ORIGINAL ARTICLE

A Model for Enhancing the Quality of Services in the Management of Social Security Healthcare in Mazandaran Province

Seyyed Ebrahim Jafari Kelarijani[1],
Yaghoub Alavimatin[2],
Davood Paydarfard[2]

[1] PhD Candidate, Department of Management, Tabriz (Aras) Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
[2] Assistant Professor,Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

(Received Vovember 20, 2024; Accepted February 2, 2025)

Abstract

Background and purpose: The Family Physician Program is a community-based initiative designed to provide healthcare services to all members of society, regardless of age or gender, in a comprehensive, coordinated, continuous, and patient-centered manner. The quality of services provided by family physicians plays a crucial role in achieving the fundamental objectives of the Family Physician Plan. Therefore, this study was conducted with the aim of developing a model to enhance the quality of services in the management of social security healthcare in Mazandaran Province.

Materials and methods: The statistical population of the qualitative section included family physicians and treatment managers with at leas five years of experience. The sample size in the qualitative section was determined using snowball sampling until data saturation was reached, which in this study occurred with 17 participants. To collect data, interviews and questionnaires were used, with the questionnaire developed based on interview results and content analysis. The face validity of the questionnaire was assessed by supervisors and consultants, while its content validity was evaluated using the CVR index. Data analysis was conducted using the meta-synthesis technique.

Results: Based on the research findings, 32 indicators were identified, categorized into two main themes and six sub-themes. For the tangible service quality dimension, diagnostic criteria were established for the quality of cost-related services and the quality of electronic services. In contrast, for the intangible service quality dimension, criteria were identified for the quality of insurance services and responsiveness, the quality of obstetrics and gynecology services, and the quality of consulting services.

Conclusion: The identified family physician empowerment indicators have led to an improvement in the quality of services in the management of social security healthcare in Mazandaran. It is essential for policymakers and health system managers to address the challenges of the Family Physician Policy by utilizing the findings of this study. This can be achieved by enhancing transparency in guidelines and executive agreements, addressing the motivational and educational needs of family physicians, revising and improving methods for collecting environmental data, and adopting evidence-based decision-making.

Keywords: health system, insurance service, medical service, therapy management, ultra-combination technique

J Mazandaran Univ Med Sci 2025; 34 (241): 110-120 (Persian).

Corresponding Author: Yaghoub Alavimatin - Faculty of Medicine, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran. (E-mail: alavimatin@iaut.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و چهارم شماره ۲۴۱ بهمن سال ۱۴۰۳ (۱۲۰-۱۱۰)

ارائه الگوی ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی استان مازندران

سید ابراهیم جعفری کلاریجانی[۱]
یعقوب علوی متین[۲]
داود پایدارفرد[۲]

چکیده

سابقه و هدف: پزشکی خانواده، برنامه‌ای مبتنی بر جامعه برای ارائه خدمات سلامت به همه افراد جامعه در هر سن و جنسیت است که به‌صورت جامع، هماهنگ، مداوم و بیمار محور ارائه می‌شود. 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 پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کاربردی، جامعه‌ی آماری بخش کیفی شامل پزشکان خانواده و مدیران مدیریت درمان استان با حداقل پنج سال سابقه مدیریتی یا پزشک خانواده بوده است. حجم افراد نمونه در بخش کیفی بر مبنای شیوه نمونه‌گیری گلوله‌برفی تا اشباع ادامه یافت که با ۱۷ نفر اشباع شد. به‌منظور 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 توسط شاخص CVR انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از تکنیک فراترکیب انجام شد.

یافته‌ها: مطابق یافته‌ها، تعداد ۳۲ شاخص در قالب دو دورن مایه اصلی (تم اصلی/ مضمون اصلی) و شش درون مایه فرعی (تم فرعی/ زیر مضمون یا مضمون فرعی) شناسایی شد. برای بعد کیفیت خدمات ملموس نیز معیارهای تشخیصی کیفیت خدمات هزینه‌ای، کیفیت خدمات الکترونیک و برای بعد کیفیت خدمات ناملموس نیز معیارهای کیفیت خدمات بیمه‌ای و پاسخ‌گویی، کیفیت خدمات زنان و زایمان و کیفیت خدمات مشاوره‌ای شناسایی شدند.

استنتاج: 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 یافته‌ها از طریق توجه به شفافیت بیش‌تر در دستورالعمل‌ها و تفاهم‌نامه‌های اجرایی، 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، پرداخته شود.

واژه های کلیدی: تکنیک فراترکیب، خدمات بیمه‌ای، خدمات پزشکی، مدیریت درمان، نظام سلامت

مقدمه

ماهیت پیچیده سلامتی و بیماری و اثر عوامل مختلف اجتماعی اقتصادی بر سلامت جامعه، نیاز به رویکرد اجتماعی به سلامت را خاطر نشان می‌کند. در بیانیه‌های بین‌المللی ارتقای سلامت از قبیل منشور اوتاوا و آلما آتا

مولف مسئول: یعقوب علوی متین- تبریز: اتوبان پاسداران، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، گروه مدیریت E-mail: alavimatin@iaut.ac.ir
۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز (ارس)، تبریز، ایران
۲. استادیار، گروه مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تبریز، تبریز، ایران
تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۳/۹/۳ تاریخ تصویب : ۱۴۰۳/۱۱/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

بر همکاری‌های بین بخشی تأکید شده است. جهت اجرای سیاست‌های اجتماعی‌سازی سلامت مناسب‌ترین و هزینه اثربخش‌ترین راهبرد استفاده از پزشکان خانواده است و این به خاطر ویژگی‌های ذاتی پزشک خانواده می‌باشد(۱).

پزشک خانواده به‌عنوان قلب نظام ارائه مراقبت‌های اولیه و نظام سلامت محسوب شده و در ایران با اهداف تقویت نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات اجرا شده است(۳-۱). 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(۲). اولین گام در ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، ارزیابی کیفیت خدمات می‌باشد و هدف از اجرای طرح تحول نظام سلامت نیز افزایش کیفیت خدمات است(۴).

درزی و همکاران (۲۰۲۳) با بررسی کیفیت درک شده و مورد انتظار خدمات ارائه شده توسط پزشکان خانواده شهری در شهر شیراز، یک شکاف نسبی معنی‌دار بین ادراک و انتظار مراجعه‌کنندگان از کیفیت مطب‌ها را بیان کردند(۳). با ارزیابی ارتقای کیفیت منابع انسانی مراکز بهداشتی و درمانی مبتنی بر مدل شایستگی، یک مرور نظام‌مند نشان داد که شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی در مراکز مراکز بهداشتی و درمانی در هفت مقوله عمده شامل مهارت‌های آکادمیت پایه، مهارت‌های تفکر، مهارت‌های شخصی، مهارت‌های اطلاعاتی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های عاطفی، مهارت‌های مدیریتی تعریف می‌شود. بر این اساس مدیران سازمان‌های بهداشتی درمانی بر اساس این هفت مقوله اساسی می‌توانند به جذب و هم‌چنین آموزش منابع انسانی خود پردازند(۱). محققان با بررسی بهبود مستمر کیفیت در سامانه مراقبت‌های بهداشتی نشان دادند استفاده مستمر کیفیت باعث بهبود ساختار سیستم سلامت (به‌عنوان مثال، رهبری، نیروی کار سلامت، استفاده از فناوری سلامت، منابع و هزینه‌ها)، بهبود فرآیندها و خروجی‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی (به‌عنوان مثال، مراقبت) شده است(۵). محققان با بررسی تأثیر مشارکت بیمار بر کیفیت خدمات و رفاه مشتری دریافتند اهمیت مشارکت بیمار در تعیین تجربیات و نتایج مراقبت‌های بهداشتی بر ضرورت اتخاذ اصول مراقبت بیمار محور و پرورش فرهنگ‌های تعاونی و توانمند برای مؤسسات مراقبت بهداشتی تأکید می‌کند که مشارکت بیمار، ارتباطات باز، تصمیم‌گیری مشترک و مراقبت مشترک را تقویت می‌کند، که همگی مؤلفه‌های حیاتی برای بهبود کیفیت خدمات هستند(۷،۶)

با این وجود تاکنون مطالعه‌ای که به ارائه الگوی ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران پرداخته باشد؛ گزارش نگردیده و خلاء پژوهشی در این حوزه مشهود است. بنابراین، با توجه به مطالب بیان شده و اهمیتی که اجرای طرح پزشک خانواده و کیفیت خدمات این پزشکان دارد، این پژوهش با هدف ارائه الگوی ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران انجام شده است.

مواد و روش‌ها

این تحقیق در حوزه تحقیقات کاربردی قرار دارد و با توجه به‌این‌که 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 است که شامل شرایط، حداقل در یکی از حوزه‌های مدیریتی تامین اجتماعی سمت اجرایی داشته‌اند، بیش‌تر از ۵ سال سابقه مرتبط داشته‌اند و اساتیدی دانشگاه علوم پزشکی که به‌نوعی در زمینه پزشک خانواده تجربه دارند، بود.

جامعه آماری طیف وسیعی از خبرگان دانشگاهی و سیاست‌گذاران و پزشکان خانواده بوده که در طی دو دهه گذشته در مناصب مختلف فعالیت کرده و نسبت به موضوع طرح پزشک خانواده در جهت بهبود کیفیت آن، اطلاعات و آگاهی مناسبی داشتند. برهمین اساس در بخش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

کیفی، جامعه آماری این پژوهش شامل خبرگان دانشگاهی، سیاست گذاران و پزشکان خانواده که آشنایی کاملی با طرح پزشک خانواده داشتند، استفاده شد.

به نظور جمع‌آوری نقطه نظرات این صاحب‌نظران به روش نیمه ساختارمند، مصاحبه عمیق صورت گرفت. برای 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، به‌منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی‌دار 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 برحسب 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 شد و ضمن ارائه توضیحات در مورد هدف مصاحبه‌ها، به‌افراد اطمینان داده شد که داده‌ها و سخنان آنان به طور کامل و محرمانه حفظ خواهد شد و در عین حال مجازند علی‌رغم موافقت اولیه، درهر 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 مصاحبه، داده‌ها جمع‌آوری گردید.

به‌منظور 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 جمع‌آوری 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 مورد نیاز 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.

به‌منظور بررسی روایی در این تحقیق از روایی محتوا استفاده شده است. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصان، 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 سوال) انتخاب شده است، (نسبت روایی محتوا) و برای اطمینان از این که سئوالات ابزار به بهترین نحو جهت اندازه‌گیری محتوا طراحی‌شده، 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 محاسبهٔ پایایی بازآزمون از میان مصاحبه‌های انجام گرفته چند مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شد و هرکدام از آن‌ها در یک فاصله زمانی و مشخص دو بار کدگذاری شدند. سپس کدهای مشخص شده در دو فاصله زمانی برای هر کدام از مصاحبه‌ها با هم مقایسه شدند. در هر کدام از مصاحبه‌ها، کدهایی که در دو فاصله زمانی با هم مشابه هستند به عنوان توافق مشخص می‌شوند و کدهای غیر مشابه به عنوان عدم توافق مشخص

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

می‌شوند. علاوه بر این جهت اعتماد به کد گذاری‌های انجام شده در پژوهش برای محاسبه پایایی بازآزمون، از بین مصاحبه‌های انجام گرفته، تعداد چهار مصاحبه انتخاب شد و هر کدام از آن ها دو بار در یک فاصله زمانی دو هفته‌ای توسط پژوهشگر کدگذاری شدند.

مصاحبه‌های انجام‌گرفته با استفاده از فرمول زیر، برابر ۹۴ درصد است که با توجه به این که پایایی بیش‌تر از ۶۰ درصد است قابلیت اعتماد کدگذاری‌ها تأیید شد.

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

در فرمول بالا PAO، به‌معنی درصد توافق مشاهده شده یا همان ضریب پایایی، M تعداد توافق در دو مرحله کد گذاری و N1 تعداد کدهای استخراج شده در مرحله اول و N2 تعداد کدهای استخراج شده در مرحله دوم می‌باشد. مقدار درصد توافق مشاهده شده بین صفر و یک متغیر است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تکنیک فراترکیب استفاده شد که نسبت به سایر روش‌های موجود نتایج بهتری را ارائه می‌دهد. این روش شامل هفت مرحله به ترتیب، تعیین هدف، مطالعه نظام‌مند ادبیات پیشین، بررسی و انتخاب منابع متناسب با موضوع تحقیق، استخراج اطلاعات از منابع، تحلیل و ترکیب یافته‌های بر گرفته از مطالعات، کنترل کیفیت داده‌ها و ارائه یافته‌ها است که هریک از مراحل مذکور مورد بررسی قرار گرفت. از مدل معادلات ساختاری جهت آزمون الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران، استفاده گردیده است.

یافته‌ها

ویژگی‌های شرکت کنندگان

یکی از مراحل تجزیه و تحلیل اطلاعات در رویکرد گراندد تئوری، ایجاد متغیرهایی است که تفاوت‌های مشارکت کنندگان در فرایند پژوهش را مشخص می‌کند. از بین ۱۷ مشارکت کننده، ۱۴ نفر مرد (۸۸ درصد) و ۳ نفر زن (۱۸ درصد) بودند. در بین مشارکت کنندگان، ۷۱ درصد پزشک عمومی (۱۲ نفر)، ۲۴ درصد دکترای تخصصی (۴ نفر) و ۶ درصد یعنی یک نفر کارشناسی ارشد بودند. ۲۴ درصد مشارکت‌کنندگان (۴ نفر) دارای سن ۳۰ تا ۴۰ سال، ۷۱ درصد (۱۲ نفر) دارای سن ۴۰ تا ۵۰ سال و یک نفر (۶ درصد) دارای سن بالای ۵۰ سال بودند. هم‌چنین ۱۸ درصد مشارکت‌کنندگان (۳ نفر) دارای سابقه کاری ۱۵ تا ۲۰ سال، ۴۱ درصد (۷ نفر) دارای سابقه‌کاری ۲۰ تا ۲۵ سال و ۴۱ درصد نیز دارای سابقه کاری بالای ۲۵ سال بودند. از بین مشارکت کنندگان، ۲۴ درصد (۴ نفر) جزو گیرندگان خدمت، ۵۲ درصد (۹ نفر) جزو ارائه دهندگان خدمت و ۴۱ درصد (۷ نفر) جزو سیاستگذاران حوزه پزشک خانواده بودند (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان در پزشکی خانواده

متغیر	تعداد (درصد)
جنسیت مشارکت کنندگان	
زن	(۱۸)۳
مرد	(۸۸)۱۴
مجموع	(۱۰۰)۱۷
وضعیت تحصیلات مشارکت کنندگان	
کارشناسی	(۰)۰
کارشناسی ارشد	(۶)۱
پزشک عمومی	(۷۱)۱۲
دکترای تخصصی	(۲۴)۴
مجموع	(۱۰۰)۱۷
ترکیب وضعیت سنی مشارکت کنندگان	
۲۰تا ۳۰	(۰)۰
۳۰تا ۴۰	(۲۴)۴
۴۰تا ۵۰	(۷۱)۱۲
بالاتر از ۵۰	(۶)۱
مجموع	(۱۰۰)۱۷
وضعیت سابقه کاری مشارکت کنندگان	
۱۰ تا ۱۵	(۰)۰
۱۵ تا ۲۰	(۱۸)۳
۲۰تا۲۵	(۴۱)۷
۲۵و بالاتر	(۴۱)۷
مجموع	(۱۰۰)۱۷
ترکیب جایگاه مشارکت کنندگان	
سیاستگذار	(۴۱)۷
ارائه دهنده خدمت	(۵۲)۹
گیرنده خدمت	(۲۴)۴
مجموع	(۱۰۰)۱۷

به‌منظور ارتقاء شاخص‌های کیفیت در دستگاه‌های اجرایی از تکنیک فراترکیب و دلفی استفاده شد. در بخش تحلیل محتوا به استناد به مصاحبه انجام شده از ۱۷ نفر از خبرگان دستگاه‌های اجرایی و اساتید دانشگاهی،

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

تعداد ۵۷ شاخص شناسایی شد. نتایج فرآیند فراترکیب مصاحبه‌های این تحقیق در قالب شاخص‌ها در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

جدول شماره ۲: شاخص‌های استخراج شده در مرحله اول فراترکیب

ردیف	شاخص‌ها
۱	تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار
۲	کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی
۳	کیفیت انجام خدمات غربالگری
۴	کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان
۵	کاهش هزینه های خدمات آزمایشگاهی
۶	تعامل بهتر سازمان های بیمه ای جهت کاهش هزینه ها
۷	تشکیل پرونده سلامت الکترونیک
۸	اطلاع رسانی بموقع به بیمار جهت خدمات درمانی
۹	پیگیری های دوره ای سلامت بیمار
۱۰	عدالت در ارائه خدمات درمانی
۱۱	ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری
۱۲	کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو
۱۳	کاهش هزینه خرید دارو
۱۴	کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی
۱۵	ارتقای خدمات حوزه بارداری
۱۶	ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری
۱۷	ایجاد شرایط ارتقای شغلی
۱۸	متناسب کردن شغل با علایق و تواناییها
۱۹	آموزش مهارت های روانشناختی، عاطفی و ارتباط
۲۰	برگزاری دوره های آموزشی و مهارتی برای پزشکان
۲۱	سیستم نظارت و ارزیابی
۲۲	سیستم پاسخگویی
۲۳	انگیزش مالی و روانی ذینفعان
۲۴	مکانیزه نمودن خدمات
۲۵	مبتنی بر شواهد بودن خدمات
۲۶	خدمات تیمی و مشارکتی
۲۷	خدمات یکجا و تجمیعی
۲۸	شیوه های نوین ارائه خدمات
۲۹	سطح بندی و اولویت بندی خدمات
۳۰	توسعه خود مراقبتی
۳۱	پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده
۳۲	مرتبط ساختن پرداخت با اهداف و عملکرد ارائه دهندگان خدمت

بیش‌ترین کدها مربوط به رویکردهای کلان و زیرساخت‌ها و کم‌ترین آن مربوط مدیریت سطح دسترسی می‌باشد. با توجه به فراوانی مشاهده شده کد اولیه زیرساخت‌ها و رویکردهای کلان بیش‌ترین ضریب اهمیت و کدهای مدیریت سطح دسترسی و مدیریت مبتنی بر شواهد کم‌ترین ضریب اهمیت را از زاویه فراوانی کدها برخوردارند.

با توجه به نتایج جدول شماره ۲، ۳۲ شاخص برای بعد کیفیت خدمات در الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران اضافه شدند. در مرحله بعد از مراحل فراترکیب به اختصاص شاخص‌های مشابه و نزدیک به معیارها پرداخته شده است. پس از توزیع پرسشنامه نیمه ساختاریافته در گام اول، شاخص‌هایی توسط خبرگان معرفی شد که در لیست شاخص‌های اولیه نبودند که در جدول شماره ۳ بیان شده است.

جدول شماره ۳: تعدیل شاخص‌های استخراج شده در مرحله دوم فراترکیب

ردیف	شاخص ها	درصد موافق	درصد مخالف
۱	تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۲	کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۳	کیفیت انجام خدمات غربالگری	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۴	کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۵	کاهش هزینه های خدمات آزمایشگاهی	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۶	تعامل بهتر سازمان های بیمه ای جهت کاهش هزینه ها	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۷	تشکیل پرونده سلامت الکترونیک	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۸	اطلاع رسانی بموقع به بیمار جهت خدمات درمانی	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۹	پیگیری های دوره ای سلامت بیمار	۶۰/۰۰	۴۰/۰۰
۱۰	عدالت در ارائه خدمات درمانی	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۱۱	ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۱۲	کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۱۳	کاهش هزینه خرید دارو	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۱۴	کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۱۵	ارتقای خدمات حوزه بارداری	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۱۶	ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۱۷	کاهش اتلاف وقت بیمار در مراکز درمانی	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۱۸	افزایش پوشش بیمه گروه های آسیب پذیر و کم توان مالی	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۱۹	افزایش ارایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۲۰	افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۲۱	کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۲۲	افزایش مسئولیت پذیری در قبال بیماران	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۲۳	پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۲۴	مشاوره و مراقبت پیش از بارداری	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰
۲۵	نظارت بر واکسیناسیون	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۲۶	مشاوره در زمینه فرزند اوری و تنظیم خانواده	۶۰/۰۰	۴۰/۰۰
۲۷	ارتقای خدمات روانپزشکی	۲۰/۰۰	۸۰/۰۰
۲۸	نظارت و پایش رشد جمعیت در سن رشد	۷۰/۰۰	۳۰/۰۰
۲۹	آموزش های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۳۰	ارتقای خدمات نسخه نویسی الکترونیک	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۳۱	فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک	۹۰/۰۰	۱۰/۰۰
۳۲	ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات	۸۰/۰۰	۲۰/۰۰

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، ۹ شاخص حذف و ۵ شاخص برای الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران اضافه شدند. پس از توزیع پرسشنامه نیمه ساختاریافته در گام اول، شاخص‌هایی توسط خبرگان معرفی شد که در لیست شاخص‌های اولیه نبودند. نتایج فرآیند فراترکیب مصاحبه‌های این تحقیق در قالب ابعاد، معیارها و شاخص‌ها در جدول شماره ۴ ذکر شده است. باتوجه به نتایج جدول شماره ۴، ۳۲ شاخص شناسایی شده در مرحله اول و شش معیار شناسایی شده در مرحله دوم براساس مفهوم و شباهت به دو بعد در مرحله سوم فراترکیب اختصاص داده شدند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول شماره ۴: ابعاد، معیارها و شاخص‌های استخراج شده در مرحله سوم فراترکیب

بعد	معیارها	شاخص‌ها
بعد ملموس	کیفیت خدمات تشخیصی	کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی کیفیت انجام خدمات غربالگری کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو نظارت بر واکسیناسیون
	کیفیت خدمات در بعد هزینه‌ای	کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم کاهش اتلاف وقت بیمار در مراکز درمانی کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی کاهش هزینه های خدمات آزمایشگاهی عدالت در ارائه خدمات درمانی کاهش هزینه خرید دارو
	کیفیت خدمات الکترونیک	ارتقای خدمات نسخه نویسی الکترونیک فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات تشکیل پرونده سلامت الکترونیک
بعد ناملموس	کیفیت خدمات بیمه ای و پاسخگویی	افزایش پوشش بیمه گروه های آسیب پذیر و کم توان مالی افزایش ارایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش تعامل بهتر سازمان های بیمه ای جهت کاهش هزینه ها افزایش مسئولیت پذیری در قبال بیماران
	کیفیت خدمات زنان و زایمان	ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان ارتقای خدمات حوزه بارداری مشاوره و مراقبت پیش از بارداری نظارت و پایش رشد جمعیت در سن رشد
	کیفیت خدمات مشاوره ای	تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار مشاوره در زمینه فرزند اوری و تنظیم خانواده آموزش های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم پیگیری های دوره ای سلامت بیمار اطلاع رسانی بموقع به بیمار جهت خدمات درمانی ارتقای خدمات روانپزشکی

نتایج تکنیک دلفی

در این بخش از پژوهش، به بررسی و اعتبارسنجی ابعاد، معیارها و شاخص‌های شناسایی شده در مرحله فراترکیب براساس تکنیک دلفی با استفاده از نظرات خبرگان پرداخته شد. به‌این‌صورت که با استفاده از تکنیک دلفی به تایید یا رد شاخص‌های شناسایی شده در مرحله فراترکیب پرداخته می‌شود.

نتایج مرحله اول تکنیک دلفی

در مرحله اول تکنیک دلفی معمولاً پرسشنامه‌ای باز در اختیار خبرگان قرار می‌گرفت که آن‌ها نظرات خود را در زمینه شاخص‌های برون سپاری در چند مورد بیان می‌داشتند و عمل‌ها از بین نظرات خبرگان و اشتراکات و افتراقات نظرات انجام می شد. اما با توجه به این که در این پژوهش در ابتدا از تکنیک فراترکیب روی مصاحبه‌های انجام شده استفاده شد و شاخص‌ها، مؤلفه‌ها 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 شده است. باتوجه به نتایج، کلیه شاخص‌های شناسایی شده به جز شاخص ارتقای شغلی و درآمدی، در اول اول تکنیک دلفی نیز توسط بیش از نیمی از خبرگان مورد تایید قرار گرفتند. به عبارت دیگر ۳۲ شاخص در شش معیار و دو بعد در این مرحله مورد تایید بیش از ۵۰ درصد خبرگان قرار گرفتند.

نتایج مرحله دوم تکنیک دلفی

در مرحله دوم از مراحل تکنیک دلفی، پس از جمع‌آوری پرسشنامه مرحله اول، پاسخ‌ها دسته‌بندی شد و مبنای تنظیم پرسشنامه مرحله دوم قرار گرفت. پرسشنامه دوم به صورت پرسشنامه بسته، برای اولویت بندی و تعیین میزان موافقت هر یک از متخصصان با مقوله مورد نظر درهر 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 شماره ۵ نشان داده شده است.

نتایج مرحله سوم تکنیک دلفی

در مرحله سوم از تکنیک دلفی، گویه‌های حاصل از ترتیب نتایج به‌دست آمده از پرسشنامه اول و دوم در قالب پرسشنامه‌ای در اختیار متخصصان و کارشناسان قرار گرفت و میزان موافقت آن‌ها با اولویت‌بندی‌های مشخص شده تعیین شد. هدف پرسشنامه سوم رسیدن به اجماع بود. با توجه به نتایج برای کلیه مولفه‌ها میزان موافقت صورت گرفته بیش‌تر از میزان مخالفت صورت گرفته بوده و همه عوامل تایید شدند. نتایج حاصل از این مرحله در جدول شماره ۶ آمده است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

جدول شماره ۵: اولویت‌بندی گویه‌های استخراج شده

بعد	معیارها	شاخص ها	میانگین	انحراف معیار	ضریب تغییرات
عد ملموس	کیفیت خدمات تشخیصی	کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی	۴/۲۳	۰/۷۹۱	۰/۱۸۷
		کیفیت انجام خدمات غربالگری	۴/۲۹	۰/۷۹۴	۰/۱۸۵
		کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو	۴/۱۸	۰/۸۶۷	۰/۲۰۷
		نظارت بر واکسیناسیون	۴/۰۳	۰/۷۲۳	۰/۱۷۹
	کیفیت خدمات در بعد هزینه ای	کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم	۴/۱۱	۰/۸۱۲	۰/۱۹۸
		کاهش اتلاف وقت بیمار در مراکز درمانی	۳/۸۹	۰/۹۳۱	۰/۲۳۹
		کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی	۴/۰۱	۰/۸۹۱	۰/۲۲۲
		کاهش هزینه های خدمات آزمایشگاهی	۴/۴۲	۰/۸۸۷	۰/۲۰۱
		عدالت در ارائه خدمات درمانی	۴/۲۷	۰/۷۱۴	۰/۱۶۷
		کاهش هزینه خرید دارو	۴/۱۹	۰/۸۵۵	۰/۲۰۴
	کیفیت خدمات الکترونیک	ارتقای خدمات نسخه نویسی الکترونیک	۳/۹۳	۱/۰۳۳	۰/۲۶۳
		فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک	۳/۷۱	۰/۸۲۸	۰/۲۲۳
		ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری	۴/۱۲	۱/۲۱۸	۰/۲۹۶
		ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات	۴/۰۸	۱/۰۳۳	۰/۲۵۳
		تشکیل پرونده سلامت الکترونیک	۳/۹۹	۰/۷۰۶	۰/۱۷۷
بعد ناملموس	کیفیت خدمات بیمه ای و پاسخگویی	افزایش پوشش بیمه گروه های آسیب پذیر و کم توان مالی	۴/۱۹	۰/۸۶۲	۰/۲۰۶
		افزایش ارایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال	۴/۱۵	۰/۹۸۸	۰/۲۳۸
		افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات	۳/۹۸	۰/۸۶۲	۰/۲۱۷
		پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش	۴/۲۱	۰/۸۲۸	۰/۱۹۷
		تعامل بهتر سازمان های بیمه ای جهت کاهش هزینه ها	۴/۳۶	۰/۶۷۱	۰/۱۵۴
		افزایش مسئولیت پذیری در قبال بیماران	۴/۲	۰/۹۱۵	۰/۲۱۸
	کیفیت خدمات زنان و زایمان	ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری	۴/۳۱	۰/۷۰۶	۰/۱۶۴
		کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان	۳/۹۶	۰/۹۸۸	۰/۲۴۹
		ارتقای خدمات حوزه بارداری	۴/۳۱	۰/۸۲۸	۰/۱۹۲
		مشاوره و مراقبت پیش از بارداری	۴/۵۲	۰/۹۸۸	۰/۲۱۹
		نظارت و پایش رشد جمعیت در سن رشد	۴/۰۴	۱/۱۱۴	۰/۲۷۶
	کیفیت خدمات مشاوره ای	تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار	۳/۹۴	۰/۸۲۸	۰/۲۱۰
		مشاوره در زمینه فرزند اوری و تنظیم خانواده	۴/۱۸	۰/۷۷۷	۰/۱۸۶
		آموزش های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم	۴/۱۷	۰/۹۵۸	۰/۲۳۰
		پیگیری های دوره ای سلامت بیمار	۴/۳۳	۱/۰۹۸	۰/۲۵۴
		اطلاع رسانی به موقع به بیمار جهت خدمات درمانی	۴/۴۸	۰/۹۱۵	۰/۲۰۴
		ارتقای خدمات روانپزشکی	۴/۲۶	۱/۰۳۳	۰/۲۴۲

جدول شماره ۶: اولویت‌بندی گویه‌های استخراج شده

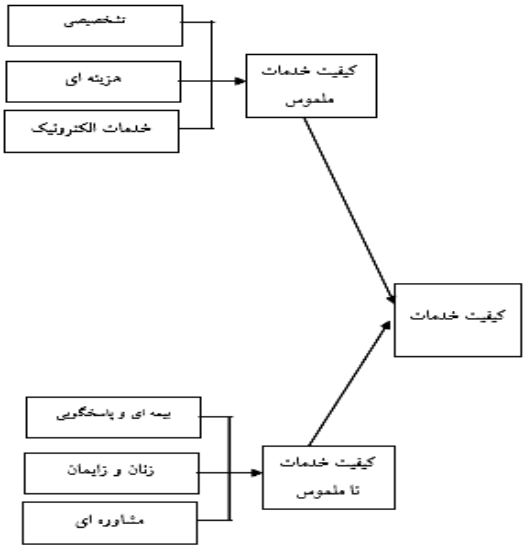
بعد	معیارها	شاخص ها	مخالف	موافق
بعد ملموس	کیفیت خدمات تشخیصی	کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی	۵	۹۵
		کیفیت انجام خدمات غربالگری	۵	۹۵
		کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو	۰	۱۰۰
		نظارت بر واکسیناسیون	۱۵	۸۵
	کیفیت خدمات در بعد هزینه ای	کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم	۱۰	۹۰
		کاهش اتلاف وقت بیمار در مراکز درمانی	۱۰	۹۰
		کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی	۱۰	۹۰
		کاهش هزینه های خدمات آزمایشگاهی	۱۰	۹۰
		عدالت در ارائه خدمات درمانی	۵	۹۵
		کاهش هزینه خرید دارو	۱۰	۹۰
	کیفیت خدمات الکترونیک	ارتقای خدمات نسخه نویسی الکترونیک	۵	۹۵
		فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک	۱۰	۹۰
		ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری	۵	۹۵
		ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارایه خدمات	۱۰	۹۰
		تشکیل پرونده سلامت الکترونیک	۱۵	۸۵
بعد ناملموس	کیفیت خدمات بیمه ای و پاسخگویی	افزایش پوشش بیمه گروه های آسیب پذیر و کم توان مالی	۱۵	۸۵
		افزایش ارایه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال	۱۰	۹۰
		افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات	۱۰	۹۰
		پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش	۵	۹۵
		تعامل بهتر سازمان های بیمه ای جهت کاهش هزینه ها	۱۰	۹۰
		افزایش مسئولیت پذیری در قبال بیماران	۵	۹۵
	کیفیت خدمات زنان و زایمان	ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری	۵	۹۵
		کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان	۱۰	۹۰
		ارتقای خدمات حوزه بارداری	۱۰	۹۰
		مشاوره و مراقبت پیش از بارداری	۵	۹۵
		نظارت و پایش رشد جمعیت در سن رشد	۱۰	۹۰
	کیفیت خدمات مشاوره ای	تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار	۵	۹۵
		مشاوره در زمینه فرزند اوری و تنظیم خانواده	۱۵	۸۵
		آموزش های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم	۵	۹۵
		پیگیری های دوره ای سلامت بیمار	۵	۹۵
		اطلاع رسانی به موقع به بیمار جهت خدمات درمانی	۱۰	۹۰
		ارتقای خدمات روانپزشکی	۵	۹۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

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 درمورد هر یک از گویه‌های شناسایی شده اعلام کنند تا در نهایت بتوان به اجماع کلی در مورد ابعاد، معیارها و شاخص‌های الگوی کیفیت خدمات پزشکان خانواده در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران رسیده شود. با توجه به نتایج حاصل از مرحله چهارم، نتایج مشابه نتایج مرحله سوم بوده است و از آوردن نتایج خودداری گردید. بنابراین بر اساس تکنیک دلفی، دو بعد شامل ۶ معیار و ۳۲ شاخص شناسایی شدند.

ساختار شماتیکی مدل به دست آمده در نمودار شماره ۱، نشان داده شده است.



نمودار شماره ۱: ساختاری شماتیکی مدل احصا شده

بحث

به‌طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که برای ارائه الگوی توانمندسازی 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 شاخص‌ها 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 به‌دلیل این که 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 توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تامین اجتماعی مازندران است، که نشان می‌دهد تمامی معیارها (شاخص) در قسمت سنجش بارهای عاملی دارای مقدار مناسبی هستند و سؤال‌های مربوط به عامل نسبت به خود آن عامل همبستگی بیش‌تری نسبت به عامل‌های دیگر دارند. از روی دیگر پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ که پرسشنامه‌ها و ابعاد آن بالاتر از ۰/۷ به‌دست آمده است که این نیز نشان می‌دهد پرسشنامه‌ها از همبستگی مناسبی برخوردار است.

براساس نتایج به دست آمده، اونق و بیرامی (۱۴۰۲)، نشان دادند که بهبود و افزایش توانمندسازی کارکنان با رهبری تحول‌آفرین مدیران امکان پذیر است که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد. در نقد نتایج پژوهش آن‌ها می‌توان بیان داشت که به یک بعد تاثیرگذار بر توانمندسازی یکی سبک رهبری تحول آفرین توجه کرده و سایر متغیرهای مؤثر مورد بررسی قرار نگرفته است(۸). اسلامی (۱۴۰۱)، در پژوهشی نشان دادند شایستگی‌های مورد نیاز نیروی انسانی در مراکز بهداشتی و درمانی در هفت مقوله عمده شامل مهارت‌های آکادمیت پایه، مهارت‌های تفکر، مهارت‌های شخصی، مهارت‌های اطلاعاتی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های عاطفی، مهارت‌های مدیریتی تعریف می‌شود که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد(۹). در نقد نتایج پژوهش آن‌ها می‌توان بیان داشت که در مطالعات آن‌ها تنها به بحث شایستگی‌های منابع انسانی در زمینه ارتقای کیفیت خدمات توجه شده و به توانمندسازی آن‌ها توجه نشده است. متدین و سوگندی (۱۴۰۱)، نشان دادند سه اولویت

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

اول نیازهای مشتری شامل، توضیح در مورد مصرف داروها، زمان انتظار جهت معاینه اولیه توسط کادر درمانی و دسترسی به زیر واحدهای آزمایشگاه و ...، و سه اولویت اول عناصر خدمت در این بیمارستان شامل، استخدام نیروی انسانی، تخصیص بودجه و طراحی مناسب است که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد(۱۰). در نقد نتایج پژوهش آن‌ها می‌توان بیان داشت که در زمینه بررسی رضایت‌مندی بیماران تنها به نوع شاخص‌های ملموس در زمینه ارتقای رضایت‌مندی اشاره شده و سایر شاخص‌ها شناسایی نشدند.

عباسی و حاجی محمدی (۱۴۰۰)، نشان دادند سیاستگذاران، مدیران و تصمیم‌گیران ارشد نظام سلامت باید اقدامات و تصمیات 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 می‌باشد(۱۱). در نقد نتایج پژوهش آن‌ها می‌توان 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 به ترتیب بیش‌ترین میزان همبستگی را با توانمندسازی کارکنان داشتند. تیم‌سازی و مشارکت گروهی و تفویض اختیار فاقد ارتباط معنی‌دار با توانمندسازی تشخیص داده شدند که با نتایج این پژوهش همسو می‌باشد(۱۲). 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. Endalamaw و همکاران (۲۰۲۴)، در پژوهشی نشان دادند استفاده از مستمر کیفیت، به‌عنوان تأثیر مثبت آن، بهبود ساختار سیستم سلامت (به عنوان مثال، رهبری، نیروی کار سلامت، استفاده از فناوری سلامت، منابع و هزینه‌ها)، بهبود فرآیندها و خروجی‌های ارائه مراقبت‌های بهداشتی (به عنوان مثال، مراقبت) است. در نقد نتایج مطالعات گذشته می‌توان بیان داشت پژوهش‌های گذشته به مسئله توانمندسازی پزشکان خانواده توجه نداشته و هم‌چنین کیفیت خدمات و ارتقای آن از طریق توانمندساز کردن پزشکان به‌صورت موردی مورد بررسی قرار نگرفته است(۱۳).

براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که برای بعد پیش‌نیازهای کیفیت مورد نیاز معیارهای زیرساخت، ارتباطات، برنامه‌ریزی شناسایی 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. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود آموزش مهارت‌های روانشناختی، عاطفی و ارتباط به پزشکان خانواده توسط پزشکان خانواده موفق در این زمینه مد نظر قرار گیرد و آسیب‌شناسی شیوه اجرای طرح پزشک خانواده به صورت مقطعی انجام شود و ضابطه‌ها همواره بر رابطه‌ها ارجحیت داده شوند. پرداخت‌ها با اهداف و عملکرد ارائه‌دهندگان خدمت متناسب‌سازی شود و برنامه محوری و خودمحوری در بخش‌های مختلف متناسب با اهداف مورد توجه قرار گیرد.

References

1. Heidarian Naeini A, Mahmoudi G, Yazdani Charati J. Health care quality model of family physician program in Iran (mixed method). Caspian J Intern Med 2022; 13(4): 666-674. PMID: 36420344.
2. Mosadeqrad AM. Hospital organization and professional administration handbook. Tehran: Dibagaran Tehran; 2003. p. 25-32.
3. Darzi MA, Islam SB, Khursheed SO, Bhat SA. Service quality in the healthcare sector: a

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]

systematic review and meta-analysis. LBS J Manag Res 2023; 21: 13-29.

4. Heydarian Naiemi A, Mahmodi Gh, Yazdani Cherati J. Presenting the service quality model provided in the family doctor plan with the approach of the Joint Accreditation Commission (composite study). Sari: Islamic Azad Uni; 2019. PMID: 36420344.
5. Alrubaiee L, Alkaaida F. The mediating effect of patient satisfaction in the patients' perceptions of healthcare quality – patient trust relationship. Int J Mark Stud 2011; 3(1): 103-127.
6. Keelson SA, Addo JO, Amoah J. The impact of patient engagement on service quality and customer well-being: an introspective analysis from the healthcare providers' perspective. Cogent Pub Health 2024; 11(1).
7. Kharmeh S. Evaluating the quality of health care services in the Hashemite Kingdom of Jordan. Int J Bus Manag 2012; 7(4).
8. Onagh F, Beyrami A. The effect of change management strategies on improving the quality of nursing services and empowering nurses: A systematic review and meta-analysis. In: The 5th Research Congress of Students of Hormozgan University of Medical Sciences; 2023; Bandar Abbas. Available from: https: // civilica. com/doc/1931672.
9. Eslami A. Improving the quality of human resources in health centers based on the competency model: A systematic review. In: The Fourth National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences; 2022; Tehran. Available from: https: //civilica. com/doc/ 1517965.
10. Motedayen M, Sogandi F. Improving healthcare services in hospitals using quality function deployment (QFD) (Case study: Mashhad Charity Hospital). In: The 5th International Conference on Interdisciplinary Studies in Management and Engineering; 2022; Tehran. Available from: https: //civilica. com/ doc/ 1507277.
11. Abbasi S, Hajimohamadi M. Strategies to increase and improve the quality and economic level of Iranian hospitals. In: The Third National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences; 2021; Tehran. Available from: https: //civilica. com/doc/ 1428567.
12. Bonyadi Naeini A, Saeedi T, Zamani M. Designing a model of key factors affecting the empowerment of staff in a superspecialty hospital in Tehran. In: The Fourth International Conference on Humanities and Education; 2018; Tehran. Available from: https: //civilica. com/doc/ 900286.
13. Endalamaw A, Khatri RB, Mengistu TS, Erku D, Wolka E, Zewdie A, et al. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. BMC Health Serv Res 2024; 24: 487. PMID: 38641786.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-28]