



بومی سازی هدف دوم استراتژی جهانی منابع انسانی برای سلامت در ایران

منصور نعیم آبادی^۱، لیلا ریاحی^{۲*}، اباسط میرزایی^۳، محمود مدیری^۴

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۳. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۴. استادیار گروه مدیریت صنعتی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

نوع مقاله: پژوهشی اصیل

مقدمه: از جمله چالش‌های سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کمبود متخصص، کمبود دانش با کیفیت و توزیع نابرابر مهارت‌ها در بین کارکنان مراقبت‌های سلامت، مورد توجه سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ می‌باشد. لذا، هدف از پژوهش حاضر بومی‌سازی هدف دوم استراتژی جهانی منابع انسانی برای سلامت شامل نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی با در نظر گرفتن پویایی بازار کار در ایران است.

روش: این مطالعه در سال ۱۴۰۲ به روش ترکیبی از طریق بررسی مقالات مرتبط و مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با تعداد ۱۸ نفر از صاحب‌نظران حوزه منابع انسانی در سطح کشور و با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA2020 انجام شده است. سپس در مرحله کمی با نظر ۲۴۳ نفر از مدیران و کارشناسان منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی و تجزیه و تحلیل آماری و از تحلیل عاملی تاییدی (CFA) استفاده و در نهایت مدل بومی هدف دوم استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت در ایران مشخص شد.

یافته‌ها: در مرحله مصاحبه کیفی ۲۱ متغیر شناسایی و پس از انجام مراحل کمی به ۱۴ متغیر به ترتیب بعد نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی (۳ متغیر) و پویایی بازار کار سلامت (۱۱ متغیر) تفکیک گردید. انحراف معیار برای هدف دوم ۰/۸۹۱ گزارش شد مقدار مربوط به این معیارها یعنی آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی عامل‌های پژوهش در همه عامل‌ها بالاتر از ۰/۷ بوده که حاکی از پایایی مناسب مدل دارد.

نتیجه‌گیری: سرمایه‌گذاری استراتژیک در منابع انسانی برای بهبود خدمات سلامت و دستیابی به پایداری بلندمدت در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه ضروری می‌باشد. همچنین این مطالعه خواستار افزایش همکاری و اشتراک دانش بین کشورها، بهبود شرایط کاری و برنامه‌های آموزشی هدفمند برای رسیدگی موثر به چالش‌های نیروی کار است.

کلیدواژه‌ها: نیروی انسانی، استراتژی جهانی، نظام سلامت، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۵/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۹/۱۷

*نویسنده مسئول: لیلا ریاحی،
دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی
و درمانی، واحد علوم و تحقیقات،
دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
تلفن: ۰۹۱۲۱۱۳۱۹۰۱
پست الکترونیک:
L.riahi@srbiau.ac.ir



مقدمه

نیروی انسانی، پایه و قلب نظام سلامت است (۱). عدم حضور کارکنان متخصص، کمبود کیفیت دانش و توزیع نامناسب مهارت‌های آن‌ها می‌تواند مانع بزرگی در راه دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم باشد (۲). سازمان بهداشت جهانی تاکید کرده است که ارائه پوشش همگانی سلامت (UHC) بدون نیروی کار کافی، با انگیزه و حرفه‌ای تقریباً غیرممکن خواهد بود (۳).

در مه ۲۰۱۴ شصت و هفتمین مجمع جهانی بهداشت قطعنامه (WHA67.24) (۴) کشورهای عضو از مدیر کل سازمان بهداشت جهانی درخواست کردند که یک استراتژی جهانی جدید برای منابع انسانی سلامت در جهان ارائه کند (۵). در فوریه ۲۰۱۵ نسخه اولیه استراتژی جهانی منتشر شد (۶). استراتژی جهانی منابع انسانی برای سلامت: نیروی کار ۲۰۳۰ تاکید می‌کند که سیستم‌های سلامت تنها زمانی می‌توانند به خوبی عمل کنند که دارای کارکنان کافی، آموزش‌دیده، شایسته، پاسخگو، با انگیزه، مولد و توزیع عادلانه باشند (۷).

این استراتژی جهانی دارای ۴ هدف می‌باشد. هدف دوم استراتژی جهانی با عنوان سرمایه‌گذاری در منابع انسانی برای سلامت با در نظر گرفتن نیازهای فعلی و آتی جمعیت و سیستم‌های سلامت، با در نظر گرفتن پویایی‌های بازار کار و سیاست‌های آموزشی، برای رفع کمبود و بهبود توزیع کارکنان سلامت، به گونه‌ای که حداکثر بهبود در پیامدهای سلامت اجتماعی، رفاه، ایجاد اشتغال و رشد اقتصادی را ممکن سازد مشخص گردید (۵).

تحقیقات نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری در آموزش و توسعه متخصصان بهداشت و درمان، بهبود کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها را به همراه دارد. به طور خاص، آموزش مداوم می‌تواند به افزایش مهارت‌ها و دانش کارکنان کمک کند که در نهایت منجر به بهبود نتایج سلامت می‌شود (۸). باتوجه به تغییرات جمعیتی و افزایش سن جمعیت، نیاز به منابع انسانی در حوزه سلامت نیز افزایش یافته است. تحقیقات نشان می‌دهند که برنامه‌ریزی مناسب برای

استخدام و آموزش نیروی کار سلامت می‌تواند به بهبود دسترسی به خدمات و کاهش بار بیماری‌ها کمک کند (۹). در پژوهشی در عربستان آمده است علی‌رغم پیش‌بینی تعادل کلی در بازار کار برای کارکنان سلامت در سال ۲۰۳۰، بدون مداخلات سیاستی، شکاف‌های شدید در نیروی کار عربستان ادامه خواهد داشت و پیشرفت به سوی تاب‌آوری سیستم سلامت در عربستان سعودی را محدود می‌کند (۱۰). در نتایج پژوهشی در گینه آمده است استخدام محدود و تولید بیش از حد پزشکان و کمک پرستاران منجر به بیکاری کارکنان سلامت شده است (۱۱). از سویی همه‌گیری کووید-۱۹ در چین تغییر قابل توجهی در پویایی بازار کار سلامت ایجاد کرده است که منجر به افزایش قابل توجه انعطاف‌پذیری بازار کار شده است (۱۲). باتوجه به موارد پیشگفت، هدف از این پژوهش بومی‌سازی هدف دوم استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت (نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی سلامت با در نظر گرفتن پویایی بازار کار) از دیدگاه صاحب‌نظران این حوزه در ایران است. با عنایت به محدود بودن منابع و داده‌های علمی در مورد این مدل و این موضوع پژوهش حاضر می‌تواند در مدیریت منابع و بکارگیری مدل کاربردی محققان را یاری نماید.

روش

داده‌ها در دو روش کیفی و کمی جمع‌آوری شد و محقق به کمک بررسی مستندات علمی و مصاحبه اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود و باتوجه به اینکه در مورد استراتژی جهانی منابع انسانی برای سلامت در ایران تحقیقات کمی صورت گرفته و دارای عمق کافی نبوده، بدین منظور برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های کیفی استفاده شد. برای پی‌بردن به جنبه‌های نامحسوس موضوع، از روش نظریه داده بنیاد (۱۳) استفاده گردید.

نمونه‌گیری در این پژوهش با روش گلوله برفی از بین اعضای هیات علمی دارای سوابق مدیریتی در حوزه منابع انسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا به مرحله اشباع در نظرات اعضای نمونه انجام گرفت. جمع‌آوری



به صورت عبارتهایی براساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای در قالب پرسشنامه درآمدند. برای تعیین روایی صوری کیفی و کمی به ترتیب اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی ۱۰ نفر و نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و نظرات اصلاحی انجام شد و همچنین برای روایی صوری کمی ۲۰ نفر از میان مدیران و کارشناسان منابع انسانی وزارت بهداشت مورد استفاده قرار گرفت.

این پژوهش در قالب دو بخش تحلیل توصیفی و آمار استنباطی انجام و از دو نرم افزار SPSS26 و SmartPLS3 استفاده گردید. برای تعیین روایی محتوا برای ۲۰ نفر از متخصصین مدیریت منابع انسانی و اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها ارسال شد که ۱۵ نفر فرم را تکمیل کردند. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله شامل ابزار طراحی شده و آیتم‌های مربوط به دو شاخص نسبت روایی محتوا و ایندکس روایی محتوا بود. در این مرحله برای تعیین پایایی ابزار معیار همسانی درونی مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه‌های پژوهش در این به ۳۵ نفر از کارشناسان منابع انسانی سلامت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور که با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده بودند ارائه شد. اطلاعات کلیه پرسشنامه‌های گردآوری شده وارد نرم افزار SPSS و همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه گردید (۲۵-۲۱).

به منظور تعیین همسانی بیرونی، ابزار طراحی شده بین ۳۰ نفر از کارشناسان منابع انسانی سلامت توزیع شد. روش نمونه‌گیری در این مرحله به صورت تصادفی بود و با استفاده از لیست ارائه شده توسط سازمان‌های ذی ربط انجام شد. نمرات کسب شده در دو مرحله (آزمون و بازآزمون) با یکدیگر مقایسه شدند.

به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، روابط بین متغیرها و به عبارتی تعمیم نتایج به دست آمده از نمونه به جامعه آماری پژوهش از تحلیل عاملی تاییدی (CFA) استفاده و از آزمون ضریب همبستگی درون طبقاتی نسبت به تعیین ثبات پرسشنامه اقدام شد. آلفای کرونباخ در جدول ۴-آماره‌های توصیفی شاخص‌های پژوهش شامل تعداد

اطلاعات با روش مصاحبه حضوری، عمیق و باز با ۱۸ نفر بود. گردآوری اطلاعات در فروردین تا تیرماه ۱۴۰۲ با طرح سوالی باز در مورد ارائه مدل بومی استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت در نظام سلامت ایران و شرایط علی، مقوله محوری، پیامدها، عوامل مداخله‌گر، عوامل تاثیرگذار انجام و در سوال آخر و تکمیلی نظر خبرگان سلامت در این خصوص منابع انسانی سلامت در ایران به طور کامل ضبط و ثبت شد (۱۴).

با توضیح محتوای تحقیق و اخذ رضایت‌نامه کتبی مصاحبه‌ها انجام و کلیه نظرات به صورت محرمانه ضبط و نگهداری شده و به همراه مشاهدات پژوهشگران تفکیک شده به متن تبدیل شد و شرایط اصول اخلاقی رعایت گردید، داده به نرم افزار MAXQDA2020 وارد و کدهای اولیه ایجاد و سپس براساس قاعده کدگذاری ثانویه اقدام گردید که اساس و پایه این اقدام در قرابت مفهوم و معنای کدهای اولیه به یکدیگر بوده است (۱۵). در نهایت در قسمت کدگذاری ثانویه، تلاش بر این است تا چند مفهوم تبدیل به یک مقوله کدگذاری محوری شوند. مرحله دوم تجزیه و تحلیل در نظریه پردازی داده بنیاد است و هدف از این مرحله برقراری رابطه بین طبقه‌های تولید شده (در مرحله کدگذاری باز) است. ارتباط سایر طبقه‌ها با طبقه محوری در شش عنوان می‌تواند تحقق داشته باشد که عبارتند از شرایط علی، مقوله محوری، پیامدها، عوامل مداخله‌گر، عوامل تاثیرگذار و استراتژی‌های عملی و تعاملی می‌باشد. بعد از تعیین مقوله‌ها در مرحله بعد طبقات اصلی نظریه تعیین می‌شوند.

پس از پایان مرحله اول پژوهش و ارائه متغیرها، پژوهشگر ضمن مرور و بازبینی مفاهیم استخراج شده از مرحله قبل اقدام به طراحی و استانداردسازی ابزار سنجش متغیرهای تاثیرگذار نمود. در گام اول استخراج گویه‌ها تشکیل و کلیه گویه‌های به دست آمده از مرحله قبل وارد آن شدند و در ادامه براساس نظرات خبرگان که اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران با تجربه حوزه منابع انسانی سلامت بودند گویه‌های مرتبط با متغیر تاثیرگذار



پاسخگویان، کمترین مقدار، بیشترین مقدار، میانگین، انحراف معیار، ضرایب کشیدگی و چولگی گزارش شده است.

یافته‌ها

مصاحبه‌ها در مرحله اول تحقیق پس از وارد کردن در نرم‌افزار MAXQDA2020، تبدیل به کدهای اولیه گردید و در قالب (جدول ۱) تنظیم شد.

در این پژوهش پرسشنامه آنلاین در اختیار مدیران و کارشناسان منابع انسانی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور قرار گرفت و ۲۴۳ نفر پرسشنامه را تکمیل و بازگرداندند که در این میان ۱۱۱ نفر دارای مدرک کارشناس ارشد و ۱۳۲ نفر دارای مدرک دکتری بودند. در این بین ۱۹/۳ (۵ تا ۱۰ سال) سابقه کاری داشتند، ۴۵/۳ درصد (۱۱ تا ۲۰ سال) و

جدول ۱- کدهای اولیه استخراج شده از مصاحبه‌ها

۱	ایجاد فرصت برای تقویت مهارت نیرو کار سلامت و اشتغال در کشور	۱۲	هماهنگی اقدامات بین بخشی در مورد مسائل مربوط به نیروی کار سلامت
۲	اتخاذ مکانیسم‌های مالی نوآورانه برای حمایت از آموزش سلامت	۱۳	برنامه ریزی برای توسعه یا بهبود سیاست‌های تقاضا و عرضه نیروی کار
۳	همسویی هزینه‌های آموزش دولتی با فرصت‌های استخدام	۱۴	توسعه ظرفیت برای جذب و استفاده موثر و شفاف از منابع داخلی
۴	استراتژی سرمایه‌گذاری آموزشی مبتنی بر نیاز حال و آینده سلامت	۱۵	بسیج منابع ملی و نوآورانه برای منابع انسانی سلامت
۵	حذف انگ و تبعیض برای منابع انسانی سلامت	۱۶	سیاست‌های دولتی برای بازسازی نیروی کار و افزایش مورد نیاز
۶	راهبردهای بلندمدت دولتی برای ۱۵ سال آینده منابع انسانی	۱۷	تقویت انگیزه نیروی انسانی سلامت و بهبود عملکرد
۷	ارتقا و بهبود سیاست‌های آموزشی برای رفع کمبود نیروی انسانی	۱۸	استقرار عادلانه نیروی انسانی سلامت
۸	همسو کردن عرضه و تقاضا نیروی کار با نیازهای سلامت جمعیت	۱۹	بهبود توزیع کارکنان سلامت
۹	افزایش سرمایه‌گذاری برای تقویت تقاضا و عرضه نیروی کار در بازار	۲۰	سیاست گذاری بخش دولتی برای بازسازی وضعیت ناکافی کارکنان سلامت
۱۰	تقویت بازار کار سلامت و دولت برای جذب و استخدام نیروی انسانی	۲۱	پیش بینی تقاضا برای نیروی کار سلامت در دهه آینده
۱۱	سرمایه گذاری در آموزش، استخدام، استقرار و حفظ کارکنان سلامت		



همچنین ۲۹/۲ درصد (۲۱ تا ۳۰ سال) و در نهایت ۶/۲ درصد (بیشتر از ۳۰ سال) سابقه کاری داشتند. (جدول ۲)

همان طور که در (جدول ۴) مشخص شده، مقدار مربوط به این معیارها یعنی آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی عامل های

جدول ۲- توصیف پاسخگویان بر اساس شاخص های پژوهش

درصد	تعداد	نام متغیر	
۴۵/۷	۱۱۱	کارشناسی ارشد	میزان تحصیلات
۵۴/۳	۱۳۲	دکتری	
۱۹/۳	۴۷	۵ تا ۱۰ سال	میزان سابقه کاری
۴۵/۳	۱۱۰	۱۱ تا ۲۰ سال	
۲۹/۲	۷۱	۲۱ تا ۳۰ سال	
۶/۲	۱۵	بیشتر از ۳۰ سال	
۱۰۰	۲۴۳	کل	

جدول ۳- آماره های توصیفی شاخص های پژوهش

نسبت کشیدگی	نسبت چولگی	انحراف معیار	میانگین	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	تعداد	نام متغیر
-۲/۰۲	۲/۶۷	۱/۰۹۳	۲/۴۱۳	۵	۱	۲۴۳	نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی
-۲/۰۸	۱/۸	۱/۰۲۹	۲/۲۹۱	۵	۱	۲۴۳	پویایی بازار کار سلامت
-۰/۲	۳/۵۳	۰/۸۹۱	۲/۳۵۲	۵	۱	۲۴۳	هدف ۲

پژوهش در همه عامل ها بالاتر از ۰/۷ بوده که حاکی از پایایی مناسب مدل دارد.

معیار^۱ AVE نشان دهنده میانگین واریانس به اشتراک گذاشته شده بین هر عامل با سوالات خود می باشد. به بیان ساده تر AVE میزان همبستگی یک عامل با سوالات خود را نشان می دهد که هرچه این همبستگی بیشتر باشد برازش نیز بیشتر است. باتوجه به جدول ۴ و روش فورنل و لارکر که مقدار مناسب برای AVE را ۰/۵ به بالا معرفی کرده اند، برای تمام متغیرهای تحقیق مقدار AVE بیشتر یا مساوی ۰/۵ می باشد. مقدار ملاک برای مناسب بودن ضرایب بارهای عاملی ۰/۴ می باشد. باتوجه به اینکه مقدار مناسب برای

سه معیار پایایی، روایی همگرا و روایی واگرا برای بررسی برازش مدل اندازه گیری استفاده می کنیم. پایایی از سه طریق شامل بررسی ضرایب بارهای عاملی، ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی صورت می پذیرد. بارهای عاملی از طریق محاسبه مقدار همبستگی سوالات یک عامل با آن عامل محاسبه می شوند که اگر این مقدار برابر یا بیشتر از ۰/۴ شود، موید این مطلب است که واریانس بین عامل و سوالات آن از واریانس خطای اندازه گیری آن عامل بیشتر بوده و پایایی در مورد آن مدل اندازه گیری قابل قبول است. درمدل تحقیق به بررسی ضرایب بارهای عاملی هریک از سوال های مربوط به عامل های تحقیق پرداخته است.

¹ Average Variance Extracted



همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بررسی روایی و اگرایی در مورد عوامل تاثیرگذار بررسی شد. سوال‌های مربوط به هر عامل نسبت به خود آن عامل همبستگی بیشتری دارد تا نسبت به عامل‌های دیگر و ضمناً بررسی

آلفای کرونباخ ۰/۷، برای پایایی ترکیبی ۰/۷ و برای AVE ۰/۵ می‌باشد و تمامی معیارها در قسمت سنجش بارهای عاملی مقدار مناسبی دارند، مناسب بودن وضعیت پایایی و روایی همگرایی مدل و عوامل تاثیرگذار مورد تایید می‌باشد.

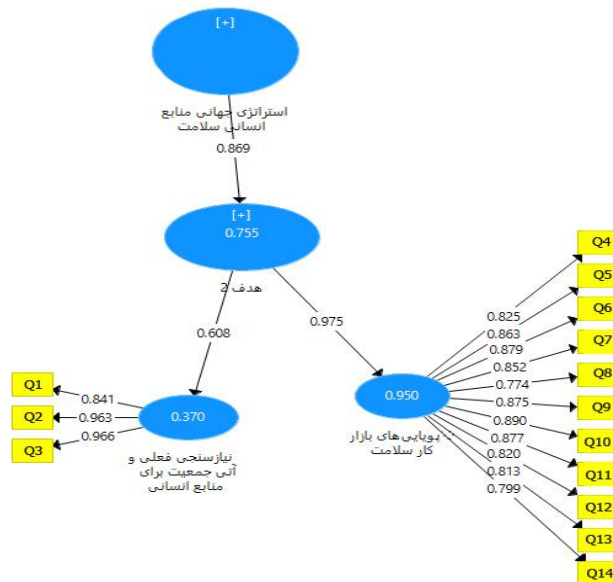
جدول ۴ - بررسی پایایی و روایی همگرا

AVE	پایایی ترکیبی	آلفای کرونباخ	ضرایب بارهای عاملی	نام متغیر	ابعاد
۰/۸۵۶	۰/۹۴۷	۰/۹۱۵	۰/۸۴۱	توسعه ظرفیت برای جذب و استفاده موثر و شفاف از منابع داخلی	نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی
			۰/۹۶۳	بسیج منابع ملی و نوآورانه برای منابع انسانی سلامت	
			۰/۹۶۶	تقویت انگیزه نیروی انسانی سلامت و بهبود عملکرد	
۰/۷۱۱	۰/۹۶۴	۰/۹۵۹	۰/۸۲۵	همسو کردن عرضه و تقاضا نیروی کار با نیازهای سلامت جمعیت	پویایی بازار کار سلامت
			۰/۸۶۳	برنامه ریزی برای توسعه یا بهبود سیاست های تقاضا و عرضه نیروی کار	
			۰/۸۷۹	ایجاد فرصت برای تقویت مهارت نیرو کار سلامت و اشتغال در کشور	
			۰/۸۵۲	استراتژی سرمایه گذاری آموزشی مبتنی بر نیاز حال و آینده سلامت	
			۰/۷۷۴	افزایش سرمایه‌گذاری برای تقویت تقاضا و عرضه نیروی کار در بازار	
			۰/۸۷۵	ارتقا و بهبود سیاست‌های آموزشی برای رفع کمبود نیروی انسانی	
			۰/۸۹	سرمایه گذاری در آموزش منابع انسانی سلامت	
			۰/۸۷۷	برنامه ریزی برای استخدام دانش آموختگان رشته های سلامت	
			۰/۸۲	استقرار و حفظ کارکنان سلامت	
			۰/۸۱۳	راهبردهای بلندمدت دولتی برای ۱۵ سال آینده منابع انسانی	
			۰/۷۹۹	تقویت بازار کار سلامت و دولت برای جذب و استخدام نیروی انسانی	



بررسی ضرایب معنی‌داری t که مقدار این اعداد از ۱/۹۶
بیشتر شد، نشان از صحت رابطه‌ی بین عامل‌ها و در نتیجه

روایی واگرایی به روش فورنل و لارکر (۱۶) انجام و نتیجه
تایید شد.



نمودار ۱- ضرایب بارهای عاملی هر متغیر

جدول ۵- بررسی روایی واگرایی مولفه‌های اصلی پژوهش به روش بارهای متقاطع

نام متغیر	نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی	پویایی بازار کار سلامت
Q۱	۰/۸۴۱	۰/۳۰۲
Q۲	۰/۹۶۳	۰/۴۲۴
Q۳	۰/۹۶۶	۰/۴۱۳
Q۴	۰/۳۱۵	۰/۸۲۵
Q۵	۰/۳۹۸	۰/۸۶۳
Q۶	۰/۳۷۹	۰/۸۷۹
Q۷	۰/۳۵۸	۰/۸۵۲
Q۸	۰/۳۰۲	۰/۷۷۴
Q۹	۰/۳۷۴	۰/۸۷۵
Q۱۰	۰/۳۶۶	۰/۸۹
Q۱۱	۰/۴۰۴	۰/۸۷۷
Q۱۲	۰/۳۱۱	۰/۸۲
Q۱۳	۰/۳۱۳	۰/۸۱۳
Q۱۴	۰/۳۱۲	۰/۷۹۹



تایید فرضیه‌های پژوهش در سطح اطمینان ۰/۹۵ داشت و معیار کوهن^۱ (F^2) با توجه به (جدول ۸) شدت رابطه میان صحت رابطه موردتایید بود . سازه‌های مدل را تعیین کرد و چون بیش از ۰/۳۵ بود نشان

جدول ۶- بررسی روابط درون مدل ساختاری

P Value	Value T	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد	بررسی رابطه ها درون مدل ساختاری تحقیق
۰/۰۰۰	۱۰/۶۴۹	۰/۰۵۷	۰/۶۰۸	هدف ۲ ← نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی
۰/۰۰۰	۴۵۱/۹۹۹	۰/۰۰۲	۰/۹۷۵	هدف ۲ ← پویایی‌های بازار کار سلامت

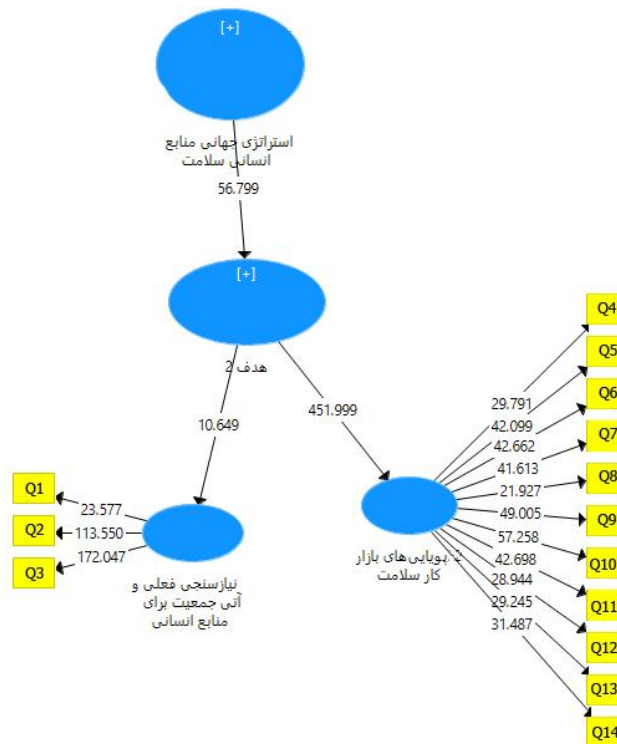
از اندازه تاثیر بزرگ سازه بر سازه دیگر است.

با توجه به مندرجات (جدول ۶) که برای همه‌ی رابطه‌ها نشان داده شده، بین متغیرهایی رابطه معنی داری برقرار است که مقدار تی ویو برای این رابطه‌ها بیشتر از ۱/۹۶ می باشد. معیار R^2 که نشان از تاثیر یک عامل برونزا بر یک عامل درونزا دارد و همچنین بررسی اعتبار مدل تحقیق که شامل شاخص بررسی اعتبار حشو یا افزونگی (Q^2 استون-گیسر) که کیفیت مدل ساختاری را برای هر بلوک درونزا اندازه گیری می کند، استفاده شد. باتوجه به (جدول ۷) این معیارها قدرت پیش بینی مدل را مشخص می سازد و چون بیش از ۰/۱۵ می باشد نشان از قدرت پیش بینی قوی عامل یا عامل های برونزای مربوط به آن دارد.

جدول ۷- بررسی معیارهای R^2 و Q^2

Q^2		R^2		نام متغیر
قوی	۰/۲۹۷	قوی	۰/۳۷۰	نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی
قوی	۰/۶۲۹	قوی	۰/۹۵۰	پویایی‌های بازار کار سلامت
قوی	۰/۴۰۹	قوی	۰/۷۵۵	هدف ۲

¹ Cohen



نمودار ۲- ضرایب معناداری هر بعد

جدول ۸- بررسی معیار f^2

f^2		نام متغیر
قوی	۳/۰۸۵	استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت ← هدف ۲
قوی	۰/۵۸۷	نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی
قوی	۱۸/۸۸۵	پویایی‌های بازار کار سلامت

بحث

(۱) توسعه ظرفیت برای جذب و استفاده موثر و شفاف از منابع داخلی: طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، بسیاری از کشورها با چالش‌های جدی در جذب و نگهداشت نیروی کار سلامت روبرو هستند (۱۷). برای توسعه و نگهداری نیروی کار ایجاد محیط‌کاری حمایتی و ارائه فرصت‌های رشد و پیشرفت شغلی موردتوجه قرارگیرد (۱۸).

(۲) بسیج منابع ملی و نوآورانه برای منابع انسانی سلامت: کشورها همچنین باید به دنبال منابع نوآورانه برای توسعه

این پژوهش با هدف بومی‌سازی هدف دوم استراتژی جهانی منابع انسانی سلامت به‌انجام‌رسید که در این پژوهش در مرحله کیفی بعد اول (نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی) با سه متغیر و بعد دوم (پویایی‌های بازار کار سلامت) با یازده متغیر شناسایی شد و در محله کمی این متغیرها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و مدل ارائه و روابط آن‌ها مشخص و تایید گردید.

الف- نیازسنجی فعلی و آتی جمعیت برای منابع انسانی



ظرفیت منابع انسانی سلامت باشند. همکاری بین‌المللی و انتقال دانش شامل همکاری با سایر کشورها و سازمان‌های بین‌المللی برای به اشتراک‌گذاری دانش و تجربیات موردتوجه می‌باشد (۱۹).

۳) تقویت انگیزه نیروی انسانی سلامت و بهبود عملکرد: بهبود شرایط کاری شامل ارائه حقوق و مزایای رقابتی، ایجاد محیط کاری ایمن و حمایتی، فرصت‌های توسعه حرفه‌ای و امنیت شغلی به کارکنان این احساس را می‌دهد که کارفرما به آن‌ها اهمیت می‌دهد و به رفاه و پیشرفت آن‌ها توجه دارد (۱۷).

ب- پویایی‌های بازار کار سلامت

۱) همسوکردن عرضه و تقاضای نیروی کار سلامت با نیازهای سلامت: در گزارش سازمان بهداشت جهانی بیان‌شده سرمایه‌گذاری در نیروی کار سلامت می‌تواند به بهبود شاخص‌های سلامت و رشد اقتصادی کمک‌کند. همچنین به اهمیت برنامه‌ریزی دقیق برای همسوکردن عرضه و تقاضای نیروی کار سلامت اشاره می‌کند (۲۰).

۲) برنامه‌ریزی برای توسعه و بهبود سیاست‌های تقاضا و عرضه نیروی کار سلامت: افزایش ظرفیت آموزشی برای تربیت پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان سلامت یکی از راهکارهای مهم برای بهبود عرضه نیروی کار سلامت است و این امر نیازمند افزایش سرمایه‌گذاری در آموزش عالی سلامت و برنامه‌ریزی دقیق برای تأمین نیازهای آتی نیروی کار است (۱۷). مطالعات نشان می‌دهند که سیاست‌های کلان جمعیتی و اقتصادی، مانند سیاست‌های مربوط به افزایش باروری، مهاجرت و رشد اقتصادی می‌تواند به بهبود تعادل بین عرضه و تقاضای نیروی کار سلامت کمک‌کند (۱۸).

۳) ایجاد فرصت برای تقویت مهارت نیروی کار سلامت و اشتغال در کشور: نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که برخی از راهکارهای موثر برای تقویت مهارت‌های نیروی کار سلامت شامل ایجاد برنامه‌های آموزش مداوم برای ارتقای

مهارت‌های کارکنان بخش سلامت (۲۰)، توسعه مدل‌های آموزش از راه دور و آموزش الکترونیکی برای دسترسی بیشتر به آموزش (۲۱) و ایجاد مشوق‌های مالی و غیرمالی برای جذب و حفظ نیروی کار ماهر در بخش سلامت می‌باشد (۲۲).

۴) سرمایه‌گذاری آموزشی مبتنی بر نیاز حال و آینده سلامت: در نتایج مطالعه‌ای آمده است تحلیل نیازهای آموزشی شامل بررسی دقیق نیازهای آموزشی کنونی و آینده منابع انسانی سلامت براساس روندها و چالش‌های سیستم سلامت (۵) و تمرکز بر آموزش مهارت‌های فراتخصصی مانند رهبری، تصمیم‌گیری، ارتباطات و کار تیمی که برای مقابله با چالش‌های پیچیده ضروری است (۲۳).

۵) افزایش سرمایه‌گذاری برای تقویت تقاضا و عرضه نیروی کار در بازار سلامت: در نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۸ در مجله ((The Lancet Global Health Commission)) منتشرشده باتوجه به چالش‌های فزاینده در سیستم‌های سلامت جهانی، از جمله افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، شیوع بیماری‌های مزمن و محدودیت‌های بودجه‌ای، سرمایه‌گذاری در توسعه و آموزش نیروی کار سلامت اهمیت حیاتی پیدا کرده است (۲۴). از سویی سرمایه‌گذاری برای تقویت عرضه شامل بهبود شرایط کاری، حقوق و مزایا برای جذب و حفظ نیروی کار سلامت (۲۵)، و سرمایه‌گذاری در توسعه زیرساخت‌های آموزشی و بهداشتی برای افزایش ظرفیت عرضه (۲۷).

۶) ارتقا و بهبود سیاست‌های آموزشی برای رفع کمبود نیروی انسانی سلامت: نتایج مطالعه‌ای در مجله منابع انسانی برای سلامت منتشرشده در سال ۲۰۲۱ به بررسی چالش‌های آموزش پزشکی در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط پرداخته و بیان‌شده که کمبود زیرساخت‌های آموزشی، کیفیت پایین برنامه‌های آموزشی و کمبود اساتید ماهر از جمله چالش‌های اصلی در این کشورها هستند (۱۸).



نتیجه‌گیری

باتوجه به چالش‌های موجود در نظام سلامت و کمبود نیروی انسانی متخصص، این تحقیق نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری در منابع انسانی و توجه به نیازهای فعلی و آتی جمعیت امری ضروری است. یافته‌ها نشان می‌دهند که برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی باید به توسعه ظرفیت‌های داخلی، بسیج منابع ملی و تقویت انگیزه نیروی انسانی توجه ویژه‌ای شود. همچنین، پویایی‌های بازار کار سلامت و همسو کردن عرضه و تقاضای نیروی کار با نیازهای جمعیت از جمله عوامل کلیدی در این زمینه هستند. در نهایت، نتایج این تحقیق به‌عنوان مبنایی برای اجرای استراتژی‌های جهانی منابع انسانی سلامت در ایران و سایر کشورهای در حال توسعه می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

محدودیت‌های مطالعه :

- ۱- احتمال تاثیر برخی عوامل مداخله‌گر و میانجی نامشخص بر تعیین عوامل موثر بر هدف دوم استراتژی جهانی
- ۲- عدم ارزیابی عوامل موثر بر هدف دوم استراتژی‌ها در عمل که بتوان موانع، کاستی‌ها و ضعف‌ها را شناسایی کرد
- ۳- عدم امکان انجام نظرسنجی از جامعه سیاستگذاران و مدیران منابع انسانی سلامت جهت ارزیابی عوامل موثر تعیین‌شده
- ۴- خطای ذاتی در ابزار پرسشنامه و نیاز به بررسی گویه‌ها و حیطه‌های گنجانده‌شده در تعیین عوامل با جزئیات بیشتر که هرکدام نیاز به پژوهش جداگانه دارند.

پیشنهادهای برای مطالعات آینده :

۷) سرمایه‌گذاری در آموزش منابع انسانی سلامت: نتایج مطالعه‌ای که در مجله بین‌المللی سیاست و مدیریت سلامت در سال ۲۰۲۱ منتشر شده، بیان نموده که سرمایه‌گذاری در آموزش، توسعه مهارت‌ها و بهبود شرایط کاری کارکنان سلامت می‌تواند به‌طور چشمگیری به ارتقای پیامدهای سلامت، رفاه و رشد اقتصادی منجر شود (۲۰).

۸) برنامه‌ریزی برای استخدام دانش‌آموختگان رشته‌های سلامت: در نتایج مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۹ توسط سازمان بهداشت جهانی منتشر شده بیان شده سرمایه‌گذاری در نیروی کار سلامت می‌تواند منجر به ایجاد اشتغال، افزایش بهره‌وری و در نهایت رشد اقتصادی شود (۲۰).

۹) استقرار و حفظ کارکنان سلامت در نظام سلامت: در مطالعه‌ای که در مجله ((BMC Health Serv Res)) منتشر شده در سال ۲۰۱۹ بیان شده است استقرار و حفظ کارکنان ماهر و متعهد در بخش سلامت یک چالش مهم برای این سازمانها است. این نیروها نقش حیاتی در ارائه خدمات با کیفیت به بیماران ایفا می‌کنند (۲۸).

۱۰) راهبردهای بلندمدت دولتی برای ۱۵ سال آینده منابع انسانی: با پیشرفت فناوری و تغییرات سریع در بازار کار سلامت، نیاز به مهارت‌های جدید و آموزش مداوم افزایش می‌یابد (۲۹). افزایش تمایل به کار از راه دور و سیاست‌های کار انعطاف‌پذیر می‌تواند به جذب و نگهداشت نیروی کار کمک کند (۳۰).

۱۱) تقویت بازار کار سلامت و دولت برای جذب و استخدام نیروی انسانی: در گزارش سازمان بهداشت جهانی آمده است تقویت بازار کار سلامت و ایجاد شرایط مناسب برای جذب و نگهداشت نیروی انسانی ماهر در این حوزه یک ضرورت است و این امر به ارتقای کیفیت خدمات ارائه‌شده و بهبود شاخص‌های سلامت جامعه منجر می‌شود (۵).



حمایت مالی

این پژوهش هیچگونه کمک مالی از سازمان‌های دولتی، خصوصی و غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

ملاحظات اخلاقی و کد اخلاق

در این مطالعه به منظور رعایت مسائل اخلاقی شرکت در مطالعه به صورت اختیاری بود و محرمانه بودن مطالعات به صاحب‌ه شندگان تضمین داده شد. همچنین این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.265 به تایید رسیده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان در طراحی، اجرا و نگارش همه قسمت‌های پژوهش مشارکت یکسان داشتند

۱- انجام مطالعات جامع برای شناسایی نیازهای واقعی منابع انسانی در نظام سلامت ایران و تطبیق استراتژی‌های جهانی با این نیازها

۲- مطالعه توسعه پایگاه‌های داده برای جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات مربوط به منابع انسانی، شامل تحصیلات، مهارت‌ها و تجربه‌های کاری

۳- مطالعه برای طراحی سیاست‌های حمایتی برای تشویق و حفظ نیروی کار در مناطق محروم و کمتر توسعه‌یافته

۴- مطالعه طراحی سیستم‌های ارزیابی و بازنگری مستمر برای بررسی تأثیرات بومی‌سازی استراتژی‌ها و بهبودهای لازم

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

References:

1. Seyedjavad Qom, Mohia M, Elham Hash, Hossein D. Investigating the distribution of specialist manpower in the hospitals of Tehran University of Medical Sciences.
2. Kishori, Shirdel, Mirqaidi T, Yousefi, Alireza. Challenges of optimal human resource management in hospitals: a qualitative study. Journal of qualitative research in health sciences.7(4):349-60.
3. Zalani GS, Khalilnezhad R, Mirbahaeddin E, Shokri A, Kashkalani T, Bayat M. Human resources for health strategies: the way to achieve universal health coverage in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J. 2.54-846:(9)24;018
4. ORGANIZATION WH. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY-RESOLUTIONS AND DECISIONS. SIXTY-SEVENTH WORLD HEALTH ASSEMBLY; 19-24 MAY; GENEVA. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2014. p. 207 p.
5. World Health O. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
6. World Health O. Health workforce 2030: towards a global strategy on human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2015 2015.
7. The state of the health workforce in the WHO African Region, 2021. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; 2021. Available from: <https://www.afro.who.int/publications/state-health-workforce-who-african-region-2021>.
8. World Health O. Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. (Human Resources for Health Observer, 17). Geneva: World Health Organization; 2016 2016.
9. Tamata AT, Mohammadnezhad M. A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. Nurs Open. 2023;10(3):1247-57.
10. Lin TK, Bruckner TA, Alghaith T, Hamza MM, Alluhidan M, Herbst CH, et al. Projecting health labor market dynamics for a health system in transition: planning for a resilient health workforce in Saudi Arabia. Global Health. 2021;17(1):105.



- .11 van de Pas R, Kolie D, Delamou A, Van Damme W. Health workforce development and retention in Guinea: a policy analysis post-Ebola. *Hum Resour Health*. 2019;17(1):63.
- .12 Pan W, Jing FF, Liang Y. Working time variation and mental health during the Covid-19 pandemic in China. *SSM Popul Health*. 2023;23:101487.
- .13 Noble H, Mitchell G. What is grounded theory? *Evidence Based Nursing*. 2016;19(2):34.
- .14 Moreira F, Callou RCM, Albuquerque GA, Oliveira RM. Effective communication strategies for managing disruptive behaviors and promoting patient safety. *Rev Gaucha Enferm*. 2019;40(spe):e20180308.
- .15 Hajiesmaello M, Hajian S, Riazi H, Majd HA, Yavarian R. Challenges facing clinical midwifery education in Iran. *BMC Med Educ*. 407:(1)22;2022 .
- .16 Ab Hamid MR, Sami W, Mohmad Sidek MH. Discriminant Validity Assessment: Use of Fornell & Larcker criterion versus HTMT Criterion. *Journal of Physics: Conference Series*. 2017;890(1):012163.
- .17 Organization WH. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. 2016.
- .18 World Health Organization. Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals.(human resources for health observer, 17). 2016.
- .19 Truth AU. No health without a workforce. World health Organisation (WHO) report. 2013;2013:1-104.
- .20 Organization WH. Health employment and economic growth: an evidence base: World Health Organization; 2017.
- .21 Otu A, Ebenso B, Okuzu O, Osifo-Dawodu E. Using a mHealth tutorial application to change knowledge and attitude of frontline health workers to Ebola virus disease in Nigeria: a before-and-after study. *Human resources for health*. 2016;14:1-9.
- .22 Dieleman JL, Sadat N, Chang AY, Fullman N, Abbafati C, Acharya P, et al. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *The Lancet*. 2018;391(10132):1783-98.
- .23 Cometto G, Buchan J, Dussault G. Developing the health workforce for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2020;98(2):109.
- .24 Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e252.
- .25 Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W, Perfilieva G, et al. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91:834-40.
- .26 Rao KD, Shahrawat R, Bhatnagar A. Composition and distribution of the health workforce in India: estimates based on data from the National Sample Survey. *WHO South-East Asia journal of public health*. 2016;5(2):133-40.
- .27 Ma X, Vervoort D. Leveraging e-learning for medical education in low-and middle-income countries. *Cardiology in the Young*. 2020;30(6):903-4.
- .28 Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, Meyer L. Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):239.
- .29 Hazarika I. Artificial intelligence: opportunities and implications for the health workforce. *Int Health*. 2020;12(4):241-5.
- .30 Aleem M, Sufyan M, Ameer I, Mustak M. Remote work and the COVID-19 pandemic: An artificial intelligence-based topic modeling and a future agenda. *J Bus Res*. 2023;154:113303.



Localization of the Second Goal of the Global Strategy Health Human Resources in Iran

Mansour Naeimabadi¹, Leila Riahi^{*2}, Abasat Mirzaei³, Mahmood Modiri⁴

1. Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Department of Health Services Management, ScManagement, Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Associate professor, Department of Health Care Management, Faculty of Health, Tehran Medical Science, Islamic Azad University, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, Department of Industrial Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Type of Article Original Research

Received: 06/08/2024

Accepted: 07/12/2024

***Corresponding Author:**
Leila Riahi, Department of Health Services Management, ScManagement, Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

TEL: 09121131901

Email: (l.riahi@srbiau.ac.ir)

Abstract

Introduction: Among the challenges of the healthcare system are the shortage of specialists, the lack of quality knowledge, and the unequal distribution of skills among healthcare workers, which are of concern to the World Health Organization until 2030. Therefore, the purpose of the present study was to localize the second goal of the global human resources for health strategy, which including assessing the current and future needs of the population for human resources, while taking into account the dynamics of the labor market in Iran.

Methods: This study was conducted in 2023 using a mixed method approach through a review of related articles and semi-structured interviews with 18 experts in the field of human resources nationwide using MAXQDA2020 software. Then, in a quantitative phase, with the opinions were gathered from 243 managers and human resources experts from medical universities, statistical analysis and confirmatory factor analysis (CFA) were employed, and finally, the localized model of the second goal of the global health human resources strategy in Iran was developed.

Results: In the qualitative interview phase, 21 variables were identified and after quantitative phase, they were reduced to 14 variables. This variables were categorized as current and future needs assessment of the population for human resources (3 variables) and dynamics of the health labor market (11 variables). The standard deviation for the second objective was reported to be 0.891. The values related to these criteria, namely Cronbach's alpha and the composite reliability of the research factors, were greater than 0.7 in all factors, indicating the appropriate reliability of the model.

Conclusion: Strategic investment in human resources is essential to improve health services and achieve long-term sustainability of health care systems, especially in developing countries. The study also calls for increased collaboration and knowledge sharing between countries, improved working conditions, and targeted training programs to effectively address workforce challenges.

Keywords: Health workforce, Global strategy, Health system, Iran

► Please cite this article as: Naeimabadi M, Riahi L, Mirzaei A, Modiri M. Localization of the Second Goal of the Global Strategy Health Human Resources in Iran. J Neyshabur Univ Med Sci 2023;11(2):21-34.