

Original Article (Qualitative)

Designing a model for empowering family physicians based on service quality

Seyyed Ebrahim jafari Kalarizani¹ , Yaghub Alavimatin² , David Paydarfard³ 

1- PhD Student, Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

2- Assistant Professor, Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

3- Assistant Professor, Department of Management, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Iran

Receive:

05 July 2024

Revise:

09 October 2024

Accept:

11 February 2025

Keywords:

Empowerment, family physicians, quality of services, infrastructure, communications, planning

Abstract

The aim of this research is to design a model for empowering family physicians based on service quality. The present research is developmental in terms of its purpose. The statistical population of the research includes 20 academic experts, policymakers, and family physicians who have complete information about applicable training in the organization. The sampling method is purposive. The data collection tool is a semi-structured interview. The meta-synthesis method was used to analyze the data. Data analysis resulted in the identification of 58 indicators, 11 criteria, and 4 dimensions for empowering family physicians and 32 indicators, 6 criteria, and two dimensions for the dimension of service quality. The model obtained is divided into four themes: required prerequisites (infrastructure, communications, planning); motivational mechanisms (incentives, awareness, power to act); management indicators (evaluation, financial management, and supervision); reforming the service delivery method (training, process improvement) to empower family physicians and the two themes of tangible service quality (diagnostic, cost, and electronic services) and intangible service quality (insurance and accountability, obstetrics and gynecology, and consultation) were approved.

Please cite this article as (APA): Jafari Kalarizani, S. E., Alavimatin, Y. and Paydarfard, D. (2025). Designing a model for empowering family physicians based on service quality. *Management and Educational Perspective*, 7(1), 296-315.



<https://doi.org/10.22034/jmep.2025.429254.1294>



Authors retain the copyright and full publishing rights.

Published by Research Center of Resource Management Studies and Knowledge-Based Business. This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Publisher: Research Center of Resource Management Studies and Knowledge-Based Business

Corresponding Author: Yaghub Alavimatin

Email: alavimatin@iaut.ac.ir



Extended abstract

Introduction

The successful implementation of the family medicine program requires understanding its principles and prerequisites. The availability of prerequisites and continuous evaluation of the family medicine program using standard criteria facilitates the achievement of the program's goals. Although the program has had relative success in terms of access to services and comprehensiveness of care, it showed less success in the dimensions of coordination between service delivery levels and continuity of care (Najafi Kersami et al, 2022) and consequently, the growth, progress, development and enhancement of staff capabilities, which has been proposed as "empowerment" in the organization in recent years, is considered one of the effective methods for increasing the skills of staff and making optimal use of their individual and group capacities and capabilities in line with the goals of the organization (Nazifkar et al, 2023). The family medicine program affects the access, quality, efficiency, justice, resilience and sustainability of health services and ultimately, the health of the people and the accountability and financial protection of the primary health care system. The family medicine program has brought many achievements. The successful implementation of this program requires understanding its principles and prerequisites. The availability of prerequisites and continuous evaluation of the family medicine program using standard criteria facilitates the achievement of the program's goals (Mosaddeq Rad et al, 2022). Although the implementation of the family doctor plan is considered a fundamental measure and an important development in the discussion of rural health insurance and the provision of health services and the referral system in the country, evidence indicates that if these challenges and threats are not identified in a timely manner and no intervention is made, only a name may remain of this plan (Mohamadiyan et al, 2018). Service leveling prevents repeated and unnecessary referrals to more specialized levels and prevents waste of material and human resources, and is considered an appropriate tool for controlling the costs of care and increasing alignment between general practitioners and specialists. Ignoring the referral system can break the links in the health and treatment service delivery system, increase costs, and harm the quantity and quality of services. Family physicians should be involved in empowerment and consider all medical, cultural, religious, patient and family status and community status aspects in caring for patients (Jannati et al, 2011).

Considering the above and the importance of implementing the family physician plan, the present study seeks to evaluate this research issue: What is the family physician empowerment model for improving the quality of services in the management of social security treatment in Mazandaran?

Theoretical framework

Empowerment

Empowerment means giving power and helping individuals in the organization to improve their sense of self-confidence, overcome their disability and helplessness, and create enthusiasm for activity in individuals and provide their internal motivation to perform job duties (Golafshani et al, 2022).

Service quality

Service quality is defined as the difference between customers' expectations before using the organization's services and the image they have of the services received. The purpose of service quality perception is the consumer's perception of the services provided by a company. Service quality can be defined as customers' overall attitude or judgment of the services received (Behrozi, 2021).

Endalamaw et al, (2024), in a study titled Review of Continuous Quality Improvement in Healthcare Systems: Conceptualization, Models and Tools, Barriers and Facilitators, concluded that the main reported objectives of using continuous quality, as its positive impact, are to improve the health system structure (e.g., leadership, health workforce, use of health technology, resources and costs), improve the processes and outcomes of healthcare delivery (e.g., care coordination and linkages, satisfaction, access, continuity of care, safety and efficiency), and improve treatment outcomes (reduce morbidity and mortality). Continuous quality implementation is not without challenges. There are cultural (e.g., resistance/reluctance to a quality-focused culture and fear of blame or punishment), technical, structural (related to organizational structure, processes and systems), and strategic (inadequate planning and inappropriate goals) barriers that are commonly reported during continuous quality implementation.

Keelson et al, (2024), in a study titled The Impact of Patient Engagement on Service Quality and Client Well-being: An Introspective Analysis from the Perspective of Healthcare Providers, concluded that it emphasizes the importance of patient engagement in determining healthcare experiences and outcomes, and emphasizes the need for healthcare institutions to adopt patient-centered care principles and foster collaborative and empowering cultures. Based on the findings, patient engagement fosters open communication, shared decision-making, and shared care, all of which are critical components for improving service quality. To improve adherence to treatment, improve health outcomes, and increase patient satisfaction, healthcare providers emphasize the value of giving patients the freedom to actively participate in their healthcare journey. Furthermore, patient engagement has been shown to enhance client well-being by encouraging a sense of empowerment, independence, and control over one's health.

Research Methodology

The present research is developmental in terms of its purpose. The statistical population of the research includes 20 academic experts, policymakers, and family physicians who have complete information about applicable training in the organization. The sampling method is purposive. The data collection tool is a semi-structured interview.

Research findings

The meta-synthesis method was used to analyze the data. Data analysis resulted in the identification of 58 indicators, 11 criteria, and 4 dimensions for the empowerment of family physicians; and 32 indicators, 6 criteria, and two dimensions for the service quality dimension. The model obtained was approved in four themes of prerequisites (infrastructure, communication, planning); motivational mechanisms (incentives, awareness, power to act); management indicators (evaluation, financial management, and supervision); and reforming the method of providing services (training, process improvement) for the empowerment of family physicians, and two themes of tangible service quality (diagnostic, cost, and electronic services) and intangible service quality (insurance and accountability, obstetrics and gynecology, and consulting).

Conclusion

The present study aimed to design a model of family physician empowerment based on service quality. This finding is consistent with the results of Onog & Bayrami (2023), Matdeen & Sogandi (2022), Eslami (2022), Endalamaw et al, (2024), Keelson et al, (2024), Abbasi & Hajimohammadi (2021), Vafae-najar et al, (2019), Heydriyan et al, (2022), and Heydarian Nayini et al, (2022). Onog & Bayrami (2023) showed that improving and



increasing employee empowerment is possible with transformational leadership of managers, which is consistent with the results of this study. In criticizing the results of their research, it can be stated that one dimension that affects empowerment, namely transformational leadership, is focused on; and other effective variables have not been examined.

According to the results obtained, the following suggestions are made:

- It is suggested that the educational curriculum of general practitioners be revised and the approach changed from treatment-oriented to health-oriented.
- It is suggested that community-oriented training of general practitioners and empowerment in the context of the community be considered.
- Network empowerment is suggested by reviewing the overall structure of the network with the aim of maximally adapting the network structure to the dimensions of non-medical and community-oriented family medicine.
- It is suggested that the family physician plan be implemented at the patient's doorstep.

طراحی الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده مبتنی بر کیفیت خدمات

سید ابراهیم جعفری کلاریجانی^۱، یعقوب علوی متین^۲، داود پایدار فرد^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه مدیریت، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۲- استادیار، گروه مدیریت، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۳- استادیار، گروه مدیریت، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

چکیده

هدف این تحقیق طراحی الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده مبتنی بر کیفیت خدمات می‌باشد. تحقیق حاضر به لحاظ هدف، توسعه‌ای می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل ۲۰ نفر از خبرگان دانشگاهی و سیاست‌گذاران و پزشکان خانواده که نسبت به آموزش‌های کاربردی در سازمان اطلاعات کاملی داشته‌اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری هدفمند می‌باشد. ابزار گردآوری اطلاعات مصاحبه نیمه ساختاریافته می‌باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش فراترکیب استفاده شد. تحلیل داده‌ها به احصای ۵۸ شاخص، ۱۱ معیار و ۴ بعد برای توانمندسازی پزشکان خانواده و ۳۲ شاخص، ۶ معیار و دو بعد برای بعد کیفیت خدمات انجامید. مدل به دست آمده در چهار مضمون پیش نیازهای مورد نیاز (زیرساخت، ارتباطات، برنامه ریزی)؛ مکانیزم‌های انگیزشی (مشوق‌ها، آگاه‌سازی، قدرت عمل)؛ شاخص‌های مدیریتی (ارزیابی، مدیریت و نظارت مالی)؛ اصلاح شیوه ارائه خدمات (آموزش، اصلاح فرآیند) برای توانمندسازی پزشکان خانواده و دو مضمون کیفیت خدمات ملموس (تشخیصی، هزینه‌ای و خدمات الکترونیک) و کیفیت خدمات ناملموس (بیمه‌ای و پاس‌خگویی، زنان و زایمان و مشاوره‌ای) مورد تأیید قرار گرفت.

تاریخ دریافت: ۱۵ تیر ۱۴۰۳

تاریخ بازنگری: ۱۸ مهر ۱۴۰۳

تاریخ پذیرش: ۲۳ بهمن ۱۴۰۳

کلید واژه‌ها:

توانمند سازی،
پزشکان خانواده،
کیفیت خدمات،
زیرساخت،
ارتباطات،
برنامه ریزی

لطفاً به این مقاله استناد کنید (APA): جعفری کلاریجانی، سید ابراهیم، علوی متین، یعقوب و پایدار فرد، داود. (۱۴۰۴). طراحی الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده مبتنی بر کیفیت خدمات. فصلنامه مدیریت و چشم‌انداز آموزش، ۷(۱)، ۲۹۶-۳۱۵.



<https://doi.org/10.22034/jmep.2025.429254.1294>



Authors retain the copyright and full publishing rights.
Published by Research Center of Resource Management Studies and Knowledge-Based Business. This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

ناشر: مرکز پژوهشی مطالعات مدیریت منابع و کسب و کار دانش محور

نویسنده مسئول: یعقوب علوی متین

ایمیل: alavimatin@iaut.ac.ir

مقدمه

ماهیت پیچیده سلامتی و بیماری و اثر عوامل مختلف اجتماعی اقتصادی بر نظام سلامت و سلامت جامعه و اثر سلامت جامعه و اقتصاد، نیاز به رویکرد اجتماعی به سلامت را خاطر نشان می‌کند. در بیانیه‌های بین‌المللی ارتقای سلامت از قبیل یا منشور اوتاوا و یا آلتا آتا ضرورت همکاری‌های بین‌بخشی تاکید شده و ابعاد سلامت در سیاست‌های مختلف در نظر گرفته شده است. جهت اجرای سیاست‌های اجتماعی سازی سلامت مناسب‌ترین و هزینه اثربخش‌ترین راهبرد استفاده از پزشکان خانواده است و این به خاطر ویژگی‌های ذاتی پزشک خانواده می‌باشد (Khosravi, 2022). اجرای موفق برنامه پزشکی خانواده نیازمند شناخت اصول و پیش‌نیازهای آن است. فراهم بودن پیش‌نیازها و ارزشیابی مستمر برنامه پزشکی خانواده با استفاده از معیارهای استاندارد، دستیابی به اهداف برنامه را تسهیل می‌کند. اگرچه برنامه، در ابعاد دسترسی به خدمات و جامعیت مراقبت، موفقیت نسبی داشته است؛ ولی در ابعاد هماهنگی بین سطوح ارائه خدمت و استمرار مراقبت، موفقیت کمتری نشان داد (Najafi Kersami et al, 2022) و به تبع آن، رشد، پیشرفت، شکوفایی و ارتقای توانمندی‌های کارکنان که از سالیان اخیر به عنوان «توانمندسازی» در سازمان مطرح شده است، یکی از روشهای مؤثر به منظور مهارت افزایی کارکنان و استفاده بهینه از ظرفیت‌ها و توانمندیهای فردی و گروهی آنها در راستای اهداف سازمان قلمداد می‌شود (Nazifkar et al, 2023).

پزشک خانواده دارای حداقل مدرک دکترای حرفه‌ای پزشکی و مجوز معتبر کار پزشکی است و در نخستین سطح خدمات، عهده‌دار خدمات پزشکی سطح اول است و مسوولیت‌هایی از قبیل: توجه به جامعیت خدمات، تداوم خدمات، مدیریت سلامت، تحقیق و هماهنگی با سایر بخشها را برعهده دارد. پزشک خانواده مسوولیت دارد خدمات سلامت را در محدوده بسته‌ای تعریف شده (بسته خدمت)؛ بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و ریسک بیماری در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه‌ی تحت پوشش خود قرار دهد. پزشک خانواده در صورت لزوم باید برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده کند، ولی مسوولیت پیگیری تداوم خدمات با او خواهد بود. پزشک خانواده مسوول اداره کردن تیم سلامت است (Guidelines for the Family Physician Program and Referral System in Urban Areas, 2012). برنامه پزشکی خانواده بر دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت، تاب‌آوری و پایداری خدمات سلامت و در نهایت، سلامتی مردم و پاسخگویی و محافظت مالی نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثر می‌گذارد. برنامه پزشکی خانواده دستاوردهای بسیاری به همراه داشته است. اجرای موفق این برنامه نیازمند شناخت اصول و پیش‌نیازهای آن است. فراهم بودن پیش‌نیازها و ارزشیابی مداوم برنامه پزشکی خانواده با استفاده از معیارهای استاندارد، دستیابی به اهداف برنامه را تسهیل می‌کند (Mosaddeq Rad et al, 2022).

هدف اصلاح نظام سلامت در ایران دست زدن به سلسله‌ای از تغییرات هدفمند مستمر برای بهبود کارایی، برقراری عدالت در برخورداری مردم از خدمات بهداشتی و درمانی و اصلاح نظام پرداخته است. برنامه پزشک خانواده بعنوان شالوده دست زدن به اصلاح نظام سلامت انتخاب شده است (Abedi et al, 2017). پس از جنگ جهانی دوم، با افزایش تخصص‌های پزشکی، پزشکان عمومی به انزوا می‌رفتند. براین اساس طرح پزشک خانواده با هدف تشکیل پرونده سلامت برای همه اعضای خانوارهای تحت پوشش بیمه سلامت، انجام معاینات دوره‌ای و ثبت کلیه خدمات بهداشتی و درمانی ارائه شده در سطح اول و همچنین خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده توسط متخصصین و

همکاران آنها در سطح ۲ و ۳ در قالب نظام ارجاع، برای نخستین بار در سال (۱۹۵۰) در انگلیس اجرا شد (Nasrollahpour Shirvani et al, 2014) بعد از آن به اروپا، کانادا و سایر کشورها که در زمینه بهداشت و درمان پیشرفت قابل توجهی داشتند، گسترش یافت. با وجود این که قریب به ۱۵ سال است از معرفی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای رسیدن به سلامت بهتر در آینده کشور می‌گذرد؛ تاکنون در زمینه اجرای این طرح در کشور، توفیق چندانی به دست نیامده است، و آنچه در عمل به وقوع پیوست، محدود شدن اجرای آن به روستاها و دو استان فارس و مازندران به صورت پایلوت آنهم به سبک و روشی متفاوت از اهداف اصلی خود برنامه پزشک خانواده می‌باشد (Shiani et al, 2016).

توانمندسازی به باور فرد به توانایی آنها برای تأثیرگذاری بر محیط کار و دستیابی به نتایج مطلوب اشاره دارد. به عنوان مثال، افراد توانمند احساس می‌کنند که می‌توانند تصمیمات آگاهانه بگیرند، حس تأثیرگذاری بر کار خود را تجربه می‌کنند و معتقدند که می‌توانند با موفقیت به چالش‌ها رسیدگی کنند. توانمندسازی روانشناختی در زمینه امنیت سایبری به باور افراد به توانایی آنها برای تأثیرگذاری بر محیط امنیت سایبری خود، برداشتن گام‌های پیشگیرانه برای جلوگیری از تهدیدها و تصمیم‌گیری آگاهانه برای محافظت از داده‌های حساس اشاره دارد. مطالعات اخیر ارتباط بین توانمندسازی روانشناختی و رفتارهای امنیت سایبری مثبت را پیشنهاد می‌کنند (Berbenyuk et al, 2024).

در ایران مطالعات متعددی نشان از عدم رضایت دریافت کنندگان خدمات از مجموعه این طرح دارند، برای مثال در مطالعه عبادی فردآذر تنها ۴۶ درصد از مراجعه کنندگان از برنامه پزشک خانواده رضایت داشتند و در مطالعه مطلق و همکاران رضایت پزشکان خانواده در سطح پایین ارزیابی شد که این نارضایتی می‌تواند باعث ترک کار و کناره‌گیری پزشکان خانواده شود، به طوری که براساس اعلام نظر نایب رئیس انجمن پزشکان عمومی سالانه شاهد ریزش ۳۰ تا ۳۵ درصد از پزشکان خانواده هستیم. همچنین در مطالعه گل‌علیزاده و همکاران که به صورت کیفی انجام شده بود مهمترین چالش‌های برنامه پزشک خانواده، آگاهی پایین مردم نسبت به این برنامه، مشکلات مدیریتی و چالش‌های مربوط به واحدها و کارکنان سطح دو ارجاع، بیان شد. در مجموع، گرچه اجرای طرح پزشک خانواده یک اقدام اساسی و یک تحول مهم در بحث بیمه درمان روستاییان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی و نظام ارجاع در کشور محسوب می‌شود اما شواهد حاکی از آن است که اگر این چالش‌ها و تهدیدهای موجود به موقع شناسایی نشوند و مداخله‌های صورت نگیرد، ممکن است فقط اسمی از این طرح باقی بماند (Mohamadiyan et al, 2018). سطح بندی خدمات، از مراجعه مکرر و غیرضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری کرده و ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی میان پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود. بی‌توجهی به نظام ارجاع می‌تواند حلقه‌های نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی را از هم گسیخته و باعث افزایش هزینه‌ها و آسیب رساندن به کمیت و کیفیت خدمات شود. پزشکان خانواده بایستی با توانمند شدن به درگیر شوند و در مراقبت از بیماران، همه جنبه‌های پزشکی، فرهنگی، مذهبی، وضعیت بیمار و خانواده و وضعیت جامعه را مدنظر قرار دهند (Jannati et al, 2011).

مسئله‌ای که مورد توجه مدیران ارشد نظام بهداشت و درمان کشور می‌باشد این است که به چه میزان طرح پزشک خانواده موفق عمل کرده و همچنین هنوز ابهاماتی در چگونگی اجرای این طرح وجود دارد که مستلزم بررسی‌های جامع

و انجام مطالعاتی چند در این زمینه می‌باشد که این پژوهش با دستیابی به مدلی در جهت بهبود کیفیت ارائه خدمات پزشکان خانواده از طریق توانمندسازی آن‌ها می‌شود می‌تواند در ارتقای اثربخشی این طرح جامع کمک شایانی کرده و رضایت عمومی دریافت کنندگان خدمات و همچنین خود پزشکان خانواده را به همراه داشته باشد. با این وجود مطالعه‌ای که به مدلسازی الگوی تأثیر توانمندسازی پزشکان خانواده بر 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 دارد، لذا تحقیق حاضر در پی ارزیابی این مسئله پژوهشی است که مدل توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران چگونه می‌باشد؟

ادبیات نظری

توانمندسازی

توانمندسازی به معنای قدرت بخشیدن و کمک به افراد سازمان است تا احساس اعتماد به نفس خود را بهبود بخشند، بر ناتوانی و درماندگی خود چیره شوند و در افراد شور و شوق فعالیت ایجاد و انگیزه‌های درونی آنان برای انجام دادن وظایف شغلی مهیا نماید (Golafshani et al, 2022). توانمندسازی از دو منظر توانمندسازی ساختاری و توانمندسازی روان شناختی قابل طرح است. در رویکرد ساختاری که توانمندسازی ارتباطی و مکانیکی نیز نامیده می‌شود، توانمندسازی شامل فعالیتهایی است که سازمان برای سهم کردن کارکنان در منابع قدرت و تصمیم‌گیری‌ها انجام می‌دهد در این بعد فراهم ساختن شرایطی برای قدرتمندتر شدن کارکنان، مدنظر است. این نوع از توانمندسازی به عنوان نتیجه یک فرایند مطرح است (Najafi, 2020). در این رویکرد مدیریت سازمان مسئول توانمندسازی کارکنان و تعیین کننده میزان ابعاد، نحوه ایجاد و استقرار فرهنگ این فرایند در کارکنان است. مدیر از طریق فراهم کردن ابزار موردنیاز و پشتیبانی مناسب، با تقسیم قدرت میان کارکنان مشارکت، تصمیم‌گیری، سهم کردن آنان در جریان اطلاعات ایجاد بستر آموزش و انتقال دانش به توانمندی کارکنان منجر می‌شود. در این رویکرد به توانمندسازی بیشتر به عنوان عامل محرکی توجه شده است که از بیرون به افراد وارد می‌شود (Asgharneghad & Haghdoost, 2022). توانمندسازی از منظر روان شناختی؛ یعنی ایجاد یک حس درونی در افراد که بتوانند به طور مستقل در فرایند کاری خود تصمیم‌گیری کنند. در این دیدگاه، نگرش و طرز تلقی افراد از وظایف کاری و نقش آنان در سازمان مدنظر است. توانمندسازی روان شناختی یعنی ایجاد شرایط لازم برای ارتقای انگیزه افراد در انجام وظایف، از طریق پرورش احساس شایستگی یا کاهش احساس ناتوانی در آنان (Sarboland, 2019).

کیفیت خدمات

کیفیت خدمات به صورت تفاوت بین انتظارات مشتریان قبل از استفاده از خدمات سازمان و تصویری که از خدمات دریافت شده دارند تعریف شده است. منظور از درک کیفیت خدمات ادراک مصرف کننده از خدمات مورد نظر یک شرکت است. کیفیت خدمات می‌تواند به عنوان نگرش و یا قضاوت کلی مشتریان از خدمات دریافت شده تعریف شود (Behrozi, 2021). کیفیت به عنوان مهم‌ترین مزیت رقابتی سازمان‌ها یاد می‌شود و این امر در بخش خدمات بیشتر به

چشم می‌خورد. مشتریانی که خدمات درمانی دریافت می‌کند قبل از دریافت اینگونه خدمات نمی‌توانند نتیجه آن را مشاهده کنند. مشتریان انتظار دارند که اینگونه سازمان‌ها به قول و تعهد خود مبنی بر ارائه خدمات در زمان مقرر و به طور صحیح و به دریافت کننده مورد نظر، جامه عمل بپوشانند؛ و تأمین این انتظار را دلیل بر کیفیت خدمات درمانی می‌دانند (Rahbar, 2022). سازمان‌های بخش عمومی دریافته‌اند که ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان، از مقوله‌های راهبردی و استراتژیک بقای سازمان‌ها در سال‌های آینده می‌باشد. این امر میسر نخواهد شد مگر با تعریف روشنی از کیفیت و آگاهی از نیازهای واقعی مشتریان. در بخش خدمات درمانی و بهداشتی نیز موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژه‌ای است، زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش می‌باشد (Mehtarpour et al, 2018).

پیشینه پژوهش

(Endalamaw et al, 2024)، در پژوهشی تحت عنوان مروری بر بهبود مستمر کیفیت در سیستم مراقبت‌های بهداشتی: مفهوم سازی، مدل‌ها و ابزارها، موانع و تسهیل کننده‌ها به این نتیجه رسیدند که اهداف اصلی گزارش شده از 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 هزینه‌ها)، بهبود فرآیندها و خروجی‌های ارائه مراقبت‌های 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 سیستم‌ها) و راهبردی (برنامه ریزی ناکافی و اهداف نامناسب) وجود دارد که معمولاً در طول اجرای مستمر کیفیت گزارش می‌شود.

(Keelson et al, 2024)، در پژوهشی تحت عنوان تأثیر مشارکت بیمار بر کیفیت خدمات و رفاه مشتری: یک تحلیل درون نگر از دیدگاه ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به این نتیجه رسیدند که اهمیت مشارکت بیمار در تعیین تجربیات و نتایج مراقبت‌های بهداشتی تأکید می‌کند، و بر ضرورت اتخاذ اصول مراقبت بیمار محور و پرورش فرهنگ‌های تعاونی و توانمند برای مؤسسات مراقبت بهداشتی تأکید می‌کند. بر اساس یافته‌ها، مشارکت بیمار، ارتباطات باز، تصمیم‌گیری مشترک و مراقبت مشترک را تقویت می‌کند، که همگی مولفه‌های حیاتی برای بهبود کیفیت خدمات هستند. برای بهبود پایداری به درمان، بهبود نتایج سلامت و افزایش رضایت بیمار، ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بر ارزش دادن آزادی به بیماران برای مشارکت فعال در سفر مراقبت‌های بهداشتی خود تأکید می‌کنند. علاوه بر این، نشان داده شده است که مشارکت بیمار با تشویق احساس توانمندی، استقلال و کنترل بر سلامت فرد، رفاه مشتری را افزایش می‌دهد.

(Onog & Bayrami, 2023)، در پژوهشی تحت عنوان تأثیر راهبردهای مدیریت تحول در ارتقای کیفیت خدمات پرستاری و توانمندسازی پرستاران_مروری سیستماتیک و متاآنالیز به این نتیجه رسیدند که ارتباط مستقیم بین مدیریت سازمانی، سبک رهبری تحولگرا با توانمندسازی مثبت و معنادار بوده و بیشترین ضرایب تأثیر مربوط به تأثیر مدیریت سازمانی بر توانمندسازی (۰/۵۰۷) و ارتقای کیفیت در خدمات پرستاران (۰/۲۲۲) است. با توجه به ماهیت انسانی

اجتماعی فرایندهای توانمندسازی کارکنان و نقش رهبری تحول آفرین در ایجاد زمینه‌ای مناسب برای افزایش توانمندسازی کارکنان با رویکرد انگیزشی و روان شناختی و با توجه به یافته‌های این پژوهش، بهبود و افزایش توانمندسازی کارکنان با رهبری تحول آفرین مدیران امکان پذیر است.

(Matdeen & Sogandi, 2022)، در پژوهشی تحت عنوان ارتقاء خدمات درمانی در بیمارستان با استفاده از گسترش عملکرد کیفیت (مطالعه موردی: بیمارستان خیره‌ای مشهد) به این نتیجه رسیدند که ۱۰ نیاز مشتری و ۱۰ عنصر خدمت رتبه بندی شدند. ۳ اولویت اول نیازهای مشتری عبارتند از ۱. توضیح در مورد مصرف داروها ۲. زمان انتظار جهت معاینه اولیه توسط کادر درمانی ۳. دسترسی به زیر واحدهای آزمایشگاه و... ۳ اولویت اول عناصر خدمت در این بیمارستان عبارتست از: ۱. استخدام نیروی انسانی ۲. تخصیص بودجه ۳. طراحی مناسب.

(Heydriyan et al, 2022)، در پژوهشی تحت عنوان مدل کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برنامه پزشکی خانواده در ایران (روش ترکیبی) به این نتیجه رسیدند که ساختار، زمینه، فرآیند، مسئولیت پذیری، نگرش و عوامل توانمندسازی به طور مستقیم و غیرمستقیم پیش بینی کننده‌های خوبی برای کیفیت مراقبت در برنامه پزشکی خانواده است. مهم‌ترین یافته‌های پژوهشی در زمینه ارتقای کیفیت مراقبت‌های پزشکی خانواده شامل عواملی چون توسعه نگرش و بینش جامعه، ارائه دهندگان و سیاست گذاران در موضوع سلامت و نیازهای بهداشتی، اصلاحات همزمان در تمامی سطوح نظام ارجاع، توجه و انطباق با بافت جامعه، توسعه زیرساخت‌ها و بهبود فرآیندهای مرتبط، ارزیابی سیستماتیک و پاسخگویی و توجه به توانمندسازی.

(Heydarian Nayini et al, 2022) در پژوهشی تحت عنوان ساختار اجرایی طرح پزشکی خانواده با هدف دستیابی به ابعاد کیفیت خدمات در حوزه مراقبت‌های اولیه سلامت: مرور سیستماتیک نشان دادند که جهت دستیابی به کیفیت خدمات در حوزه پزشکی خانواده می‌بایست هشت ساختار مهم اجرایی را مدنظر قرار داد. این ساختارها عبارتند از: ساختارهای سازمانی و مدیریتی که شامل: درگاه‌داری نظام سلامت، مکانیسم‌های حمایتی از درگاه‌داری و نظام ارجاع و همچنین بستر ارتباطی نظام‌مند، خدمات سلامت الکترونیک و فرایندهای ارائه خدمت می‌باشد؛ ساختار بیمه‌ای، ساختار نظارتی و کنترل اعم از مکانیسم‌های کنترل مالی، کنترل رقابتی و کنترل کمی؛ ساختار پرداخت؛ ساختار توسعه کمی و کیفی ارائه‌دهندگان خدمات؛ ساختار کیفیت که شامل: تعریف و ارزیابی کیفیت و مکانیسم‌های پاسخ‌گویی و همچنین مکانیسم‌های تشویقی در قبال کیفیت خدمات؛ ساختار حمایتی از جمله حمایت‌های بیمه‌ای، حمایت طبقه‌بندی شده از گروه‌های خاص؛ و نهایتاً ساختار فرهنگی در دو حوزه‌ی فرهنگ‌سازی نظام ارجاع و تقویت جایگاه پزشکان خانواده.

(Eslami, 2022)، در پژوهشی تحت عنوان ارتقای کیفیت منابع انسانی مراکز بهداشتی و درمانی مبتنی بر مدل شایستگی: یک مرور نظام مند به این نتیجه رسیدند که 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. بر این اساس مدیران سازمان‌های بهداشتی درمانی بر اساس این هفت مقوله اساسی می‌توانند به جذب و همچنین آموزش منابع انسانی خود پردازند.

(Abbasi & Hajimohammadi, 2021)، در پژوهشی تحت عنوان راه کارهای افزایش و ارتقا سطح کیفی و اقتصادی بیمارستان‌های ایران به این نتیجه رسیدند که ارائه راهکارهای اساسی در سطوح مختلف وزارت بهداشت، دانشگاه علوم

پزشکی، بیمارستان و ارائه دهندگان خدمات درمانی به ویژه پیشگیری و کنترل عفونت که مهم‌ترین این راهکارها در اجرای صحیح مدیریت کیفیت، آموزش و توانمندسازی منابع انسانی و مدیران ارشد، تخصیص درست و به موقع منابع مالی و تجهیزات پزشکی متناسب با نیازهای جامعه و مراجعین و تصمیم‌گیری درست و کارشناسی شده در خصوص توسعه فضای بیمارستانی و استفاده از علوم و تکنولوژی‌های نوین و ارائه خدمات مطلوب به مراجعین بیمارستان بحث و نتیجه‌گیری: سیاستگذاران، مدیران و تصمیم‌گیران ارشد نظام سلامت باید اقدامات و تصمیمات هم‌راستا 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 تأمین منافع ذینفعان باشد.

(Vafae-najar et al, 2019) در پژوهشی تحت عنوان تحلیل شکاف کیفیت خدمات پزشکی خانواده در مناطق روستایی استان خراسان رضوی، قبل و بعد از طرح تحول نظام سلامت نشان دادند کاهش فاصله کیفیت بین انتظارات و ادراکات مراجعین در همه ابعاد کیفیت خدمات ارائه شده توسط تیم پزشکی خانواده نشان دهنده این است که طرح تحول با افزایش کیفیت خدمات همراه بوده است. اما نیاز به بهبود کیفیت خدمات با اولویت توجه به ابعاد همدلی و اطمینان وجود دارد.

روش‌شناسی تحقیق

پژوهش حاضر از منظر هدف، از نوع تحقیقات توسعه‌ای می‌باشد. جامعه آماری ۲۰ نفر 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 پزشکی خانواده در جهت بهبود کیفیت آن، اطلاعات و آگاهی مناسبی داشتند، می‌باشند. این افراد سیاست‌گذاران و مدیرانی که حداقل مدت ده سال در سمت رئیس یا معاون در واحدهای مدیریت درمان استان مازندران سابقه داشته‌اند. پزشکان خانواده که در مجموعه‌های درمانی تحت نظر مدیریت درمان استان مازندران مشغول خدمت هستند و دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری تخصصی باشند، می‌باشند. پژوهشگران کیفی به طور نظری (گلوله برفی) به نمونه‌گیری می‌پردازند. این امر بدان معنی است که در این پژوهش، در مرحله اول که مصاحبه با خبرگان دانشگاهی و سیاست‌گذاران و پزشکان خانواده، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام می‌گیرد و تمرکز بر تدوین مدل است؛ بدین معنی که افرادی انتخاب شده‌اند که با بحث آموزش کاربردی در سازمان آشنایی کامل داشتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها روش فراترکیب استفاده شد. روش فراترکیب یک روش تحقیق کیفی محسوب می‌شود که ابزار گردآوری داده‌های آن مطالعات کتابخانه‌ای و بررسی پیشینه پژوهش است. رشد اطلاعات و افزایش چشمگیر علمی از یک سو و سهولت دسترسی به آنها موجب شده است تا ادبیات پژوهش پیرامون پدیده‌های مختلف غنی باشد. برای بررسی داده‌ها ابتدا به بررسی متن استخراج‌شده از مقالات می‌پردازیم و سپس، از روش فراترکیب استفاده شد. در این مرحله، ابتدا، مفاهیم اولیه به روش استقرایی و از طریق کدگذاری و تحلیل مفاهیمی که از طریق مقالات و تحقیقات پیشین گردآوری شد، مورد بررسی قرار گرفت و شاخص، معیار و بعد دسته‌بندی سپس با استفاده از نظرات خبرگان غربالگری و تحلیل مفاهیم و ارائه ابعاد، مؤلفه‌ها، شاخص‌های مدل پیشنهادی پرداخته شد. فراترکیب روشی کیفی مبتنی بر مرور سیستماتیک مطالعات کتابخانه‌ای برای شناختی ژرف پیرامون پدیده مورد مطالعه است.

یافته‌های پژوهش

در روش فراترکیب، تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق کدگذاری انجام می‌شوند. کدگذاری فرآیند طبقه‌بندی و نظم‌دهی به داده‌هاست. محقق برای فراترکیب باید متن داده‌ها را به دقت مطالعه کند و مفاهیم و عبارات مهم را از میان انبوهی از داده‌ها استخراج نماید و برای هر یک کدی تعیین می‌کند که به این فرآیند فراترکیب گفته می‌شود. در فرآیند کدگذاری، تحلیل گر به پدید آوردن مقوله‌ها و ویژگی‌های آن‌ها می‌پردازد و سپس می‌کوشد تا مشخص کند که چگونه مقوله‌ها در طول بعدهای تعیین شده تغییر می‌کنند (استراس و کوربین، ۱۹۹۸). در این پژوهش فراترکیب در سه مرحله انجام شد:

در مرحله اول (شناسایی شاخص‌ها و حذف و اضافه شاخص‌ها) می‌باشد، ۹ شاخص حذف و ۵ شاخص برای الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران اضافه شدند در نهایت ۵۸ شاخص برای الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده به منظور ارتقای کیفیت خدمات در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران اضافه شدند.

در مرحله دوم (شناسایی معیارها) ۵۱ شاخص شناسایی شده در مرحله اول بر اساس مفهوم و شباهت به ۱۷ معیار اختصاص داده شدند. در مرحله بعد از مراحل فراترکیب به اختصاص معیارهای شناسایی شده از لحاظ میزان شباهت مفهومی و محتوایی به ابعاد مختلف پرداخته شده است.

در مرحله سوم فراترکیب (شناسایی ابعاد) نتایج فرآیند فراترکیبی مصاحبه‌های این تحقیق در قالب ابعاد، معیارها و شاخص‌ها در جدول (۱) ذکر شده است.

جدول ۱. ابعاد، معیارها و شاخص‌های بعد توانمندسازی استخراج شده در مرحله سوم فراترکیب

شماره	بعد	معیار	شاخص‌ها	
۱.	پیش نیازهای مورد نیاز	زیرساخت	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		ارتباط پذیری باز و پویا
۸.				توسعه ارتباط سازمانی جهت توانمندسازی
۹.				همکاری و ارتباط بین بخشی پزشکان خانواده
۱۰.				خدمات تیمی و مشارکتی
۱۱.				برنامه ریزی استراتژیک جهت توانمندسازی

توسعه عوامل فرهنگی و اجتماعی جهت توانمندسازی	برنامه ریزی		۱۲
شناسایی چالشهای پیشروی توانمندسازی			۱۳
انگیزه و تشویق پزشکان خانواده	مشوقها	مکانیزم های انگیزشی	۱۴
توانمندی در ابعاد تأثیر، انتخاب، شایستگی و معنادار بودن			۱۵
ارتقای شغلی و درآمدی			۱۶
انگیزش مالی و روانی ذینفعان			۱۷
پرداخت به موقع و مناسب به ارائه دهندگان خدمات در پزشکی خانواده			۱۸
افزایش حقوق بر مبنای توانمندی			۱۹
گایدلاین محور کردن پرداختها در پزشکی خانواده			۲۰
متناسب کردن شغل با علایق و تواناییها			۲۱
پاداش به همه به هنگام عملکرد خوب			۲۲
آشنایی با وظایف و نقشها			آگاه سازی
مهارت‌های ادراکی از سازمان	۲۴		
مبتنی بر شواهد بودن خدمات	۲۵		
ارتقای سواد اطلاعاتی پزشکان	۲۶		
دادن آزادی عمل به پزشکان خانواده	قدرت عمل		۲۷
برخوررداری فرد از روحیه خدمت رسانی			۲۸
استقلال و خودمختاری			۲۹
توانایی تصمیم گیری مستقل، تناسب و بجا بودن			۳۰
رفع فشار روانی ناشی از ناراضایتی بیماران			۳۱
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	مدیریت		۳۷
مدیریت خودمحوری			۳۸
دسترسی پزشکان به ابزارهای تصمیم گیری و اجرا			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			۴۴		
ارتباط پولی بین بیمار و پزشک (فرانشیز)	نظارت مالی		۴۵		
همگرایی نظام‌های پرداخت			۴۶		
توسعه منابع مالی و اقتصادی جهت توانمندسازی			۴۷		
وجود شرح وظایف شفاف در سازمان		آموزش	اصلاح شیوه ارائه خدمات	۴۸	
آموزش مهارت‌های روانشناختی، عاطفی و ارتباط				۴۹	
برگزاری دوره‌های آموزشی برای پزشکان خانواده	۵۰				
برنامه ریزی آموزشی سالانه براساس نیازسنجی	۵۱				
ارتقای قابلیت یادگیری و دانشی	۵۲				
برگزاری دوره‌های آموزشی و مهارتی برای پزشکان	۵۳				
اصلاح فرآیندها متناسب با نظرات پزشکان	اصلاح فرآیند				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			

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.

در مرحله اول (شناسایی شاخص‌ها و حذف و اضافه شاخص‌ها) می‌باشد، ۳ شاخص برای برای ارتقای کیفیت خدمات پزشکان خانواده در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران اضافه شدند. در نهایت ۳۲ شاخص برای بعد کیفیت خدمات در الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده در مدیریت درمان تأمین اجتماعی مازندران اضافه شدند.

در مرحله دوم (شناسایی معیارها) ۳۲ شاخص شناسایی شده در مرحله اول بر اساس مفهوم و شباهت به ۶ معیار اختصاص داده شدند. در مرحله بعد از مراحل فراترکیب به اختصاص معیارهای شناسایی شده از لحاظ میزان شباهت مفهومی و محتوایی به ابعاد مختلف پرداخته شده است.

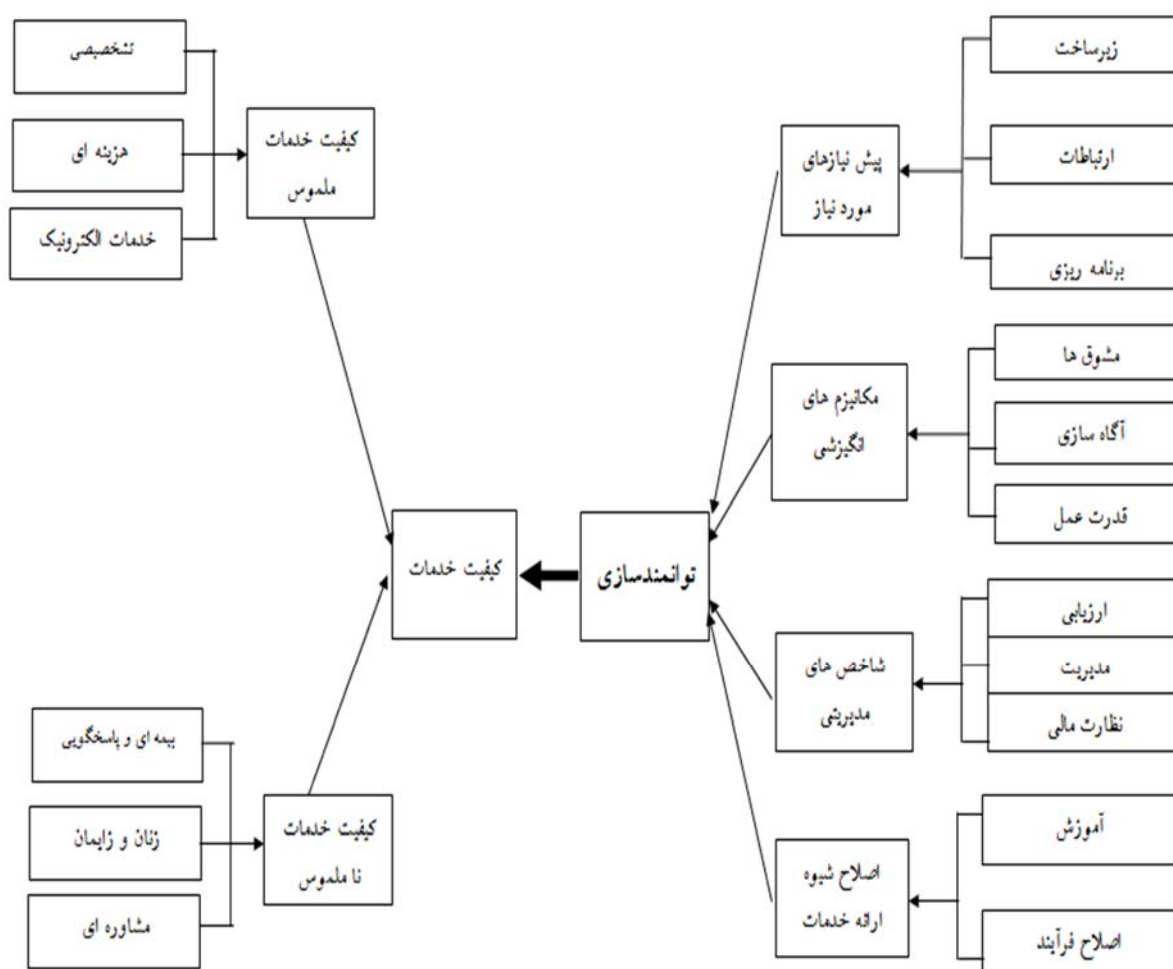
مرحله سوم فراترکیب (شناسایی ابعاد) برای بعد کیفیت خدمات نتایج فرآیند فراترکیبی مصاحبه‌های این تحقیق در قالب ابعاد، معیارها و شاخص‌ها در جدول (۲) ذکر شده است.

جدول ۲. ابعاد، معیارها و شاخص‌های استخراج شده در مرحله سوم فراترکیب

شاخص‌ها	معیارها	بعد	ردیف
کیفیت ارائه خدمات آزمایشگاهی	کیفیت خدمات تشخیصی	بعد ملموس	۱.
کیفیت انجام خدمات غربالگری			۲.
کاهش مصرف بی رویه و خودسرانه دارو			۳.
نظارت بر واکسیناسیون			۴.
کارآمد نمودن حمایت اجتماعی و حفاظت مالی از مردم	کیفیت خدمات در بعد هزینه‌ای		۵.
کاهش اتلاف وقت بیمار در مراکز درمانی			۶.
کاهش هزینه خدمات پاراکلینیکی			۷.
کاهش هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی			۸.
عدالت در ارائه خدمات درمانی			۹.
کاهش هزینه خرید دارو			۱۰.
ارتقای خدمات نسخه نویسی الکترونیک	کیفیت خدمات الکترونیک	۱۱.	
فراهم آوری بستر ارجاع الکترونیک		۱۲.	
ثبت سوابق درمانی و اطلاعات بیماری		۱۳.	
ارتقا و بهبود زیرساخت واحدهای ارائه خدمات		۱۴.	
تشکیل پرونده سلامت الکترونیک		۱۵.	
افزایش پوشش بیمه گروه‌های آسیب پذیر و کم توان مالی	کیفیت خدمات بیمه‌ای و پاسخگویی	بعد ناملموس	۱۶.
افزایش ارائه خدمات سلامت با استفاده از پیگیری فعال			۱۷.
افزایش پاسخگویی به نیازهای منطقی مردم و رسیدگی به شکایات			۱۸.
پاسخگویی نسبت به وضعیت سلامت جمعیت تحت پوشش			۱۹.
تعامل بهتر سازمان‌های بیمه‌ای جهت کاهش هزینه‌ها			۲۰.
افزایش مسئولیت پذیری در قبال بیماران	کیفیت خدمات زنان و زایمان	۲۱.	
ارتقای کیفیت خدمات درمان ناباروری		۲۲.	
کیفیت انجام خدمات حوزه مامایی و زنان زایمان		۲۳.	
ارتقای خدمات حوزه بارداری		۲۴.	
مشاوره و مراقبت پیش از بارداری		۲۵.	
نظارت و پایش رشد جمعیت در سن رشد		۲۶.	
تعامل و سازگاری بهتر پزشک با بیمار		۲۷.	
مشاوره در زمینه فرزند اوری و تنظیم خانواده		۲۸.	

آموزش‌های مرتبط با ازدواج به هنگام و سالم	کیفیت خدمات مشاوره‌ای	۲۹.
پیگیری‌های دوره‌ای سلامت بیمار		۳۰.
اطلاع رسانی بموقع به بیمار جهت خدمات درمانی		۳۱.
ارتقای خدمات روانپزشکی		۳۲.

با توجه به نتایج جدول فوق، ۳۲ شاخص شناسایی شده در مرحله اول و ۶ معیار شناسایی شده در مرحله دوم بر اساس مفهوم و شباهت به ۲ بعد در مرحله سوم فراترکیب اختصاص داده شدند.



شکل ۱. الگوی توانمندسازی پزشکان خانواده مبتنی بر کیفیت خدمات

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده ۵۸ شاخص، ۱۱ معیار و ۴ بعد برای توانمندسازی پزشکان خانواده و ۳۲ شاخص، ۶ معیار و دو بعد برای بعد کیفیت خدمات انجامید. مدل به دست آمده در چهار مضمون پیش نیازهای مورد نیاز (زیرساخت، ارتباطات، برنامه ریزی)؛ مکانیزم های انگیزشی (مشوقها، آگاه سازی، قدرت عمل)؛ شاخص های مدیریتی (ارزیابی، مدیریت و نظارت مالی)؛ اصلاح شیوه ارائه خدمات (آموزش، اصلاح فرآیند) برای توانمندسازی پزشکان خانواده و دو مضمون کیفیت خدمات ملموس (تشخیصی، هزینه ای و خدمات الکترونیک) و کیفیت خدمات ناملموس (بیمه ای و پاسخگویی، زنان و زایمان و مشاوره ای) مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش های پژوهش (Onog & Keelson et al, 2023)، (Matdeen & Sogandi, 2022)، (Eslami, 2022)، (Endalamaw et al, 2024)، (Heydriyan et al, 2024)، (Heydarian Nayini et al, 2022) همسو است. (Onog & Bayrami, 2023)، 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 آن ها می توان بیان داشت که به یک بعد تاثیرگذار بر توانمندسازی یکی سب رهبری تحول آفرین توجه کرده و سایر متغیرهای مؤثر مورد بررسی قرار نگرفته است. (Eslami, 2022)، 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 آن ها 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. (Abbasi & Hajimohammadi, 2021)، 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 تأمین منافع ذینفعان باشد که با نتایج این پژوهش همسو می باشد. در نقد نتایج پژوهش آن ها می توان بیان داشت که در پژوهش آنها به توانمندسازی پزشکان خانواده اشاره نشده است. (Endalamaw et al, 2024)، 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 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.

بر این اساس، نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر، هم راستا با نتایج به دست آمده از پژوهش های فوق است.

با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهادهایی به قرار زیر ارائه می‌شود:

- پیشنهاد می‌شود بازنگری در کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی و تغییر رویکرد درمان محوری به سلامت محوری صورت گیرد.
- پیشنهاد می‌شود جامعه محور نمودن آموزش‌های پزشکان عمومی و توانمند سازی در بستر جامعه مد نظر قرار گیرد.
- توانمند سازی شبکه با بازنگری کلی ساختار شبکه با هدف انطباق حداکثری ساختار شبکه با ابعاد سلامت مخور و جامعه محور پزشکی خانواده پیشنهاد می‌شود.
- پیشنهاد می‌شود طرح پزشکان خانواده در درب منزل بیمار پیاده سازی شود.
- پیشنهاد می‌شود خدمات دندانپزشکی بصورت جامع در طرح پزشک خانواده قرار گیرد.
- پیشنهاد می‌شود شبکه اطلاعاتی جامعی بین مراکز پزشک خانواده و مراکز بیمه‌ای و داروخانه‌ها ایجاد شود تا بیماران بدون معطلی و فوت وقت خدمات درمانی را دریافت نمایند.
- ساختار فیزیکی مراکز ملکی درمانگاهی می‌باید بر اساس قواعد برنامه پزشک خانواده ساخته شود بیمار ابتدا به اتاق مراقب مراجعه و سپس در صورت نیاز به اتاق مجاور و مرتبط که پزشک خانواده است مراجعه کند لذا باید به ازای هر پزشک یک مراقب سلامت جهت ارائه مراقبتهای بهداشتی درمانی اولیه بکار گیری شود تا از مراجعات غیر ضرور پیشگیری شود
- آموزش به مراقبین سلامت و پزشکان بر اساس گاید لاین های روز دنیا به جهت وحدت رویه در درمان و از درمان سلیقه‌ای پرهیز شود.
- پیشنهاد می‌شود ردیف بودجه برای پزشکان خانواده و هزینه‌های غربالگری از درب منزل برای خانواده‌ها در نظر گرفته شود.

Reference

- Abedi, Q., & Marvi, A., & Soltani Kontaei, A., & Abedini, A., & Asadi Aliabadi, M., & Safizadeh Jam-Mokhtari, Kh., & Abbasi Chaleshtari, A. (2017). An analysis of the establishment of an urban family physician program with a SWOT approach from the perspective of stakeholders: a qualitative study. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(155), 79-93. <https://sid.ir/paper/45506/fa>. (In Persian).
- Abbasi, S., & Hajimohammadi, M. (2021). Strategies for increasing and improving the quality and economic level of Iranian hospitals. *Third National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences*, Tehran. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1428567>. (In Persian).
- Asgharneghad, N., & haghdoost, S. (2022). Investigating the relationship between digital literacy and knowledge management with empowerment of teachers in Dehdasht. *Management and Educational Perspective*, 3(4), 19-36. doi: 10.22034/jmep.2022.316075.1083. (In Persian).
- Behrozi, S. (2022). Investigating the perceived quality of electronic banking services and its relationship with the satisfaction of customers of Tejarat Bank of Mazandaran province. *Journal of value creating in Business Management*, 1(2), 78-92. doi: 10.22034/jbme.2022.345328.1025. (In Persian).
- Berbenyuk, A., & Alameeri, A., & Ismail, A., & Zary, N., & Sultan, M. (2024). Empowering primary care physicians in child and adolescent psychiatry: a needs assessment on collaborative care in Dubai, *Frontiers in Medicine*.

- Endalamaw, A., & Khatri, R.B., & Mengistu, T.S. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. *BMC Health Serv Res* 24, 487 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10828-0>
- Eslami, A. (2022). Improving the quality of human resources in health centers based on the competency model: A systematic review. Fourth National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, Tehran. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1517965>. (In Persian).
- Heydarian Nayini, A.R., & Mahmoudi Alemi, Q., & Yazdani Cherati, J. (2022). The implementation structure of the family physician plan with the aim of achieving service quality dimensions in the field of primary health care: A systematic review. The First National Conference on Family Medicine, Sari. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1696508>. (In Persian).
- Golafshani, A., & Ahmadiania, F., & Zarrinkamar, M. (2022). Empowering and educating families for self-care in the new family physician and health team plan. First National Conference on Family Medicine, Sari. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1696499>. (In Persian).
- Keelson, S. A., & Addo, J. O., & Amoah, J. (2024). The impact of patient engagement on service quality and customer well-being: an introspective analysis from the healthcare providers' perspective. *Cogent Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/27707571.2024.2340157>.
- Golafshani, A., & Ahmadiania, F., & Zarrinkamar, M. (2022). Empowering and educating families for self-care in the new family physician and health team plan. First National Conference on Family Medicine, Sari. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1696499>
- Guidelines for the Family Physician Program and Referral System in Urban Areas. (2012). Ministry of Health, Treatment and Medical Education: National Executive Headquarters for the Family Physician Program and Referral System. Version 02.. (In Persian).
- Jannati, A., & Gholamzadeh Nikjoo, R., & Pourtaleb, A., & Gholizadeh, M. (2011). Satisfaction level of family physicians in Mashhad city with the family physician program. *Zahedan Journal of Medical Sciences Research (Tabib Shargh)*, 13(10), 39. Retrieved from <https://sid.ir/paper/452751/fa>. (In Persian).
- Motedaen, M., & Sogandi, F. (2022). Improving Hospital Health Services Using Quality Function Deployment (QFD) (Case Study: Mashhad Charity Hospital). 5th International Conference on Interdisciplinary Studies in Management and Engineering, Tehran. Retrieved from <https://civilica.com/doc/1507277>. (In Persian).
- MOHAMMADIAN, M., & VAFAEE NAJAR, A., & Nejatizadehgan Eidgahi, Z., & JAJARMI, H., & HOOSHMAND, E.. (2018). Reviewing the Challenges of Family Physician Program from the Perspective of Managers and Doctors in North Khorasan province 2017. *JOURNAL OF PARAMEDICAL SCIENCE AND REHABILITATION (JPSR)*, 7(1), 14-24. SID. <https://sid.ir/paper/245289/en>. (In Persian).
- Mosaddegh Rad, A.M., & Arabi, M., & Abbasi, M. (2022). Principles and characteristics of family medicine: A conceptual review, First National Conference on Family Medicine, Sari, <https://civilica.com/doc/1696509>. (In Persian).
- Mehtarpour, M., & Tajvar, M. (2018). Policy Analysis of Family Physician Plan and Referral System in Iran Using Policy Analysis Triangle Framework. *Health_Based Research* 2018; 4 (1):31-49 URL: <http://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-251-fa.html>. (In Persian).
- Nasrollahpour Shirvani, S D., & Mikanik, E., & Ashrafian Amiri, H., & Kabir, M.J., & Jafari, N., & Tahmasbi, B. (2014). Evaluation of the Referral System Situation in Family Physician Program in Northern Provinces of Iran: 2012-2013. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2014; 23 (109):27-35. URL: <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3241-fa.html>. (In Persian).
- Ong, F., & Bayrami, 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 Fifth Research Congress of Students of Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas. <https://civilica.com/doc/1931672>. (In Persian).
- Sarboland, K. (2019). The effect of psychological capital on work attachment with the role of mediating psychological empowerment. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 20(3), 65-76. doi: 10.30486/jsrp.2019.581431.1614. (In Persian).



- Shiani, M., & Rashidian, A., & Mohammadi-Azar, M. (2016). The status and implementation obstacles of the family physician plan in the Iranian health system. *Social Welfare*, 16(62), 59-102.. <https://sid.ir/paper/57017/en>. (In Persian).
- Vafae-najar, A., & Hooshmand, E., & Ebrahimipour, H., & Esmaili, H., & Zomorodi Niat, H. (2019). Assessment of Family Physicians Service Quality Gap in Rural Regions of Khorasan Razavi Province, before and after the Health Reform Plan. *North Khorasan University of Medical Sciences* 2019; 11 (2):17-23 URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1818-fa.html>. (In Persian).