

تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT

حسین درگاهی^{۱*}، رستم زالوند^۲

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۱۳

چکیده:

زمینه و هدف: حضور تمام وقت پزشکان با ارتقا بسیاری از شاخص های عملکرد بیمارستان ها ارتباط دارد. با توجه به چالش های موجود، پژوهش حاضر با هدف تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان با استفاده از مدل SWOT و ارائه مدل ماتریس TOWS در دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی به روش مقطعی بود که در سال ۹۶-۹۵ انجام شد. بر اساس فرمول کوکران حجم نمونه به تعداد ۲۳۴ نفر از پزشکان شاغل در این طرح به روش تصادفی ساده انتخاب گردید. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته بود که روایی صوری و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفت. داده ها پس از جمع آوری، توسط نرم افزارهای SPSS و با استفاده از مدل SWOT مورد تحلیل قرار گرفت و راهبردهای TOWS ارائه گردید.

نتایج: مهمترین نقاط ضعف طرح، افزایش حجم کاری پزشکان، همکاری نامناسب پزشکان متخصص و نبود نظام مناسب پرداخت جبران خدمت و مهمترین نقطه قوت آن نیز جذب و بکارگیری پزشکان جوان و آموزش بهتر دانشجویان پزشکی بود. از مهمترین فرصت ها و تهدیدهای این طرح نیز به ترتیب ایجاد رقابت بخش دولتی با بخش خصوصی و خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی و جذب آن در بخش خصوصی عنوان شد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این تحقیق، راهبردهای مدل TOWS می تواند مبنای پیشنهادات نویسندگان این پژوهش جهت ارتقای طرح مزبور باشد.

کلمات کلیدی: طرح تمام وقت پزشکان، تحلیل موقعیت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۱ استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت اطلاعات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران (*نویسنده مسوول)، آدرس: تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت،

تلفن تماس: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۸، نمابر: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹، آدرس الکترونیکی: hdargahi@sina.tums.ac.ir

^۲ کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه:

با توجه به تحولات چشمگیر چند دهه اخیر در محیط بیرونی و درونی سازمان‌ها در نظریه‌های مدیریتی، ایجاد نظام مبتنی بر الگوهای نوین مدیریتی کاملاً ضروری است. به طور کلی، تحولات اخیر از یک سو به تغییرات پرشتاب اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و تکنولوژی محیط بیرون سازمان‌ها و الزامات نوین اجتماعی، اطلاعاتی و حرفه‌ای وابسته است که نیازمند رهبری پیشرو، تحول ساز، مشارکت جو و تعالی بخش است (۱). از سوی دیگر، تغییر رویکرد نسبت به کارکنان به عنوان سرمایه انسانی سازمان، و استقرار نهضت مشتری گرایی موج جدیدی از الگوهای نوین مدیریتی را مطرح کرده است، به طوری که امروزه بهبود کیفیت ارائه خدمات امری اجباری شده است (۲، ۳). از سوی دیگر، دریافت خدمات و مراقبت سلامت از اساسی‌ترین حقوق فردی در جوامع انسانی محسوب شده که بر اساس قانون اساسی کشورها باید به سهولت در اختیار آحاد مردم قرار گیرد (۴، ۵).

امروزه بخش خدمات و مراقبت سلامت در بسیاری از کشور-ها به ویژه در کشورهای در حال توسعه از اهمیت خاصی برخوردار است؛ بطوریکه نبود کارایی و اثربخشی این بخش، باعث بهره‌وری سایر بخش‌ها و افزایش نابرابری اجتماعی و بروز مشکلات سیاسی می‌شود (۶). هزینه‌های فزاینده در مراقبت سلامت، انتظارات فزاینده مشتریان و محدودیت دولت در پرداخت هزینه‌ها، نیاز به ساختار سازمانی نوین، کارآمد و اثربخش دارد تا از عملکرد ناموفق و در نتیجه مدیریت نامناسب هزینه و منابع جلوگیری کند (۷). یکی از واحدهای اصلی و پرهزینه ارائه دهنده خدمات سلامت، بیمارستان‌ها هستند که نیاز به بهینه‌سازی از طریق استفاده مناسب از منابع، مدیریت زمان، توجه به خلاقیت‌ها، نوآوری‌ها و ارتقاء مهارت‌ها و ارائه خدمات با بالاترین کارایی و اثربخشی دارند (۸). علاوه بر این، دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز مهمترین مراکز فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی در حیطه علوم پزشکی در کشور به حساب می‌آیند و اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها نیز جزو مهمترین عوامل کارآمدی نظام آموزشی و از اساسی ترین عناصر توسعه پایدار در هر کشور قرار دارند (۹).

حضور تمام وقت پزشکان در بیمارستان‌ها با ارتقای بسیاری از شاخص‌های عملکرد بیمارستانی ارتباط دارد. نتایج مطالعه Higgins و همکاران و Simpson و همکاران ارتباط آن را با کاهش مدت اقامت بیماران نشان داده‌اند (۱۰، ۱۱). مطالعه سگری و همکاران نیز اجرای طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان بیمارستان‌های یزد را با ارتقای کارایی این بیمارستان‌ها مرتبط دانسته است (۱۲). پریاد و همکاران اعلام کردند طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان در بیمارستان‌های

دانشگاه علوم پزشکی گیلان موجب تماس بیشتر بیماران با پزشکان می‌گردد (۱۳). علی‌رغم مزایای ذکر شده در خصوص طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان، در این زمینه چالش‌ها و کمبودهایی نیز وجود دارد که از جمله می‌توان به مطالعه حسینی اسفید ارجانی و نگارنده اشاره کرد که در آن به بعضی از عوامل ناراضی‌ت‌بخشی، افزایش ساعات کاری، فرسودگی شغلی، نبود حمایت اجتماعی و کمبود حقوق و پاداش این طرح اشاره شده است (۱۴).

در حال حاضر چندین روش برای افزایش کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات ارائه شده بیمارستان‌ها وجود دارد که یکی از آنها توجه به حضور پزشکان تمام وقت جغرافیایی می‌باشد. برای افزایش کارایی و بهره‌وری در طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان، ابتدا باید راهبردهای مناسب تدوین شده و در بیمارستان‌ها تحلیل کاملی از محیط درونی و بیرونی انجام شود. تحلیل موقعیت یا SWOT روش مفیدی برای آگاهی از نقاط قوت، ضعف و شناسایی فرصت‌ها و تهدیدها در هر نوع برنامه به شمار می‌رود. نقاط قوت و ضعف در اغلب موارد مربوط به محیط داخلی هستند، در حالی که فرصت‌ها و تهدیدها بطور کلی بیانگر عوامل خارجی می‌باشند که بر روی برنامه تاثیر می‌گذارد (۱۶، ۱۵). سازمان‌های ارائه دهنده مراقبت سلامت باید بطور مستمر به منظور حفظ و نگهداری خود در وضعیت مطلوب مورد ارزیابی قرار گیرند. روش تحلیل موقعیت باعث می‌شود از موانع ایجاد شده در راه تغییر و تحول، نوآوری و انتقال دانش از تئوری تا عمل آگاهی بهتری به دست آورد، پیامدهای سازمانی را بهبود بخشید و منابع کارآمدتری به نظام سلامت تخصیص داد (۱۷). این روش ابزاری است که می‌تواند به توسعه و تطبیق راهبردها کمک نماید (۱۸). لذا با توجه به مطالب پیشگفت، این مطالعه با هدف تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان از دیدگاه پزشکان مقیم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. علاوه بر این، پژوهش حاضر درصدد است تا به سوالات زیر پاسخ دهد:

۱- نقاط ضعف، قوت، فرصت‌ها و تهدیدهای طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان در کشور چیست؟

۲- راهبردهای ST، WT، WO و SO در ماتریس TOWS برای اجرای مناسب و کارآمد آن کدامند؟

مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی - تحلیلی بود که به روش مقطعی در سال ۹۶-۹۵ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش را تعداد ۶۰۰ نفر از پزشکان تمام وقت جغرافیایی دانشگاه

علوم پزشکی تهران تشکیل می داد. نمونه مورد نظر نیز از طریق فرمول بدست آمد:

$$n = \frac{Npqz^2}{Nd^2 + pqz^2}$$

که در آن حجم جامعه (N) کلیه اعضای هیئت علمی گروه های بالینی دانشگاه (۶۰۰ نفر)، درصد خطای معیار ضریب اطمینان قابل قبول (Z=۱/۹۶)، مقدار خطا (d) = ۰/۰۵ و ۰/۰۵، محاسبه شد که در نتیجه حجم نمونه (n) برابر با ۲۳۴ تعیین گردید.

ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه SWOT بود که پژوهشگران با استفاده از پایگاه های داده SID، Magiran، Iran، Medex، Google، Scholar، Emerald، Medline و Pubmed و با استفاده از کلمات کلیدی پزشک تمام وقت (Full Time physicians)، پزشک تمام وقت معادل (FTE یا Full Time Equivalent)، تحلیل موقعیت SWOT Analysis، شبکه تحلیل موقعیت (SWOT Matrix) و مدل TOWS در چهار حیطه نقاط قوت، نقاط ضعف، تهدیدها و فرصت ها تهیه و روایی صوری آن به تایید تعداد ۷ نفر از متخصصان بالینی و مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سیاست گذاری سلامت رسید و پایایی آن نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۷ به دست آمد. به منظور انتخاب و استفاده از مدل TOWS و تعیین ارزشیابی فاکتور داخلی (IFE) و ارزشیابی عوامل خارجی (EFE)، پرسشنامه در اختیار ۲۳۴ پزشک مقیم و متخصص در تعداد ۱۵ بیمارستان دانشگاه متناسب با تعداد پزشکان در هر بیمارستان قرار گرفت و از آن ها خواسته شد تا نقاط ضعف و قوت به عنوان عوامل داخلی و فرصت ها و تهدیدها به عنوان عوامل خارجی را که می توانند وضعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان را تحت تاثیر خود قرار

دهند، اولویت بندی کنند.

به منظور اولویت بندی هر یک از حیطه عوامل درونی و بیرونی، علاوه بر مقیاس رتبه از وزن ضریب نیز استفاده شد. رتبه داده شده در پرسشنامه از ۱-۴ بود که در آن عدد ۱ نمایانگر اثر در حد ضعیف و عدد ۴ بیانگر اثر در حد بسیار مطلوب بود و ضریب ارائه شده به آن نیز از ۱-۱۰ تعلق گرفت که در آن عدد ۱ نمایانگر اهمیت نسبی پایینترین، عدد ۱۰ نمایانگر اهمیت نسبی بالاترین بود.

برای تحلیل پرسشنامه، پس از محاسبه جمع رتبه و ضریب از مجموع امتیازهای داده شده توسط پزشکان تمام وقت جغرافیایی، با تقسیم جمع رتبه های هر یک از این سوال ها بر عدد ۲۳۴ یعنی تعداد حجم نمونه، میانگین رتبه هر یک از سوال ها مشخص گردید. سپس وزن ضریب نیز از طریق تقسیم کردن مجموع ضرایب مرتبط به هر یک از سوال ها بر مجموع ضریب تمام سوالها به دست آمد و در نهایت از حاصل ضرب وزن ضریب هر یک از سوال ها در میانگین رتبه هر یک از آنها، اولویت سوال های مربوط به عوامل داخلی و خارجی این طرح مشخص گردید.

مطالعه حاضر توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تایید قرار گرفت. کلیه پاسخ دهندگان به پرسشنامه نیز قبل از پاسخ دادن، از نظر اهداف پژوهش توجیه شدند و بطور داوطلبانه مبادرت به تکمیل پرسشنامه نموده و محرمانگی پاسخ های پرسشنامه حفظ گردید. داده ها پس از جمع آوری، توسط نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت و از درصد، میانگین، میانگین رتبه و امتیاز اولویت بندی استفاده شد و در نهایت پژوهشگران توانستند ماتریکس تحلیل موقعیت (SWOT Matrix Analysis) را جهت تعیین چهار گروه از مدل راهبری TOWS بدست آورند (شکل ۱).

عوامل داخلی	عوامل خارجی	نقاط قوت	نقاط ضعف
فرصت ها	تهدید ها	راهبرد SO (ناحیه ۱) افزایش فرصت ها از طریق بکارگیری مناسب نقاط قوت	راهبرد WO (ناحیه ۳) استفاده از منافع بالقوه پنهان شده در فرصت ها به منظور جبران نقاط ضعف
فرصت ها	تهدید ها	راهبرد ST (ناحیه ۲) استفاده از نقاط قوت به منظور پیشگیری از مواجهه با تهدیدها	راهبرد WT (ناحیه ۴) به حداقل رساندن یا از بین بردن تهدیدها و نقاط ضعف

شکل ۱: ماتریکس تحلیل TOWS

کمتر از ۱۵ سال تجربه کاری) انتخاب شدند و در هشت دور تشکیل جلسه بصورت بحث های گروهی، مدل های راهبردی TOWS را به منظور ارتقا و پیشرفت و ماندگاری مزبور ارائه دهند.

پس از اولویت بندی و امتیازدهی به هر یک از عوامل درونی و بیرونی تاثیرگذار بر طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان، از هر بیمارستان دانشگاه تعداد دو نفر پزشک به صورت هدفمند (یک نفر بالای ۱۵ سال تجربه و یک نفر

یافته ها:

سوال)، نقاط ضعف (۱۱ سوال)، فرصت ها (۱۲ سوال) و تهدیدها (۶ سوال) به دست آمد و نتایج توصیفی به صورت جداول زیر طراحی گردید.

یافته های به دست آمده در این پژوهش از طریق پرسشنامه تحلیل SWOT در چهار حیطة نقاط قوت (۸

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات مربوط به عوامل داخلی در طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان

سوالات	ضعیف	متوسط	مطلوب	بسیار مطلوب
افزایش بهره وری اقتصادی بیمارستان ها	۸ (.۳/۴)	۹۶ (.۴۱)	۱۰۷ (.۴۵/۷)	۲۳ (.۹/۸)
بهبود کیفیت ارائه خدمت در بیمارستان	۴ (.۱/۷)	۷۴ (.۳۱/۶)	۱۳۸ (.۵۹)	۱۸ (.۷/۷)
افزایش تعداد ویزیت ها	۸ (.۳/۴)	۷۳ (.۳/۲)	۱۳۰ (.۵۵/۶)	۲۳ (.۹/۸)
رونق یافتن کلینیک های ویژه برای مراجعه بیماران	۰ (.۰)	۳۵ (.۱۵)	۱۴۸ (.۶۳/۲)	۵۱ (.۲۱/۸)
ارتقای شاخص های سطح سلامت جامعه	۳۸ (.۱۶/۲)	۱۳۲ (.۵۶/۴)	۶۰ (.۲۵/۶)	۴ (.۱/۷)
بهبود شاخص دسترسی بیمار به پزشک	۱۳ (.۵/۶)	۱۲۹ (.۵۵/۱)	۷۰ (.۲۹/۹)	۲۲ (.۹/۴)
جذب و بکارگیری پزشکان جوان	۰ (.۰)	۹ (.۳/۸)	۵۵ (.۲۳/۵)	۱۷۰ (.۷۲/۶)
آموزش بهتر دانشجویان	۰ (.۰)	۶ (.۲/۶)	۹۴ (.۴۰/۲)	۱۳۴ (.۵۷/۳)
همکاری نامناسب پزشکان متخصص	۰ (.۰)	۱۳ (.۵/۶)	۱۱۴ (.۴۸/۷)	۱۰۷ (.۴۵/۷)
نبود نظام مناسب پرداخت جبران خدمت	۰ (.۰)	۲۹ (.۱۲/۴)	۱۲۵ (.۵۳/۴)	۸۰ (.۳۴/۲)
افزایش حجم کاری پزشکان	۰ (.۰)	۱۰ (.۴/۳)	۱۰۱ (.۴۳/۲)	۱۲۳ (.۵۲/۶)
معافیت اعضای هیات علمی با درجه استادی و دانشیاری از طرح تمام وقتی	۲۳ (.۹/۸)	۱۳۳ (.۵۶/۸)	۶۹ (.۲۹/۵)	۹ (.۳/۸)
معافیت اعضای هیات علمی با سابقه بالا از طرح تمام وقتی	۱۰ (.۴/۳)	۱۰۱ (.۴۳/۲)	۱۲۳ (.۵۲/۶)	۰ (.۰)
وجود مشکل در پذیرش بیمار	۵ (.۲/۱)	۴۷ (.۲۰/۱)	۸۵ (.۳۶/۳)	۹۷ (.۴۱/۵)
نبود تعادل در نظام جبران خدمت در بین پزشکان با سایر کارکنان گروه مراقبت سلامت	۱۸ (.۷/۷)	۸۲ (.۳۵)	۱۰۳ (.۴۴)	۳۱ (.۱۳/۲)
نبود ظرفیت کافی در بیمارستان	۸ (.۳/۴)	۳۴ (.۱۴/۵)	۱۶۳ (.۶۹/۷)	۲۹ (.۱۲/۴)
تجربه پایین پزشکان شاغل در طرح	۱۷ (.۷/۳)	۱۵۷ (.۶۷/۱)	۴۸ (.۲۰/۵)	۱۲ (.۵/۱)
کاهش کیفیت خدمات	۳۱ (.۱۳/۲)	۱۳۴ (.۵۷/۳)	۵۰ (.۲۱/۴)	۱۹ (.۸/۱)
ناکافی بودن تجهیزات و امکانات بیمارستان ها در انجام فعالیت های علمی	۵ (.۲/۱)	۵۷ (.۲۴/۴)	۱۰۷ (.۴۵/۷)	۶۵ (.۲۷/۸)

نقاط قوت

نقاط ضعف

بیشترین فراوانی می تواند اثر مطلوبی از نظر نقاط قوت در طرح تمام وقت جغرافیایی داشته باشد؛ در حالیکه افزایش حجم کاری پزشکان بیشترین نقطه ضعف طرح تمام وقت جغرافیایی به حساب می آید.

جدول ۱ مربوط به توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل داخلی (نقاط قوت و نقاط ضعف) این طرح از نظر پزشکان تمام وقت جغرافیایی است. همانطور که مشخص است پزشکان بالینی دانشگاه اعتقاد دارند جذب و بکارگیری پزشکان جوان با

جدول ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی سوالات مربوط به عوامل خارجی در طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان

سوالات	ضعیف	متوسط	مطلوب	بسیار مطلوب
کنترل تعرفه های بخش خصوصی	۴۹ (.۲۰/۹)	۱۲۹ (.۵۵/۱)	۴۰ (.۱۷/۱)	۱۶ (.۶/۸)
پایه ریزی مناسب برای اصلاحات نظام سلامت	۰ (.۰)	۳۵ (.۱۵)	۱۲۵ (.۵۳/۴)	۷۴ (.۳۱/۶)
مشارکت عمومی مردم و ذینفعان	۱۲ (.۵/۱)	۱۳۷ (.۵۸/۵)	۸۰ (.۳۴/۲)	۵ (.۲/۱)
رشد نسبت پزشک به بیمار در بخش دولتی	۵ (.۲/۱)	۱۰۱ (.۴۳/۲)	۱۰۳ (.۴۴)	۲۵ (.۱۰/۷)
رشد شاخص های سلامت در بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی	۰ (.۰)	۸۲ (.۳۵)	۱۱۰ (.۴۷/۱)	۴۲ (.۱۷/۹)
افزایش سهم سلامت از منابع عمومی	۶۶ (.۲۸/۲)	۱۰۴ (.۴۴/۴)	۵۹ (.۲۵/۲)	۵ (.۲/۱)
حمایت مدیران ارشد وزارت بهداشت و دانشگاه از طرح	۰ (.۰)	۱۱ (.۴/۷)	۱۲۳ (.۵۲/۶)	۱۰۰ (.۴۲/۷)
کاهش پدیده زیرمیزی	۱۶ (.۶/۸)	۱۴۷ (.۶۲/۸)	۳۳ (.۱۴/۱)	۳۸ (.۱۶/۲)
کاهش هزینه های پرداخت از جیب	۱۹ (.۸/۱)	۱۲۸ (.۵۴/۷)	۶۶ (.۲۸/۲)	۲۱ (.۹)
ایجاد رقابت در بخش خصوصی با بخش دولتی	۰ (.۰)	۱۹ (.۸/۱)	۱۰۲ (.۴۳/۶)	۱۱۳ (.۴۸/۳)
تقویت نظام ارجاع	۴۲ (.۱۷/۹)	۱۴۳ (.۶۱/۱)	۳۷ (.۱۵/۸)	۱۲ (.۵/۱)
تقویت طرح نظام تحول سلامت	۵۸ (.۲۴/۸)	۱۳۴ (.۵۷/۳)	۳۲ (.۱۳/۷)	۱۰ (.۴/۳)
خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی و جذب آن ها در بخش خصوصی	۰ (.۰)	۹ (.۳/۸)	۶۴ (.۲۷/۴)	۱۶۱ (.۶۸/۸)
افزایش تقاضای القایی در بخش دولتی	۰ (.۰)	۷۵ (.۳۲/۱)	۱۱۹ (.۵۰/۹)	۴۰ (.۱۷/۱)
ازدحام و مراجعه بالای بیماران به بیمارستان های دولتی	۰ (.۰)	۹ (.۳/۸)	۸۹ (.۳۸)	۱۳۶ (.۵۸/۱)
پایین بودن ظرفیت، امکانات و تجهیزات در بیمارستان های دولتی	۰ (.۰)	۲۵ (.۱۰/۷)	۱۶۴ (.۷۰/۱)	۴۵ (.۱۹/۲)
ناکافی بودن تامین منابع مالی طرح از سوی دولت	۰ (.۰)	۷۹ (.۳۳/۸)	۱۱۹ (.۵۰/۹)	۳۶ (.۱۵/۴)
اطلاع رسانی ضعیف و آگاهی پایین مردم از طرح	۱۰ (.۴/۳)	۱۴۳ (.۶۱/۱)	۷۴ (.۳۱/۶)	۷ (.۳)

فرصت ها

نہدیه‌ها

بخش خصوصی بهترین فرصت و خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی و جذب آن در بخش خصوصی از دیدگاه پزشکان پاسخ دهنده بیشترین تهدید را در طرح تمام وقت جغرافیایی مطرح می کند.

جدول ۲ مربوط به توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل خارجی (تهدیدها و فرصت ها) تاثیرگذار بر این طرح از دیدگاه پزشکان تمام وقت جغرافیایی در بیمارستان های دانشگاه است. همانطور که مشخص است ایجاد رقابت بخش دولتی با

جدول ۳: اولویت بندی عوامل داخلی طرح تمام وقت جغرافیایی از دیدگاه پزشکان بیمارستان های مورد مطالعه

اولویت	حاصل ضرب	وزن ضریب	میانگین رتبه	سوالات	نقاط قوت
۱	۰/۱۴۱۱	۰/۰۳۸	۷۴/۳	جذب و به کارگیری پزشکان جوان	نقاط قوت
۲	۰/۱۳۱۸	۰/۰۳۷	۳/۵۹	آموزش بهتر دانشجویان	
۳	۰/۰۹۸۶	۰/۰۲۳	۳/۱۲	رونق یافتن کلینیک های ویژه برای مراجعه ی بیماران	
۴	۰/۰۷۶۲	۰/۰۲۷	۲/۷۸	بهبود کیفیت ارائه خدمت در بیمارستان	
۵	۰/۰۷۶۱	۰/۰۲۷	۲/۷۷	افزایش تعداد ویزیت ها	
۶	۰/۰۶۸۴	۰/۰۲۶	۲/۶۶	افزایش بهره وری اقتصادی در بیمارستان های دانشگاه های علوم پزشکی	
۷	۰/۰۶۰۲	۰/۰۲۴	۲/۴۷	بهبود دسترسی بیمار به پزشک	
۸	۰/۰۵۴۱	۰/۰۲۵	۲/۱۶	ارتقای شاخص های سطح سلامت جامعه	
۱	۰/۱۲۰۱	۰/۰۳۴	۳/۵۳	افزایش حجم کاری پزشکان	نقاط ضعف
۲	۰/۱۱۰۵	۰/۰۳۲	۳/۴۴	همکاری نامناسب پزشکان متخصص	
۳	۰/۱۰۶۸	۰/۰۳۳	۳/۲۶	نبود نظام مناسب پرداخت جبران خدمت	
۴	۰/۰۹۵۱	۰/۰۳۰	۳/۲۱	وجود مشکل در پذیرش بیمار	
۵	۰/۰۸۳۵	۰/۰۲۸	۳/۹۵	نبود ظرفیت کافی در بیمارستان	
۶	۰/۰۸۱۸	۰/۰۲۷	۳/۰۴	ناکافی بودن تجهیزات و امکانات بیمارستان ها در انجام فعالیت های علمی	
۷	۰/۰۷۰۸	۰/۰۲۷	۲/۶۶	نبود تعادل در نظام جبران خدمت در بین پزشکان با سایر کارکنان گروه	
۸	۰/۰۵۳۳	۰/۰۲۳	۲/۲۹	معافیت اعضای هیات علمی با درجه استادی و دانشیاری از طرح تمام وقتی	
۹	۰/۰۴۹۸	۰/۰۲۲	۲/۲۷	تجربه پایین پزشکان شاغل در طرح	
۱۰	۰/۰۴۶۶	۰/۰۲۰	۲/۲۸	کاهش کیفیت خدمات	
۱۱	۰/۰۴۲۳	۰/۰۲۱	۲	معافیت اعضای هیات علمی با سابقه ی بالا از طرح تمام وقتی	

جغرافیایی مطرح گردید، و از سوی دیگر افزایش حجم کاری پزشکان با اولویت اول، همکاری نامناسب پزشکان متخصص با اولویت دوم و نبود نظام مناسب پرداخت جبران خدمت با اولویت سوم به عنوان مهمترین نقاط ضعف های این طرح از دیدگاه پزشکان مورد مطالعه مطرح گردیدند.

جدول ۳ مربوط به اولویت بندی عوامل داخلی (نقاط ضعف و قوت) در طرح تمام وقت جغرافیایی از دیدگاه پزشکان شاغل در این طرح می باشد. همان طور که در این جدول مشخص مشاهده می شود جذب و بکارگیری پزشکان جوان با اولویت اول و آموزش کارآمدتر به دانشجویان با اولویت دوم به عنوان مهمترین نقاط قوت طرح از دیدگاه پزشکان تمام وقت

جدول ۴: اولویت بندی عوامل خارجی در طرح تمام وقت جغرافیایی از دیدگاه پزشکان مورد مطالعه

اولویت	حاصل ضرب	وزن ضریب	میانگین رتبه	سوالات	
۱	۰/۱۰۷۵	۰/۰۳۱	۳/۴۴	ایجاد رقابت بخش خصوصی با بخش دولتی	فرصتها
۲	۰/۱۰۲۷	۰/۰۳۰	۳/۴۳	حمایت مدیران ارشد وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی	
۳	۰/۰۹۱۷	۰/۰۲۹	۳/۲۰	پایه ریزی مناسب برای اصلاحات نظام سلامت	
۴	۰/۰۸۰۹	۰/۰۲۸	۲/۸۶	رشد شاخص های سلامت در بخش دولتی در مقایسه با بخش خصوصی	
۵	۰/۰۶۳۱	۰/۰۲۴	۲/۶۸	رشد نسبت پزشک به بیمار در بخش دولتی	
۶	۰/۰۵۶۵	۰/۰۲۴	۲/۵۳	مشارکت عمومی مردم و ذینفعان	
۷	۰/۰۵۰۳	۰/۰۲۱	۲/۴۴	کاهش پدیده زیرمیزی	
۸	۰/۰۴۹۹	۰/۰۲۱	۲/۴۱	کاهش هزینه های پرداخت از جیب	
۹	۰/۰۴۳۳	۰/۰۲۱	۲/۰۴	افزایش سهم سلامت از منابع عمومی	
۱۰	۰/۰۴۱۵	۰/۰۲۰	۲/۱۲	تقویت نظام ارجاع	
۱۱	۰/۰۴۰۲	۰/۰۱۹	۲/۱۳	کنترل تعرفه های بخش خصوصی	
۱	۰/۱۳۴۹	۰/۰۳۶	۳/۷۰	خروج پزشکان با تجربه از بخش دولتی و جذب آن ها در بخش خصوصی	تهدیدها
۲	۰/۱۲۲۵	۰/۰۳۴	۳/۵۹	ازدحام و مراجعه بالای بیماران به بیمارستان های دولتی	
۳	۰/۰۹۸۸	۰/۰۳۲	۳/۱۳	پایین بودن ظرفیت، امکانات و تجهیزات در بیمارستان های دولتی	
۴	۰/۰۸۳۳	۰/۰۲۹	۲/۸۵	ناکافی بودن تامین منابع مالی طرح از سوی دولت	
۵	۰/۰۸۳	۰/۰۲۹	۲/۸۹	افزایش تقاضای القایی در بخش دولتی	
۶	۰/۰۵۱	۰/۰۲۲	۲/۳۷	اطلاع رسانی ضعیف و آگاهی پائین مردم از طرح	

ریزی مناسب برای اصلاحات نظام سلامت با اولویت سوم از دیدگاه پزشکان تمام وقت جغرافیایی مطرح گردید. از سوی دیگر، خروج پزشکان باتجربه از بخش دولتی و جذب آن در بخش خصوصی در اولویت اول و ازدحام و مراجعه بالای بیماران به بیمارستان های دولتی در اولویت دوم از مهمترین تهدیدهای این طرح از دیدگاه پزشکان مورد مطالعه بود.

جدول ۴ مربوط به اولویت بندی عوامل خارجی در طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران می باشد. همان طور که در این جدول مشخص شده است ایجاد رقابت در بخش خصوصی با بخش دولتی با اولویت اول، حمایت مدیران ارشد وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی با اولویت دوم و پایه

جدول ۵: ماتریس تدوین راهبردهای طرح تمام وقت جغرافیایی

راهبردهای مبتنی بر نقاط قوت و فرصت ها (WO)	راهبردهای مبتنی بر نقاط قوت و فرصت ها (SO)
- افزایش بودجه بخش سلامت از منابع عمومی	- استفاده از تعرفه های واقعی در بخش دولتی
- نظارت بر تعرفه های بخش خصوصی و رفع شکاف درآمدی پزشکان در بخش های دولتی و خصوصی	- استخدام پزشکان جدید به صورت تمام وقتی جغرافیایی
- انتخاب و استخدام پزشکان جدید بر مبنای شایستگی و کارآمدی	- توسعه بیمه های عمومی
- استفاده از شیوه های رهبری به جای شیوه های مدیریتی جهت اجرای این طرح	- افزایش توان مندی، کارایی و پاسخگویی نظام سلامت کشور
- تغییر دیدگاه سیاست گذاران نظام سلامت در خصوص استقرار پزشکی جامعه نگر	- مثبت اندیشی پزشکان در خصوص طرح تمام وقت جغرافیایی
- ایجاد دوره های توجیهی و آماده سازی و اجتماعی کردن پزشکان در بدو استخدام	- نظر خواهی و تعامل مستمر با بیماران و مراجعین به بیمارستان ها درباره کارایی این طرح
	- ایجاد ارتباط مستمر بین پزشکان با مدیران و سیاست گذاران نظام سلامت

راهبردهای مبتنی بر نقاط قوت و تهدیدها (WT)	راهبردهای مبتنی بر نقاط قوت و تهدیدها (ST)
- تدوین ساز و کارهای منظم و مشخص و راهکارهای انگیزشی به منظور ماندگاری پزشکان باتجربه در بخش دولتی	- افزایش تعداد کلینیک های ویژه
- اصلاح نظام پرداخت با ارائه امتیازات ویژه به پزشکان تمام وقت جغرافیایی	- تقویت اخلاق پزشکی و تعهد حرفه ای
- تقویت صنعت بیمه جهت حمایت از مراجعان به بخش خصوصی به منظور کاهش ازدحام و حجم بالای مراجعین به بخش دولتی	- افزایش تجهیزات و امکانات بیمارستانی
- نظارت بر تفاوت تعرفه های بخش خصوصی و دولتی	- تصمیم سازی و تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و واقعیت ها و ظرفیت ها در نظام سلامت

داخلی و خارجی سازمان ها را در اجرای یک برنامه منعکس می کند (۵). اجرای روش تحلیل موقعیت و تدوین راهبردهای WT و SO و WO و ST بر پایه خلاقیت و انتخاب دیدگاه ها به منظور حمایت از تهیه و تدوین و آماده سازی یک برنامه راهبردی مورد استفاده قرار می گیرد (۲۲). لذا پژوهش حاضر برای اولین بار با هدف تحلیل موقعیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان و ارائه مدل TOWS از دیدگاه پزشکان و متخصصان بالینی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران صورت گرفت.

نتایج به دست آمده نشان داد پزشکان مورد مطالعه در اولویت بندی عوامل داخلی به عنوان نقطه قوت بعد از جذب و بکارگیری پزشکان جوان در این طرح، آموزش کارآمدتر به دانشجویان پزشکی را به عنوان بالاترین اولویت و همچنین افزایش حجم کاری پزشکان تمام وقت جغرافیایی، همکاری نامناسب پزشکان متخصص و نبود نظام مناسب پرداخت جبران خدمت را به عنوان بالاترین اولویت در نقطه ضعف این طرح بیان کردند. در این رابطه نعمت بخش و همکاران گزارش کردند که اجرای طرح تمام وقتی جغرافیایی پزشکان نتوانسته است فعالیت آنها را در حوزه آموزش بالینی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ارتقا دهد (۲۳). اگرچه فروغی و همکاران در مطالعه خود بر روی پزشکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بالاترین رضایت و اولویت را از ماهیت کار در طرح مزبور و بالاترین نقطه تهدید این طرح را کمبود امکانات رفاهی پزشکان دانستند (۲۴). گندم کار و همکاران نیز اعتقاد دارند از مهم ترین و اولی ترین نقاط ضعف طرح تمام وقت جغرافیایی، افزایش حجم کاری پزشکان بالینی و وجود محدودیت زمانی برای پزشکان جهت پرداختن به آموزش بالینی و نبود تامین مالی مناسب می باشد (۲۵). نصیری پور و همکاران نیز در سال ۲۰۱۱ مشخص کردند که حجم بالای بیماران مراجعه کننده به پزشکان، کمبود تعداد پزشکان و لزوم استخدام و بکارگیری پزشکان جوان از جمله نقاط ضعف طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان به شمار می

جدول ۵ مربوط به استراتژی های ST, SO, WO و WT طرح تمام وقت جغرافیایی با توجه به یافته های طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان می باشد. در راهبردهای مبتنی بر نقاط قوت و فرصت ها (SO) طبق تعریف سعی شد تا با استفاده از نقاط قوت موجود در طرح تمام وقت جغرافیایی، بیشترین استفاده از فرصت ها ایجاد گردد. بدین منظور هفت استراتژی در ستون مربوط به SO در جدول بالا طراحی گردید. در راهبردهای ارائه شده مبتنی بر نقاط قوت و تهدیدها (ST) نیز با استفاده از نقاط قوت موجود در طرح تمام وقت جغرافیایی، تهدیدهای پیش روی این طرح پیشنهاد گردید. لذا چهار استراتژی در ستون ST جدول بالا طراحی گردید. در راهبردهای مبتنی بر نقاط ضعف و فرصت ها (WO) کاهش نقاط ضعف با استفاده بیشتری از فرصت ها پیشنهاد گردید و به همین جهت شش راهبرد در ستون مربوط به WO در جدول بالا طراحی شد. در نهایت، از طریق پیشنهاد چهار راهبرد مبتنی بر نقاط ضعف و تهدیدها (WT) می توان با کاهش نقاط ضعف، اثر تهدید های طرح تمام وقت جغرافیایی را کم و یا به کلی از بین برد.

بحث:

در دنیای امروز حقوق مردم هر جامعه در جهت استفاده از بهترین عملکرد نظام سلامت کشورها به رسمیت و مشروعیت شناخته شده است. یکی از عواملی که می تواند در این راستا باعث تقویت نظام های سلامت شده و در نتیجه تعهد ارائه دهندگان مراقبت سلامت و رضایتمندی بیماران را در بیمارستان های دولتی افزایش دهد، حضور پزشکان مقیم در بیمارستان ها به صورت تمام وقت جغرافیایی است (۱۹ و ۲۰). علاوه بر این، تحلیل موقعیت (SWOT Analysis) قادر به تعیین وضعیت «خوب» یا «بد» نیست، بلکه روشی است که می تواند به منظور پیش بینی راه های مختلف در پیشبرد یک برنامه در زمان تعیین شده به کار رود (۲۱). برنامه ریزی راهبردی حاصل از روش تحلیل موقعیت، محدودیت های

نوع استخدام تمام وقت را پیشنهاد کردند که مورد حمایت سیاست گذاران و نظام سلامت در این کشور قرار گرفت (۳۲). Burke در سال ۲۰۱۳ در کشور اسپانیا گزارش کرد که کارکنان گروه پزشکی و پرستاری که بصورت تمام وقت انجام وظیفه می کردند فرصت‌های تجربه‌اندوژی، خودمختاری و داشتن دیدگاه مثبت شغلی، تعهد سازمانی و وابستگی شغلی بیشتری در مقایسه با کارکنان نیمه وقت داشتند که در نتیجه از بهره‌وری بالاتری برخوردار بودند (۳۳).

Al-Amin و همکاران در ارائه مدل ارتباط پزشک-بیمارستان به این نتیجه رسیدند که تمام وقت بودن پزشکان می‌تواند در استحکام این رابطه بسیار تاثیرگذار باشد و در نتیجه پیامدهای بیمارستان، پاسخگویی و کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (۳۴). Quinn و Perelli در مطالعه خود درباره عوامل مرتبط با رهبری موثر پزشکان به این نتیجه رسیدند که پزشکان تمام وقت در مقایسه با پزشکان نیمه وقت از نقش‌های رهبری خود درک بالاتری داشتند و همچنین، فعالیت‌های بیمارستان را بهتر هدایت می‌کنند (۳۵). با وجود این، Hartwell و همکاران با مصاحبه با تعداد ۱۷ مدیر پزشکی اعلام کردند استخدام پزشکان نیمه وقت در مقایسه با تمام وقت باعث انجام کار مطلوب می‌شود و این پزشکان توانایی انعطاف بیشتری در بیمارستان‌ها داشته و قابلیت دسترسی به آن‌ها بیشتر و کنترل مدیریتی بر روی آن‌ها بیشتر است (۳۶).

در نهایت اینکه تحلیل موقعیت (SWOT) ابزار راهبردی اصلی برای بیان نقاط ضعف، نقاط قوت و فرصت‌ها و تهدیدهای هر نوع برنامه‌ای است. تمرکز و تاکید بر روی SWOT باعث می‌شود تا سیاست گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت بتوانند مسائل و مشکلات اصلی برنامه‌های خود را بهتر بشناسند و واقعیات سازمان‌های تحت ماموریت خود را بهتر درک کنند و از شایستگی و توانایی بیشتری در این راه بهره‌مند شوند و به راه‌حل‌های اجرایی مناسب برای حل مشکلات سازمان دست یابند (۳۷).

تکنیک ماتریس TOWS ابزاری برای شناخت تهدیدها و فرصت‌های وجود در محیط خارجی یک سیستم و بازشناسی ضعف‌ها و قوت‌های داخلی آن به منظور سنجش وضعیت و تدوین راهبرد برای هدایت و کنترل آن سیستم است. این روش بهترین راهبرد برای سازمان‌ها و ابزاری هوشمند برای تحلیل‌های راهبردی است. ماتریس SWOT، راهبردهای گوناگون برای هدایت سیستم در آینده را تدوین می‌کند و انتخاب بهترین راهبردها را ارائه می‌دهد (۳۸).

مهم‌ترین محدودیت ایجاد شده در این مطالعه اولویت‌بندی عوامل خارجی و داخلی تحلیل موقعیت طرح تمام جغرافیایی پزشکان است که توسط پزشکان متخصص شاغل در

رود (۲۶). Barnett و همکاران در یافته‌های پژوهش خود که بر روی پزشکان بیمارستان‌های شهر بوستون انجام شد گزارش دادند که ارائه خدمات پزشکی بدون بهره‌برداری از پزشکان تمام وقت باعث کاهش نقش آن‌ها در ارائه خدمات با کیفیت مطلوب می‌شود که این امر به نوبه خود موجب کاهش رضایتمندی پزشکان خواهد شد (۲۷). Tinashih و Conrad اعلام کردند که نظام مناسب پرداخت جبران خدمت می‌تواند در پیشبرد و موفقیت طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان از اولویت بالایی برخوردار باشد (۲۸). به نظر می‌رسد در کلیه مطالعات انجام شده در ایران و دیگر کشورها نتایج به دست آمده تا حدود زیادی با نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر انطباق دارد و تایید کننده آن است. اگرچه Murray و همکاران در مطالعه مقطعی بر روی پزشکان ایالت ماساچوست آمریکا نشان دادند که تفاوت معنی‌داری از نظر تعداد ساعت کار با عملکرد پزشکان مشاهده نشد. به عبارتی پزشکیانی که بیش از ۶۵ ساعت در هفته کار می‌کردند در مقایسه با دیگر پزشکان که ساعات کمتری در هفته کار می‌کردند امتیاز بیشتری از ویزیت‌های مبتنی بر استمرار مراقبت به دست آوردند (۲۹).

دیگر یافته‌های حاصل از مطالعه حاضر مشخص کرد که از دیدگاه پزشکان مقیم بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران مهم‌ترین عوامل خارجی تاثیرگذار در طرح تمام وقت جغرافیایی پزشکان، ایجاد رقابت بیمارستان‌های دولتی با خصوصی، حمایت مدیران ارشد وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی از این طرح، و پایه ریزی مناسب برای اصلاح نظام سلامت به عنوان بالاترین اولویت از نظر فرصت‌ها و همچنین خروج پزشکان با تجربه و مجرب و دارای نقش رهبری بالا از بخش دولتی و جذب آن‌ها در بخش خصوصی و ازدحام و مراجعه بالای بیماران به بیمارستان‌های دولتی به ویژه بعد از اجرای طرح تحول سلامت از اولویت بالاتری از نظر تهدید طرح مزبور به شمار می‌رفت.

Fairchild و همکاران در مطالعه خود که بر روی پزشکان بیمارستان‌های شهر بوستون آمریکا انجام دادند، گزارش کردند بهره‌وری پزشکان تمام وقت نسبت به پزشکان نیمه وقت بطور قابل ملاحظه‌ای افزایش دارد که این امر می‌تواند به اصلاح مستمر نظام سلامت منجر شود (۳۰). اگرچه Fein و Garfeild اعلام کردند که تفاوت معنی‌داری بین استفاده از پزشکان تمام وقت و نیمه وقت با مدت زمان اقامت بیماران وجود نداشت و رضایتمندی بیماران نیز در هر دو حالت در سطح بالایی قرار داشت (۳۱).

Ben-Gal و همکاران در مدل طراحی شده خود در بیمارستان‌های شهر تل‌آویو به منظور ارائه الزامات جذب و استخدام پزشکان و ارائه خدمات مطلوب در این بیمارستان‌ها

جغرافیایی بر مبنای راهبردهای مزبور ارائه کرد و بر اساس آن برنامه ریزی نمود.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح شماره ۲۵۹۸۵ با کد اخلاقی IR.TUMS.REC.1394.193 می باشد که تحت حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار دارد. پژوهشگران وظیفه خود می دانند تا از پزشکان متخصص بالینی شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران که آن ها را در اجرای این طرح کمک و یاری نموده اند، تشکر و قدردانی و سپاسگزاری کنند.

بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است که این اولویت بندی ممکن است با اولویت بندی دیگر پزشکان در سایر دانشگاه های علوم پزشکی کشور متفاوت باشد.

نتیجه گیری:

با عنایت به نتایج به دست آمده، پزشکان بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران در چهارچوب پژوهش انجام شده دیدگاه خود را در خصوص عوامل داخلی و خارجی تاثیرگذار بر روی طرح تمام وقت پزشکان بالینی ارائه دادند که در این راستا و به منظور تقویت طرح مزبور، ماتریس راهبردهای SO، WT و ST در سطح نظام سلامت کشور که بدین ترتیب می توان پیشنهادات مناسب را برای تقویت طرح تمام وقت

References

1. Mousavi SMH, Jabbarvand M, Zeraati H, Dargahi H, Assadollahi A, Mousavi SA. Training courses and staff knowledge for implementation of high reliability organizations model in Farabi eye hospital. Iranian Red Crescent Medical Journal 2016; 19(12): e41043, doi: 105812/ircmj.41043.
2. Mousavi SMH, Jabbarvand M, Zeraati H, Dargahi H, Assadollahi A, Mousavi SA. Assessment of high reliability organizations model in Farabi eye hospital, Tehran, Iran. Iranian Journal of Public Health 2017; 47(1): 77-85.
3. Delghoshaei BB, Vatankhah S S, Ebrahimi E, Maleki M. Effect of quality improvement groups' intervention on the efficiency and effectiveness of Lolagar Hospital in Tehran. Journal of Health Administration 2008; 11(31): 58-63[In Persian].
4. Nasiripour A, Riahi L, Gholampoor M. The effect of full-time specialist on the duration of Obstetrics & Gynecology Hospital in Yazd. Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2010; 28(2): 169-175[In Persian].
5. Jannati A, Maleki M, Gholizadeh M, Narimani MR, Vakili S. Assessing the strengths and weaknesses of family physician program. Journal of Knowledge & Health 2010; 38(4): 22-35.
6. Ebadi Fard Azar F, Rezapour A. Health Care Economics. Iran: Tehran: Vaziri; 2015: 57-66[In Persian].
7. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity: Oxford University Press; 2008: 17-27.
8. Ajami S, Ketabi S, Bagherian Mahmoodabadi H. Reducing patient waiting time for emergency process in Isfahan Ayatollah Kashani hospital by using the simulation model. Health Management 2008; 16(51): 84-94[In Persian].
9. Maleki M, Mohaggar F, Karimi Dastjerdi D. Planning and evaluating organizational strategies by using SWOT models and analysis network process ANP. Organizational Culture Management 2010; 21(8): 159-175.
10. Higgins TL, McGee WT, Steingrub JS, Rapoport J, Lemeshow S, Teres D. Early indicators of prolonged intensive care unit stay: impact of illness severity, physician staffing, and pre-intensive care unit length of stay. Critical Care Medicine 2003; 31(1): 45-51.
11. Simpson S, Packer C, Stevens A, Raftery J. Predicting the impact of new health technologies on average length of stay: development of a prediction framework. International Journal of Technology Assessment in Health Care 2005; 21(4): 487-491.
12. Askari R, Goudarzi R, Fallahzade H, Zarei B, Dehqani Tafti A. Efficiency appraisal of Yazd University of Medical Sciences hospitals by quantitative approach data envelopment analysis (DEA). Payavard Salamat 2012; 6(3): 215-224[In Persian].
13. Paryad E, Jahani Sayad Novairy M, Kazemnejad Leili E, Akbari A, Ghanbari Khanghah A, Bouraki SH. Incidence of violence against nurses in the educational-medical in Rasht. Journal of Holistic Nursing and Midwifery 2015; 2(6): 16-23.
14. Hoseini-Esfidarjani S, Negarandeh R. A new view towards resolving the nursing shortage challenge. Hayat 2017; 23(3): 196-200[In Persian].
15. Anonymous. SWOT analysis-discover new opportunities, manage and eliminate threats. MindTools: essential skills for an excellent career, www.mindtools.com, Accessed on: 2016.
16. Anonymous. SWOT analysis: strengths, weaknesses, opportunities, and threats. Community Tool Box. Ctb.ku.edu, Accessed on: 2016.
17. Harrison JP. Essentials of strategic planning in health care. USA: Health Administration Press; 2010: 90-97.
18. Asadnia A, Jalil pour P. The feasibility of privatization of public libraries by using SWOT analyze. Informing Research and Public Libraries (Message Library) 2013; 19(2): 213-223.
19. Ronaghy HA. Family medicine vs. Community medicine in Iran. Social Determination of Health 2016; 2(1): 1-7.
20. Malek Ahmadi P, Parsa P. Development of strategies for advancement of medical ethics education in Isfahan University of Medical Sciences. Iranian Journal of Medical Education 2013; 12(11): 854-865[In Persian].
21. Hadjinenejad A, Eslamfard F. Formulating strategies for development of treatment tourism in Shiraz, Iran

- using a strategic planning approach. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2013; 12(8): 641-654[In Persian].
22. Nasrollahpour Shirvani M, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of function of referral system in family medicine program in northern province of Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2010; 11(6): 46-52[In Persian].
 23. Nemat Bakhsh M, Sabet B, Rezaei P, Shekarchizadeh A, Naji H. Researching of viewpoints of clinical members in the medical faculty of Isfahan medical sciences university about the impact fee for service on medical education at educational hospitals. *Strides Development in Medical Education* 2006; 3(2): 69-77[In Persian].
 24. Foroughi F, Kharrazi H, Iranfar SH, Rezaei. Job satisfaction and factors affecting it from the viewpoint of faculty members of Kermanshah University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Education in Medical Sciences* 2007; 7(2): 335-342[In Persian].
 25. Gandomkar R, Salsali M, Mirzazadeh A. Factors influencing medical education in clinical environment: experiences clinical faculty members. *Iranian Journal of Education in Medical Sciences* 2011; 11(3): 290-297[In Persian].
 26. Nasiripour AA, Jahangiri K, Agha Mohammadi S. Checking client waiting time in specialized clinics of integrated clinicals of martyr dastany in Tehran Shariati Hospital. *Payavard Salamat* 2011; 3(4): 50-59[In Persian].
 27. Barnett RC, Gareis KC, Carr PL. Career satisfaction and retention of a sample of women physicians who work reduced hours. *Journal of Womans' Health* 2005; 14(2): 33-43, DOI: org/10.1089/jwh.2005.14.146.
 28. Tina Shin Ya-Chen, Konrad TR. Factors associated with the income distribution of full-time physicians: a quantile regression approach 2007; 42(5): 1895-1925, DOI: org/10.1111/j.1475-6773.2006.00690.x.
 29. Murray A, Safran DG, Rogers WH, Inui T, Montgomery JE. Part time physicians: physician workload and patient based assessment of primary care performance. *Archives of Family Medicine* 2000; 9(4): 327-332.
 30. Fairchild DG, Sax Mc Longhlin K, Gharib S, Horsky J, Portnow M, Gagliano N, Bates DW. Productivity, quality and patient satisfaction: comparison of part time and full time primary care physicians. *Journal of General Internal Medicine Banner* 2004; 16(10): 663-667, DOI: org/101111/j.1525-1497.2001.01111.x.
 31. Fein OT, Garfield R. Impact of physicians' part time status on inpatients' use of medical care and their satisfaction with physicians in an academic group practice. *Academic Medicine* 1991; 66(11): 694-698, DOI: org/10.1097/00001888-199111000-00014.
 32. Ben-gal I, Wangenheim M, Stub A. A new standardization model for physician staffing at hospitals. *International Journal of Productivity and Performance Management* 2013; 59(8): 769: 791. DOI: org/10.1108.1741040/011089463.
 33. Burke RJ. Part time versus full time work: an empirical evidence-based care of nurses in Spain. *Evidence-Based HRM: a Global Forum for Empirical Scholarship* 2013; 2(2): 176-191. DOI: org/10.11-8/EBHRM-02-2013-0001.
 34. Al-Amin M, Maldonado RW, Pradhan R. Hospital-physician relationships: implications from the professional service firms literature. *Annual Review of Health Care Management* 2014; 15: 165-84.
 35. Quinn JF, Perelli S. First and foremost, physicians: the clinical versus leadership identities of physician leaders. *Journal of Health Organization and Management* 2016; 30(4): 711-728. DOI: org/10.1108/JHOM-05-2015-0079.
 36. Hartwell JK, Barnett RC, Bargatti S. Medical managers' beliefs about reduced-hour physicians. *Journal of Health Organization and Management* 2004; 18(4): 262-278. DOI: org/10.1108/14777260410554278.
 37. Coman A, Ronex B. Focused SWOT: diagnosing critical strengths and weaknesses. *International Journal of Product Research* 2009; 47(20): 5677-5689. DOI: org/10.1080/00207540802146/30.
 38. Zarabi A, Mahbioufar M. Application of SWOT, QSPM model in coding tourism development strategy of the city of Kashan, Iran. *Journal of Spatial Planning* 2014; 3(4): 37-58[In Persian].

Situation Analysis of Full Time Physicians Plan Using SWOT Model in Iran

Dargahi H^{1*}, Zalvand R²

Submitted: 2018.9.4

Accepted: 2019.4.15

Abstract

Background: Physicians' full time attendance is related to increment of many hospitals performance. Regarding the present challenges, this study aimed to analyze this plan using SWOT technique and present TOWS model in Tehran University of Medical Sciences (TUMS).

Materials and Methods: This study was a descriptive-analytical and cross-sectional one conducted during 2016-2017. Based on Cochran formula, 234 full time attending physicians randomly selected using simple randomization method. The research tool was a researcher made SWOT questionnaire which confirmed its content validity and reliability. Collected data was analyzed by SPSS software using SWOT technique and suggested TOWS strategic model.

Results: The most valuable weaknesses of mentioned plan were inappropriate coordination of physicians; lack of compensatory system, and the most important strengths were employment of young physicians and better education for medical students. The most important opportunities and threads of mentioned plan were establishment of competitive work between public and private hospitals and burnout and dispensing of experienced physicians moving to private sector, respectively.

Conclusion: Based on study findings, TOWS model strategies can be suggested for improvement of the plan.

Keywords: Full Time Physicians Plan, Situation Analysis, Tehran University of Medical Sciences

¹ Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Health Information Management Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (* Corresponding author), Address: Poursina St., Quods St., Tehran, Iran, Tel: +982188989128, Fax: +982188989129, Email: hdargahi@sina.tums.ac.ir

² Master of Sciences in Health Economics, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.