مقاله پژوهشی

الگوی پیشنهادی مدیریت خدمات دندانپزشکی برای ایران

حسن شاهسواران [۱]، کامران حاجی نبی [۲*]، بهزاد هوشمند [۳]، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی [۴]

[۱] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۲] استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
[۳] استاد، گروه پریودانتیکس، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
[۴] استاد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** کامران حاجی نبی
hajinabi@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: سلامت دهان جزو لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه‌های زندگی خوب به شمار می‌آید. برخورداری از دهان و دندان‌های سالم نیازمند مراقبت‌های فردی، تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در سطح جامعه و مراقبت‌های حرفه‌ای است. هدف از انجام این پژوهش طراحی الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی برای ایران بود.

روش پژوهش: تحقیق حاضر از نظر هدف، کاربردی، از نظر روش اجرا جزو تحقیقات توصیفی و از نظر نوع شناسی توصیفی در زمره پژوهش‌های پیمایشی بود. جامعه آماری مورد نظر افراد خبره دندانپزشکی بودند. برای انجام مطالعه از میان سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران، اساتید دانشگاه و کارکنان حوزه خدمات دندانپزشکی کشور، خبرگان دندانپزشکی با روش نمونه گیری غیراحتمالی هدفمند جهت انجام مصاحبه‌های عمیق به روش گراندد تئوری برای گردآوری شاخص‌های مدیریت خدمات دندانپزشکی جهت ارائه مدل مناسب انتخاب شدند. متن مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری، عبارت به عبارت و جمله به جمله، به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل، روش نظریه مبنایی مورد استفاده قرار گرفت و داده‌های گردآوری شده در ۳ مرحله کدگذاری شدند. جهت سنجش روایی محتوا در مصاحبه ها از روش بازخورد مشارکت کنندگان و دریافت نظرات همکاران استفاده شد. برای اطمینان از پایایی در مصاحبه‌ها از ۲ روش بازآزمون و ۲ کدگذار استفاده شد. در این مطالعه از روش دلفی در بخش طراحی مدل استفاده شد.

یافته‌ها: بر اساس مدل به دست آمده ۲۹ عامل در مدیریت خدمات دندانپزشکی مؤثر بودند. شاخص های به دست آمده وارد نظرسنجی دلفی شدند. طی مراحل دلفی در مورد ۲۹ شاخص اجماع حاصل گردید و در ۵ بُعد (مؤلفه) شامل برنامه ریزی، سازماندهی، بسیج منابع و امکانات، هدایت، نظارت و کنترل دسته بندی شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه نشان داد که الگویی با ۵ مؤلفه برای مدیریت خدمات دندانپزشکی کشور ایران مناسب می‌باشد و برنامه ریزان و سیاستگذاران بخش سلامت می‌توانند در راستای بهبود ارائه خدمات دندانپزشکی از آن استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: الگوی مدیریت، طراحی، خدمات دندانپزشکی، ایران

ارجاع: شاهسواران حسن، حاجی نبی کامران، هوشمند بهزاد، محمودی مجدآبادی فراهانی محمود. الگوی پیشنهادی مدیریت خدمات دندانپزشکی برای ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۶(۳): ۲۰۲-۱۸۸.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۸/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۱۲

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

مقدمه

سلامت دهان جزو لاینفک سلامت عمومی و یکی از لازمه‌های زندگی خوب به شمار می‌آید. برخورداری از دهان و دندان‌های سالم نیازمند مراقبت‌های فردی، تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در سطح جامعه و مراقبت‌های حرفه‌ای است (۱). بیماری‌های دهان و دندان مانند پوسیدگی دندان، از دست دادن دندان و بیماری‌های پریودنتال در بزرگسالان شایع است و یک مشکل عمده برای بهداشت عمومی در دنیاست (۲). این وضعیت حدود ۳/۹ میلیارد نفر را در دنیا تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات انجام شده در ایران نیز شاخص DMFT (Decay, Missing, Filling, Teeth) را بین ۲ تا ۶/۹۵ در مناطق مختلف گزارش کرده‌اند (۳). طبق گزارش شورای سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۱، فقط ۱۴/۵۰ درصد کل کودکان تهرانی، پوسیدگی دندان نداشتند. همچنین نیاز به درمان پاسخ داده نشده در این قشر در سطح شهر تهران ۷۵ درصد و در سطح کشور ۸۴/۳۰ درصد بوده است (۴).

نظام‌های سلامت با توجه به مشکلات بهداشتی پیچیده، تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و تکنولوژیک و اهداف مهمی مانند اثربخشی و رضایتمندی در تمام سطوح با چالش‌های مهمی مواجه هستند. مهمترین هدف برنامه توسعه مدیران، ارائه خدمات دارای کیفیت مناسب است. تحقق این هدف دشوار ولی در عین حال اساسی است. نبود یک سیستم مناسب و مؤثر در حوزه مدیریت خدمات دندانپزشکی منجر به ارائه خدمات ناکافی و ضعیف، عدم کارایی و اثربخشی و عدم ارتقای کیفیت و در نهایت ازهم‌پاشیدگی سلامت جامعه می‌گردد. استفاده از تجارب، رویکردها و بررسی الگوهای تئوریک در سطح جهان در پاسخ به چالش‌ها و موانع کمک می‌نماید. این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه، سطح انتظارات مردم از جامعه پزشکی رو به افزایش است (۵).

سلامت دهان، پنجره سلامت عمومی فرد است و نمی‌تواند از آن جدا شود. این دو، به یکدیگر وابسته بوده و از طریق عوامل زیستی، روانشناختی، احساسی و تکاملی بر روی یکدیگر اثر می‌گذارند. بیماری‌های دهانی متعددی وجود دارند که عوارض جانبی مهمی روی سلامت عمومی می‌گذارند. اهمیت رعایت بهداشت دهان و دندان و نقش آن در سلامت فردی مسئله‌ای انکارناپذیراست، بیماری‌های مختلف دهان و دندان سبب مختل شدن نظم طبیعی بدن شده و ممکن است باعث ایجاد ناراحتی و بیماری در دیگر اعضا نیز گردد (۶).

خدمات دندانپزشکی، خدماتی گران و حساس هستند که در کشورهای در حال توسعه بخش قابل توجهی از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهد (۷). هزینه‌های بالا مانع مهمی در دسترسی به همه خدمات بهداشتی درمانی است و در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، سرمایه گذاری در مراقبت‌های دهان و دندان بسیار کم است و اندک منابع موجود نیز صرف مراقبت‌های اورژانسی و تسکین دردهای دندانی می‌شود (۸). نکته نگران کننده این است که متاسفانه صرف هزینه کردن نمی‌تواند تضمینی برای دریافت خدمات با کیفیت باشد (۹). بر اساس گزارش انجمن دندانپزشکی ایران، در سال ۱۳۹۰، مجموع هزینه‌های خدمات دندانپزشکی، ۳۶۰۰ میلیارد ریال بوده که از این میزان فقط ۱۱ درصد توسط مکانیسم‌های بیمه‌ای تأمین شده و سهم پرداخت از جیب در هزینه‌های خدمات دندانپزشکی حدود ۸۹ درصد بوده است. در مجموع، پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی برای بخش قابل توجهی از مردم فراهم نشده و بیشتر هزینه‌های دندانپزشکی را خود مردم پرداخت می‌کنند. با توجه به اینکه هزینه‌های بیمه تکمیلی دندانپزشکی نیز توسط خود افراد یا کارفرمایان و یا بخش عمومی غیردولتی پرداخت می‌شود، لذا سهم دولت در هزینه‌های دندانپزشکی عملاً چیزی نزدیک به صفر است (۱۰).

در دندانپزشکی نظارت و ارزیابی بر کیفیت فنی درمان کار آسانی نیست چون مؤلفه‌های آن به صورت سازمان یافته‌ای تبیین نشده است. از این رو تبیین این مؤلفه‌ها می‌تواند گام مهمی در افزایش کیفیت خدمات دندانپزشکی باشد (۱۱). از آنجاکه در بحث سلامت همواره وضعیت ایده آلی نسبت به وضع فعلی وجود دارد، این نیاز همواره در پژوهش‌ها باقی خواهد ماند (۱۲).

اکبری و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی با عنوان تدوین استانداردهای بهبود کیفیت برنامه دندانپزشکی عمومی در ایران به این نتیجه رسیدند که استانداردهای تدوین شده برای ارتقای کیفیت برنامه دندانپزشکی با توجه به مقبولیت مناسب در دانشکده‌ها و تطابق با نقشه جامع علمی سلامت کشور، می‌تواند

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

به عنوان میثاقی برای ارتقای کیفیت دندانپزشکی عمومی کشور به کار رود (۵).

کارل (۲۰۱۵) در پژوهشی با موضوع استانداردها و اعتباربخشی جهانی در آموزش پزشکی دریافت که ایجاد توانمندی‌های مربوط به ارتقای سلامتِ جامعه به عنوان یکی از اهداف اصلی آموزش دندانپزشکی تعریف گردیده است (۱۳). کلینگبرگ و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیقی که با عنوان مشکلات مدیریت رفتار در دندانپزشکی مردم سوئد انجام شده بود نشان دادند که شرایط بازار رقابتی شدید در صنعت خدمات دندانپزشکی باعث فشار به این بخش‌ها جهت ارائه خدمات با کیفیت بالا شده است و اینکه شناخت، ایجاد و حفظ کیفیت خدمات، یکی از دغدغه‌های اصلی ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی در حوزه دندانپزشکی است (۱۴).

عدالت در دسترسی به خدمات اولیه، ارائه خدمات با قیمت مناسب و ارائه خدمات با کیفیت از مهمترین گزینه‌هایی است که در این مقوله مطرح است. توجه به این گزینه‌هاست که مداخله‌ی دولت را محقق می‌کند. بر اساس جستجوهای پژوهشگر در ایران، مطالعات اندکی در زمینه خدمات دندانپزشکی انجام شده است (۱۸-۱۵). با توجه به بررسی‌های انجام شده کتابخانه‌ای و جستجوهای تحت وب تاکنون مطالعات زیادی درزمینه طراحی الگو برای خدمات بهداشتی درمانی در کشور و همچنین مقایسه تطبیقی آن انجام شده است ولی مطالعه‌ای که به طور خاص فقط به موضوع طراحی الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی پرداخته باشد مشاهده نگردید (۱۹).

از سویی، سازمان جهانی بهداشت در گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۴ از ضعف مدیریت به عنوان یکی از مهمترین چالش‌های موجود در تمام سطوح نظام سلامت بیشتر کشورهای جهان نام برده است. از دیدگاه این سازمان فقدان قابلیت‌های مدیریتی در نظام سلامت به عنوان یک محدودیت مهم در راه توسعه خدمات و تحقق اهداف توسعه هزاره سوم مطرح است. تشخیص این ضعف با هشدارهایی همراه است که ضرورت توسعه و تقویت مدیریت را مورد تاکید قرار می‌دهد (۲۰).

بر اساس اطلاعات پژوهشگران حاضر، در ایران الگوی مشخص و مدونی برای مدیریت خدمات دندانپزشکی وجود ندارد. حتی به دندانپزشکان جهت مدیریت مطب خود آموزش داده نمی‌شود. از سویی ادبیات تحقیق، مدل مدیریتی مناسبی را ارائه ننموده است، لذا در این راستا پژوهش کنونی به دنبال ارائه الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی بود. این الگو در قسمت یافته‌ها و بحث، به‌طور مفصل تشریح گردیده است و می‌تواند موجب تمرکز سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بر مؤلفه‌های اصلی ارائه خدمات دندانپزشکی در کشور گردد؛ به‌علاوه، ایجاد انسجام میان اهداف و برنامه‌ها و قابلیت ارزیابی و پایش از فواید دیگر الگو می‌باشد. همچنین، با توجه به اینکه یک مدل، نمایشی از واقعیت‌هاست و سیستم‌ها به دلیل تعاملِ درونی اجزا با یکدیگر و نیز رابطه بیرونی آن‌ها با محیط پیرامون، پیوسته رفتارهای مختلف و گاه پیچیده‌ای دارند، این گوناگونی و پیچیدگی رفتارها موجب شده تا برای درک و تشریح یا پیش بینی رفتار سیستم، بر اساس متغیرها و پارامترهای مورد نظر، از آن مدلی ساخته و این قابلیت ایجاد می‌شود تا با به‌کارگیری و انجام تغییراتی در الگو، بتوان پیوسته نتایج را بررسی کرده و بهبود بخشید. هدف از انجام این پژوهش طراحی الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی برای ایران بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از جهت روش اجرا توصیفی بود. از نظر نوع شناسیِ توصیفی، جزو پژوهش‌های پیمایشی می‌باشد. جامعه آماری شامل تمامی سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران، اساتید دانشگاه و کارکنان حوزه خدمات دندانپزشکی کشور در بازه زمانی شهریورماه ۱۳۹۷ تا شهریورماه ۱۳۹۸بوده‌است. روش نمونه گیری از نوع نمونه گیری غیر احتمالی هدفمند بود. در این روش، انتخاب افراد پس از مشخص شدن نفر اول، به روش گلوله برفی صورت گرفت؛ به این نحو که اولین فرد صاحب نظر و مرتبط با موضوع، براساس بررسی‌های اولیه انتخاب گردید و پس از اتمام مصاحبه با فرد اول، از وی درخواست شد فرد یا افراد صاحب نظر در سازمان‌های ذی‌ربط که می‌توانند در حوزه مدیریت خدمات دندانپزشکی صاحب ایده و اندیشه بوده و به غنای مدل تحقیق کمک نمایند را معرفی نماید. این فرایند تا رسیدن به اشباع نظری محققین ادامه یافت و نمونه‌ای متشکل از ۲۰ نفر حاصل گردید. برای تعیین حجم نمونه از اصطلاحی به نام اشباع نظری در تعیین حجم نمونه استفاده شد؛ بدین‌صورت‌که نمونه برداری

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

هدفمند و نظری تا زمانی ادامه داده‌شد که هیچ اطلاعات جدیدی اضافه نشد و به نوعی به کفایت داده‌ها رسیده‌شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش فیش برداری و مصاحبه بود؛ بدین‌صورت‌که مؤلفه‌های مدیریت خدمات دندانپزشکی از طریق مطالعات کتابخانه‌ای و روش فیش برداری استخراج شد و سپس برای بومی سازی آن‌ها، مصاحبه حضوری با دانشگاهیان و مدیران و متولیان حوزه دندانپزشکی کشور صورت گرفت که عمدتاً دارای مدرک دکترای حرفه‌ای و یا دکترای تخصصی دندانپزشکی با سابقه کار اجرایی و یا آموزشی بالای ۱۰ سال بودند. در این مطالعه برای جمع آوری مطالب از روش کتابخانه‌ای و برای جمع آوری داده‌ها از روش میدانی و مصاحبه استفاده شد. کتب و مقالات فارسی و انگلیسی و همچنین سایت‌ها و پورتال‌های اطلاعاتی اینترنتی برای جمع آوری اطلاعات در رابطه با مبانی نظری ادبیات تحقیق استفاده گردید. جهت استخراج مؤلفه‌های مدیریت خدمات دندانپزشکی، مصاحبه‌های کیفی عمیق به روش گراندد تئوری برای جمع آوری اطلاعات تکمیلی با صاحبنظران انجام گرفت.

در طول فرایند مصاحبه، هم از سؤالات بسته و هم از سؤالات باز استفاده شد. برخی از سؤالاتی که از مصاحبه شونده پرسیده شد عبارت بودند از: این سازمان چه خدماتی ارائه می‌دهد؟ شما در این سازمان چه فعالیتی انجام می‌دهید؟ جهت توسعه خدمات دندانپزشکیِ بهتر چه اقداماتی انجام می‌دهید؟ آیا با الگوی ارائه خدمات دندانپزشکی سایر کشورها آشنایی دارید و در صورت مثبت بودن پاسخ آیا در این سازمان از الگوهای دیگر کشورها هم استفاده شده است؟ برنامه‌ریزی ارائه خدمات دندانپزشکی به چه صورت انجام می‌شود؟ سازماندهی ارائه خدمات، چگونه انجام می‌گیرد؟ در زمینه کنترل سلامت دهان چه اقداماتی انجام می‌دهید؟ برنامه‌ریزی‌های لازم برای سلامت دهان چه مؤلفه‌هایی دارد؟ در زمینه سلامت دهان مطابق با استانداردها چه اقداماتی انجام می‌دهید؟ در زمینه بیمه چه اقداماتی انجام می‌دهید؟ مؤلفه‌های کارگزینی، استخدام و آموزش دندانپزشکان چگونه انجام می‌گیرد؟ از فناوری اطلاعات و استقرار سیستم اطلاعاتی سلامت چگونه استفاده می‌شود و از الگوی کشورهای دیگراستفاده شده است؟ به نظر شما، اجرای مناسب الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی چه نتایج و منافعی خواهد داشت؟ همچنین سوالاتی که از مدیران موفق و برجسته پرسیده می‌شد با رویکرد رفتار محور بود تا بتوان شایستگی‌های فرد برجسته را شناسایی نمود.

در هر مصاحبه، هدف از انجام پژوهش و فرایند مصاحبه برای فرد مصاحبه شونده توضیح داده شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و فایل صوتی کاملاً پیاده سازی گردید. مصاحبه طی مدت ۳۰ تا ۴۵ دقیقه و در ۲ جلسه در محل کار کارکنان و با هماهنگی قبلی انجام شد. در ۳ مصاحبه آخر هیچ کد جدیدی استخراج نگردید و نمونه‌گیری متوقف شد. جمع‌آوری، کدگذاری و تحلیل داده‌ها به‌صورت هم‌زمان انجام شد. متن مصاحبه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری، عبارت به عبارت و جمله به جمله، به روش تحلیل مقایسه‌ای مداوم مورد بررسی قرار گرفت. برای تحلیل، روش نظریه مبنایی مورد استفاده قرار گرفت و داده‌های گردآوری شده در ۳ مرحله کدگذاری شدند (۲۳-۲۱). تحلیل این نمونه‌ها به صورت گام به گام و پس از پایان یافتن هر مصاحبه انجام گرفت. بعد از انجام مصاحبه، نسخه نوشتاری آن تایپ شده و پس از مفهوم پردازی در هر مصاحبه، کم کم نکات کلیدی‌تر و مقوله‌ها استخراج گردیدند. در مصاحبه‌های آخر، اشباع نظری حاصل شد اما مصاحبه‌ها جهت حصول اطمینان از کفایت داده‌ها صورت گرفت.

جهت سنجش روایی محتوا در مصاحبه‌ها از روش بازخورد مشارکت کنندگان و دریافت نظرات همکاران استفاده شد. بدین‌گونه که برای دریافت بازخورد مشارکت کنندگان از ۵ نفر از مصاحبه شوندگان درخواست شد تا نظرات خود را درباره مفاهیم و ابعاد موجود در مصاحبه‌ها بیان نمایند. همچنین برای دریافت نظرات همکاران، از ۲ نفر از افراد متخصص در زمینه مدیریت خدمات دندانپزشکی استفاده گردید.

برای اطمینان از پایایی در مصاحبه‌ها از ۲ روش بازآزمون و ۲ کدگذار استفاده شد. برای محاسبه پایایی بازآزمون، از میان مصاحبه‌های انجام شده چند مصاحبه نمونه انتخاب شد و کدهای مشخص شده در ۲ فاصله زمانی برای هرکدام از مصاحبه‌ها باهم مقایسه گردید. کدهایی که در ۲ فاصله زمانی مشابه بودند به عنوان توافق و کدهای غیرمشابه با عنوان غیرتوافق مشخص شد. روش محاسبه پایایی به صورت زیر بود:

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

$$\text{درصد پایایی} = \frac{2 \times \text{تعداد توافقات}}{\text{تعداد کل داده‌ها}} \times \%100$$

در این پژوهش ۳ مصاحبه به عنوان نمونه انتخاب شد و با فاصله زمانی ۱ ماه مجدداً کدگذاری شدند. با توجه به اینکه میزان پایایی بازآمون ۸۳ درصد بود، قابلیت اعتماد کدگذاری مورد قبول بود. برای محاسبه پایایی ۲ کدگذار، درصد توافق درون موضوعی به عنوان شاخص پایایی مورد استفاده قرار گرفت. با توجه به اینکه میزان پایایی ۲ کدگذار ۷۰ درصد بود، لذا مورد قبول است.

در این مطالعه از روش دلفی در بخش طراحی مدل استفاده شد. در مرحله اول موضوع پژوهش تعریف و بر این اساس، ویژگی‌های لازم برای شرکت کنندگان در پانل دلفی تعیین شد. سپس نامزدهای مشارکت در این پانل شناسایی و از آنان دعوت به عمل آمد. در نهایت پانل دلفی متشکل از ۵ نفر از خبرگان و اساتید دندانپزشکی تشکیل شد. پرسشنامه‌ای حاوی شاخص‌های مدیریت خدمات دندانپزشکی که بر اساس ادبیات موضوع، تحقیق‌های پیشین و مصاحبه‌های اکتشافی عمیق استخراج شده بود تهیه گردید. این پرسشنامه در اولین مرحله اجرا برای اعضای پانل ارسال و از آن‌ها خواسته شد در خصوص میزان اهمیت هر یک از این شاخص‌ها نظرات خود را اعلان نمایند. به‌علاوه در این مرحله، اعضای پانل نسبت به ادغام و تعدیل شاخص‌ها اقدام نمودند. در مرحله دوم، این پرسشنامه مجدداً تهیه و بر اساس نتایج حاصله در دور قبلی و با حذف و افزودن شاخص‌های جدید مجدداً اصلاح و توزیع گردید. این مرحله تاجایی پیش رفت تا اتفاق نظر میان اعضای پانل در خصوص مدیریت خدمات دندانپزشکی حاصل شد. پایایی ابزار تحقیق با روش آلفای کرونباخ – برای محاسبه همسانی درونی ابزار تحقیق- مورد بررسی قرار گرفت و تمامی ضرایب متغیرهای مورد سنجش از ۰/۷۰ بیشتر بود.

برای بررسی وضعیت متغیرهای مورد مطالعه، از آزمون t یک نمونه‌ای برای تشخیص تأثیر یا عدم تأثیر یک متغیر در وضعیت مورد بررسی، استفاده گردید؛ به‌طوریکه اگر میانگین هر متغیر از حد معینی بیشتر بود، آن متغیر در پدیده مورد نظر مؤثر تلقی می‌شود. برای بررسی عدم وجود رابطه خطی مشترک چندگانه بین متغیرها ضریب همبستگی آن‌ها در مقدار کمتر از ۰/۷۰ بررسی شد (۲۴).

بعد از آن اقدام به تدوین مدل گردید. برای سنجش روایی مدل از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد و سنجش روایی مدل در مقدار ۰/۷۰ مورد بررسی قرار گرفت (۲۵). سنجش پایایی مدل نیز با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی انجام شد. برای بررسی برازش مدل ساختاری با روش PLS در پژوهش از ضرایب R^2 و معیار Q^2 استفاده شد. معیار R^2 برای متصل کردن بخش‌های اندازه گیری و بخش ساختاری مدل سازی معادلات ساختاری به کار می‌رود و نشان از تاثیری دارد که متغیر برون زا بر متغیر درون زا می‌گذارد. Q^2 معیاری است که قدرت پیش بینی مدل را مشخص می‌کند. مقادیر R^2 و Q^2 درسطح ۰/۳۰ مورد بررسی قرار گرفتند (۲۶). تحلیل داده‌ها و برازش مدل با استفاده از مدلسازی معادلات ساختاری و با استفاده از نرم افزارهای SPSS 22 و Lisrel 8.5 انجام شد.

جهت انجام این مطالعه در مورد رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر پیش از شروع، ابتدا نزد هر یک از مشارکت‌کنندگان مراجعه نمود و ضمن معرفی خود، توضیح هدف و سؤال‌های مصاحبه، از آنان درخواست نمود درصورت تمایل در مطالعه شرکت کنند. در ابتدا از آنان خواسته می‌شد در مورد ارزش‌های حرفه‌ای شغلشان توضیح دهند و در جلسه بعدی، مهمترین مقوله‌های اخلاقی که برایشان از اهمیت بیشتری برخوردار است، مشخص کنند. کلیه مصاحبه‌ها در محل کار کارکنان با هماهنگی قبلی انجام شد. در طی پژوهش کوشش شد تا رازداری، رضایت و آزادی مشارکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش یا خروج از آن رعایت شود. ضمناً این مطالعه در تاریخ ۹۶/۰۹/۲۲ با شماره ۸۲۹۹۳ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به تصویب رسیده و ثبت گردیده است.

یافته‌ها

تحقیق حاضر به شناسایی و ارائه مدل مدیریت خدمات دندانپزشکی در ایران پرداخت. در این مطالعه ابتدا عوامل مؤثر بر مدیریت خدمات دندانپزشکی از مصاحبه‌ها استخراج شد و با توجه به نتایج مصاحبه و تحقیقات پیشین، ۱۰۶ شاخص به دست آمد. سپس شاخص‌های به‌دست آمده برمبنای اصول تکرار، تاکید و اهمیت و حذف شاخص‌های تکراری تلفیق گردید. در مرحله بعد، پرسشنامه‌ای حاوی شاخص‌های مدیریت خدمات دندانپزشکی بر اساس نتایج مراحل قبل پژوهش

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

طراحی شد و در اختیار خبرگان قرار گرفت. اعضای پانل در اجرای روش دلفی در خصوص میزان اهمیت هر یک از این شاخص‌ها نظرات خود را اعلان فرمودند. همچنین نسبت به ادغام و تعدیل شاخص‌ها اقدام نمودند. در مرحله دوم، این پرسشنامه مجدداً تهیه و بر اساس نتایج حاصله در دور قبلی و با حذف و افزودن شاخص‌های جدید مجدداً اصلاح و توزیع گردید. این مرحله تا جایی پیش رفت تا اتفاق نظر میان اعضای پانل در خصوص مدیریت خدمات دندانپزشکی حاصل شد و دسته بندی به صورت مؤلفه و زیرمؤلفه استخراج شد. بر این اساس، مدل مدیریت خدمات دندانپزشکی در ۵ بُعد کلی (مؤلفه‌ها) و ۲۹ شاخص (زیرمؤلفه) به تأیید خبرگان رسید (جدول ۱).

نتایج حاصل از آزمون t یک نمونه‌ای نشان داد برای مؤلفه‌های برنامه ریزی، سازماندهی، بسیج منابع و امکانات، هدایت و نظارت و کنترل آماره آزمون مثبت و به ترتیب برابر ۲۱/۱۹، ۲۸/۱۱ ، ۲۶/۲۶، ۲۲/۲۲، ۲۵/۲۴ می‌باشد. بنابراین اختلاف معنی‌داری با عدد ۳ دارند که تاثیر متغیرها را در وضعیت مورد بررسی نشان می‌دهد (جدول ۲).

جدول ۳ ضریب همبستگی، شدت رابطه و همچنین نوع رابطه (معکوس یا مستقیم) متغیرها را نشان می‌دهد.

جدول ۱: ابعاد کلی (مؤلفه‌ها) و شاخص‌های برگزیده (زیرمؤلفه) حاصل از نظرات افراد خبره، نتایج مصاحبه‌های عمیق و بررسی تحقیقات پیشین

ردیف	ابعاد کلی منتخب (مؤلفه‌ها)	شاخص‌های برگزیده (زیرمولفه‌ها)	کدها
۱	**برنامه ریزی**	مدیریت دانش تخصصی و عمومی	PL1
		تحقیق و توسعه	PL2
		یادگیرندگی	PL3
		برنامه ریزی تسهیل کارآفرینی	PL4
		افزایش ظرفیت تولید دانش	PL5
۲	**سازماندهی**	مصوبات فراسازمانی	OR1
		سلامت همگانی	OR2
		آموزش و توسعه کیفی منابع انسانی	OR3
		مدیریت هزینه	OR4
		ارتباطات فرامرزی	OR5
		آموزش عمومی	OR6
		ترویج فرهنگ عمومی	OR7
		مدیریت قوانین	OR8
۳	**بسیج منابع و امکانات**	سیستم‌های الکترونیک	MRF1
		فناوری‌های پیشرفته	MRF2
		هدایت بهینه منابع و تجهیزات	MRF3
		تأمین مالی	MRF4
		بیمه و خدمات سلامت	MRF5
		افزایش ظرفیت تولید فرآورده‌ها	MRF6
۴	**هدایت**	وضع قوانین جدید	GU1
		حمایت‌های فراسازمانی	GU2
		هدایت گری استراتژیک	GU3
		تمرکز بر هدف	GU4
		اخلاق کار	GU5
		اشتراک گذاری دانش تولید شده	GU6
۵	**نظارت و کنترل**	نظارت و بازرسی	Co1
		داشتن ارتباط مؤثر	Co2
		مسائل رفتاری پزشک و بیمار	Co3
		اجرای جدی قوانین مرتبط	Co4

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

جدول ۲: نتایج آزمون t یک نمونه‌ای برای بررسی وضعیت موجود متغیرهای مطالعه

متغیر	انحراف معیار ± میانگین	آماره t	مقدار p *
برنامه ریزی	۳/۴۷ ± ۰/۳۹۱	۲۱/۱۹	< ۰/۰۰۱
سازماندهی	۳/۶۹ ± ۰/۴۳۱	۲۸/۱۱	< ۰/۰۰۱
بسیج منابع و امکانات	۳/۷۳ ± ۰/۴۹۱	۲۶/۲۶	< ۰/۰۰۱
هدایت	۳/۵۷ ± ۰/۳۲۱	۲۲/۲۲	< ۰/۰۰۱
نظارت و کنترل	۳/۷۶ ± ۰/۴۸۸	۲۵/۲۴	< ۰/۰۰۱

* معنی‌دار در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ > p

جدول ۳: ماتریس همبستگی متغیرهای اصلی مطالعه

متغیرها	برنامه ریزی	سازماندهی	بسیج منابع و امکانات	هدایت	نظارت و کنترل
برنامه ریزی	۱				
سازماندهی	۰/۶۳	۱			
بسیج منابع و امکانات	۰/۶۹	۰/۶۲	۱		
هدایت	۰/۵۳	۰/۴۳	۰/۵۲	۱	
نظارت و کنترل	۰/۶۷	۰/۶۸	۰/۶۰	۰/۶۱	۱

نظر به اینکه تمامی همبستگی‌ها مقادیری کمتر از ۰/۷۰ داشتند، بنابراین وجود رابطه خطی مشترک چندگانه بین متغیرها رد شد.

برازش مدل پژوهش

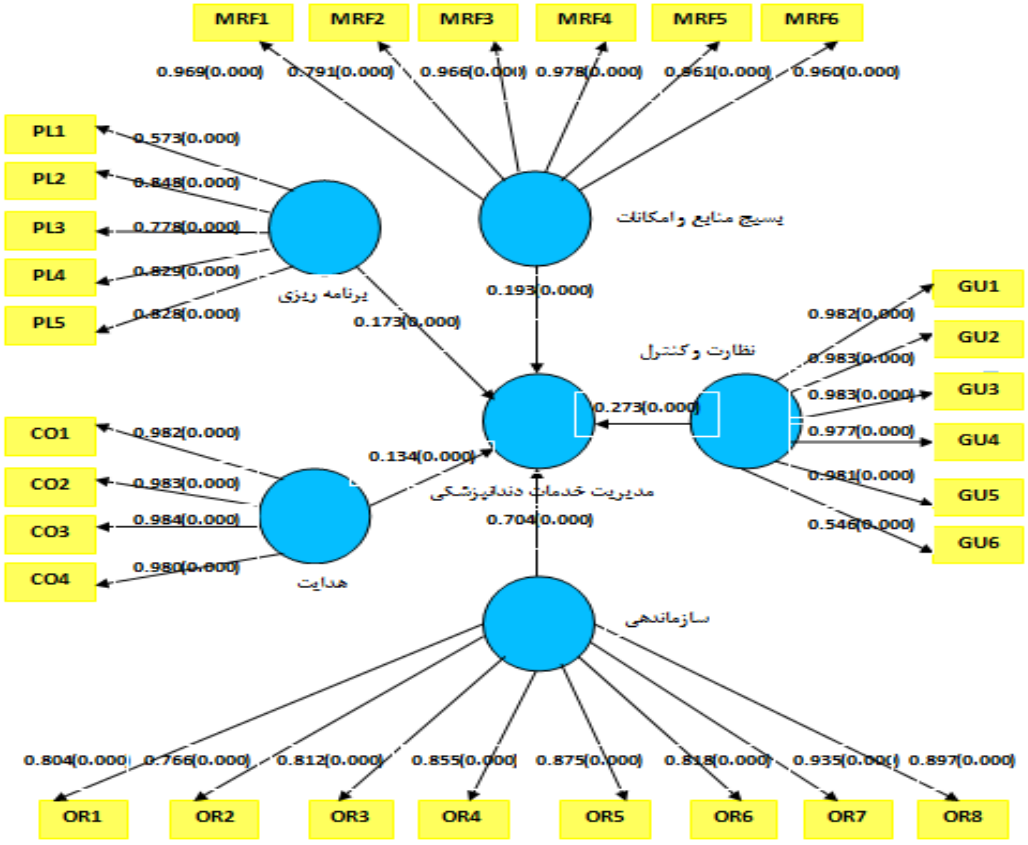
این مسأله که مدل تدوین شده بر مبنای چهارچوب نظری و پیشینه تجربی تا چه اندازه با واقعیت انطباق دارد و اینکه داده‌های گردآوری شده تا چه حد حمایت کننده مدلی است که به لحاظ نظری تدوین شده است، از مهمترین مباحث حوزه برازش داده‌ها به مدل می‌باشند؛ هر چه مقدار شاخص‌های نیکویی برازش افزایش می‌یابند به‌عنوان نشانه‌ای از حمایت قوی‌تر داده‌ها از مدل نظری تفسیر می‌شود. مدل برازش شده با ضرایب استاندارد در شکل ۱ نشان داده شده است.

در تحلیل عاملی تاییدی که برای سنجش روایی سازه است، بار عاملی مقدار عددی است که میزان رابطه میان یک متغیر پنهان (سازه) و متغیر آشکار (شاخص) مربوطه را طی فرایند تحلیل مسیر مشخص می‌کند. با توجه به اینکه بارهای عاملی هر ۵ مؤلفه مورد بررسی مرتبط با مدل دارای مقداری بیشتر از ۰/۷۰ بود، بار عاملی از لحاظ آماری معنی‌دار بوده و مورد تأیید قرار گرفت (۰/۰۵ > p) (جدول ۴).

سنجش پایایی مدل با استفاده از آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی در جدول ۵ آمده است.

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]



شکل ۱: ضرایب استاندارد شده مسیرهای مربوط به فرضیه‌های مدل

جدول ۴: سنجش روایی مدل از طریق بارهای عاملی

	مسیرها		ضریب استاندارد	مقدار p *	نتیجه
PL	<---	PL1	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	تأیید شد
PL	<---	PL2	۰/۹۸۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
PL	<---	PL3	۰/۹۸۴	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
PL	<---	PL4	۰/۹۸۰	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
PL	<---	PL5	۰/۹۸۲	۰/۰۰۳	تأیید شد
OR	<---	OR1	۰/۸۰۰	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR2	۰/۷۶۶	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR3	۰/۸۰۰	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR4	۰/۸۵۵	۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR5	۰/۸۷۱	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR6	۰/۹۳۵	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR7	۰/۹۰۱	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
OR	<---	OR8	۰/۸۴۸	۰/۰۰۳	تأیید شد
MRF	<---	MRF1	۰/۹۶۹	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
MRF	<---	MRF2	۰/۷۹۱	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
MRF	<---	MRF3	۰/۹۶۶	< ۰/۰۰۱	تأیید شد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

	مسیرها		ضریب استاندارد	مقدار p *	نتیجه
MRF	<---	MRF4	۰/۹۷۸	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
MRF	<---	MRF5	۰/۹۵۸	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
MRF	<---	MRF6	۰/۹۶۰	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU1	۰/۸۰۰	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU2	۰/۷۶۶	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU3	۰/۹۸۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU4	۰/۹۷۷	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU5	۰/۵۴۶	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
GU	<---	GU6	۰/۶۴۲	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
CO	<---	Co1	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	تأیید شد
CO	<---	Co2	۰/۹۸۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
CO	<---	Co3	۰/۹۸۲	۰/۰۰۱	تأیید شد
CO	<---	Co4	۰/۹۸۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد

* معنی‌دار در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ > p

جدول ۵: سنجش پایایی مدل از طریق آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی

مؤلفه‌ها	آلفای کرونباخ (Alpha > ۰/۷۰)	پایایی ترکیبی (CR > ۰/۷۰)
برنامه ریزی	۰/۸۵۲	۰/۸۹۰
سازماندهی	۰/۸۵۸	۰/۹۶۱
بسیج منابع و امکانات	۰/۸۱۲	۰/۹۲۸
هدایت	۰/۸۷۲	۰/۹۰۲
نظارت و کنترل	۰/۸۰۱	۰/۹۳۵

معیار قابل قبول بودن ضریب آلفای کرونباخ که نشان‌دهنده پایایی مدل اندازه‌گیری خواهد بود، حداقل مقدار ۰/۷۰ می‌باشد. درصورتیکه مقدار پایایی ترکیبی برای هر شاخص بیشتر از ۰/۷۰ باشد، نشان از پایداری درونی مناسب برای مدل اندازه‌گیری دارد. همانطورکه در جدول ۵ مشاهده شد، با توجه به حدود گفته شده برای هر ۲ معیار، مقدار ضرایب آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی برای تمامی مؤلفه‌های پژوهش مورد قبول می‌باشد.

نتایج حاصل از برازش مدل ساختاری نشان داد که مقادیر R^2 و Q^2 برای متغیرهای درون زا بالاتر از ۰/۳۰ بوده، بنابراین متغیرهای درون زای مدل از برازش خوبی برخوردار بودند.

شاخص‌های برازش مدل

تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با استفاده از چندین شاخص برازندگی انجام گرفت (جدول ۶).

جدول ۶: نتایج حاصل از بررسی نیکویی برازش مدل ساختاری تحقیق

عنوان شاخص	دامنه مورد قبول	مقدار	نتیجه
$\frac{x^2}{df}$	≤ ۳	۲/۸۴	تأیید مدل
CFI	> ۰/۹	۰/۹۳	تأیید مدل
GFI	> ۰/۹	۰/۹۳	تأیید مدل
AGFI	> ۰/۹	۰/۹۶	تأیید مدل
NFI	> ۰/۹	۰/۹۷	تأیید مدل
NNFI	> ۰/۹	۰/۹۵	تأیید مدل
RMSEA	< ۰/۰۸	۰/۰۶۵	تأیید مدل

بررسی روابط بین متغیرها

برای بررسی رابطه علّی بین متغیرهای مستقل و وابسته و نیز بررسی تأثیر متغیر تعدیلگر مدل پژوهش از مدل یابی معادلات ساختاری (حداقل مربعات جزئی) استفاده شد (جدول ۷).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

جدول ۷: بررسی روابط بین متغیرها

متغیر مستقل	مسیر	متغیر وابسته	ضرایب	مقدار p *	نتیجه
برنامه ریزی	<---	مدیریت خدمات دندانپزشکی	۰/۱۷۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
سازماندهی	<---	مدیریت خدمات دندانپزشکی	۰/۷۰۴	۰/۰۰۰۲	تأیید شد
بسیج منابع و امکانات	<---	مدیریت خدمات دندانپزشکی	۰/۱۹۳	< ۰/۰۰۱	تأیید شد
هدایت	<---	مدیریت خدمات دندانپزشکی	۰/۰۳۴	۰/۰۰۶	تأیید شد
نظارت و کنترل	<---	مدیریت خدمات دندانپزشکی	۰/۲۷۳	۰/۰۰۱	تأیید شد

* معنی دار در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ > p

سطح خطای متداول و استاندارد جهت بررسی روابط ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ بود. تحلیل داده‌ها نشان داد که متغیرهای برنامه ریزی، سازماندهی، بسیج منابع و امکانات، هدایت و نظارت و کنترل با ضریب تأثیر ۰/۱۷۳، ۰/۷۰۴، ۰/۱۹۳، ۰/۰۳۴ و ۰/۲۷۳ در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ بر مدیریت خدمات دندانپزشکی تأثیر معنی‌دار و مثبت داشت.

در نهایت، پس از واکاوی تمامی شرایط متعلق به عوامل مؤثر بر خدمات دندانپزشکی مراکز بهداشتی درمانی تابعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، الگوی مدیریت خدمات دندانپزشکی طراحی شد (شکل ۲) که بیانگر روابط میان اجزا و شرایط اصلی ارائه خدمات می‌باشد.



شکل ۲: مدل پیشنهادی مدیریت خدمات دندانپزشکی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

بحث

پژوهش حاضر با هدف معرفی مدل ارائه خدمات دندانپزشکی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای بهبود کیفیت خدمات دندانپزشکی انجام شد. ۲۹ عامل مؤثر بر مدیریت خدمات دندانپزشکی با تکنیک دلفی و با استفاده از نظر متخصصین و خبرگان دندانپزشکی شناسایی شد که در ۵ بُعد دسته بندی گردید.

سلامت (health) به عنوان منبعی برای زندگی روزمره، به معنی توانایی فرد برای شناخت و پاسخگویی به نیازهای فردی و تطابق با محیط اجتماعی است (۲۷). یکی از بخش‌های مهم سلامت عمومی، سلامت دهان و دندان است (۲۸). در مطالعه بهادری و همکاران (۲۰۱۳) در بین ۱۱۵ نفر از پرسنل یک مرکز نظامی شهر تهران که به روش سرشماری انتخاب شدند برای بهبود کیفیت خدمات در دندانپزشکی به اهمیت نیروی انسانی ماهر تاکید شد (۲۹) که با تحقیق حاضر در آموزش و توسعه کیفی منابع انسانی که یکی از شاخص‌های مهم افراد خبره در مؤلفه سازماندهی این پژوهش بود همخوانی دارد.

مسائل رفتاری پزشک و بیمار یک موضوع بالینی اساسی است و ارتباط با بیمار مهمترین ویژگی لازم برای افراد شاغل در حرفه‌های مرتبط با سلامت است. رابطه پزشک و بیمار، عنصر اساسی یک مراقبت پزشکی با کیفیت است (۳۰). خبرگان اعتقاد داشتند که یکی از عوامل در کیفیت خدمات ارتباط دندانپزشک و بیمار است (۳۱). جلال وندی و همکاران (۲۰۱۴) با انجام مطالعه‌ای در ۳ دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحدهای تهران، مشهد و یزد با تاکید بر بیمار محوری به عنوان یک اصل در کیفیت خدمات، طراحی مداخلاتی برای ایجاد تغییرات مطلوب را مورد تاکید قرار دادند (۳۲). در مطالعه منتظری و همکاران (۲۰۱۹) بر روی ۲۶۲ نفر از والدین کودکان مراجعه کننده به مراکز دندانپزشکی شهر تهران، بیشترین میزان رضایتمندی از خدمات دندانپزشکی، مربوط به رفتار دوستانه کادر دندانپزشکی بود (۳۳). نتایج به دست آمده این مطالعات با تحقیق حاضر در داشتن ارتباط مؤثر، اخلاق کار و مسائل رفتاری پزشک و بیمار که ۳ شاخص مهم افراد خبره در مؤلفه‌های نظارت و کنترل و هدایت در این پژوهش بود مطابقت دارد.

اسلامی پور و همکاران (۲۰۱۵) با انجام مطالعه‌ای بر روی ۳۹۰ نفر از والدین کودکان ۶ تا ۱۴ ساله شهر اصفهان (۳۴) و برکیان و همکاران (۲۰۱۷) در تحقیقی که جامعه آماری آن ۳۲۵ مادر مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر قم بود (۳۵)، شایع‌ترین مشکلات برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی را هزینه‌های بالای درمان و عدم پوشش مناسب بیمه‌ای عنوان کردند که با تحقیق حاضر در مدیریت هزینه، تأمین مالی، بیمه خدمات سلامت که ۳ شاخص مهم افراد خبره در مؤلفه‌های سازماندهی و بسیج منابع و امکانات در این پژوهش بود مطابقت دارد. مطالعه‌ای در شهر اوهایو (۲۰۰۵) نشان داد که بیشترین مشکلات والدین در دسترسی به خدمات دندانپزشکی برای کودکان پیش دبستانی، هزینه‌های بالا و فقدان پوشش بیمه‌ای (۳۴ درصد) بوده است (۳۶). با وجود عضویت بیشتر جمعیت ایران در بیمه‌های درمانی مختلف (۳۷)؛ این بیمه‌ها به ندرت خدمات دندانپزشکی را شامل شده و یا تنها تعداد کمی از درمان‌های دندانپزشکی را تحت پوشش قرار می‌دهند (۳۳). در کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه، آلمان، لوکزامبورگ، هلند و سوئیس مراقبت‌های بهداشتی دهان به طور عمده توسط بیمه اجتماعی تحت پوشش دولت تأمین می‌شود (۳۸).

محبی و همکاران (۱۳۸۶)، با انجام مطالعه‌ای در میان دانش آموزان پایه سوم ابتدایی شهر گناباد نشان دادند آگاهی بیشتر والدین منجر به بهره مندی بیشتر آنان از خدمات سلامت دهان و دندان کودک و بهبود بهداشت دهان و دندان شده بود (۳۹) که با مطالعه حاضر که آموزش عمومی یکی از شاخص‌های مهم افراد خبره در مؤلفه سازماندهی این پژوهش بود همخوانی دارد.

نتایج تحقیق زابلی و همکاران (۱۳۹۷) در مرکز تخصصی دندانپزشکی ۶۰۰ ارتش در شهر تهران نشان داد عوامل ساختاری که عمدتاً به مدیریت عملکردی در مرکز ارائه خدمت و ساختارهای نظام سلامت و سیاستگذارها مرتبط است، به‌صورت غیرمستقیم بر روی کیفیت فنی خدمات دندانپزشکی تاثیرگذار است (۳۱) تحقیق حاضر با شناسایی ۵ مؤلفه و ۲۹ شاخص به‌عنوان عوامل ساختاری مدیریت خدمات دندانپزشکی به دنبال بهبود ارائه این خدمات می‌باشد.

تیکل (۲۰۱۲) در پژوهشی با بررسی خدمات دندانپزشکی در نظام طب ملی انگلستان و نیز چالش‌های پیش روی ارائه خدمات دندانپزشکی در ۵ سال آتی، مؤلفه‌های تخصیص منابع،

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

برنامه ریزی تسهیل کارآفرینی و یادگیرندگی را جزو عواملی عنوان می‌کند که باعث بهبود ارائه خدمات دندانپزشکی در سازمان‌های دولتی و محلی می‌شود (۴۰) که با پژوهش حاضر در هدایت بهینه منابع و تجهیزات که یکی از شاخص‌های مهم خبرگان در مؤلفه بسیج منابع و امکانات بود و برنامه ریزی تسهیل کارآفرینی و یادگیرندگی که از شاخص‌های اصلی افراد خبره در مؤلفه برنامه ریزی این مطالعه بود همخوانی دارد.

توجه به چالش‌های موجود در فرایند ارائه خدمات دندانپزشکی و برنامه ریزی برای مرتفع نمودن آن‌ها می‌تواند گامی مؤثر در اثربخشی بیشتر ارائه این خدمات باشد. کشور ما در زمینه استفاده از استراتژی ارائه خدمات دندانپزشکی در ابتدای راه است بنابراین باید روش متناسبی را برگزید و برنامه‌های عملیاتی برای این مهم تدوین نمود. با توجه به اهمیت موضوع ارائه خدمات دندانپزشکی در وزارت بهداشت، با توجه به شرایط حال حاضر پرداختی بیمه‌ها و مشکلات اقتصادی گریبانگیر دولت، معرفی مدل مدیریت خدمات دندانپزشکی ضروری به نظر رسید. مدل توسعه داده شده نه تنها در یک فرایند منطقی منجر به اتخاذ تصمیم می‌گردد، بلکه افراد درگیر در فرایند تصمیم گیری را در تجسم اهمیت معیارهای مختلف مؤثر در فضای تصمیم گیری توانمند ساخته و منجر به ایجاد یک بینش جامع از فضای تصمیم گیری در این افراد می‌گردد. از دیگر ویژگی‌های این مدل می‌توان به ارائه راهنمایی‌هایی جهت استفاده مدیران و افراد درگیر در فرایند تصمیم گیری اشاره نمود.

از محدودیت‌های این پژوهش فقدان مطالعات مشابه با موضوعیت مدل ارائه خدمات دندانپزشکی در واحدهای تابعه وزارت بهداشت ایران بود تا بتوان به عنوان یک پیشینه داخلی از تجربیات آن استفاده نمود. از نقاط قوت این مطالعه، ارتباط کاری با نخبگان مورد نظر مطالعه بود که همکاری لازم را در این تحقیق داشتند.

نتیجه گیری

این مطالعه مدل مطلوبی را برای مدیریت خدمات دندانپزشکی به ویژه در دانشگاه‌های علوم پزشکی در ایران ارائه داد و سعی کرده است که با توجه به واقعیت‌های موجود در دانشگاه‌ها آن را ارائه دهد. پژوهش حاضر با بررسی متون و شناسایی شاخص‌های مؤثر در مدیریت خدمات دندانپزشکی، الگویی مناسب در جهت دستیابی به اهداف فوق، پیش روی سیاستگذاران و برنامه ریزان حوزه خدمات دندانپزشکی و در اختیار ارائه دهندگان خدمات دندانپزشکی قرار می‌دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده، مدیریت خدمات دندانپزشکی تحت عوامل مختلفی صورت می‌گیرد که این عوامل در یافته‌های پژوهش حاضر ارائه گردید. برای بهبود کیفیت خدمات دندانپزشکی و رضایت بیماران همه عوامل اشاره شده ضروری به نظر می‌رسد که این امر به طور مستقیم و غیرمستقیم در جهت بهبود مراجعین و بیماران مؤثر می‌باشد.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از تمامی کسانی که در کلیه مراحل انجام این پژوهش بدون هیچ چشم‌داشتی ایشان را یاری رساندند و وقت گرانبهای خود را در اختیار تیم پژوهش قرار دادند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: ح. ش

جمع آوری داده‌ها: ح. ش، ک. ح، ب. ه

تحلیل داده‌ها: ح. ش، ک. ح، ب. ه، م. م م ف

نگارش و اصلاح مقاله: ح. ش، ک. ح، ب. ه، م. م م ف

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران می‌باشد که از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Kiyak H. Age and culture: influences on oral health behaviour. Int Dent J 2015; 43(1): 9-16.
2) Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Org 2005; 83(9): 661-9.
3) Hessari H, Vehkalahti MM, Eghbal MJ, Murtomaa HT. Oral health among 35-to 44-year-old Iranians. Med Princ Pract 2007; 16(4): 280-5.
4) Montazeri R, Sadeghi F, Heidari A. Parental

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

Assessment of access and barriers to access to oral and dental health services in children referring to dentistry centers in Tehran City, 2018, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019; 13(7): 42-52. [Persian]
5) Akbari M, Makarem A, Fazel A. Evaluation of basic standards in the general dentistry teaching program approved in Islamic republic of Iran from dental schools viewpoint. Journal of Dental Medicine 2015; 27(4): 318-28. [Persian]
6) Babaee N, Jahanian L, Bijani A, Samadi J. Needs assessment on inserting oral health topics in general medicine educational curriculum. Medical Education Journal 2013; 1(2): 19-26. [Persian]
7) Chaghary M, Ebadi A, Saffari M, Ameryoun A, Soltani M. The effective compatible in-service training: a structured review of literature. Nursing Practice Today 2016; 2(4): 131-8. [Persian]
8) Elujoba AA, Odeleye O, Ogunyemi C. Review-traditional medicine development for medical and dental primary health care delivery system in Africa. Afr J Tradit Complement Altern Med 2005; 2(1): 46-61.
9) Ravanipour M, Vanaki Z, Afsar l, Azemian A. The standards of professionalism in nursing: the nursing instructors experiences. Evidence Based Care 2014; 4(1): 27-40. [Persian]
10) Hoseinpour R, Safari H. A review of statistics and information in dentistry. 1st ed. Tehran: Iranian dental association; 2013: 79-106. [Persian]
11) Minkler M, Wallerstein N. Community-based participatory research for health: from process to outcomes: John Wiley & Sons; 2011: 1-88.
12) Petersen PE, Estupinan-Day S, Ndiaye C. WHO's action for continuous improvement in oral health. Bull World Health Org 2005; 83(9): 642.
13) Karle H. Global standards and accreditation in medical education: a review from the WFME. Academic Medicine 2015; 81(12): 53-8.
14) Klingberg G, Vannas Löfqvist L, Bjarnason S, Norén JG. Dental behavior management problems in Swedish people. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2015; 22(3): 201-5. doi: 10.1111/j.1600-0528.1994.tb01841.x.
15) Singh K, Patti B, Singla A, Gupta R, Kundu H, Jain S. Household out-of-pocket medical and dental expenses among residents of modinagar city: a cross-sectional questionnaire study. J Indian Assoc Public Health Dent 2015; 13(3): 264-74. doi:10.4103/2319-5932.165254.
16) Roncalli AG, Tsakos G, Sheiham A, Souza GC, Watt RG. Social determinants of dental treatment needs in Brazilian adults. BMC Public Health 2014; 14(1): 1097-104. doi: 10.1186/1471-2458-14-1097
17) Hajek A, Bock JO, Brenner H, Saum KU, Matschinger H, Haefeli WE, et al. Which factors affect out-ofpocket payments for health care services among elderly Germans? results of a longitudinal study. Gesundheitswesen 2015; 1(1): 51-64.
18) Sanwald A, Theurl E. Out-of-pocket payments in the Austrian healthcare system - a distributional analysis. Int J Equity Health 2015; 14(1): 94-105. doi: 10.1186/s12939-015-0230-7.
19) Ghaderi H, Jamshidi R, Ghorbani A. Estimation of dental services demand function of family in Sabzevar, Iran, in the Urban Area: 2007. Journal of Health Administration 2010; 13(40): 7-12. [Persian]
20) Beagledobe R. Health systems: finding new strengths. In: WHO, Editor. The world health report 2004. Geneva: World Health Organization; 2004. P: 57-69.
21) Lee J. A grounded theory: integration and internalization in ERP adoption and use. Unpublished Doctoral Dissertation: The University of Nebraska; 2001: 1-24.
22) Pandit NR. The creation of theory: a recent application of the grounded theory method. TQR 1996; 2(4): 1-15. doi: 10.46743/2160-3715/1996. 2054.
23) Strauss A, Corbin J, Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. 2nd ed. Sage publications; 12(3): 314-317.
24) Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Available from URL: https://psycnet.apa.org/record/2006-03883-000. Last access: nov 3, 2021.
25) Habibpor K. Comprehensive guide to the use of survey research (quantitative analysis). 4th ed. Tehran: Motefakeran publitioning; 2011: 314-22. [Persian]
26) Arkkelin D. Using SPSS to understand research and data analysis. Available from URL: https://scholar.valpo.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://scholar.google.com/&httpsredir=1&article=1000&context=psych_oer. Last access: nov 3, 2021.
27) Daly B, Batchelor P, Treasure E, Watt R. Essential dental public health: OUP Oxford; 2013.
28) Kameli S, Mehdipour A, Montazeri Hedeshi R, Nourelahi M. Evaluation of parental knowledge, attitudes and practices in preschool children on importance of primary teeth and some related factors among subjects attending semnan university of medical sciences dental clinic. Koomesh 2017: 19(1): 191-8. [Persian]
29) Bahadori M, Babaei M, Mehrabian F. Prioritization of factors influencing job motivation in employees of a military center using analytical hierarchy process (AHP). Journal Mil Med 2013; 14(4): 237-44. [Persian]
30) Taghipoor Zahir A. The association between patient-centered hidden curriculum and medical students communication skills. Iranian Journal of Medical Education 2014; 13(11): 920-30.
31) Zaboli R, Khorashadi Zadeh M. Effective factors

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

on the technical quality of dental services in army 600 dental care centre using fuzzy analytical hierarchy process. J Mil Med 2018; 20(3): 274-80. [Persian]
32) Jalalvandi M, Sohrabi MR, Jamali A, Taghipoor A. Pivotal patient relationship in hidden curriculum with communication skills of medical students. Iranian Journal of Medical Education 2014; 13(11): 920-30. [Persian]
33) Montazeri R, Sadeghi F, Heidari A. Parental assessment of access and barriers to access to oral and dental health services in children referring to dentistry centers in Tehran City, 2018, (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019; 13(7): 42-52. [Persian]
34) Eslamipour F, Heydari K, Ghayor M, Mousavizadeh L. Access to dental care and its barriers in 6–14-year-old children reported by their parents in Isfahan. J Isfahan Dent Sch 2015; 11(3): 206-15. [Persian]
35) Berakyan Y, Matin F, Asayesh H, Montazary R. Investigation of barriers of access to children's oral and dental health services from the point of view of mothers referring to health centers of Qom City, 2016 (Iran). Qom Univ Med Sci J 2017; 11(5): 127-35. [Persian]
36) Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives on access to dental care issues for head start children in Ohio. Am J Public Health 2005; 95(8): 1352-59.
37) Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. Oral Health Dent Manag 2012; 11(4): 189-98. [Persian]
38) Anderson R, Treasure ET, Whitehouse NH. Oral health systems in Europe. part I: finance and entitlement to care. Community Dent Health 1998; 15(3): 145-9.
39) Mohebi S, Ramezani A, Matlabi M, Mohammadpour L, Noor NSh A, Hosseini E. The survey of oral-dental health of grade 3 students of Gonabad primary schools in 2007. Horizon Med Sci 2009; 14(4): 69-76. [Persian]
40) Tickle M. Revolution in the provision of dental services in the UK. Community Dent Oral Epidemiol 2012; 40(2): 110-6. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00729.x.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]

Research Article

A Proposed Model for Dental Services Management in Iran

Hassan Shahsavaran [1], Kamran Hajinabi [2*], Behzad Houshmand [3], Mahmoud Mahmoudi Majdabadi Farahani [4]

[1] Ph.D. student of Health Services Management, School of Medical Sciences and Technologies, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Health Services Management, School of Medical Sciences and Technologies, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Professor, Department of Periodontics, Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Professor, Department of Health Services Management, School of Medical Sciences and Technologies, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Kamran Hajinabi
hajinabi@srbiau.ac.ir

Citation: Shahsavaran H, Hajinabi K, Houshmand B, Mahmoudi Majdabadi Farahani M. A Proposed Model for Dental Services Management in Iran. Manage Strat Health Syst 2021; 6(3): 188-202.

Received: July 01, 2021
Revised: October 30, 2021
Accepted: November 03, 2021

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Oral health is an integral part of general health and one of the necessities of a good life. Having a healthy mouth and teeth requires individual care, the development and implementation of community-based intervention programs, and professional care. The purpose of this study was to design a model for the management of dental services in Iran.

Methods: This was an applied research in terms of purpose, descriptive in terms of implementation method, and a survey research in terms of descriptive typology. The statistical population included dental experts. To conduct the study among policy makers, planners, managers, university professors and the staff of the dental services, dental experts were chosen using purposive non-probability sampling for in-depth interviews based on grounded theory method to collect indicators of dental services management for providing a suitable selection model. To reach theoretical saturation, the text of the interviews was analyzed, phrase by phrase and sentence by sentence, through constant comparative analysis. For analysis, the grounded theory method was used, and the collected data were coded in 3 steps. In order to assess the validity of the research regarding interviews, the participants' feedback and the opinions of colleagues were used. To ensure the reliability of the interviews, 2 methods of test-retest and double coding were used. In this study, Delphi method was used in designing the model.

Results: According to the obtained model, 29 factors were effective in managing dental services. The obtained indicators were included in the Delphi survey. During the Delphi stages, consensus was reached on 29 indicators which were classified into 5 dimensions (components) including planning, organizing, mobilizing of resources and facilities, guiding, monitoring and controlling.

Conclusion: The results of the study showed that a 5-component model is suitable for the management of dental services in Iran, and health planners and policy makers can use it to improve the delivery of dental services.

Keywords: Management model, design, dental services, Iran

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-16]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1400.6.3.1.3]
[DOI: 10.18502/mshsj.v6i3.8036]