدرضا؛ جعفریان، کوروش؛ وطن خواه، سودابه و طبیبی، سیدجمال‌الدین (۱۳۸۹). "مطالعه تطبیقی مراحل اصلی سیاست‌گذاری منابع انسانی بخش سلامت". *علوم بهداشتی جندی شاپور*، دوره ۴، شماره ۱، صص ۱-۱۰.

فرح بخش، مصطفی؛ نیک نیاز، علیرضا؛ تاج‌الدینی، نازیلا؛ انتظار، صمد و حسن زاده، علیرضا (۱۳۹۳). "مقایسه استمرار «مدیریت کیفیت جامع» و اجرای همزمان «مدیریت کیفیت جامع و برنامه اثر بخشی مدیریت» در بهبود مدیریت سازمانهای سلامت". *فصلنامه مدیریت سلامت*، جلد ۱۳، شماره ۴۲، صص ۳۵-۴۴.

فروتنی، زهرا؛ آذر، عادل؛ احمدی، سید علی‌اکبر و عسکری‌نژاد، منیره (۱۳۹۲). "طراحی و تبیین مدل خودتوسعه‌ای منابع انسانی". *مدیریت سازمان‌های دولتی*، دوره ۱، شماره ۴، صص ۶۱-۷۸.

کوشازاده، علی و شیرازی، علی (۱۳۹۳). "رابطه بین ادراک پزشکان از اقدامات شواهد محور و اقدامات مدیریت منابع انسانی عملکرد بالا با ادراک آنان از جو خدمت‌مداری (مورد مطالعه: مراکز بهداشت اصفهان)". *فصلنامه مدیریت سلامت*، دوره ۱۷، شماره ۵۶، صص ۸۰-۹۴.

گزارش جهانی سلامت (۲۰۰۳). "نظام‌های سلامت با ارتقای

انسانی در بخش سلامت را بالا خواهد برد. امید است یافته‌ها و نتایج این پژوهش و اجرایی شدن پیشنهادهای آن بتواند در

منابع

اصغری صارم، علی؛ دانایی فرد، حسن؛ فانی، علی اصغر و قلی‌پور، آرین (زیر چاپ). "واکاوی نقش داستان‌سرایی سازمانی در توسعه منابع انسانی؛ کنکاشی در ادبیات پژوهشی". *فصلنامه علمی-پژوهشی مدیریت دولتی*، دوره ۸، شماره ۱، صص ۱۸۱-۲۱۸.

اقبال، فرزانه؛ یارمحمدیان، محمدحسین؛ و سیادت، سیدعلی (۱۳۸۷). "ارزیابی عملکرد مدیریت منابع انسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بر اساس مدل تعالی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت با دو رویکرد پرسشنامه و پروفورما". *فصلنامه مدیریت سلامت*، دوره ۱۱، شماره ۳۴، صص ۴۹-۵۸.

امام قلی پور سفیددشتی، سارا و غضنفری، صادق (۱۳۹۲). "رتبه‌بندی کشورهای حوزه سند چشم‌انداز توسعه جمهوری اسلامی ایران از لحاظ دسترسی به شاخص‌های بخش بهداشت و درمان". *فصلنامه مدیریت سلامت*، سال هفدهم، شماره ۵۸، صص ۵۸-۷۱.

باستا، مهدی و مسائلی، ارشک (۱۳۸۹). "راهکارهای بهبود مدیریت منابع انسانی در نظام سلامت". قابل دستیابی در: <http://www.modiryar.com/management-topics/medical/3548-1389-05-28-04-43-48.html>

خامد، زهرا (۱۳۸۸). "بررسی رابطه میان مدیریت آموزش و توسعه منابع انسانی با مدیریت دانش". پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران.

خواستار، حمزه (۱۳۸۸). "ارائه روشی برای محاسبه پایایی مرحله کدگذاری در مصاحبه‌های پژوهشی". *فصلنامه علمی-پژوهشی روش‌شناسی علوم انسانی*، شماره ۵۸؛ ۱۶۱-۱۷۴.

خوشگویان فرد، علیرضا (۱۳۸۶). "روش‌شناسی کیو". تهران: انتشارات مرکز تحقیقات سازمان صدا و سیما.

دانایی فرد، حسن و اصغری صارم، علی (۱۳۹۳). "گفتارهایی در نظریه‌پردازی توسعه منابع انسانی سازمانی". تهران: نشر مهربان.

دانایی فرد، حسن؛ حسینی، سید یعقوب و شیخه‌ها، روزبه (۱۳۹۲). "روش‌شناسی کیو: شالوده‌های نظری و چارچوب انجام پژوهش". تهران: انتشارات اشراقی.

- عملکرد". مؤسسه فرهنگی/ابن سینای بزرگ، تهران ۱۳۸۴.
- لطفی، فرهاد؛ رضایور، عزیز؛ نورایی مطلق، ثریا؛ هادیان، محمد؛ فقی سلوک، فرشاد و قادری، حسین (۱۳۹۳). "بررسی جایگاه بخش سلامت در اقتصاد ایران و ارتباط آن با دیگر بخش ها". فصلنامه مدیریت سلامت، شماره ۵۸، صص ۴۱-۲۸.
- مصباحی، مریم؛ توفیقی، شهرام و عباس زاده، عباس (۱۳۹۰). "Management Practitioners". *Human Resource Development International*, 14 (1), 39-55.
- Dussault, G. & Dubois, C. A. (2003). "Human Resources for Health Policies: A Critical Component in Health Policies". *Human Resources for Health*, 1 (1). Available at: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>.
- Family Planning Management Development Technical Unit Management Sciences for Health. (1998). *Human Resource Development (HRD) Assessment Instrument For Non-Governmental Organizations (NGOs) And Public Sector Health Organizations*. Janeiro.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A. & Leduc, R. (2006). "The Importance of Human Resources Management in Health Care: A Global Context". *Human Resources for Health*, 4 (20), 1-17.
- McLagan, P. A. (1989). "Models for HRD Practice". *Training & Development Journal*, 43 (9), 49-59.
- Veld, M., Paauwe, J. & Boselie, P. (2010). "HRM and Strategic Climates in Hospitals: Does the Message Come Across at the Ward Level?". *Human Resource Management Journal*, 20(4), 339-356.
- Whitaker, S. & Marchington, M. (2003). "Devolving HR Responsibility to the Line: Treat, Opportunity or Partnership?". *Employment Relations*, 25 (3), 245-261.
- Zhu, Y. (2004). "Responding to the Challenges of Globalization: Human Resource Development in Japan". *Journal of World Business*, 39 (4), 337-348.
- "تعیین رویکردی برای توسعه منابع انسانی در مدیریت پرستاری". *مجله پژوهش پرستاری ایران*. سال ششم، شماره ۲۰، صص ۱۷-۲۹.
- نجفی، بهزاد (۱۳۸۳). "نقش مدیریت و بهره وری در توسعه منابع انسانی بخش سلامت". *ماهنامه رازی*، سال ۱۶، شماره ۲، صص ۱۶۹-۱۵۹.
- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A. & Cordingley, L. (2008). "Q-Methodology in Nursing Research: A Promising Method for the Study of Subjectivity". *Western Journal of Nursing Research*, 30(6), 759-773.
- Alwan, A. & Hornby, P. (2002). "The Implications of Health Sector Reform for Human Resources Development". *Bull World Health Organ*, 80 (1), 56-60.
- Baek, P., & Kim, N. (2014). "Exploring a Theoretical Foundation for HRD in Society: Toward a Model of Stakeholder-Based HRD". *Human Resource Development International*, 17 (5), 499-513.
- Bates, R. (2014). "Improving Human Resources for Health Planning in Developing Economies". *Human Resource Development International*, 17 (1), 88-97.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). "Using Thematic Analysis in Psychology". *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.
- Brouwer, M. (1999). "Q is Accounting for Tastes". *Journal of Advertising Research*, 39 (2), 35-39.
- Buchan, J. (.2000). "Health Sector Reform and Human Resources: Lessons from the United Kingdom". *Health Policy Plan*. 15, 319-325.
- Clarke, N. (2005). "Workplace Learning Environment and its Relationship with Learning Outcomes in Healthcare Organizations". *Human Resource Development International*, 8 (2), 185-205.
- Crouse, P., Doyle, W. & Young, J. D. (2011). "Workplace Learning Strategies, Barriers, Facilitators and Outcomes: a Qualitative Study among Human Resource