

Research Paper

Identifying Indicators of Family Physician Empowerment to Improve Service Quality in Social Security Treatment Management in Mazandaran Province

Seyyed Ebrahim Jafari Kelarijani¹ , Yaghoob Alavimatin^{*2} , Davood Paydarfard³ 

¹ Ph.D. Candidate, Department of Management, Tabriz (Aras) Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

² Assist. Prof., Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

³ Assist. Prof., Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.



[10.22080/jem.2025.27555.3944](https://doi.org/10.22080/jem.2025.27555.3944)

Received:

October 21, 2024

Accepted:

January 13, 2025

Available online:

February 13, 2025

Keywords:

CVR index, Family physician, Management index, Therapy management, Ultra-combination technique.

Abstract

The family physician plan is an integrated service delivery method at the first level of health service delivery, in which the family physician and his team members are responsible for providing comprehensive, continuous, coordinated, and individual and family-based health services. This research was conducted to identify the empowerment of family physicians to improve the quality of services in managing social security treatment in Mazandaran province. The statistical population of the qualitative section consisted of experts, including family physicians and treatment management managers of Mazandaran province, who had at least five years of management or family physician experience. The number of sample people in the qualitative section was selected based on the snowball sampling method. Interview tools and a researcher-made questionnaire based on the results of interviews and content analysis were used to collect information. The supervisors and the consultant determined the face validity of the questionnaire, and the CVR index determined its content validity. Data analysis was conducted using the meta-combination technique. Results showed that 57 indices were identified in four dimensions and 11 components. The required infrastructure, communication, and planning criteria were identified for the next step. For the dimension of motivational mechanisms, the criteria of motivation, awareness, and power of action were selected, and for the dimension of management indicators, the criteria of evaluation, management, and financial supervision were selected. In order to improve service delivery methods, training and process improvement criteria were also determined. Therefore, the identified empowerment indicators of family physicians led to the improvement of the quality of services in social security treatment management in Mazandaran.

***Corresponding Author:** Yaghoob Alavimatin

Address: Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email: alavimatin@iaut.ac.ir

1. Introduction

The family physician plan is an integrated service delivery method at the first level of health service delivery, in which the family physician and his team members are responsible for providing comprehensive, continuous, coordinated, and individual and family-based health services. The aim of the current research is to identify the empowerment of family physicians to improve the quality of services in managing social security treatment in Mazandaran province.

2. Methods

The statistical population of the qualitative section consisted of experts, including family physicians and treatment management managers of Mazandaran province, who had at least 5 years of management or family doctor experience. The number of sample people in the qualitative section was selected based on the snowball sampling method. Interview tools and a researcher-made questionnaire based on the results of interviews and content analysis were used to collect information. The supervisors and the consultant determined the face validity of the questionnaire, and the CVR index determined its content validity. Data analysis was conducted using the meta-combination technique.

3. Results

According to the findings, 57 indices were identified in four dimensions and 11 components. Moreover, the criteria of the infrastructure were identified as platform-building indices for improving capabilities, new ways of providing services, creating conditions for job promotion, mechanizing services, upgrading hardware and software infrastructure, and developing cultural, legal, and financial infrastructures. For communication

criteria, indices of open and dynamic communication, development of organizational communication for empowerment, cooperation and interdepartmental communication of family physicians, and team and collaborative services have been determined. The indices of familiarity with duties and roles, perceptive skills of the organization, evidence-based services, and improving the information literacy of doctors were selected for the criterion of awareness. Moreover, for the evaluation criteria of monitoring and performance evaluation indicators, as well as the monitoring and evaluation system, the existence of transparent questioning, evaluation, and diagnosis of problems, and for the management criterion, self-centered management indicators, doctors' access to decision-making and implementation tools, leveling and prioritization of services, development of managerial factors for empowerment, linking payment with the goals and performance of service providers, program-oriented management, and leadership and dynamic capabilities were identified. For the financial monitoring criteria, indices of monetary relationship between patient and doctor (franchise), convergence of payment systems, and development of financial and economic resources for empowerment were selected. For the training criteria, the indices of clear job description in the organization, training of psychological, emotional, and communication skills, holding training courses for family physicians, annual training planning based on needs assessment, improving learning and knowledgeability, and holding training and skill courses for doctors were identified. As well as, for the training criteria, the indices of clear job description in the organization, training of

psychological, emotional, and communication skills, holding training courses for family physicians, annual training planning based on needs assessment, improving learning and knowledgeableability, and holding training and skill courses for doctors were identified.

4. Conclusion

Therefore, the indicators of empowerment of family physician identified led to the improvement of the quality of services in social security treatment management of Mazandaran province.

Funding

There is no funding support.

Authors Contribution

The authors contributed equally to the conceptualization and writing of the article. All of the authors approved the content of the manuscript and agreed on all aspects of the work.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors are grateful to all the scientific consultants of this paper.

علمی پژوهشی

ارائه چهارچوب معیارهای توانمندسازی پزشکان خانواده برای ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان مازندران

سید ابراهیم جعفری کلاریجانی^۱ ID، یعقوب علوی متین^{۲*} ID، داود پایدارفرد^۳ ID

^۱ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز (ارس)، دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، تبریز، ایران.
^۲ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، استادیار گروه مدیریت، تبریز، ایران.
^۳ دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، استادیار گروه مدیریت، تبریز، ایران.

[10.22080/jem.2025.27555.3944](https://doi.org/10.22080/jem.2025.27555.3944)

چکیده

پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت است که در آن گروه پزشکی خانواده آموزش‌دیده، خدمات اولیه بهداشتی و درمانی را به‌صورت جامع، هماهنگ، مداوم و بیمارمحور به همه افراد در هر سن و جنسیت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم جامعه ارائه می‌کند. کیفیت خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده نقش مهمی در پیشبرد اهداف اساسی طرح پزشک خانواده دارد. از این‌رو، این پژوهش با هدف ارائه الگوی ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران انجام شد. جامعه‌ی آماری بخش کیفی پژوهش شامل پزشکان خانواده و مدیران مدیریت درمان استان مازندران که حداقل پنج سال سابقه مدیریتی یا پزشک خانواده داشته بوده است. حجم افراد نمونه در بخش کیفی بر مبنای شیوه نمونه‌گیری گلوله‌برفی تا اشباع ادامه یافت که در این مطالعه با ۱۷ نفر اشباع شد. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزار مصاحبه و پرسشنامه بر مبنای نتایج مصاحبه و تحلیل محتوا استفاده شد. روایی صوری پرسشنامه توسط استادان راهنما و مشاور و روایی محتوایی پرسشنامه نیز توسط شاخص CVR انجام شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تکنیک فراترکیب استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که تعداد ۵۷ شاخص در غالب چهار بعد و ۱۱ مؤلفه شناسایی گردید. برای بعد پیش‌نیازهای مورد نیاز معیارهای زیرساخت، ارتباطات و برنامه‌ریزی شناسایی شدند. برای بعد سازوکارهای انگیزشی معیارهای انگیزش، آگاه‌سازی، قدرت عمل و برای بعد شاخص‌های مدیریتی نیز معیارهای ارزیابی، مدیریت و نظارت مالی انتخاب شدند. برای بعد اصلاح شیوه‌های ارائه خدمات نیز معیارهای آموزش و اصلاح فرآیند تعیین شدند. بنابراین، شاخص‌های توانمندسازی پزشکان خانواده شناسایی شده منجر به ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران گردید که ضرورت دارد سیاست‌گذاران و مدیران در نظام سلامت با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه از طریق توجه به شفافیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی سیاست، توجه به نیازهای انگیزشی و نیازهای آموزشی پزشکان خانواده، بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد به رفع مسائل و چالش‌های سیاست پزشک خانواده پرداخت.

تاریخ دریافت:

۳۰ مهر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش:

۲۴ دی ۱۴۰۳

تاریخ انتشار:

۲۵ بهمن ۱۴۰۳

کلیدواژه‌ها:

شاخص مدیریتی، شاخص CVR، پزشک خانواده، تکنیک فراترکیب، مدیریت درمان.

* نویسنده مسئول: نویسنده مسئول

آدرس: دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

ایمیل: alavimatin@iaut.ac.ir

۱ مقدمه

برنامه پزشکی خانواده یک رویکرد ارائه خدمات یکپارچه در سطح اول ارائه خدمات سلامت است که در آن، پزشک خانواده و اعضای تیم او مسئول ارائه خدمات سلامت جامع، مداوم، هماهنگ و مبتنی بر فرد و خانواده هستند. با این حال، مفهوم پزشکی خانواده در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه همواره چالش برانگیز بوده است (حیدریان نائینی و همکاران، ۲۰۲۲؛ مصدق‌راد، ۲۰۰۳). تلاش‌های انجام گرفته در طی سال‌های اخیر در مورد سامانه مراقبت‌های اولیه، همگی دارای فصل مشترکی به نام پزشک خانواده و نظام ارجاع مبتنی بر سطح‌بندی برای جمعیت تحت پوشش است تا از این طریق نظام سلامت، عادلانه‌تر و بهینه‌تر شکل گیرد. این نظام نوین ارائه خدمت، در بسیاری از کشورها دارای اهمیت ویژه‌ای در رسیدن به ساختاری نوین و هماهنگ جهت ارائه خدمات سلامت است. در نتیجه پزشکی خانواده به‌عنوان نخستین حلقه از حلقه‌های پیچیده نظام جامع سلامت، جهت طراحی و اجرای سیاست‌های کلان در نظام سلامت مورد توجه قرار گرفته است (آیگان و موسیوم، ۲۰۱۹؛ درزی و همکاران، ۲۰۲۳). بررسی برنامه‌های پزشکی خانواده در کشورهای دیگر بیان‌گر آن است که اقدامات انجام گرفته در این زمینه در هر کشوری بنا بر شرایط جوامع صنعتی و روند توسعه کشورها، ارائه خدمات درمانی نظام‌ها و تعاریف سلامت، صنعت بیمه همگانی و نگرش سیاست‌گزاران به امر سلامتی به سرعت در حال تغییر است. بنابراین، به جای اینکه عملکرد پزشکی خانواده به عنوان یک مدل آماری در نظر گرفته شود، باید آن را به عنوان مدل متأثر از تغییرات شرایط منطقه‌ای و دستخوش اصلاحات و تعدیلاتی در نظر گرفته شود (بنیادی نائینی و همکاران، ۲۰۱۸؛ حیدریان نائینی و همکاران، ۲۰۱۹).

اجرای برنامه پزشک خانواده در بسیاری از کشورها سابقه چندین دهه‌ای دارد و به سال‌های پس از جنگ جهانی دوم دربر می‌گردد (مک‌وین، ۱۹۹۷). از این‌رو، برای ایجاد یک نظام فراگیر مراقبت‌های ادغام یافته با محوریت پزشکان خانواده در کشور نیازمند ده‌ها هزار پزشک خانواده خواهیم بود. به همین سبب هر گونه تلاش جهت نیل به این مهم در نهایت مستلزم تعریف مجدد پزشکان عمومی در قالب پزشکان خانواده به جای آموزش و بکارگیری پزشکان خانواده به موازات پزشکان عمومی خواهد بود (اونق و بیرامی، ۲۰۲۳؛ یزدانی، ۲۰۱۰). پزشک خانواده، بیمار را در سیستم ارجاع قرار می‌دهد و او را از بدو ورود به سیستم تا پایان درمان و مراقبت‌های پس از درمان تحت نظر خود دارد (اسلامی، ۲۰۲۲؛ اطلس سلامت، ۲۰۱۰). از سوی دیگر توانمندسازی پزشکان خانواده امر مهمی در زمینه ارتقای کیفیت خدمات حوزه سلامت می‌باشد. دونا بدین کیفیت خدمات پزشکی را به کارگیری علم و تکنولوژی پزشکی به نحوی که حداکثر منافع و حداقل آسیب را برای فرد داشته باشد، تعریف کرده است. اورتویت، کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را برآورده سازی نیازها و انتظارات بیمار و دستیابی به حداکثر نتایج بالینی ممکن با استفاده از منابع موجود می‌داند (عباسی و حاجی محمدی، ۲۰۲۱؛ اورت ویت، ۳، ۲۰۰۹). کیفیت در بهداشت و درمان یعنی ارائه خدمات درست بهداشتی و درمانی به طریق درست، در زمان مناسب، در مکان مناسب، توسط ارائه دهنده مناسب به دریافت کننده مناسب با قیمت مناسب که منتهی به نتایج درست بالینی شود (متدین و سوگندی، ۲۰۲۲؛ مصدق‌راد، ۲۰۰۳).

۲ مرور ادبیات تحقیق

مطالعات مختلفی در زمینه پزشک خانواده و شیوه‌های ارتقای کیفیت خدمات آن‌ها انجام شده است. مطالعه‌ای بالتوسن و همکاران^۴ (۲۰۱۲) با

³ Ovretveit

⁴ Baltussen et al.

¹ Aygun & Mevsim

² McWhinney

روستایی تمایل به مراجعه به پزشکان خانواده داشته در صورتی که در مناطق شهری، پزشکان عمومی در بخش خصوصی از ترجیحات شهروندان می‌باشد. بالیئو و همکاران^۶ (۲۰۱۳) پژوهشی را با عنوان مدل ذهنی پزشک خانواده در ارتباط با نقش شبکه حرفه‌ای انجام داد. این مطالعه با هدف تعیین درک پزشکان خانواده از نقش شبکه‌ای در حرفه خود انجام داد که سه مدل اصلی ذهنی از نقش شبکه وجود دارد. اول، شبکه را به عنوان امکان تعامل اجتماعی در نظر می‌گیرند. دوم شبکه را تسهیل تصمیم‌گیری بالینی می‌دانند و سوم کمک‌کننده در تحقیقات بالینی می‌دانند. مطالعه‌ای توسط دیلر فیلیپس و همکاران^۷ (۲۰۱۴) با عنوان ارتباطات در پزشک خانواده و کیفیت خدمات از دیدگاه بیمار انجام گرفت که از نظر بیماران استفاده از رایانه همراه است، اما با کیفیت مراقبت و زمان صرف شده در تعامل با رایانه ارتباط منفی داشت. تعامل با رایانه مقدار قابل توجهی از وقت پزشکان را در هنگام مشاوره مصرف می‌کند و ممکن است توانایی ارتباطی آنها و به ویژه نگرش‌های همدلانه را به چالش بکشد. مهارت‌های استفاده از رایانه و کیفیت مراقبت مربوطه ارزشمند است و به شکل‌گیری آینده کمک خواهد کرد.

با این وجود مطالعه‌ای که به شناسایی شاخص‌های توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران پرداخته باشد دیده نشده و خلاء پژوهشی در این حوزه مشهود است. با توجه به مطالب بیان شده و اهمیتی که اجرای طرح پزشک خانواده و توانمندسازی این پزشکان برای ارتقای کیفیت خدمات دارد. در این پژوهش به شناسایی شاخص‌های توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در

عنوان کیفیت درک شده خدمات مراقبت‌های اولیه سلامت در بورکینافاسو انجام شد که نتایج نشان داد ارتباط مثبتی بین نحوه عملکرد کارکنان، و کیفیت خدمات وجود داشت و ارتباط ضعیف‌تری بین کیفیت و کفایت منابع و دسترسی به خدمات وجود داشت. مطالعه‌ای با عنوان کیفیت خدمات و کارکنان غیر پزشک در هند توسط راتو و همکاران^۱ (۲۰۱۳) انجام شد و به صورت کلی نتیجه گرفت کیفیت خدمات مراقبتی در این منطقه بسیار پایین است. امتیاز پیراپزشکان از پزشکان پایین‌تر بوده و گروه پیراپزشکی که در حوزه مراقبت‌های اولیه فعالیت می‌کنند نیاز به آموزش بیشتری در جهت افزایش کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت دارند. مطالعه‌ای دیگر توسط بالیئو و همکاران^۲ (۲۰۱۳) با عنوان مشخصه‌های کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه سلامت انجام گردید که ساختار ارائه خدمات چه از نظر ساختار فیزیکی و چه از نظر ساختار سازمانی بر کیفیت خدمات ارائه شده در مراقبت‌های اولیه سلامت موثر است. مطالعه‌ای توسط اسمولوویتز^۳ (۲۰۱۴) با عنوان نقش پرستاران آموزش دیده در کیفیت خدمات مراقبت‌ها پرداخته و نشان داد بکارگیری استراتژی استفاده از پرستاران آموزش دیده می‌تواند منجر به افزایش کیفیت خدمات در مراقبت‌های اولیه گردد. مطالعه‌ای که توسط گیلسون^۴ (۲۰۱۱) با عنوان ساختار کیفیت مراقبت‌های اولیه سلامت در تانزانیا به بررسی نقاط قوت و ضعف مراقبت‌های اولیه سلامت در تانزانیا پرداخته و تقویت زیرساخت‌ها، نظارت، حمایت مالی و معنوی، نظام ارجاع را از مهم‌ترین نقاط ضعف مراقبت‌های اولیه سلامت در تانزانیا اعلام می‌کند. مطالعه‌ای نیز توسط ارینباساروا^۵ (۲۰۱۵) در قزاقستان با عنوان پزشک خانواده به عنوان یک مدل ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه در قزاقستان انجام داد که ساکنان مناطق

⁵ Orynassarova

⁶ Beaulieu et al.

⁷ Phillips et al.

¹ Rao et al.

² Beaulieu et al.

³ Smolowitz

⁴ Gilson et al.

مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران پرداخته شده است.

۳ روش تحقیق

این تحقیق در حوزه تحقیقات کاربردی قرار دارد و با توجه به اینکه برای آزمون فرضیات تحقیق از اطلاعات میدانی استفاده شده است. جامعه آماری بخش کیفی شامل خبرگان (پزشکان خانواده همکار تامین اجتماعی و مدیران مدیریت درمان استان مازندران) بوده که شرایط زیر را می‌باشند:

۱- حداقل در یکی از حوزه‌های مدیریتی تامین اجتماعی سمت اجرایی داشته‌اند.

۲- بیشتر از ۵ سال سابقه مرتبط داشته‌اند.

۳- اساتیدی دانشگاه علوم پزشکی که به نوعی در زمینه پزشک خانواده تجربه دارند.

جامعه آماری طیف وسیعی از خبرگان دانشگاهی و سیاست‌گذاران و پزشکان خانواده است که در طی دو دهه گذشته در مناصب مختلف بانک فعالیت کرده و نسبت به موضوع طرح پزشک خانواده در جهت بهبود کیفیت آن، اطلاعات و آگاهی مناسبی داشتند. بر همین اساس در بخش کیفی، جامعه آماری این پژوهش شامل خبرگان دانشگاهی و سیاست‌گذاران و پزشکان خانواده که آشنایی کاملی با طرح پزشک خانواده داشتند، استفاده شد.

به منظور جمع‌آوری نقطه نظرات این صاحب‌نظران به روش نیمه ساختارمند، مصاحبه عمیق صورت گرفت. جهت انجام مصاحبه‌ها، فرم راهنما تهیه شد. در طراحی این فرم، علاوه بر مرور متون، از تجارب چند نفر از کارشناسان خبره در این حوزه، نیز استفاده گردید. در مرحله بعد، به منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی دار بودن سوالات از نظر پاسخ دهندگان، با چند تن از کارشناسان خبره شاغل در سازمان‌های سلامت اعم از دانشگاه علوم پزشکی و بیمه‌های اجتماعی که جزء افراد منتخب می‌باشند، مصاحبه شده و بر حسب دیدگاه آنها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص

انجام گرفت. زمان جلسات مصاحبه‌ها از قبل پیش‌بینی شده و با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری، هماهنگ شده و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به افراد اطمینان داده شد که داده‌ها و سخنان آنان به طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و در عین حال مجازند علیرغم موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند.

روش نمونه‌گیری بر اساس گلوله برفی بوده که نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت و در این مطالعه با تعداد ۱۷ مصاحبه‌ها داده‌ها جمع‌آوری گردید.

به منظور گردآوری اطلاعات از ابزار مصاحبه و پرسشنامه بر مبنای مطالعه کیفی و نتایج مصاحبه و تحلیل محتوا استفاده شد. روایی صوری پرسشنامه توسط اساتید راهنما و مشاور و روایی محتوایی آن توسط شاخص CVR و روایی سازه پرسشنامه توسط تحلیل عاملی تاییدی انجام شد.

مهمترین روش‌های آوری اطلاعات در این تحقیق مطالعات کتابخانه‌ای و تحقیقات میدانی می‌باشد. در بخش مطالعات کتابخانه‌ای از کتب، مقاله‌ها و پایان‌نامه‌های داخلی و خارجی بهره گرفته شد. در بخش تحقیقات میدانی از مصاحبه و ابزار پرسشنامه طی چند مرحله بهره گرفته شد. با توجه به ماهیت موضوع تحقیق و مفاهیم و متغیرهای آن، داده‌های موردنیاز تحقیق از طریق ابزار پرسشنامه به روش میدانی جمع‌آوری شده است. در ابتدا از طریق مصاحبه حضوری به منظور یادداشت کردن نقطه نظرات خبرگان استفاده شد. در بخش بعد با استفاده از نتایج تحلیل محتوای انجام شده، پرسشنامه دلفی تدوین و در اختیار خبرگان قرار گرفت و طی چهار مرحله سعی در تایید یا رد شد. روایی صوری پرسشنامه دلفی توسط اساتید راهنما و مشاور صورت پذیرفت. روایی محتوایی پرسشنامه کمی توسط نظرات خبرگان و شاخص CVR مورد تایید قرار گرفت.

پایایی بازآزمون، از بین مصاحبه‌های انجام‌گرفته، تعداد ۴ مصاحبه انتخاب‌شده و هر کدام از آن‌ها دو بار در یک فاصله زمانی دو هفته‌ای توسط پژوهشگر کدگذاری شده‌اند.

مصاحبه‌های انجام‌گرفته با استفاده از فرمول ذیل، برابر ۹۴ درصد است که با توجه به اینکه پایایی بیشتر از ۶۰ درصد است قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید می‌شود.

$$PAO = \frac{2M}{(N1 + N2)}$$

PAO، به معنی درصد توافق مشاهده‌شده یا همان ضریب پایایی، M، تعداد توافق در دو مرحله کدگذاری و N1 تعداد کدهای استخراج‌شده در مرحله اول و N2 تعداد کدهای استخراج‌شده در مرحله دوم می‌باشد. مقدار درصد توافق مشاهده‌شده بین صفر و یک متغیر است.

۴ یافته‌های تحقیق

به منظور شناسایی شاخص‌های برون‌سپاری در دستگاه‌های اجرایی از تکنیک فراترکیب و دلفی استفاده شد. در بخش تحلیل محتوا به استناد به مصاحبه انجام شده از ۱۰ نفر از خبرگان دستگاه‌های اجرایی و اساتید دانشگاهی، تعداد ۵۷ شاخص شناسایی شد. نتایج فرآیند فراترکیب مصاحبه‌های این تحقیق در قالب شاخص‌ها در جدول ۱ ذکر شده است.

به منظور بررسی روایی در این تحقیق از روایی محتوا استفاده شده است. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصین، تغییرات لازم در ابزار مورد توجه قرار گرفت، سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و جهت اطمینان از این که مهم‌ترین و صحیح‌ترین محتوا (ضرورت سؤال) انتخاب شده است، (نسبت روایی محتوا) و برای اطمینان از اینکه سئوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی شده، از (شاخص روایی محتوا) استفاده شده است. از سوی دیگر، برای بررسی روایی سازه از روایی همگرا و واگرا از تحلیل عاملی استفاده شده است. به منظور بررسی پایایی پرسشنامه نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای این منظور پایایی پرسشنامه به تفکیک هر یک از ابعاد اصلی پرسشنامه محاسبه شده است.

برای محاسبه پایایی بازآزمون از میان مصاحبه‌های انجام‌گرفته چند مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شده و هر کدام از آن‌ها در یک فاصله زمانی و مشخص دو بار کدگذاری شدند. سپس کدهای مشخص‌شده در دو فاصله زمانی برای هر کدام از مصاحبه‌ها باهم مقایسه شدند در هر کدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در دو فاصله زمانی باهم مشابه هستند با عنوان توافق مشخص می‌شوند، کدهای غیرمشابه با عنوان عدم توافق مشخص می‌شوند. علاوه بر این جهت اعتماد به کدگذاری‌های انجام‌شده در پژوهش برای محاسبه

جدول ۱- شاخص های استخراج شده در مرحله اول فراترکیب

ردیف	شاخص ها	ردیف	شاخص ها	ردیف
۱	بسترسازی در زمینه ارتقای توانمندی‌ها	۳۲	ایجاد شرایط ارتقای شغلی	
۲	همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده	۳۳	متناسب کردن شغل با علائق و توانایی‌ها	
۳	ارتقای زیرساخت سخت افزاری و نرم افزاری	۳۴	آموزش مهارت‌های روانشناختی، عاطفی و ارتباط	
۴	توسعه زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی و مالی	۳۵	برگزاری دوره‌های آموزشی و مهارتی برای پزشکان	
۴	اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان	۳۶	سیستم نظارت و ارزیابی	
۶	تبادل کار و زندگی	۳۷	سیستم پاسخگویی	
۷	انگیزه و تشویق	۳۸	انگیزش مالی و روانی ذی‌نفعان	
۸	آشنایی با وظایف و نقش‌ها	۳۹	مکانیزه نمودن خدمات	
۹	نظارت و ارزیابی عملکرد	۴۰	مبتنی بر شواهد بودن خدمات	
۱۰	دادن آزادی عمل	۴۱	خدمات تیمی و مشارکتی	
۱۱	رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران	۴۲	خدمات یکجا و تجمیعی	
۱۲	مهارت های ادراکی از سازمان	۴۳	شیوه‌های نوین ارائه خدمات	
۱۳	ارتباط پذیری باز و پویا	۴۴	سطح بندی و اولویت بندی خدمات	
۱۴	اراده شخصی	۴۵	توسعه خود مراقبتی	
۱۵	توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن	۴۶	پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده	
۱۶	سلامت محوری	۴۷	مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت	
۱۷	مدیریت خودمحوری	۴۸	گایدلاین محور کردن پرداخت‌ها در پزشکی خانواده	
۱۸	مشارکت در منابع	۴۹	ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)	
۱۹	وجود پرسشگری شفاف	۵۰	همگرایی نظام‌های پرداخت	
۲۰	پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب	۵۱	برنامه‌ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی	
۲۱	ارزیابی و تشخیص مشکلات	۵۲	برنامه‌ریزی راهبردی جهت توانمندسازی	
۲۲	مدیریت برنامه محور	۵۳	توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی	
۲۳	رهبری و توانمندی‌های پویا	۵۴	توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی	
۲۴	توانایی تصمیم گیری مستقل، تناسب و بجا بودن	۵۵	توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی	
۲۵	دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم گیری و اجرا	۵۶	توسعه ویژگی‌های فردی جهت توانمندسازی	
۲۶	جامعه نگری	۵۷	توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی	
۲۷	استقلال و خودمختاری	۵۸	شناسایی چالش‌های پیشروی توانمندسازی	
۲۸	کل نگری	۵۹	ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی	
۲۹	وجود شرح وظایف شفاف در سازمان	۶۰	ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان	
۳۰	حاکم بودن ضابطه بر رابطه	۶۱	چابکسازی پزشکان	
۳۱	ایجاد امنیت شغلی	۶۲	ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان	

گام اول نظرسنجی، شاخص هایی توسط خبرگان معرفی شد که در لیست شاخص های اولیه نبودند که در جدول زیر بیان شده است. همچنین شاخص هایی که کمتر از ۵۰ درصد موافقت خبرگان را کسب نمودند نیز از لیست شاخص ها حذف شدند.

با توجه به نتایج جدول فوق، ۶۲ شاخص برای الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران بر اساس مرور مقالات و پایان نامه ها و رساله های موجود داخلی و خارجی شناسایی شده است. پس از توزیع پرسشنامه نیمه ساختاریافته و

جدول ۲- تعدیل شاخص های استخراج شده در مرحله دوم فراترکیب

درصد مخالف	درصد موافق	شاخص ها	ردیف
۲۰	۸۰	بسترسازی در زمینه ارتقای توانمندی ها	۱
۳۰	۷۰	همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده	۲
۱۰	۹۰	ارتقای زیرساخت سخت افزاری و نرم افزاری	۳
۳۰	۷۰	توسعه زیرساخت های فرهنگی، قانونی و مالی	۴
۲۰	۸۰	اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان	۵
۶۰	۴۰	تعادل کار و زندگی	۶
۳۰	۷۰	انگیزه و تشویق پزشکان خانواده	۷
۳۰	۷۰	آشنایی با وظایف و نقش ها	۸
۲۰	۸۰	نظارت و ارزیابی عملکرد	۹
۱۰	۹۰	دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده	۱۰
۲۰	۸۰	رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران	۱۱
۳۰	۷۰	مهارت های ادراکی از سازمان	۱۲
۲۰	۸۰	ارتباط پذیری باز و پویا	۱۳
۷۰	۳۰	اراده شخصی	۱۴
۴۰	۶۰	توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن	۱۵
۸۰	۲۰	سلامت محوری	۱۶
۳۰	۷۰	مدیریت خودمحوری	۱۷
۷۰	۳۰	مشارکت در منابع	۱۸
۲۰	۸۰	وجود پرسشگری شفاف	۱۹
۲۰	۸۰	پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب	۲۰
۳۰	۷۰	ارزیابی و تشخیص مشکلات	۲۱
۱۰	۹۰	مدیریت برنامه محور	۲۲
۲۰	۸۰	رهبری و توانمندی های پویا	۲۳
۲۰	۸۰	توانایی تصمیم گیری مستقل، تناسب و بجا بودن	۲۴
۱۰	۹۰	دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم گیری و اجرا	۲۵
۶۰	۴۰	جامعه نگری	۲۶
۱۰	۹۰	استقلال و خودمختاری	۲۷
۷۰	۳۰	کل نگری	۲۸
۲۰	۸۰	وجود شرح وظایف شفاف در سازمان	۲۹
۳۰	۷۰	حاکم بودن ضابطه بر رابطه	۳۰
۶۰	۴۰	ایجاد امنیت شغلی	۳۱

۲۰	۸۰	ایجاد شرایط ارتقای شغلی	۳۲
۲۰	۸۰	متناسب کردن شغل با علایق و توانایی ها	۳۳
۱۰	۹۰	آموزش مهارت های روانشناختی، عاطفی و ارتباط	۳۴
۳۰	۷۰	برگزاری دوره های آموزشی و مهارتی برای پزشکان	۳۵
۲۰	۸۰	سیستم نظارت و ارزیابی	۳۶
۷۰	۳۰	سیستم پاسخگویی	۳۷
۱۰	۹۰	انگیزش مالی و روانی ذینفعان	۳۸
۱۰	۹۰	مکانیزه نمودن خدمات	۳۹
۱۰	۹۰	مبنتی بر شواهد بودن خدمات	۴۰
۲۰	۸۰	خدمات تیمی و مشارکتی	۴۱
۳۰	۷۰	خدمات یکجا و تجمیعی	۴۲
۲۰	۸۰	شیوه های نوین ارائه خدمات	۴۳
۴۰	۶۰	سطح بندی و اولویت بندی خدمات	۴۴
۶۰	۴۰	توسعه خود مراقبتی	۴۵
۳۰	۷۰	پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده	۴۶
۳۰	۷۰	مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت	۴۷
۲۰	۸۰	گایدلاین محور کردن پرداختها در پزشکی خانواده	۴۸
۱۰	۹۰	ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)	۴۹
۳۰	۷۰	همگرایی نظام های پرداخت	۵۰
۲۰	۸۰	برنامه ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی	۵۱
۴۰	۶۰	برنامه ریزی استراتژیک جهت توانمندسازی	۵۲
۳۰	۷۰	توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی	۵۳
۲۰	۸۰	توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی	۵۴
۱۰	۹۰	توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی	۵۵
۲۰	۸۰	توسعه ویژگی های فردی جهت توانمندسازی	۵۶
۲۰	۸۰	توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی	۵۷
۲۰	۸۰	شناسایی چالشهای پیشروی توانمندسازی	۵۸
۳۰	۷۰	ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی	۵۹
۲۰	۸۰	ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان	۶۰
۲۰	۸۰	چابک سازی پزشکان	۶۱
۳۰	۷۰	ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان	۶۲
برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان خانواده			شاخص های جدید پیشنهادی
آسیب شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده			
ارتقای شغلی و درآمدی			
برخورداری فرد از روحیه خدمت رسانی			
افزایش حقوق بر مبنای توانمندی			

شاخص‌هایی توسط خبرگان معرفی شد که در لیست شاخص‌های اولیه نبودند که در جدول زیر بیان شده است. نتایج فرآیند فراترکیب مصاحبه‌های این تحقیق در قالب ابعاد، معیارها و شاخص‌ها در جدول ۳ ذکر شده است.

با توجه به نتایج جدول فوق، ۹ شاخص حذف و ۵ شاخص برای الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران اضافه شدند. پس از توزیع پرسشنامه نیمه ساختاریافته در گام اول،

جدول ۳- ابعاد، معیارها و شاخص‌های استخراج شده در مرحله سوم فراترکیب

شماره	بعد	معیار	شاخص‌ها		
۱	زیرساخت	معیار	بسترسازی در زمینه ارتقای توانمندی‌ها		
۲			شیوه‌های نوین ارائه خدمات		
۳			ایجاد شرایط ارتقای شغلی		
۴			مکانیزه نمودن خدمات		
۵			ارتقای زیرساخت سخت افزاری و نرم افزاری		
۶			توسعه زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی و مالی		
۷	ارتباطات	معیار	ارتباط پذیری باز و پویا		
۸			توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی		
۹			همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده		
۱۰	برنامه‌ریزی	معیار	خدمات تیمی و مشارکتی		
۱۱			برنامه‌ریزی استراتژیک جهت توانمندسازی		
۱۲			توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی		
۱۳	مکانیزم‌های انگیزشی	معیار	شناسایی چالش‌های پیشروی توانمندسازی		
۱۴			انگیزه و تشویق پزشکان خانواده		
۱۵			توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن		
۱۶			ارتقای شغلی و درآمدی		
۱۷			انگیزش مالی و روانی ذینفعان		
۱۸			پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده		
۱۹			افزایش حقوق بر مبنای توانمندی		
۲۰			گایدلاین محور کردن پرداخت‌ها در پزشکی خانواده		
۲۱			متناسب کردن شغل با علایق و توانایی‌ها		
۲۲			پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب		
۲۳			آگاه‌سازی	معیار	آشنایی با وظایف و نقش‌ها
۲۴					مهارت‌های ادراکی از سازمان
۲۵					مبتنی بر شواهد بودن خدمات
۲۶					ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان
۲۷	قدرت عمل	معیار	دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده		
۲۸			برخورداري فرد از روحیه خدمت‌رسانی		
۲۹			استقلال و خودمختاری		
۳۰			توانایی تصمیم‌گیری مستقل، تناسب و بجا بودن		
۳۱			رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران		

توسعه ویژگی‌های فردی جهت توانمندسازی			۳۲		
خدمات یکجا و تجمیعی			۳۳		
نظارت و ارزیابی عملکرد	ارزیابی	شاخص‌های مدیریتی	۳۴		
سیستم نظارت و ارزیابی			۳۵		
وجود پرسشگری شفاف			۳۶		
ارزیابی و تشخیص مشکلات			۳۷		
مدیریت خودمحوری			۳۸		
دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم‌گیری و اجرا	مدیریت		اصلاح شیوه ارائه خدمات	۳۹	
سطح بندی و اولویت بندی خدمات				۴۰	
توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی				۴۱	
مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت				۴۲	
مدیریت برنامه محور				۴۳	
رهبری و توانمندی‌های پویا	نظارت مالی			اصلاح شیوه ارائه خدمات	۴۴
ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)					۴۵
همگرایی نظام های پرداخت					۴۶
توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی					۴۷
وجود شرح وظایف شفاف در سازمان					آموزش
آموزش مهارت های روانشناختی، عاطفی و ارتباط	۴۹				
برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان خانواده	۵۰				
برنامه ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی	۵۱				
ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی	۵۲				
برگزاری دوره های آموزشی و مهارتی برای پزشکان	اصلاح فرآیند	اصلاح شیوه ارائه خدمات			۵۳
اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان			۵۴		
چابک سازی پزشکان			۵۵		
آسیب شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده			۵۶		
حاکم بودن ضابطه بر رابطه			۵۷		
ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان					۵۸

استفاده از تکنیک دلفی به تایید یا رد شاخص‌های شناسایی شده در مرحله فراترکیب پرداخته می‌شود.

۵/۱ نتایج مرحله اول تکنیک دلفی

در مرحله اول تکنیک دلفی معمولاً پرسشنامه ای باز در اختیار خبرگان قرار می‌گرفت که آنها نظرات خود را در زمینه شاخص های برون سپاری در چند مورد بیان می‌داشتند و عمل شناسایی شاخص ها از بین نظرات خبرگان و اشتراکات و افتراقات نظرات انجام می‌شد. اما با توجه به اینکه در این پژوهش در ابتدا از تکنیک فراترکیب بر روی مصاحبه های انجام شده

با توجه به نتایج جدول فوق، ۵۸ شاخص شناسایی شده در مرحله اول و ۱۱ معیار شناسایی شده در مرحله دوم بر اساس مفهوم و شباهت به ۴ بعد در مرحله سوم فراترکیب اختصاص داده شدند.

۵ نتایج تکنیک دلفی

در این بخش از پژوهش، به بررسی و اعتبارسنجی ابعاد، معیارها و شاخص‌های شناسایی شده در مرحله فراترکیب بر اساس تکنیک دلفی با استفاده از نظرات خبرگان می‌پردازیم به این صورت که با

۵٫۲ نتایج مرحله دوم تکنیک دلفی

در مرحله دوم از مراحل تکنیک دلفی، پس از جمع-آوری پرسشنامه مرحله اول، پاسخ‌ها دسته‌بندی شد و مبنای تنظیم پرسشنامه مرحله دوم قرار گرفت. پرسشنامه دوم به صورت پرسشنامه بسته، برای اولویت‌بندی و تعیین میزان موافقت هر یک از متخصصان با مقوله مورد نظر در هر یک از ابعاد مذکور، با استفاده از طیف لیکرت (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، نظری ندارم=۳، موافقم=۴، کاملاً موافقم=۵) در اختیار آنها قرار گرفت. نتایج حاصل از آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

استفاده شده و شاخص‌ها، مولفه‌ها و ابعاد شناسایی شدند، دیگر نیازی به اجرای مرحله اول تکنیک دلفی نبوده و پرسشنامه مرحله اول دلفی دقیقاً همان پرسشنامه مرحله سوم فراترکیب می‌باشد با این تفاوت که تعداد خبرگانی که با شاخص‌های شناسایی شده موافقت داشته‌اند نیز در این بخش مشخص شده‌اند. با توجه به نتایج، کلیه شاخص‌های شناسایی شده بجز شاخص ارتقای شغلی و درآمدی، در اول اول تکنیک دلفی نیز توسط بیش از نیمی از خبرگان مورد تایید قرار گرفتند. به عبارت دیگر ۵۷ شاخص در ۱۱ معیار و ۴ بعد در این مرحله مورد تایید بیش از ۵۰٪ خبرگان قرار گرفتند.

جدول ۴- اولویت‌بندی گویه‌های استخراج شده

شماره	بعد	معیار	شاخص‌ها	میانگین	انحراف معیار	ضریب تغییرات
۱	زیرساخت		بسترسازی در زمینه ارتقای توانمندی‌ها	۴/۱۰	۰/۷۳۸	۰/۱۸
۲			شیوه‌های نوین ارائه خدمات	۴/۲۰	۰/۹۱۹	۰/۲۲
۳			ایجاد شرایط ارتقای شغلی	۴/۳۰	۱/۰۵۹	۰/۲۵
۴			مکانیزه نمودن خدمات	۴/۱۰	۰/۸۷۶	۰/۲۱
۵			ارتقای زیرساخت سخت افزاری و نرم افزاری	۳/۹۰	۰/۹۹۴	۰/۲۵
۶			توسعه زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی و مالی	۳/۶۰	۱/۱۷۴	۰/۳۳
۷	پیش نیازهای مورد نیاز		ارتباط پذیری باز و پویا	۴/۴۰	۰/۶۹۹	۰/۱۶
۸			توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی	۴/۲۰	۰/۷۸۹	۰/۱۹
۹			همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده	۴/۳۰	۰/۶۷۵	۰/۱۶
۱۰			خدمات تیمی و مشارکتی	۴/۰۰	۰/۸۱۶	۰/۲۰
۱۱	برنامه ریزی		برنامه ریزی استراتژیک جهت توانمندسازی	۴/۱۰	۰/۹۹۴	۰/۲۴
۱۲			توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی	۴/۲۰	۰/۷۸۹	۰/۱۹
۱۳			شناسایی چالش‌های پیشروی توانمندسازی	۳/۵۰	۱/۱۷۹	۰/۳۴
۱۴			انگیزه و تشویق پزشکان خانواده	۴/۱۰	۰/۹۹۴	۰/۲۴
۱۵			توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن	۴/۰۰	۰/۶۶۷	۰/۱۷

۰/۲۲	۰/۸۲۳	۳/۷۰	انگیزش مالی و روانی ذینفعان	انگیزش	مکانیزم‌های انگیزشی	۱۶
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده			۱۷
۰/۲۲	۰/۸۲۳	۳/۷۰	افزایش حقوق بر مبنای توانمندی			۱۸
۰/۲۱	۰/۷۸۹	۳/۸۰	گایدلاین محور کردن پرداختها در پزشکی خانواده			۱۹
۰/۱۷	۰/۶۳۲	۳/۸۰	متناسب کردن شغل با علایق و توانایی‌ها			۲۰
۰/۲۱	۰/۸۷۶	۴/۱۰	پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب			۲۱
۰/۱۷	۰/۶۶۷	۴/۰۰	آشنایی با وظایف و نقش‌ها	آگاه‌سازی		۲۲
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	مهارت‌های ادراکی از سازمان			۲۳
۰/۲۱	۰/۷۸۹	۳/۸۰	مبتنی بر شواهد بودن خدمات			۲۴
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان			۲۵
۰/۳۰	۱/۰۷۵	۳/۶۰	دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده			۲۶
۰/۱۹	۰/۷۸۹	۴/۲۰	برخورداری فرد از روحیه خدمت‌رسانی			۲۷
۰/۱۸	۰/۷۳۸	۴/۱۰	استقلال و خودمختاری			۲۸
۰/۲۲	۰/۹۱۹	۴/۲۰	توانایی تصمیم‌گیری مستقل، تناسب و بجا بودن	قدرت عمل		۲۹
۰/۲۵	۱/۰۵۹	۴/۳۰	رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران			۳۰
۰/۲۱	۰/۸۷۶	۴/۱۰	توسعه ویژگی‌های فردی جهت توانمندسازی			۳۱
۰/۲۵	۰/۹۹۴	۳/۹۰	خدمات یکجا و تجمیعی			۳۲
۰/۳۳	۱/۱۷۴	۳/۶۰	نظارت و ارزیابی عملکرد	ارزیابی		۳۳
۰/۱۶	۰/۶۷۵	۴/۳۰	سیستم نظارت و ارزیابی وجود پرسشگری شفاف			۳۴
۰/۱۹	۰/۷۸۹	۴/۲۰	وجود پرسشگری شفاف			۳۵
۰/۱۵	۰/۶۳۲	۴/۲۰	ارزیابی و تشخیص مشکلات			۳۶
۰/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۰۰	مدیریت خودمحوری			۳۷
۰/۲۵	۱/۰۳۳	۴/۲۰	دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم‌گیری و اجرا			۳۸
۰/۱۹	۰/۷۸۹	۴/۲۰	سطح بندی و اولویت بندی خدمات	مدیریت	شاخص‌های مدیریتی	۳۹
۰/۳۵	۱/۲۶۵	۳/۶۰	توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی			۴۰
۰/۲۵	۱/۰۳۳	۴/۲۰	مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت			۴۱
۰/۱۹	۰/۷۳۸	۳/۹۰	مدیریت برنامه محور			۴۲
۰/۲۳	۰/۸۴۳	۳/۶۰	رهبری و توانمندی‌های پویا			۴۳
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)	نظارت مالی		۴۴
۰/۲۳	۰/۸۴۳	۳/۶۰	همگرایی نظام‌های پرداخت			۴۵

۰/۲۲	۰/۸۷۶	۳/۹۰	توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی	آموزش	اصلاح شیوه ارائه خدمات	۴۶	
۰/۱۸	۰/۶۷۵	۳/۷۰	وجود شرح وظایف شفاف در سازمان			۴۷	
۰/۲۲	۰/۹۱۹	۴/۲۰	آموزش مهارت های روانشناختی، عاطفی و ارتباط			۴۸	
۰/۱۸	۰/۷۳۸	۴/۱۰	برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان خانواده			۴۹	
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	برنامه ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی			۵۰	
۰/۲۲	۰/۸۷۶	۳/۹۰	ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی			۵۱	
۰/۲۶	۰/۹۴۹	۳/۷۰	برگزاری دوره های آموزشی و مهارتی برای پزشکان			۵۲	
۰/۳۱	۱/۰۸۰	۳/۵۰	اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان			اصلاح فرآیند	۵۳
۰/۱۹	۰/۷۸۹	۴/۲۰	چابک سازی پزشکان				۵۴
۰/۲۱	۰/۷۸۹	۳/۸۰	آسیب شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده				۵۵
۰/۳۱	۱/۲۴۷	۴/۰۰	حاکم بودن ضابطه بر رابطه	۵۶			
۰/۲۲	۰/۹۷۲	۴/۵۰	ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان	۵۷			

اولویت بندی های مشخص شده تعیین شد. هدف پرسشنامه سوم رسیدن به اجماع بود. با توجه به نتایج برای کلیه مولفه ها میزان موافقت صورت گرفته بیشتر از میزان مخالفت صورت گرفته بوده و همه عوامل تایید شدند. نتایج حاصل از این مرحله در جدول ۵ آمده است.

۵,۳ نتایج مرحله سوم تکنیک دلفی

در مرحله سوم از تکنیک دلفی، گویه های حاصل از ترتیب نتایج به دست آمده از پرسشنامه اول و دوم در قالب پرسشنامه ای در اختیار متخصصان و کارشناسان قرار گرفت و میزان موافقت آنها با

جدول ۵- اولویت بندی گویه های استخراج شده

شماره	بعد	معیار	شاخص ها	مخالف	موافق
	پیش نیازهای مورد نیاز	زیرساخت	بسترسازی در زمینه ارتقای توانمندی ها	۱۰	۹۰
			شیوه های نوین ارائه خدمات	۰	۱۰۰
			ایجاد شرایط ارتقای شغلی	۱۰	۹۰
			مکانیزه نمودن خدمات	۲۰	۸۰
			ارتقای زیرساخت سخت افزاری و نرم افزاری	۲۰	۸۰
		ارتباطات	توسعه زیرساخت های فرهنگی، قانونی و مالی	۱۰	۹۰
			ارتباط پذیری باز و پویا	۳۰	۷۰
			توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی	۲۰	۸۰
			همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده	۱۰	۹۰
			خدمات تیمی و مشارکتی	۲۰	۸۰
	برنامه ریزی	برنامه ریزی استراتژیک جهت توانمندسازی	۱۰	۹۰	
		توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی	۱۰	۹۰	
		شناسایی چالش های پیشروی توانمندسازی	۰	۱۰۰	
	مکانیزم های انگیزشی	انگیزش	انگیزه و تشویق پزشکان خانواده	۱۰	۹۰
			توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن	۲۰	۸۰
			انگیزش مالی و روانی ذینفعان	۲۰	۹۰
			پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده	۱۰	۹۰
			افزایش حقوق بر مبنای توانمندی	۲۰	۸۰
		آگاه سازی	گایدلاین محور کردن پرداختها در پزشکی خانواده	۲۰	۸۰
			متناسب کردن شغل با علایق و توانایی ها	۰	۱۰۰
			پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب	۱۰	۹۰
			آشنایی با وظایف و نقش ها	۲۰	۸۰
			مهارت های ادراکی از سازمان	۰	۱۰۰
	قدرت عمل	مبتنی بر شواهد بودن خدمات	۱۰	۹۰	
		ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان	۱۰	۹۰	
		دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده	۲۰	۸۰	
		برخورداري فرد از روحیه خدمت رسانی	۲۰	۸۰	
		استقلال و خودمختاری	۰	۱۰۰	
		توانایی تصمیم گیری مستقل، تناسب و بجا بودن	۱۰	۹۰	
		رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران	۳۰	۷۰	
	ارزیابی	توسعه ویژگی های فردی جهت توانمندسازی	۲۰	۸۰	
		خدمات یکجا و تجمیعی	۱۰	۹۰	
		نظارت و ارزیابی عملکرد	۲۰	۸۰	
		سیستم نظارت و ارزیابی	۰	۱۰۰	
		وجود پرسشگری شفاف	۱۰	۹۰	
			ارزیابی و تشخیص مشکلات	۰	۱۰۰

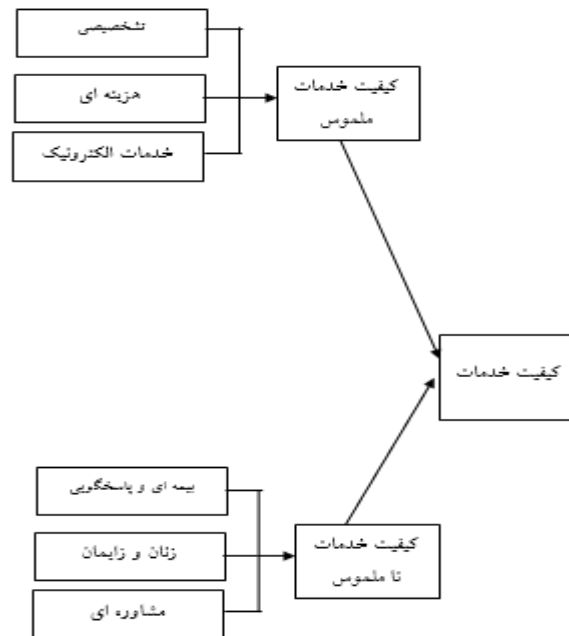
۹۰	۱۰	مدیریت خودمحوری	مدیریت	شاخص های مدیریتی
۹۰	۱۰	دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم گیری و اجرا		
۹۰	۱۰	سطح بندی و اولویت بندی خدمات		
۱۰۰	۰	توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی		
۹۰	۱۰	مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت		
۹۰	۱۰	مدیریت برنامه محور		
۸۰	۲۰	رهبری و توانمندی های پویا	نظارت مالی	اصلاح شیوه ارائه خدمات
۹۰	۱۰	ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)		
۸۰	۲۰	همگرایی نظام های پرداخت		
۱۰۰	۰	توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی	آموزش	
۹۰	۱۰	وجود شرح وظایف شفاف در سازمان		
۹۰	۱۰	آموزش مهارت های روانشناختی، عاطفی و ارتباط		
۸۰	۲۰	برگزاری دوره های آموزشی برای پزشکان خانواده		
۹۰	۱۰	برنامه ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی		
۸۰	۲۰	ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی		
۹۰	۱۰	برگزاری دوره های آموزشی و مهارتی برای پزشکان	اصلاح فرآیند	
۸۰	۲۰	اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان		
۱۰۰	۰	چابک سازی پزشکان		
۹۰	۱۰	آسیب شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده		
۹۰	۱۰	حاکم بودن ضابطه بر رابطه		
۸۰	۲۰	ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان		

۵٫۴ نتایج مرحله چهارم تکنیک دلفی

در مرحله چهارم، پرسشنامه و گویه‌ها، دوباره در اختیار کارشناسان و خبرگان قرار داده شد و از آنها خواسته شد تا موافقت و مخالفت خود را در مورد هر یک از گویه‌های شناسایی شده اعلام کنند تا در نهایت بتوان به اجماع کلی در مورد ابعاد، معیارها و شاخصهای مدل برون سپاری در نظام اداری دولتی

مازندران برسیم. با توجه به نتایج حاصل از مرحله چهارم، نتایج مشابه نتایج مرحله سوم بوده است و از آوردن نتایج خودداری کردیم. بنابراین بر اساس تکنیک دلفی، چهار بعد شامل ۱۱ معیار و ۵۷ شاخص شناسایی شدند.

ساختار شماتیکی مدل بدست آمده در نمودار زیر نشان داده شده است.



نمودار شماره ۱: ساحتاری شماتیکی مدل احصا شده

۶ بحث و نتیجه گیری

توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن، انگیزش مالی و روانی ذی‌نفعان، پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده، افزایش حقوق بر مبنای توانمندی، گایدلاین محور کردن پرداخت‌ها در پزشکی خانواده، متناسب کردن شغل با علایق و توانایی‌ها، پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب شناسایی شدند. برای معیار آگاه‌سازی شاخص‌های آشنایی با وظایف و نقش‌ها، مهارت‌های ادراکی از سازمان، مبتنی بر شواهد بودن خدمات، ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان انتخاب شدند. برای معیار قدرت عمل شاخص دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده، برخورداری فرد از روحیه خدمت رسانی، استقلال و خودمختاری، توانایی تصمیم‌گیری مستقل، تناسب و بجا بودن، رفع فشار روانی ناشی از نارضایتی بیماران، توسعه ویژگی‌های فردی جهت توانمندسازی، خدمات یکجا و تجمیعی شناسایی شدند. همچنین، برای معیار ارزیابی شاخص‌های نظارت و ارزیابی عملکرد نیز سیستم نظارت و ارزیابی، وجود پرسشگری شفاف، ارزیابی و تشخیص مشکلات و برای معیار مدیریت نیز شاخص‌های مدیریت خودمحوری، دسترسی

پژوهش حاضر به شناسایی شاخص‌های توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران پرداخته است. بر اساس یافته‌های پژوهش، تعداد ۵۷ شاخص در غالب چهار بعد و ۱۱ مولفه شناسایی شده است. طبق نتایج، معیار زیرساخت شاخص‌های بسترسازی برای ارتقای توانمندی‌ها، شیوه‌های نوین ارائه خدمات، ایجاد شرایط ارتقای شغلی، مکانیزه نمودن خدمات، ارتقای زیرساخت سخت‌افزاری و نرم‌افزاری، توسعه زیرساخت‌های فرهنگی، قانونی و مالی شناسایی شدند. برای معیار ارتباطات شاخص‌های ارتباط پذیری باز و پویا، توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی، همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده، خدمات تیمی و مشارکتی تعیین شده‌اند. برای معیار برنامه‌ریزی، شاخص‌های برنامه‌ریزی راهبردی جهت توانمندسازی، توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی و شناسایی چالش‌های پیشروی توانمندسازی انتخاب شدند. برای معیار انگیزش نیز شاخص‌های انگیزه و تشویق پزشکان خانواده،

قسمت سنجش بارهای عاملی دارای مقدار مناسبی هستند و سؤال‌های مربوط به عامل نسبت به خود آن عامل همبستگی بیشتری دارند تا نسبت به عامل‌های دیگر. از روی دیگر پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ که پرسشنامه‌ها و ابعاد آن بالاتر از ۰/۷ به دست آمده است که این نیز نشان می‌دهد پرسشنامه‌ها از همبستگی مناسبی برخوردار است.

بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، اونق و بیرامی (۱۴۰۲)، نشان دادند که بهبود و افزایش توانمندسازی کارکنان با رهبری تحول آفرین مدیران امکان پذیر است که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آنها می توان بیان داشت که به یک بعد تاثیرگذار بر توانمندسازی یکی سب رهبری تحول آفرین توجه کرده و سایر متغیرهای موثر مورد بررسی قرار نگرفته است. اسلامی (۱۴۰۱)، در پژوهشی نشان دادند شایستگی های مورد نیاز نیروی انسانی در مراکز بهداشتی و درمانی در هفت مقوله عمده شامل مهارت های آکادمیت پایه، مهارت های تفکر، مهارت های شخصی، مهارت های اطلاعاتی، مهارت های ارتباطی، مهارت های عاطفی، مهارت های مدیریتی تعریف می شود که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آنها می توان بیان داشت که در مطالعات آنها تنها به بحث شایستگی های منابع انسانی در زمینه ارتقای کیفیت خدمات توجه شده و به توانمندسازی آنها توجه نشده است. متدین و سوگندی (۱۴۰۱)، نشان دادند ۳ اولویت اول نیازهای مشتری عبارتند از ۱. توضیح درمورد مصرف داروها، ۲. زمان انتظار جهت معاینه اولیه توسط کادر درمانی و ۳. دسترسی به زیرواحدهای آزمایشگاه و ... سه اولویت اول عناصرخدمت در این بیمارستان عبارتست از: ۱. استخدام نیروی انسانی ۲. تخصیص بودجه ۳. طراحی مناسب که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آنها می توان بیان داشت که در زمینه بررسی رضایتمندی بیماران تنها به نوع شاخص های ملموس در زمینه ارتقای

پزشکان به ابزارهای تصمیم‌گیری و اجرا، سطح بندی و اولویت بندی خدمات، توسعه عوامل مدیریتی جهت توانمندسازی، مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت، مدیریت برنامه محور، رهبری و توانمندی‌های پویا شناسایی شدند. برای معیار نظارت مالی شاخص‌های ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)، همگرایی نظام های پرداخت، توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی انتخاب گردیدند. برای معیار آموزش نیز شاخص‌های وجود شرح وظایف شفاف در سازمان، آموزش مهارت‌های روانشناختی، عاطفی و ارتباط، برگزاری دوره‌های آموزشی برای پزشکان خانواده، برنامه‌ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی، ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی، برگزاری دوره‌های آموزشی و مهارتی برای پزشکان شناسایی شدند. همچنین، برای معیار اصلاح فرآیند شاخص‌های اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان، چابک سازی پزشکان، آسیب شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده، حاکم بودن ضابطه بر رابطه و ایجاد فرهنگ پاسخگویی در بین پزشکان شناسایی شدند.

به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که برای ارائه الگوی توانمند سازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران چهار بعد، یازده معیار و پنجاه و هشت شاخص اثرگذار بود. پس از احصاء ابعاد و شاخص ها در بخش کیفی، روایی و پایایی پرسشنامه‌های تحقیق جهت تأیید ابعاد و مؤلفه‌ها و شاخص‌های استخراج شده بررسی شد و بر اساس نتایج به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که به دلیل اینکه بارهای عاملی به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۵ بوده و همچنین میانگین شاخص‌های به دست آمده بالاتر از ۰/۵ است، نشان‌دهنده روایی همگرا و واگرا برای تمامی متغیرها در ارائه الگوی توانمند سازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران، که نشان می‌دهد تمامی معیارها (شاخص) در

که معمولاً در طول اجرای مستمر کیفیت گزارش می شود که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج مطالعات گذشته می توان بیان داشت پژوهش های گذشته به مسئله توانمندسازی پزشکان خانواده توجه نداشته و همچنین کیفیت خدمات و ارتقای آن از طریق توانمندسازی پزشکان بصورت موردی مورد بررسی قرار نگرفته است.

در همین رابطه، بالتوسن و همکاران^۱ (۲۰۱۲) ارتباط مثبتی بین نحوه عملکرد کارکنان، و کیفیت خدمات و ارتباط ضعیفتری بین کیفیت و کفایت منابع و دسترسی به خدمات را گزارش کردند. راثو و همکاران^۲ (۲۰۱۳) دریافتند کیفیت خدمات مراقبتی در کشور هند بسیار پایین بوده و امتیاز پیراپزشکان از پزشکان پایین تر و گروه پیراپزشکی که در حوزه مراقبت های اولیه فعالیت می کنند نیاز به آموزش بیشتری در جهت افزایش کیفیت خدمات در مراقبت های اولیه سلامت دارند. در مطالعه ای دیگر بالیئو و همکاران^۳ (۲۰۱۳) اعلام کرد ساختار ارائه خدمات چه از نظر ساختار فیزیکی و چه از نظر ساختار سازمانی بر کیفیت خدمات ارائه شده در مراقبت های اولیه سلامت موثر است. مطالعه ای توسط اسمولوویتز^۴ (۲۰۱۴) بیان داشت به کارگیری استراتژی استفاده از پرستاران آموزش دیده می تواند منجر به افزایش کیفیت خدمات در مراقبت های اولیه گردد. ارینباساروا^۵ (۲۰۱۵) در قزاقستان دریافت ساکنان مناطق روستایی تمایل به مراجعه به پزشکان خانواده داشته در صورتی که در مناطق شهری، پزشکان عمومی در بخش خصوصی از ترجیحات شهروندان می باشد و دسترسی به پزشکان خانواده در مناطق روستایی بیشتر از مناطق شهری فراهم بوده و میزان رضایت مندی ساکنان روستاها از عملکرد پزشکان خانواده بیشتر از مناطق شهری بود. فیلیپس و همکاران^۶ (۲۰۱۴) نشان داد سه مدل اصلی ذهنی از نقش شبکه وجود دارد. اول،

رضایت مندی اشاره شده و سایر شاخص ها شناسایی نشدند. عباسی و حاجی محمدی (۱۴۰۰)، نشان دادند سیاستگذاران، مدیران و تصمیم گیران ارشد نظام سلامت باید اقدامات و تصمیمات هم راستا و همسو در سطوح مختلف وزارت بهداشت، دانشگاه، بیمارستان و همکاران ارائه دهندگان خدمات بیمارستانی اتخاذ کنند تا منجر به افزایش کارایی و عملکرد درمانی به همراه تامین منافع ذینفعان باشد که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آنها می توان بیان داشت که در پژوهش آنها به توانمندسازی پزشکان خانواده اشاره نشده است. بنیادی و همکاران (۱۳۹۷)، در پژوهشی نشان دادند بین عوامل مورد بررسی، انگیزه، اعتماد و مهارت بترتیب بیشترین میزان همبستگی را با توانمندسازی کارکنان داشتند. تیم سازی و مشارکت گروهی و تفویض اختیار فاقد ارتباط معنادار با توانمندسازی تشخیص داده شدند که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آنها می توان بیان داشت که آنها به مدلسازی توانمندسازی پزشکان خانواده توجه نشده و تنها عوامل مرتبط با آن شناسایی شدند. عندالعماء و همکاران (۲۰۲۴)، در پژوهشی نشان دادند استفاده از مستمر کیفیت، به عنوان تأثیر مثبت آن، بهبود ساختار سیستم سلامت (به عنوان مثال، رهبری، نیروی کار سلامت، استفاده از فناوری سلامت، منابع و هزینه ها)، بهبود فرآیندها و خروجی های ارائه مراقبت های بهداشتی (به عنوان مثال، مراقبت) است. هماهنگی و پیوندها، رضایت، دسترسی، تداوم مراقبت، ایمنی و کارایی) و بهبود نتیجه درمان (کاهش عوارض و مرگ و میر). اجرای مستمر کیفیت بدون چالش نیست. موانع فرهنگی (مثل مقاومت/ بی میلی به فرهنگ متمرکز بر کیفیت و ترس از سرزنش یا مجازات)، فنی، ساختاری (مربوط به ساختار سازمانی، فرآیندها و سیستم ها) و راهبردی (برنامه ریزی ناکافی و اهداف نامناسب) وجود دارد

⁴ Smolowitz

⁵ Orynbasarova

⁶ Phillips et al.

¹ Baltussen et al.

² Rao et al.

³ Beaulieu et al.

بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برای بعد پیش‌نیازهای مورد نیاز معیارهای زیرساخت، ارتباطات، برنامه‌ریزی شناسایی شدند. برای بعد سازوکارهای انگیزشی معیارهای انگیزش، آگاه‌سازی، قدرت عمل و برای بعد شاخص‌های مدیریتی نیز معیارهای ارزیابی، مدیریت و نظارت مالی انتخاب شدند. برای بعد اصلاح شیوه‌های ارائه خدمات نیز معیارهای آموزش و اصلاح فرآیند تعیین شدند. بنابراین، شاخص‌های توانمندسازی پزشکان خانواده شناسایی شده منجر به ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران گردید.

شبکه را به عنوان امکان تعامل اجتماعی در نظر می‌گیرند. دوم شبکه را تسهیل تصمیم‌گیری بالینی می‌دانند و سوم کمک‌کننده در تحقیقات بالینی می‌دانند. در مطالعه‌ای توسط دیلر آرماس و همکاران^۱ (۲۰۱۸) بیان داشت از نظر بیماران استفاده از رایانه همراه است، اما با کیفیت مراقبت و زمان صرف شده در تعامل با رایانه ارتباط منفی داشت و تعامل با رایانه مقدار قابل توجهی از وقت پزشکان را در هنگام مشاوره مصرف می‌کند و ممکن است توانایی ارتباطی آنها و به ویژه نگرش‌های همدلانه را به چالش بکشد و مهارت‌های استفاده از رایانه و کیفیت مراقبت مربوطه ارزشمند است و به شکل‌گیری آینده کمک خواهد کرد.

¹ Armas et al.

منابع

- Abbasi, S., & Hajimohamadi M. (2021). Strategies to increase and improve the quality and economic level of Iranian hospitals. The Third National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, Tehran.
<https://civilica.com/doc/1428567>
- Armas, A., Meyer, S.B., Corbett, K.K., & Pearce, A.R. (2018). Face-to-face communication between patients and family physicians in Canada: A scoping review. *Patient education and counseling*, 101(5), 789-803.
- Aygun, O., & Mevsim V. (2019). The impact of family physicians' thoughts on self-efficacy of family physician's core competencies on burnout syndrome in Izmir: A nested case-control study. *Nigerian journal of clinical practice*, 22(2), 167-73.
- Baltussen, R., Haddad, S., Sauerborn, R. (2002). Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 17(1), 42-48.
- Beaulieu, M.D., Haggerty, J., Tousignant, P., Barnsley, J., Hogg, W., & Geneau, R. (2013). Characteristics of primary care practices associated with high quality of care. *Cmaj*, 185(12), E590-E6.
- Bonyadi Naeini, A., Saeedi, T., & Zamani, M. (2018). Designing a model of key factors affecting the empowerment of staff in a superspecialty hospital in Tehran. The Fourth International Conference on Humanities and Education, Tehran.
<https://civilica.com/doc/900286>
- Darzi, M.A., Islam, S.B., Khursheed, S.O., & Bhat, S.A. (2023). Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research*. 21:13-29.
- Eslami, A. (2022). Improving the quality of human resources in health centers based on the competency model: A systematic review. The Fourth National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, Tehran.
<https://civilica.com/doc/1517965>
- Gilson, L., Magomi, M., & Mkangaa, E. (1995). The structural quality of Tanzanian primary health facilities. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(1), 33-39.
- Heidarian Naeini, A., Mahmoudi, G., & Yazdani Charati, J. (2022). Health care quality model of family physician program in Iran (mixed method). *Caspian J Intern Med*. Fall;13(4):666-674. doi: 10.22088/cjim.13.4.666. PMID: 36420344; PMCID: PMC9659823.
- Heydarian Naiemi, A., Mahmodi, Gh., Yazdani Cherati, J. (2019). Presenting the service quality model

- provided in the family doctor plan with the approach of the Joint Accreditation Commission (composite study), Dissertation to receive a specialized doctorate degree in the field of healthcare management, Islamic Azad university, Sari university.
- Map of the transformation of the health system and guidelines for the family doctor program and the referral system in urban areas. (2010). Ministry of Health, Medical Education, National executive headquarters of the family doctor program and referral system, (in Persian)
- McWhinnev, J.R. (1997). A textbook of family medicine: Oxford University Press: 1997.
- Mosadeqrad, A.M. (2003). Hospital organization and professional administration handbook. Tehran: Dibagaran Tehran: first edition, volume 2. (in persian)
- Motedayen, M., & Sogandi, F. (2022). Improving healthcare services in hospitals using quality function deployment (QFD) (Case study: Mashhad Charity Hospital). The 5th International Conference on Interdisciplinary Studies in Management and Engineering, Tehran. <https://civilica.com/doc/1507277>
- Onagh, F., & Beyrami, A. (2023). The effect of change management strategies on improving the quality of nursing services and empowering nurses: A systematic review and meta-analysis. The 5th Research Congress of Students of Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas. <https://civilica.com/doc/1931672>
- Orynassarova, D. (2015). Family Medicine as a Model of Primary Health Services Delivery: A Pilot Study in Almaty, Kazakhstan. Central Asian journal of global health, 4(1), 23-29.
- Øvretveit, J. (2009). Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London: The Health Foundation: 2009.
- Phillips, R.L., Brundgardt, S., Lesko, S.E., Kittle, N., Marker, J.E., & Tuggy, M.L. (2014). The future role of the family physician in the United States: a rigorous exercise in definition. Ann Fam Med, 12(3), 250-255.
- Rao, K.D., Sundararaman, T., Bhatnagar, A., Gupta, G., Kokho, P., & Jain, K. (2013). Which doctor for primary health care? Quality of care and non-physician clinicians in India. Social science & medicine, 84, 30-34.
- Smolowitz, J., Speakman, E., Wojnar, D., Whelan, E.M, Ulrich, S., & Hayes, C. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. Nursing Outlook, 63(2), 130-136.

Yazdani Sh. (2010). Clinical Nursing Skills and Techniques. Ministry of Health, Medical Education, (in Persian)