

مدل سازی استراتژی های توانمندسازی افراد در نظام بیمه درمان مبتنی بر روش نگاشت شناختی زی نامبر

مصطفی ایزدی^۱ / رسول نورالسنا^۲ / حمیدرضا ایزدبخش^۳

چکیده

مقدمه: کارایی و اثربخشی نظام های سلامت و میزان پوشش بیمه های درمانی بعنوان یکی از مولفه های اصلی در توسعه یافتگی کشورها قلمداد می شود. توانمندسازی افراد در نظام سلامت بعنوان یکی از راهکارهای موثر و کارآمد از سوی سازمان بهداشت جهانی معرفی شده است. هدف از این پژوهش مدل سازی راهبرد های موثر بر توانمندسازی افراد در نظام بیمه درمان کشور ایران است.

روش پژوهش: این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ روش توصیفی- تحلیلی است و از نظر ابزار جز تحقیقات کیفی می باشد. در این پژوهش با استفاده از دانش ضمنی خبرگان و روش تحلیل محتوی روابط علی میان استراتژی های موثر بر توانمندسازی افراد/ بیمه شدگان در نظام بیمه درمان مشخص شد. بمنظور پوشش ابهام و عدم اطمینان در اظهارات خبرگان، از روش توسعه یافته نگاشت شناختی زی نامبر برای مدل سازی استفاده شده است. نرم افزارهای Pajek و FCMapper برای ترسیم و تعیین میزان اهمیت شاخص ها و رتبه بندی آنها مورد استفاده قرار گرفته شده است.

یافته ها: بر اساس شاخص های تاثیرگذاری، تاثیرپذیری و مرکزیت، استراتژی های موثر بر توانمندسازی افراد در نظام بیمه درمان مورد ارزیابی قرار گرفتند. استراتژی ظرفیت سازمان محلی با امتیاز ۲/۶۲ بالاترین شاخص تاثیرگذاری، استراتژی صیانت از حقوق با امتیاز ۲/۶۷ بالاترین شاخص تاثیرپذیری و استراتژی مشارکت جویی با امتیاز ۴/۹۱ بالاترین شاخص مرکزیت را بدست آوردند.

نتیجه گیری: پیاده سازی رویکرد توانمندسازی افراد در سازمان بیمه سلامت ایران دارای ابعاد مختلفی در میان استراتژی موثر بر آن است که مدل سازی ارتباطات علی میان آنها نقش موثری در اجرای صحیح این رویکرد می تواند ایفا نماید.

کلید واژه ها: نظام سلامت، بیمه درمان، توانمندسازی بیمه شدگان، استراتژی، نگاشت شناختی زی نامبر.

۱- دانشجوی دکتری مهندسی صنایع، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲- استاد، گروه مهندسی صنایع، دانشگاه علم و صنعت، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: rassoul@iust.ac.ir
۳- استادیار، گروه مهندسی صنایع، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

کشورهای منطقه که هزینه کرد کمتری را دارند، وضعیت نامناسب تری در حوزه سلامت را دارد [۳]. پاسخ سازمان بهداشت جهانی به چنین شرایطی طراحی استراتژی کلی برای خدمات سلامت فرد محور است که تمرکز آن بر نیازهای سلامت، انتظارات افراد و انجمن‌ها بجای تمرکز بر بیماری یا درمان است. این رویکرد، مفهوم رویکرد بیمارمحور را به افراد، خانواده‌ها، انجمن‌ها و جامعه تسری داده و بر سلامت افراد جامعه و نقش کلیدی آنها در شکل‌دهی سیاست‌ها و خدمات تاکید دارد [۲]. در این میان استفاده از رویکرد توانمندسازی بعنوان یکی از اقدامات موثر در ارتقا شاخص‌های سلامتی و افزایش کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. با توجه به اهمیت و جایگاه سلامت و توجه به آن بعنوان یکی از ملاک‌های توسعه یافتگی کشور، لزوم برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری ملموس‌تر و توجه به نقش مردم بعنوان دریافت کنندگان خدمات سلامتی حائز اهمیت است. بنابراین به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در این عرصه، شناسایی و تعیین استراتژی‌های موثر و متغیرهای تأثیرگذار بر توانمندسازی مردم در نظام سلامت و بیمه‌های درمانی می‌تواند فراروی محققان این حوزه‌ها قرار بگیرد. مطالعات توانمندسازی در رشته‌های مختلف براساس این گزاره استوار است که برای بهبود کیفیت زندگی آنها چه در محیط کار و چه در خانه، باید بتوانند نسبت به ایجاد تغییراتی، نه تنها در رفتار شخصی، بلکه در محیط اجتماعی خود اقدام کنند، این تغییرات شامل موقعیت‌ها و سازمان‌های موثر بر زندگی آنها نیز می‌شود. به این ترتیب، توانمندسازی یک ساختار ارتباطی است (به عنوان مثال در مشاوره پزشکی - بیمار) که با مفاهیم قدرت، حقوق، عدالت و کنترل موقعیت‌ها همراه است، و به این ترتیب یک ظرفیت برای حل مشکلات و به دست آوردن سهم عادلانه از منابع را نشان می‌دهد [۴]. ادبیات تحقیقاتی گسترده بین رشته‌ای در مورد مفهوم توانمندسازی وجود دارد که منعکس کننده معانی متعدد آن است. به عنوان نمونه می‌توان به پژوهش‌های ذیل اشاره کرد: مفهوم

امروزه موضوع سلامت از اولویت‌های اصلی زندگی افراد بوده و حفظ و گسترش آن برای رفاه اجتماعی و توسعه پایدار، امری حیاتی است. سلامت را می‌توان از سه رویکرد پزشکی، برنامه‌ریزی بهداشتی و توسعه اجتماعی مورد بررسی قرار داد: [۱] رویکرد نخست همان رویکرد پزشکی است که سلامت بعنوان نبود بیماری تعریف می‌شود و مشارکت مردم بعنوان اجرای آنچه پزشک تجویز کرده، دیده می‌شود. رویکرد دوم برنامه‌ریزی بهداشتی است و سلامت مطابق با تعریف سازمان بهداشت جهانی نه تنها نبود بیماری، بلکه رفاه جسمی، روانی و اجتماعی افراد است. در این حالت مردم برای دریافت یک خدمت بهداشتی و درمانی از طریق پرداخت پول، تجهیزات یا نیروی انسانی مشارکت می‌کنند. رویکرد سوم که توسعه اجتماعی است، سلامت بعنوان شرایط انسانی تعریف می‌شود. در این رویکرد مردم در تصمیم‌گیری و پاسخگویی برنامه‌های بهداشتی و درمانی بصورت فعال درگیر می‌شوند. از این منظر رویکرد سوم را می‌توان رویکردی همه‌جانبه نسبت به سلامت در نظر گرفت که تنها به جنبه‌های درمانی آن نپرداخته بلکه حوزه بسیار وسیع‌تری را شامل می‌گردد. این رویکرد همچنین بر سلامت افراد جامعه و نقش کلیدی آنها در شکل‌دهی سیاست‌ها و خدمات تاکید دارد [۲]. امروزه موانع متعددی بر سر راه نیل به سلامت همگانی در جوامع وجود دارد؛ محدودیت منابع، ناپیوستگی خدمات سلامت و محور نبودن فرد، از جمله این موانع هستند. علاوه بر این موارد، عواملی چون تغییر هرم سنی جمعیت، افزایش امید به زندگی، تغییر الگوهای درمانی، افزایش هزینه‌های درمان و طولانی شدن دوره آن، کیفیت نامطلوب درمان و خطاهای پزشکی، محدودیت‌های دسترسی به خدمات درمانی و نوسانات اقتصادی، باعث تشدید عدم رضایت کلیه دست‌اندرکاران نظام سلامت است. کشور ایران با وجود هزینه کرد بیش از ۸ درصد از تولید ناخالص داخلی و اختصاص سهم بالای از بودجه عمومی دولت به بخش سلامت، در مقایسه با

روش پژوهش

اکثر پژوهش‌های علمی را می‌توان بر اساس هدف، ماهیت و روش تقسیم‌بندی نمود. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش، توصیفی و تحلیلی است از طرفی چون در آن دنبال شناسایی روابط علی میان استراتژی‌های موثر در توانمندسازی افراد در نظام سلامت هستیم بنوعی اکتشافی نیز محسوب می‌شود. این پژوهش هم‌چنین بر مبنای نتیجه توسعه ای است که هدف اصلی آن استفاده از فرمول و الگوها در جهت حل مسائل و مشکلات سازمان‌ها است. شکل ۱ مراحل پژوهش حاضر را به تصویر کشیده است. (شکل ۱)

در این پژوهش پس از مطالعه عمیق ادبیات موضوع و مصاحبه با خبرگان نظام سلامت کشور به کمک روش تحلیل محتوا، عوامل موثر بر توانمندسازی افراد در نظام بیمه درمان شناسایی و استخراج شدند و متناسب با آنها استراتژی‌های شش گانه‌ای تعیین شده‌اند، سپس بمنظور بررسی روابط علی و هم‌چنین شدت ارتباط میان استراتژی‌ها از روش نگاشت شناختی زی نامبر استفاده شده است. برای ترسیم مدل علی استراتژی‌ها از نرم‌افزار Pajek و بمنظور تعیین شاخص‌های تاثیرپذیری و تاثیرگذاری و مرکزیت از نرم‌افزار FCMapper استفاده شده است. شایان ذکر است خبرگان این پژوهش با استفاده از روش غیراحتمالی نمونه‌گیری قضاوتی هدفمند، از میان مدیران، کارشناسان و خبرگان نظام بیمه سلامت و سیاست‌گذاران مرتبط و به تعداد ۱۵ نفر انتخاب شدند. نگاشت‌های ادراکی برای اولین بار توسط رابرت اکسلراد، دانشمند علوم سیاسی، در دهه ۱۹۷۰ پیشنهاد و به کار گرفته شد [۱۷]. نگاشت‌های ادراکی یک گراف جهت‌دار است که برای نشان دادن نظرات یک فرد با توجه به یک دامنه‌ی خاص طراحی شده است و برای تجزیه و تحلیل تأثیرات گزینه‌های مختلف، به طور مثال سیاست‌ها یا تصمیمات تجاری به منظور دستیابی به هدف‌هایی خاص، به کار برده می‌شود. نگاشت‌های ادراکی بازنمایی ارتباطات علی میان چند شی یا مفهوم است که در برگزیده نظرات خبرگان در

توانمندسازی در مدیریت تجاری و اقتصاد [۵]، توسعه بین‌المللی [۶]، روانشناسی [۷]، جامعه‌شناسی [۸]، پزشکی [۹]، پرستاری [۱۰]، کار اجتماعی [۱۱] و توانبخشی به بیماران و کم‌توانان [۱۲]. توانمندسازی را می‌توان فرایندی برای رفع عدم تعادل قدرت بین مردم نیز دانست [۱۳]. توانمندسازی در سال ۱۹۸۶ توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یک ابتکار اساسی برای پرداختن به نابرابری بهداشت جهانی پذیرفته شد [۱۴-۱۵]. تاکنون رویکردها و استراتژی‌های متعددی بمنظور توانمندسازی افراد در جامعه اتخاذ شده‌اند که می‌توان آنها را در شش استراتژی کلی (۱) اطلاع‌رسانی و آموزش؛ (۲) وکالت؛ (۳) پاسخ‌گویی؛ (۴) توانمندسازی مالی (از دو منظر افزایش و کنترل منابع مالی)؛ (۵) ظرفیت‌سازمانی و محلی؛ (۶) مشارکت خلاصه نمود [۱۶]. این رویکردها در بیش از ۱۰۰ کشور جهان بکارگرفته شده و توانسته‌اند بهبودهای بسیاری را در توانمندسازی افراد در این کشورها ایجاد نمایند. با توجه به اهمیت توانمندسازی افراد، لزوم برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری به منظور ارتقا آن حائز اهمیت به نظر می‌رسد. به منظور برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در این عرصه، شناسایی و تعیین متغیرهای موثر بر توانمندسازی افراد و شناسایی روابط علی در هر یک از آنها حائز اهمیت است که بعنوان خلا مطالعاتی این حوزه مشهود است. در این پژوهش اولاً به دنبال یافتن چگونگی ارتباط بین عوامل و استراتژی‌های موثر بر توانمندسازی بیمه‌شدگان هستیم؛ ثانیاً یافتن تاثیرگذارترین، تاثیرپذیرترین و مرکزیت‌ترین استراتژی‌ها؛ ثالثاً به دنبال رتبه‌بندی استراتژی‌ها در مقایسه با هم از نظر درجه تاثیرگذاری، تاثیرپذیری و مرکزیت هستیم. از آنجایی که مدل استفاده شده در این پژوهش خبره محور است بمنظور پوشش ابهام و عدم اطمینان در اظهارات خبرگان از تلفیق رویکرد زی نامبر با نگاشت شناختی بهره‌گیری شده است. در ادامه این مقاله ضمن بررسی روش‌شناسی پژوهش، روش نگاشت‌شناختی، رویکرد زی نامبر و مدل نگاشت‌شناختی زی نامبر پیشنهاد شده در این پژوهش تشریح شده است.

مورد یک واقعیت ذهنی است تا یک واقعیت عینی. رابرت اکسلرادر از ترکیبات علامت‌دار استفاده نموده و اثرات عوامل گوناگون مانند سیاست‌ها، تصمیمات کسب و کار و غیره را بر اهداف خاص مورد تحلیل قرار داده است. نگاشت ادراکی حاوی ۲ عنصر اصلی گره (مفهوم) و یال (ارتباط) است. گره‌ها، مفاهیم متغیر (مانند عدم ثبات اجتماعی، نه مثل جامعه) و یال‌ها پیوندهای علی هستند. لذا مفاهیم تحت عنوان متغیرها و ارتباطات علی به عنوان روابط میان متغیرها بازنمایی می‌شوند. ارتباطات علی، متغیرها را به هم متصل نموده و می‌تواند مثبت و یا منفی باشد [۱۸]. نقشه شناختی فازای ابزار فراگیری برای مدل‌سازی پویای سیستم‌های پشتیبانی از تصمیم است. این نقشه‌ها می‌توانند هم بر مبنای دانش خبرگان و هم بر مبنای داده‌های تاریخی شکل گیرند. نقشه‌های شناختی ساخته شده توسط داده‌ها نسبت به نقشه‌های شناختی ساخته شده بر مبنای دانش خبرگان، اعتبار بیشتری دارند [۱۹]. در یک نقشه ساختاری، روابط به صورت منطقی با اتصال مفاهیم از طریق ارتباطات معنایی یا سایر معانی مرتبط تعریف می‌شوند. بازنمایی شناخت به وسیله نقشه‌های ساختاری، ریشه در روان‌شناسی بر ساخت گرایانه دارد و معتقد است افراد در تعامل با یکدیگر و از طریق بازنمایی‌های درونی که به تفسیر و معنابخشی به محرک‌ها و تجربه‌های محیطی آنها کمک می‌کند، آگاهی و معرفت می‌بخشد [۲۰]. همانند نقشه‌های شناختی در نقشه‌های شناختی فازای خطوط واصل، نشان‌دهنده روابط علی میان مفاهیم است افزون بر این، در نقشه‌های شناختی فازای وزن و کیفیت، روابط میان مفاهیم نیز به صورت یک عدد فازای و در دامنه $[-1, +1]$ بیان می‌شوند [۲۱-۲۲]. نقشه‌های شناختی فازای دربرگیرنده تعدادی مفهوم است که به واسطه تعریف روابط علی میان آن مفاهیم، نحوه تأثیرگذاری عناصر مربوط به یک پدیده را بر یکدیگر نمایش می‌دهند. نقشه شناختی فازای، همانند سایر نقشه‌های شناختی از تئوری گراف نشئت گرفته است نقشه

شناختی فازای شامل گره‌ها یا مفاهیم C_i و روابط e_{ij} بین مفهوم C_i و مفهوم C_j است. در ادبیات نقشه‌های شناختی فازای، یک نقشه علاوه بر بیان شماتیک، به صورت ریاضی و ماتریسی نیز نشان داده می‌شود که این ماتریس با عنوان ماتریس همجواری یا مجاورت شناخته می‌شود.

مفهوم زی نامبر که در سال ۲۰۱۱ توسط آقای زاده ارائه شده است، نمونه تکامل یافته روش فازای است [۲۳]. در این روش متغیرها بصورت زبانی و بازه‌های فازای تعریف می‌گردند. در روش زی نامبر از طبیعت امکانی و احتمالاتی متغیرهای غیر قطعی استفاده می‌شود. این امر باعث مدل‌سازی دقیق تر متغیرها می‌گردد. در روش زی نامبر برای هر متغیر دو مجموعه فازای تعریف می‌گردد. یکی از مجموعه‌ها مربوط به مقدار متغیر و دیگری در رابطه با احتمال آن است. در نهایت متغیر زی نامبر بصورت $Z=(A,R)$ نشان داده می‌شود که A مجموعه فازای مربوط به مقدار و R مجموعه فازای مربوط به احتمال می‌باشد [۲۳]. در چند دهه گذشته، مجموعه کلاسیک فازای به شدت در زمینه‌هایی مانند کنترل فازای، تصمیم‌گیری فازای و بسیاری از فواید حاصله از آن مورد استفاده قرار گرفته است. اما مشکل این است که اطمینان از اطلاعات ارائه شده است به خوبی در نظر گرفته نمی‌شود. در مقایسه با اعداد فازای کلاسیک، اعداد Z توانایی بیشتری برای توصیف دانش انسان دارد و می‌تواند بخوبی عدم اطمینان‌ها در اظهارات انسان را پوشش دهد.

تعریف ۱: اعداد Z تعدادی زوج مرتب از اعداد فازای (A,R) است که A ارزش‌های فازای و R میزان اطمینانی است که از جزء اول وجود دارد [۲۳]. (شکل ۲)

تعریف ۲: فرض کنید $\tilde{A} = (a_1, a_2, a_3)$ و $\tilde{R} = (b_1, b_2, b_3)$ اعداد فازای مثلی هستند برای محاسبه میانگین و ادغام اعداد مثلی فوق از فرمول‌های زیر استفاده می‌گردد [۲۴]:

$$P(\tilde{A}) = \frac{1}{6} (a_1 + 4 \times a_2 + a_3) \quad (1)$$

لحاظ شده است. بمنظور پوشش ماهیت ابهام و عدم اطمینانی که در اظهار نظر هریک از خبرگان وجود دارد از رویکرد زی نامبر استفاده شده است و بمنظور ساده‌سازی محاسبات، میزان اهمیت عوامل شناسایی شده توسط خبرگان که بصورت اعداد زی نامبر مطرح شده‌اند را به اعداد قطعی تبدیل کرده و سپس امتیاز تک تک عوامل مطرح شده توسط خبرگان محاسبه می‌شوند. با در نظر گرفتن درجه اهمیتی که برای اظهار نظر هریک از خبرگان قائل می‌شویم، عواملی که بالاترین امتیاز را کسب نماید بعنوان عوامل موثر بر موضوع انتخاب می‌شوند.

مرحله ۳ ترسیم نقشه‌های شناختی فردی: در این گام، تعداد زیادی سوال "چه می‌شود، اگر متغیر X رخ دهد" پرسیده می‌شود. یکی از متغیرها را در نظر گرفته و با استفاده از نظر خبرگان، اثر این متغیر / مفهوم بر سایر متغیرها نشان داده می‌شود. این کار برای تمامی متغیرهای شناسایی شده در گام قبلی تکرار می‌شود تا جایی که قدرت یا وزن روابط علی و معلولی میان تمامی متغیرها از نظر هر خبره شناسایی شود. با توجه به اینکه اکثر مسائل در دنیای واقعی در فضای عدم اطمینان و ابهام قرار دارند اظهار نظر صریح درخصوص میزان ارتباط بین عوامل امکان پذیر نیست بدین منظور با بهره‌گیری از مفهوم زی نامبر و در قالب متغیرهای کلامی، هریک از خبرگان ارتباط مابین مفاهیم را از منظر خودشان بیان می‌کنند. در این صورت به تعداد خبرگان دخیل در موضوع، ماتریس مجاورت منحصر بفردی تشکیل می‌شود.

مرحله ۴ تبدیل ماتریس مجاورت به اعداد قطعی: بدلیل پیچیدگی‌های محاسباتی که استفاده از رویکرد زی نامبر به‌مراه دارد در این مرحله هریک از ماتریس‌های مجاورت بدست آمده در مرحله قبل، بحالت قطعی تبدیل می‌شوند. بدین منظور می‌توان از روابط (۱-۳) مرتبط با قطعی سازی اعداد زی نامبر استفاده کرد. نتایج حاصله از این روش مقادیر درایه‌ها در ماتریس‌های مجاورت را در بازه (۰ و ۱) قرار می‌دهد.

j با گره $i =$ میزان ارتباط بین گره e_{ij}

$$P(\tilde{R}) = \frac{1}{6} (b_1 + 4 \times b_2 + b_3) \quad (2)$$

نمایشی متعارف از عمل ترکیب در اعداد فازی مثلثی A و R بصورت زیر است [۲۵].

$$P(\tilde{A} * \tilde{R}) = P(\tilde{A}) \times P(\tilde{R}) = \frac{1}{6}(a_1 + 4 \times a_2 + a_3) \times \frac{1}{6}(b_1 + 4 \times b_2 + b_3) \quad (3)$$

روش نگاشت شناختی زی نامبر: این روش که توسعه یافته روش نگاشت شناختی فازی است برای زمانی که تعداد متغیرهای مسئله مورد بررسی نسبتاً کم باشد به نحوی که خبرگان قادر به تشخیص نحوه ارتباط بین متغیرها باشند کاربرد دارد. تعداد متغیرها با توجه به ماهیت مسائل و از طرفی توانایی هر خبره می‌تواند متفاوت باشد لیکن به طور معمول زمانی که تعداد متغیرها زیر ۱۰ مورد باشد تشخیص ارتباطات علی برای خبرگان راحت‌تر و امکان پذیرتر است و هرچقدر تعداد متغیرها بالاتر رود این تشخیص مشکل‌تر می‌شود. روش پیشنهادی دارای گام‌های به شرح ذیل می‌باشد:

مرحله ۱ شناسایی متغیرهای موثر بر موضوع: این گام اولین و مهمترین گام در مطالعات مرتبط با شناسایی روابط علی می‌باشد. در این گام متغیرها/ مفاهیم یا عوامل مؤثر بر موضوع مورد مطالعه، شناسایی می‌شوند. این متغیرها نقش گره‌ها در نقشه‌های شناختی را ایفا می‌کند و می‌تواند شامل موضوعات واقعی یا انتزاعی باشند. شناسایی متغیرها می‌تواند با استفاده از روش‌های پرسشنامه، مصاحبه عمیق، تحلیل متون نوشتاری، داده‌های کمی و فنون نفوذ بر ذهن ناخودآگاه در کنار فنونی برای پایش استراتژیک هم‌چون برگزاری جلسات دلفی، پانل خبرگان یا پیمایش محیطی انجام شود. در این گام خبرگان متغیرهای مدنظرشان را مطرح و میزان اهمیت هریک را در قالب متغیرهای زبانی و با استفاده از رویکرد زی نامبر بیان می‌کنند.

مرحله ۲ انتخاب متغیرهای موثر بر موضوع: با عنایت به این که در مسائل مختلف اظهار نظرات خبرگان از درجه اهمیتی یکسانی برخوردار نیستند، در روش پیشنهادی این مورد لحاظ شده و برای اظهار نظر خبرگان موثر بر موضوع درجه اهمیت متفاوتی

استراتژی‌های اصلی توانمندسازی برای خبرگان امکان‌پذیر است. با توجه به بررسی ادبیات موضوعی و برای روش‌های دلفی و مصاحبه با تک تک خبرگان، متغیرهای موثر بر موضوع شناسایی و سپس محور اصلی آن بعنوان استراتژی‌های کلی توانمندسازی انتخاب شدند. بعد از این انتخاب می‌بایست نسبت به ترسیم نقشه‌های شناختی هر یک از خبرگان بصورت مجرا اقدام شود، این کار از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با هر یک از خبرگان انجام شد. بدین صورت که هر یک از استراتژی‌ها را بصورت تک به تک در نظر گرفته و سعی می‌شود اثر این استراتژی (متغیر / مفهوم) بر سایرین کشف شود. این کار برای تمامی متغیرهای شناسایی شده در گام قبلی تکرار می‌شود تا جایی که قدرت یا وزن روابط علی و معلولی میان تمامی متغیرها از نظر هر خبره شناسایی شود. با توجه به اینکه اکثر مسائل در دنیای واقعی در فضای عدم اطمینان و ابهام قرار دارند اظهار نظر صریح درخصوص میزان ارتباط بین عوامل امکان‌پذیر نیست. بدین منظور با بهره‌گیری از مفهوم زی نامبر و در قالب متغیرهای کلامی؛ هر یک از خبرگان ارتباط مابین مفاهیم را از منظر خودشان بیان می‌کنند. در این صورت به تعداد خبرگان دخیل در موضوع، ماتریس مجاورت منحصر بفردی تشکیل می‌شود رابطه (۴). در جدول (۱) ماتریس مجاورت که اظهار نظر خبره شماره یک می‌باشد بعنوان نمونه مشخص شده است. در ادامه بدلیل پیچیدگی‌های محاسباتی که استفاده از رویکرد زی نامبر به‌مراه دارد هر یک از ماتریس‌های مجاورت بدست آمده در مرحله قبل را بحالت قطعی تبدیل می‌کنیم. در مسئله مورد بررسی، به تعداد خبرگان، یعنی ۱۵ ماتریس مجاورت داریم. بدین منظور با در نظر گرفتن متغیرهای کلامی بصورت اعداد مثلثی ابتدا هر یک از درایه‌ها را از حالت متغیر زبانی به اعداد فازی مثلثی تبدیل کرده و سپس با استفاده از روابط مربوطه تقریب مناسبی از هر یک از درایه‌ها در تمامی پانزده ماتریس مجاورت بدست می‌آوریم. نتایج حاصله از این روش مقادیر درایه‌ها در ماتریس‌های مجاورت

$$0 \leq e_{ij} \leq 1 \quad ; \quad i, j = 1, 2, \dots, n$$

$$\text{Expert}^k = E^k = \begin{bmatrix} e_{11}^k & \dots & e_{1n}^k \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ e_{n1}^k & \dots & e_{nn}^k \end{bmatrix} \quad (۴)$$

مرحله ۵ تجمیع و نهایی نمودن نقشه‌های شناختی: در این مرحله باتوجه به ماتریس‌های مجاورت فردی بدست آمده هر یک از خبرگان می‌بایست تجمیع نقشه‌های شناختی صورت پذیرد. بدین منظور با در نظر گرفتن میزان وزن نظرات هر یک از خبرگان و استفاده از روش میانگین وزنی، ماتریس تجمیع شده بدست می‌آید. ماتریس حاصله نشان دهنده میزان ارتباط بین عوامل موثر بر موضوع مورد مطالعه یا همان وزن یال‌ها در نقشه‌های شناختی هستند. در ادامه با استفاده از خرد جمعی خبرگان، ارتباطات ضعیف فی مابین متغیرها حذف می‌شوند. بدین منظور حد کمینه‌ای با استفاده از خرد جمعی خبرگان مشخص می‌شود. این حد کمینه با توجه به وزن‌های بدست آمده فی مابین متغیرها در مسائل مختلف می‌تواند متفاوت باشد. در صورتی که وزن یال‌های بین متغیرها زیر حد کمینه باشد آنرا بعنوان ارتباط ضعیف در نظر گرفته و از ماتریس حذف می‌شود. خبرگان می‌بایست در ادامه جهت ارتباطات علی را مشخص کنند، این ارتباط می‌تواند بصورت مثبت یا منفی لحاظ شود.

مرحله ۶ ترسیم گراف نقشه شناختی نهایی: بعد از بدست آوردن ماتریس ارتباطات نهایی می‌توان با استفاده از نرم افزارهای موجود برای ترسیم گراف شبکه از قبیل FCMapper و Pajek گراف مدل را ترسیم کرد.

یافته‌ها

در این پژوهش با توجه به مصاحبه باز و ساختار یافته با خبرگان و از طرفی ادبیات موضوعی، استراتژی‌های اصلی و یا محورهای اصلی توانمندسازی بیمه شدگان در شش محور تعیین شدند که با توجه به ماهیت مسئله و از طرفی توانایی هر یک از خبرگان، امکان‌پذیری تشخیص و تعیین چگونگی ارتباطات علی

سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان بزرگترین شرکت بیمه درمان دولتی کشور است. با در نظر گرفتن معیار مرکزیت مشخص شد که راهبردهای مشارکت جویی بیمه شدگان با امتیاز ۴/۹۱، ظرفیت سازمانی و محلی با امتیاز ۴/۷۷، صیانت از حقوق بیمه شدگان با امتیاز ۴/۶۳، پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمات با امتیاز ۴/۰۷، اطلاع رسانی و آموزش با امتیاز ۳/۹۹ و حفاظت مالی از بیمه شدگان با امتیاز ۲/۷۹ به ترتیب دارای بالاترین اولویت می باشند. در مطالعه حاضر سعی شده است تا از دانش ضمنی خبرگان سازمان بیمه سلامت استفاده شود. با توجه به رویکرد خبره محور در این پژوهش، ممکن است نوعی از ابهام و عدم اطمینان در اظهار نظرات خبرگان وجود داشته باشد که برای رفع این نقیصه از متغیرهای کلامی (طیف پنجگانه خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد)، روابط فازی و رویکرد زی نامبر استفاده شده است. با استفاده از یافته های پژوهش ارتباطات علی میان استراتژی ها مشخص شده است و همچنین وضعیت هر کدام از استراتژی ها با استفاده از شاخص های تاثیر پذیری، تاثیرگذاری و مرکزیت مشخص شده است.

منظور از توانمندسازی فرایندی است که از طریق آن فرد مشکلات خود را شناسایی می کند، تصمیمات آگاهانه در خصوص مدیریت بیماری اتخاذ خواهد کرد، اهداف منطقی و راه های مناسب برای دستیابی به اهداف را در نظر می گیرد و با چالش های بیماری کنار می آید [۲۶-۲۷]. توانمندسازی فرایندی پویا، مثبت، تعاملی و اجتماعی است که در ارتباط با دیگران شکل گرفته و به بهبود زندگی بهتر منجر خواهد شد. به همین دلیل در سال های اخیر این مفهوم بعنوان ضرورت در پژوهش های نظام سلامت مطرح شده است [۲۸]. هنگامی که مفهوم توانمندسازی در حوزه بهداشت به کار گرفته می شود، به طرز متنوعی مورد استفاده قرار می گیرد. توانمندسازی به عنوان ستون فقرات ارتقاء سلامت مطرح شده است و همچنین به عنوان روشی برای افزایش استقلال بیمار و مشارکت در

را در بازه (۱ و ۰) قرار می دهد. بعد از مشخص شدن ارتباطات علت و معلولی میان متغیرها در گام سوم که باعث بوجود آمدن ماتریس های مجاورت به تعداد خبرگان شد در ادامه به دنبال یکپارچگی و تجمیع این ماتریس و مشخص شدن ماتریس مجاورت نهایی هستیم. با توجه به اینکه برای اظهار نظر تمامی خبرگان وزن یکسانی را لحاظ نمودیم. با استفاده از میانگین گیری، وزن ارتباطی بین متغیرها حاصل می شود جدول (۲). مدل علت و معلولی استراتژی های توانمندسازی افراد در نظام سلامت بوسیله نرم افزار Pajek و Fcmapper مورد بررسی قرار گرفته شد و بر اساس تاثیر پذیری و تاثیر گذاری گره ها بر یکدیگر مورد تحلیل قرار گرفت که یافته ها در جدول (۳) ثبت شده است. مدل علی استراتژی های توانمندسازی افراد در نظام سلامت/ بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در شکل (۳) آمده است. سیاست گذاری سلامت فرایندی نظامند و چندوجهی است که می بایست در تدوین آن به تمامی جنبه ها توجه نمود و قبل از عملیاتی نمودن آن، اثر اجرای هر استراتژی بر دیگر سیاستها مشخص شود. بر اساس نتایج مکتسبه بیشترین ارتباط بین استراتژی های صیانت از حقوق بیمه شدگان با استراتژی پاسخگویی موسسات و همچنین بین استراتژی های مشارکت جویی بیمه شدگان با ظرفیت سازمان های محلی با عدد ۰/۷۰۹ می باشد. استراتژی ظرفیت سازمانی محلی بعنوان تاثیرگذارترین و استراتژی صیانت از حقوق بیمه شدگان بعنوان تاثیرپذیرترین و از لحاظ مجموع دو شاخص تاثیرگذاری و تاثیر پذیری که همان شاخص مرکزیت می باشد استراتژی مشارکت جویی بیمه شدگان بالاترین امتیاز را کسب نمود.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش شناسایی روابط علت و معلولی میان استراتژی های موثر بر توانمندسازی بیمه شدگان در نظام سلامت و از طرفی تعیین موثرترین استراتژی ها بمنظور تخصیص بودجه در برنامه ریزی اهداف عملیاتی

مزمّن پرداختند. تبری و همکارانش [۳۵] به بررسی تاثیر توانمندسازی بر روی سالمندان مبتلا به بیماری انسداد مزمّن ریوی پرداختند. تحقیقات صورت گرفته در مورد توانمندسازی وسیع می‌باشد و از تعدادی رویکردهای نظری و روشهای متنوعی استفاده می‌کند. اما حتی با این تنوع، این ادبیات از محدودیت‌های مختلف رنج می‌برد. مهمتر از همه اینکه هیچ توافقی درباره تعریف توانمندسازی وجود ندارد و بدون درک یکپارچه، توانمندسازی همچنان مفهومی خواهد بود که استفاده از آن دشوار خواهد بود [۳۶].

هدف از استراتژی اطلاع‌رسانی و آموزش تجهیز افراد برای بهره‌گیری بهتر از فرصت‌ها، دسترسی مناسب‌تر به خدمات سلامت، بهره‌مندی از حقوق واقعی، تصمیم‌گیری‌ها و رفتارهای عاقلانه و به طور کلی ارتقاء سواد سلامت است. این استراتژی به عوامل مختلفی از قبیل، تحصیلات، توانایی شخصی، شرایط زندگی و کار، فرهنگ و زبان و جنسیت بستگی دارد [۳۷-۳۸]. پاسخگویی به معنای التزام به پاسخ دادن کلیه افراد و سازمانهای مرتبط به پرسش‌هایی درخصوص تصمیمات و اقدامات اتخاذ شده از جنبه غیر پزشکی است [۳۹]. این رویکرد این امکان را برای افراد فراهم می‌آورد که نسبت به رفتارهای ارائه‌دهندگان خدمت، سیاست‌گذاران و فعالان حوزه سلامت واکنش نشان داده و از آنها تقاضای توضیح نمایند. گزارش جهانی سلامت [۴۰]، که بصورت خاص بر تامین مالی نظام سلامت و توانمندسازی این حوزه تمرکز دارد. در این رویکرد از مکانیزم‌های مالی برای افزایش سرمایه خانواده‌ها و انجمن‌ها و یا مدیریت هزینه‌کرد آنها استفاده می‌شود. یارانه‌های موضوعی خدمات سلامت، طرح‌های ایجاد درآمد، تبادلات نقدی مبتنی بر شرایط و اعتبار خرد برخی از این مکانیزم‌ها هستند. هدف از رویکرد وکالت توانمندسازی افراد از دو منظر قانونی و اطلاعاتی بوده و افزایش قدرت افراد و گروه‌ها در پاسخگوتر و مسئولیت‌پذیرتر کردن ارائه‌دهندگان خدمت از دیگر نتایج بکارگیری آن است. این رویکرد تلاش می‌کند تا با بیان مسائل، ارائه اطلاعات و

تصمیم‌گیری‌های مربوط به سلامتی آنها مورد استفاده قرار گرفته شده است. با افزایش بیماری‌های مزمّن، از توانمندسازی به عنوان راهکاری برای اطمینان از مشارکت بیماران و مسئولیت مراقبت‌های بهداشتی خود به منظور بهبود نتایج درمانی و کنترل هزینه‌های درمانی استفاده شده است [۲۹]. برو و همکارانش [۳۰] نظریه توانمندسازی بیمار را ارائه نمودند که شامل یک رویکرد سیستماتیک از جمله دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی به عنوان یک عنصر از فرآیند توانمندسازی است. در این مدل، هر سطح از توانمندسازی به عنوان یک عامل کمک‌کننده در توانمندسازی بیمار دیده می‌شود. سطح فردی بیمار تقویت می‌کند که بیمار از حقوق برخوردار است و باید در قبال سلامتی خود مسئولیت‌پذیری را بپذیرد، در حالی که در سطح رابطه ای وجود دارد، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید با ایجاد یک رابطه مشترک از تصمیم‌گیری‌های مشترک که به احترام به حق بیمار کمک می‌کند، محیطی ایجاد کنند که از توانمندسازی بیمار پشتیبانی کند. همچنین نشان می‌دهد که توانایی ایجاد این محیط مشارکتی متکی به یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی پاسخگو است که دسترسی به مراقبت‌هایی از قبیل، برنامه نویسی خودمدیریت بیماری مزمّن، برنامه‌ریزی مراقبت شخصی و آموزش بیمار. بنابراین، سطح سیستمی با کمک به شاخص‌های مختلف توانمندسازی بیمار که باعث تقویت بیمار می‌شود، نقش مهمی در روند توانمندسازی فرد ایفا می‌کند و نتایج بالینی مانند توانایی فرد در انطباق با بیماری مزمّن، کیفیت زندگی، استقلال و وضعیت سلامتی را به همراه دارد. تاکنون مطالعات زیادی در خصوص بررسی تاثیر توانمندسازی بر روی بیماران در گروه‌های مختلف صورت پذیرفته است. کوهلر و همکارانش [۳۱] به بررسی تاثیر توانمندسازی بر روی بیماران قلبی و عرقی پرداخت. مدمولی و همکارانش [۳۲]، گومز و همکارانش [۳۳] به بررسی تاثیر توانمندسازی بر روی بیماران دیابتی پرداختند. جان و همکارانش [۳۴] به بررسی تاثیر توانمندسازی بر روی مدیریت بیماری

سازمانی محلی بمنظور حمایت طلبی از بیمه‌شدگان، پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان، حفاظت مالی از بیمه شدگان و استراتژی اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) در اولویت های بعدی قرار گرفتند. سازمان بیمه سلامت ایران بعنوان تنها سازمان بیمه گر دولتی می تواند با پر رنگ نمودن فعالیت های برون سازمانی خود و تعامل با نمایندگان مجلس، سازمان های مرتبط دولتی و خصوصی و ... نقش موثرتری را در صیانت از حقوق بیمه شدگان خود که همان بیماران و به تعبیری مشتریان نظام سلامت هستند ایفا نماید و با تقویت مشارکت جویی بیمه شدگان باعث تقویت سازمان های مردم نهاد و پاسخگوتر نمودن کلیه تامین خدمات سلامت شود. با در نظر گرفتن مجموع شاخص های تاثیرپذیری و تاثیرگذاری شاخص مرکزیت بدست می آید که استراتژی مشارکت جویی بیمه شدگان با کسب بالاترین امتیاز در اولویت اول، و استراتژی ظرفیت سازمانی محلی بمنظور حمایت طلبی از بیمه شدگان در اولویت دوم و استراتژی های صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت)، پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان، اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی)، حفاظت مالی از بیمه شدگان در اولویت های سوم تا ششم قرار گرفتند. این یافته ها موید نقش اصلی است که سازمان بهداشت جهانی در مدل فردمحور نمودن خدمات سلامت مدنظر دارد و در صورتی که مشارکت ذی نفعان اصلی که همان افراد در نظام سلامت هستند بصورت کامل تحقق پذیرد بالاترین شاخص تاثیرپذیری و تاثیرگذاری بدست می آید. مشارکت افراد در نظام سلامت زمانی اثربخش خواهد بود که از طریق تشکیل سازمان های مردم نهاد محلی بمنظور جلب مشارکت بیشتر و ساختاردهی به فعالیت های مردمی درحوزه سلامت و در راستای صیانت از حقوق اعضای خود حرکت کند. سازمان بیمه سلامت بعنوان سازمانی که خرید خدمات درمانی را از طریق انعقاد قرارداد با تامین کنندگان خدمات سلامت در تمامی حوزه های درمانی انجام می دهد می تواند تاحدودی در پاسخگوتر

راه حل های مورد نیاز محدوده انتخاب افراد را گسترش دهد و بر قدرت تصمیم گیری آنان بیفزاید [۴۱]. در رویکرد ظرفیت سازی سازمانی و محلی از طریق بسیج تشکل ها، اقدامات جمعی، جلسات گروهی، چرخش منابع دارویی مسائل مرتبط با سلامتی افراد و جامعه مدیریت شده و حل می گردد. هدف از رویکرد مشارکت، تشویق مشارکت و ارتقای سطح مشارکت کلیه بازیگران نظام سلامت در فراهم آوردن درمان عادلانه و توسعه آن به گروه های به حاشیه رانده شده است [۴۲]. عبارتی این استراتژی مشارکت افراد نتیجه عملیاتی سایر استراتژی های عنوان شده است.

بر اساس یافته های این پژوهش استراتژی ظرفیت سازمانی محلی (NGO) بمنظور حمایت طلبی از بیمه شدگان با بالاترین درجه تاثیرگذاری و استراتژی های مشارکت جویی بیمه شدگان، اطلاع رسانی و آموزش بمنظور آگاهی بخشی، پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان، صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) و استراتژی حفاظت مالی از بیمه شدگان در اولویت های سوم تا ششم در شاخص تاثیرگذاری قرار گرفتند. بر اساس این یافته ها می توان این گونه استنباط کرد که سازمان بیمه سلامت ایران در راستای استراتژی جدید سازمانی خود که همان توانمند نمودن بیمه شدگان می باشد می تواند با حمایت از سازمان های محلی و کمک به تاسیس سازمان های مردم نهاد مرتبط با گروه های مختلف بیماری، خصوصا بیماری های خاص و صعب علاج علاوه بر کمک به بهبود زندگی بیماران، با توانمند نمودن آنها در بلندمدت باعث کاهش هزینه های درمانی ایشان شود. سازمان بیمه سلامت ایران می تواند با ترغیب و اجرای برنامه های پیشگیری توسط سازمان های مردم نهاد باعث ارتقا سلامت عمومی افراد و نهایتا کاهش هزینه های درمانی و بار مالی سازمانی خود شود. با مدنظر قراردادن یافته های حاصل در شاخص تاثیرپذیری، استراتژی صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) بالاترین میزان تاثیرپذیری را داراست و استراتژی های مشارکت جویی بیمه شدگان، ظرفیت

باعث افزایش توانمندی ایشان شود. این سازمان می‌تواند دامنه فعالیت‌های خود را از یک سازمان صرفاً بیمه‌گر خارج نموده و نقش‌های اجتماعی جدیدی را برای خود تعریف نماید. سازمان بیمه سلامت ایران با تکیه بر بیمه شدگانش که بیش از نیمی از جمعیت کشور هستند، همچنین موسسات و مراکز درمانی و دفاتر پیشخوان طرف قرارداد اش می‌تواند با اجرای صحیح رویکرد توانمندسازی افراد و اولویت بندی در اجرای برنامه‌های عملیاتی متناسب با استراتژی‌های معین شده، بعنوان یک کنشگر فعال ایفای نقش نموده و در یک افق زمانی مشخص شاهد بهره‌مندی از مزایای بیشمار آن در سطح جامعه و سازمان شود.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر چالش مصاحبه‌های زمانبر با خبرگان بود که این امر برای محقق دشواری‌های ایجاد کرد. محدودیت دیگر این پژوهش این است با توجه به ماهیت کیفی روش مورد استفاده و مدل‌سازی انجام شده قابلیت تعمیم‌پذیری در تمام جوامع و کشورها را ندارد اما یافته‌های آن قابل تامل و اتکا هستند. نتایج حاصل در این پژوهش بر اساس خبرگان سازمان بیمه گر بوده است و طبیعتاً خبرگان در اظهار نظرات شان نقش و وظایف قانونی سازمان بیمه را لحاظ نمودند، لیکن در صورتی که موضوع توانمند نمودن کلیه افراد جامعه مطرح باشد نتایج این پژوهش می‌تواند تا حدودی قابل قبولی خاصیت تعمیم‌پذیری داشته باشد زیرا استراتژی‌های مدنظر قرار گرفته شده بصورت کلی و جامع هستند هر چند سوگیری اظهارات خبرگان این پژوهش در نتایج مکتسبه قابل انکار نیست.

با تکیه بر مدل ارائه شده در این پژوهش و همچنین نتایج مکتسبه می‌توان پیشنهاد‌های را برای تحقیقات پیش رو به شرح ذیل ارائه نمود؛ پیشنهاد می‌شود مولفه‌های موثر در هر یک از این استراتژی‌های توانمندسازی افراد در نظام سلامت استخراج شده و مدل‌سازی آنها با استفاده از رویکرد نگاشت‌شناختی زی‌نامبر انجام شود؛ پیشنهاد می‌شود طیف گسترده و جامعی از خبرگان را در نظر گرفت و در محدوده وسیعتر

نمودن موسسات طرف قرارداد موثر باشد و می‌تواند در راستای هم‌افزایی بیشتر بعنوان یک سازمان مکمل در کنار وزارت بهداشت و همراستا با آن حرکت کند. این سازمان با توجه به عدم توازن عرضه و تقاضا که در بعضی از حوزه‌ها و رشته‌های تخصصی بالینی وجود دارد و همچنین عدم توازن کامل در توزیع و استقرار در مناطق جغرافیایی مختلف در کشور می‌بایست به ناچار رویکرد منعطف‌تری را در مواجهه با تامین‌کنندگان خدمات سلامت داشته باشد. استراتژی اطلاع‌رسانی و آموزش علی‌رغم اهمیتی که دارد می‌توانست در اولویت‌های ابتدایی قرار گیرد ولی با توجه به این که جز شرح تکالیف و وظایف قانونی سازمان بیمه‌گر نمی‌باشد از منظر خبرگان شرکت‌کننده در این پژوهش در اولویت پنجم سازمان بیمه در بحث توانمندسازی قرار گرفته است و نقش سازمان بیمه سلامت در این استراتژی هم بعنوان نقش مکمل خواهد بود. استراتژی حفاظت مالی هم بعنوان آخرین استراتژی از دید خبرگان شرکت‌کننده برگزیده شده است و می‌توان این گونه استنباط کرد که خبرگان، سازمان بیمه سلامت ایران را بعنوان یک سازمان صرفاً حمایت‌کننده در نظر نگرفته و جنبه بیمه تجاری بودن آن را مدنظر قرار داده‌اند، هرچند که باتوجه به ماهیت دولتی بودن آن و گزارش‌های هزینه درآمدی تناسب چندانی با بیمه تجاری ندارد ولی نمی‌توان نقشی هم‌چون سازمان‌های صرفاً حمایت‌کننده در کشور هم‌چون کمیته امداد و سازمان بهزیستی و ... برای آن لحاظ نمود. از اینرو این استراتژی از دیدگاه خبرگان سازمان بیمه در اولویت آخر از لحاظ شاخص مرکزیت قرار گرفته است.

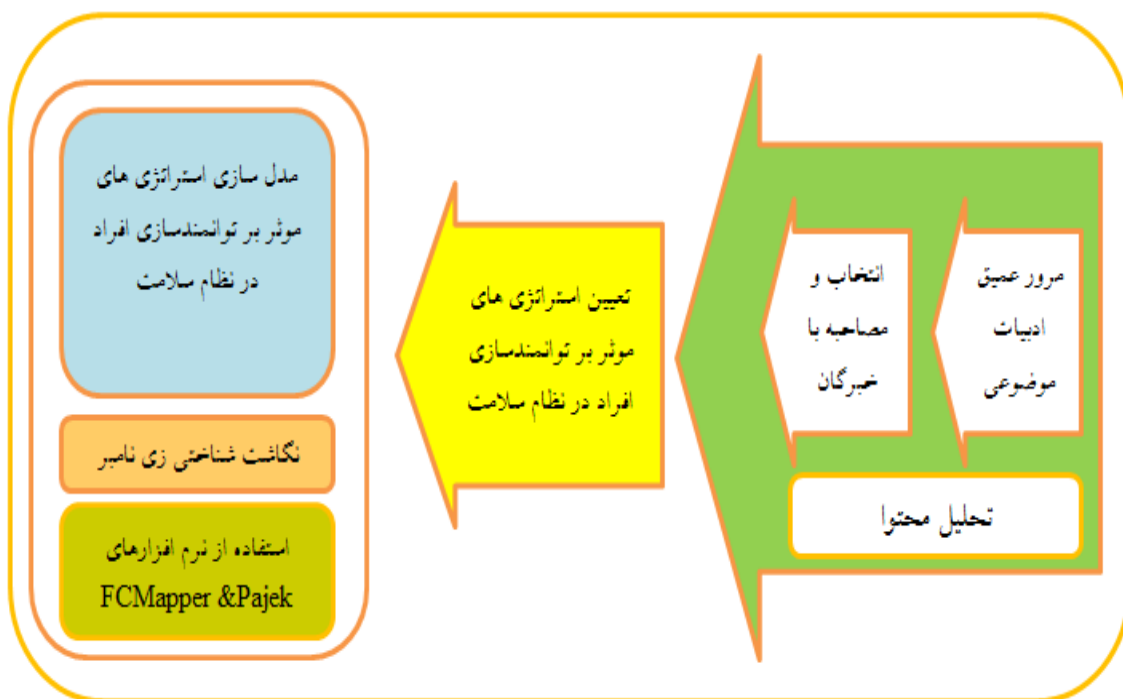
بطور کلی می‌توان گفت که سازمان بیمه سلامت ایران می‌تواند با در نظر گرفتن نتایج حاصل از این پژوهش و فراهم نمودن هرچه بیشتر زمینه مشارکت برای بیمه شدگان خود، با استفاده از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد گسترده‌ای که در کشور وجود دارد و رایزنی با مراجع تصمیم‌گیری و قانون‌گذاری بمنظور تدوین و اجرای قوانین بمنظور صیانت از حقوق مشتریان اصلی خود که همان بیمه شدگان هستند

سیستم، با عنوان توسعه مدل نگاشت ادراکی فازی بمنظور پیش بینی روابط علی توانمندسازها (مورد مطالعه: سازمان بیمه سلامت ایران)، مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران می‌باشد. نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه خبرگان شرکت کننده در این مطالعه که از پرسنل سازمان بیمه سلامت ایران بودند تشکر و قدردانی نمایند.

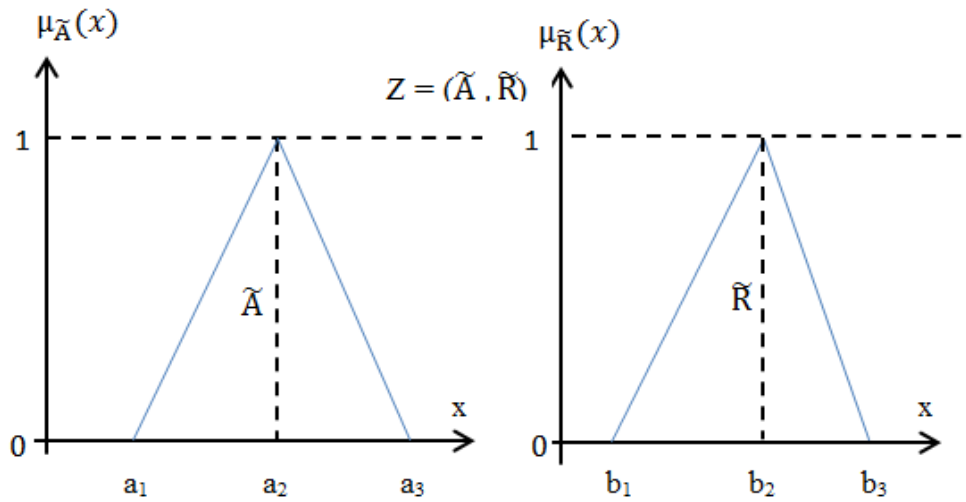
از یک سازمان بیمه گر استراتژی ها را بررسی نمود و نتایج حاصل را با این پژوهش مقایسه نمود؛ پیشنهاد می‌شود سایر محققان بر اساس مدل نگاشت‌شناختی زی نامبر ارائه شده در این پژوهش طیف وسیعی از مسائل خبره محور که ماهیت کیفی دارند را مورد بررسی و مطالعه قرار دهند.

تشکر و قدردانی

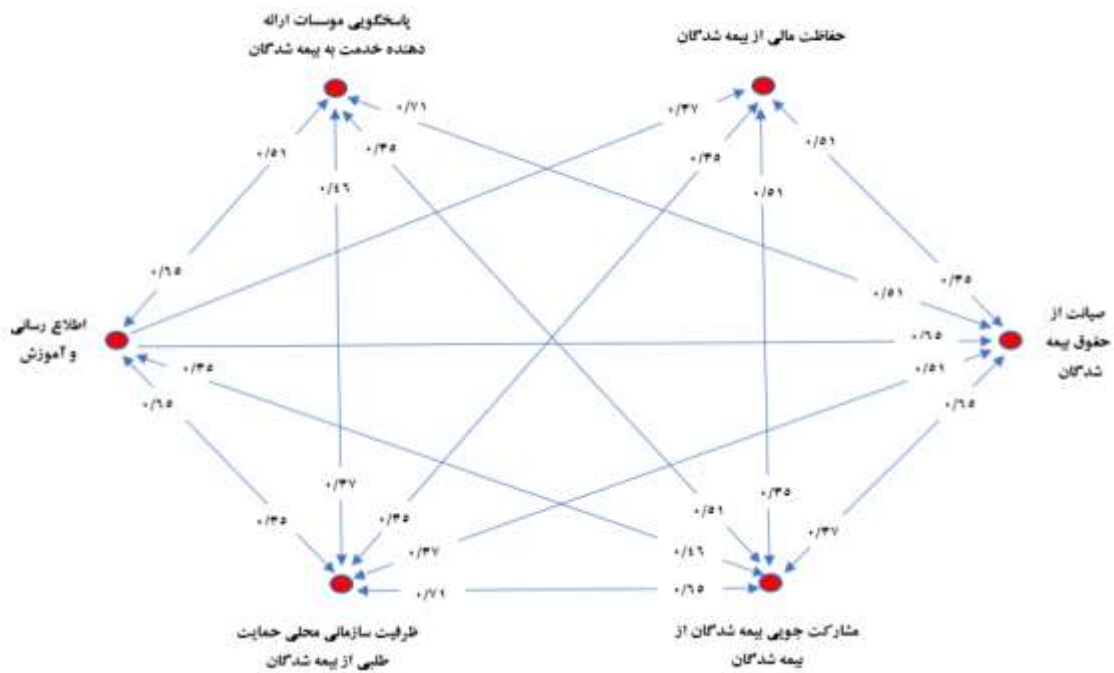
این مقاله حاصل بخشی از رساله دوره دکتری رشته مهندسی صنایع گرایش تحقیق در عملیات و مهندسی



شکل ۱ - مراحل انجام پژوهش



شکل ۲ - اعداد فازی زی نامبر ساده



شکل ۳ - مدل علی استراتژی‌های توانمندسازی بیمه شدگان

جدول ۱ - ماتریس ارتباطات خبره شماره یک

| ظرفیت سازمانی محلی (NGO) حمایت طلبی از بیمه شدگان | مشارکت جویی بیمه شدگان | صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) | حفاظت مالی از بیمه شدگان | پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان | اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) | استراتژی های توانمندسازی |
|---|------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|---|
| (متوسط، زیاد) | (متوسط، خیلی زیاد) | (خیلی زیاد، زیاد) | (متوسط، متوسط) | (خیلی زیاد، خیلی زیاد) | | اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) |
| (متوسط، متوسط) | (زیاد، زیاد) | (زیاد، زیاد) | . | | (زیاد، خیلی زیاد) | پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان |
| (متوسط، زیاد) | (متوسط، زیاد) | (متوسط، زیاد) | | . | . | حفاظت مالی از بیمه شدگان |
| (متوسط، متوسط) | (متوسط، متوسط) | | (زیاد، زیاد) | (خیلی زیاد، خیلی زیاد) | . | صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) |
| (خیلی زیاد، خیلی زیاد) | | (زیاد، خیلی زیاد) | (زیاد، زیاد) | (متوسط، زیاد) | (متوسط، زیاد) | مشارکت جویی بیمه شدگان |
| | (زیاد، خیلی زیاد) | (زیاد، زیاد) | (متوسط، زیاد) | (متوسط، خیلی زیاد) | (زیاد، خیلی زیاد) | ظرفیت سازمانی محلی (NGO) حمایت طلبی از بیمه شدگان |

جدول ۲ - ماتریس ارتباطات نهایی متغیرهای موثر بر توانمندسازی بیمه شدگان

| ظرفیت سازمانی محلی (NGO) حمایت طلبی از بیمه شدگان | مشارکت جویی بیمه شدگان | صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) | حفاظت مالی از بیمه شدگان | پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان | اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) | استراتژی های توانمندسازی |
|---|------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|-----------------------------------|---|
| ۰/۳۵۴ | ۰/۴۵۸ | ۰/۶۴۷ | ۰/۳۶۶ | ۰/۵۰۶ | | اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) |
| ۰/۳۶۶ | ۰/۵۰۶ | ۰/۵۰۶ | . | | ۰/۶۴۷ | پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان |
| ۰/۳۵۴ | ۰/۳۵۴ | ۰/۳۵۴ | | . | . | حفاظت مالی از بیمه شدگان |
| ۰/۳۶۶ | ۰/۳۶۶ | | ۰/۵۰۶ | ۰/۷۰۹ | . | صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) |
| ۰/۷۰۹ | | ۰/۶۴۷ | ۰/۵۰۶ | ۰/۳۵۴ | ۰/۳۵۴ | مشارکت جویی بیمه شدگان |
| | ۰/۶۴۷ | ۰/۵۰۶ | ۰/۳۵۴ | ۰/۴۵۸ | ۰/۶۴۷ | ظرفیت سازمانی محلی (NGO) حمایت طلبی از بیمه شدگان |

جدول ۳ - شاخص‌های تاثیر گذاری و تاثیرپذیری و مرکزیت استراتژی کلی توانمندسازی

| استراتژی | تاثیرگذاری | رتبه | تاثیرپذیری | رتبه | مرکزیت | رتبه |
|---|------------|------|------------|------|--------|------|
| اطلاع رسانی و آموزش (آگاهی بخشی) | ۲/۳۴ | ۳ | ۱/۶۵ | ۶ | ۳/۹۹ | ۵ |
| پاسخگویی موسسات ارائه دهنده خدمت به بیمه شدگان | ۲/۰۴ | ۴ | ۲/۰۳ | ۴ | ۴/۰۷ | ۴ |
| حفاظت مالی از بیمه شدگان | ۱/۰۵ | ۶ | ۱/۷۴ | ۵ | ۲/۷۹ | ۶ |
| صیانت از حقوق بیمه شدگان (وکالت) | ۱/۹۶ | ۵ | ۲/۶۷ | ۱ | ۴/۶۳ | ۳ |
| مشارکت جویی بیمه شدگان | ۲/۵۷ | ۲ | ۲/۳۴ | ۲ | ۴/۹۱ | ۱ |
| (NGO ظرفیت سازمانی محلی) حمایت طلبی از بیمه شدگان | ۲/۶۲ | ۱ | ۲/۱۵ | ۳ | ۴/۷۷ | ۲ |

Reference:

- 1- Vaez Mahdavi M, Rafiei Far SH, Ahmadzadeh Asl M. Strategic Plan for Empowering People and Communities to Promote Health and Welfare in the Islamic Republic of Iran. Tehran, Tandispress; 2005. [In Persian]
- 2- WHO. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services. 2014. Available: <http://www.who.int/service-delivery/safety/areas/people-centred-car/en/>. [Accessed: 24-Jul-2014].
- 3- Global Health Expenditure Database WHO. 2019. Available from <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
- 4- Cyril S, Smith BJ, Renzaho AM. Systematic review of empowerment measures in health promotion. *Health promotion international*, 2016; 1: 31(4): 809-26.
- 5- Avelino F, Wittmayer JM, Pel B, Weaver P, Dumitru A, Haxeltine A, Kemp R, Jørgensen MS, Bauler T, Ruijsink S, O'Riordan T. Transformative social innovation and (dis) empowerment. *Technological Forecasting and Social Change*, 2019; 145: 195-206.
- 6- Grabe, S. An empirical examination of women's empowerment and transformative change in the context of international development. *American Journal of Community Psychology*, 2012; 49(1-2): 233-245.
- 7- Flaherty A, O'Dwyer A, Mannix-McNamara P, Leahy JJ. The influence of psychological empowerment on the enhancement of chemistry laboratory demonstrators' perceived teaching self-image and behaviours as graduate teaching assistants. *Chemistry Education Research and Practice*, 2017; 18(4): 710-36.
- 8- Lardier DT, Garcia-Reid P, Reid RJ. The examination of cognitive empowerment dimensions on intrapersonal psychological empowerment, psychological sense of community, and ethnic identity among urban youth of color. *The Urban Review*. 2019; 51(5): 768-88.
- 9- Morley J, Floridi L. Enabling digital health companionship is better than empowerment. *The Lancet Digital Health*, 2019; 1(4): 155-6.
- 10- Laschinger HKS, Wong CA, Grau AL. Authentic leadership, empowerment and burnout: A comparison in new graduates and experienced nurses. *Journal of Nursing Management*, 2013; 21(3): 541-552.
- 11- Christens BD, Winn LT and Duke AM. Empowerment and critical consciousness: A conceptual cross-fertilization. *Adolescent Research Review*, 2016; 1(1): 15-27.
- 12- Shin S, Park H. Effect of empowerment on the quality of life of the survivors of breast cancer: The moderating effect of self-help group participation. *Japan Journal of Nursing Science*, 2017; 14(4): 311-9.
- 13- Samman, S.K. Relational Engagement and Empowerment: Establishing a Foundation to Address Gender and Power. 2016.
- 14- TEngland PA. Behavior change or empowerment: On the ethics of health-promotion goals. *Health Care Analysis*, 2016; 24(1): 24-46.
- 15- Small N, Bower P, Chew-Graham CA, Whalley D, Protheroe J. Patient empowerment in long-term conditions: Development and preliminary testing of a new measure. *BMC Health Services Research*, 2013; 13(1).
- 16- Izadbakhsh HR, Barzegar B, Zarinbal M, Ataeipoor S, Tehrani NA, Mohseni A. Insured Empowerment: An Approach for Iran Health System. Pub, Kharazmi University; 2015. [In Persian]
- 17- Saleh Al-Subhi SH, Pupo IP, Vacacela RG, Pinero Perez PY. A New

- Neutrosophic Cognitive Map with Neutrosophic Sets on Connections: Application in Project Management. *Neutrosophic Sets and Systems*, 2018; 22(1): 6.
- 18- Shokouhyar S, Pahlevani N, Sadeghi FM. Scenario analysis of smart, sustainable supply chain on the basis of a fuzzy cognitive map. *Management Research Review*; 2019.
- 19- Poczeta K, Kubuś Ł, Yastrebov A, Papageorgiou EI. Application of fuzzy cognitive maps with evolutionary learning algorithm to model decision support systems based on real-life and historical data. In *Recent Advances in Computational Optimization*; 2018: 153-175.
- 20- Gray S, De Kok JL, Helfgott A, O'Dwyer B, Jordan R, Nyaki A. Using fuzzy cognitive mapping as a participatory approach to analyze change, preferred states, and perceived resilience of social-ecological systems. *Ecology and Society*; 2015; 20(2).
- 21- Pluchinotta I, Esposito D, Camarda D. Fuzzy cognitive mapping to support multi-agent decisions in development of urban policymaking. *Sustainable Cities and Society*, 2019; 46: 101402.
- 22- Nápoles G, Espinosa ML, Grau I, Vanhoof K, Bello R. Fuzzy cognitive maps based models for pattern classification: Advances and challenges. In *Soft Computing Based Optimization and Decision Models*; 2018: 83-98.
- 23- Zadeh LA. A note on Z-numbers. *Information Sciences*, 2011; 181(14): 2923-32.
- 24- Kang B, Wei D, Li Y, Deng Y. Decision making using Z-numbers under uncertain environment. *Journal of computational Information systems*, 2012; 8(7): 2807-14.
- 25- Deng Y. Fuzzy analytical hierarchy process based on canonical representation on fuzzy numbers. *Journal of computational analysis and applications*, 2017; 22(2): 201-28.
- 26- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade SH, Mahaki B, Sharifirad G. Assessment of Some Predicting Factors of Self-efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2015; 17: 44-52.
- 27- Golaghaie F, Bastani F. Cross-cultural adaptation of a patient-based tool for evaluating the implementation of patient education in acute care settings. *Patient Educ Couns*, 2014; 96: 210-5.
- 28- Baghbanian A, Tol A. The introduction of self-management in type 2 diabetes care: A narrative review. *J Educ Health Promot*, 2012; 1: 35.
- 29- Yeh MY, Wu SC, Tung TH. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: A cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 2018; 39: 11-7.
- 30- Bravo P, Edwards A, Barr PJ., Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 2015; 15(1): 252-266.
- 31- Köhler AK, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC family practice*, 2018; 19(1): 76.
- 32- Madmoli M. A systematic Review Study on the Results of Empowerment-Based Interventions in Diabetic Patients. *International Research in Medical and Health Science*, 2019; 2(1): 1-7.
- 33- Gómez-Velasco DV, Almeda-Valdes P, Martagón AJ, Galán-Ramírez GA, Aguilar-Salinas CA. Empowerment of patients with type 2

- diabetes: current perspectives. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity*, 2019; 12: 1311
- 34- John JR, Ghassempour S, Girosi F, Atlantis E. The effectiveness of patient-centred medical home model versus standard primary care in chronic disease management: protocol for a systematic review and meta-analysis of randomised and non-randomised controlled trials. *Systematic reviews*, 2018; 7(1): 215.
- 35- Tabari F, PedramRazi SH, Asadi Gharabaghi M, Torabi S, Mehran A, Mohamadinejad F, Rezaie Zivlaidi M. Effect of education based on family-centered empowerment model on the quality of life of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *Medical Science*, 2018; 22(91): 301-311.
- 36- Avery J. A Grounded Theory of Empowerment in Cancer Survivorship and Rehabilitation (Doctoral dissertation. Université' Ottawa/University of Ottawa); 2018.
- 37- Sahrayi M, Panahi R, Kazemi SS, GoliRostami Z, Rezaie H, Jorvand R. The study of Health Literacy of adults in Karaj. *Journal of Health Literacy*, 2017; 1(4): 230-8.
- 38- Hudson S, Rikard RV, Staiculescu I, Edison K. Improving health and the bottom line: The case for health literacy. In *Building the case for health literacy: Proceedings of a workshop 2018*. National Academies Press (US).
- 39- Vian T. Anti-corruption, transparency and accountability in health: concepts, frameworks, and approaches. *Global Health Action*, 2020; 13: 1694744.
- 40- Mallinson S, Suter E. Governance and accountability. In *Handbook Integrated Care*, 2017: 149-163.
- 41- Sparkes SP, Kutzin J, Earle AJ. Financing common goods for health: a country agenda. *Health Systems & Reform*, 2019; 5(4): 322-33.
- Mira JJ, Carrillo I, Navarro I, Guilabert M, Vitaller J, Pérez-Jover V, Aguado H. Public participation in health. A review of reviews. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 2018; 41(1): 91-106.

Modeling people's Empowerment Strategies in the Health Insurance System Based on Z-Number Cognitive Mapping Method

● Abstract

Izadi M¹, Nor AlSana R², Izadbakhsh HR³

Introduction: The efficiency and effectiveness of health systems and the amount of health insurance coverage are considered as one of the main components in the development of countries. Empowerment of people in the health system has been introduced as one of the effective and efficient solutions by the World Health Organization. The purpose of this study is to model effective strategies for empowering people in the health insurance system of Iran.

Methods: This research is applied in terms of purpose and descriptive-analytical in terms of method and is a qualitative research in terms of tools. In this study, using the tacit knowledge of experts and the method of content analysis, the causal relationships between strategies affecting the empowerment of individuals / insured in the health insurance system were identified. Due to the ambiguity and uncertainty in the statements of experts, the developed method of cognitive numbering has been used for modeling.

Result: Based on the indicators of effectiveness, impressiveness and centrality, effective strategies on empowerment of individuals in the health system were evaluated. Local organization capacity strategy with a score of 2.62 with the highest impact index, rights protection strategy with a score of 2.67 with the highest impact index and participation strategy with a score of 4.91 with the highest centrality index. FCMapper and Pajek software were used to draw and determine the amount of indicators.

Conclusion: Implementation of empowerment approach in health insurance organization of Iran has different dimensions among effective strategies that modeling causal relationships between them can play an effective role in proper implementation of this approach.

Keywords: Health system, Medical insurance, Empowerment of the insured, Strategy, Z-number cognitive map.

1- PhD Student in Industrial Engineering, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Professor, Department of Industrial Engineering, University of Science and Technology, Tehran, Iran, (Corresponding Author), rassoul@iust.ac.ir

3- Assistant Professor, Department of Industrial Engineering, Kharazmi University, Tehran, Iran