



**BRANDAFARIN JOURNAL OF MANAGEMENT**  
**Volume No.: 3, Issue No.: 47, Feb 2024**  
**P-ISSN: 2717-0683 , E-ISSN: 2783-3801**

---

## **Increase productivity and efficiency of treatment quality through improved inspection and feedback management**

### **Abstract**

Performance measurement and inspection management in the treatment sector have significantly improved preventive and chronic care as well as overall quality in recent years. However, there is still great variation in the methods of measuring performance levels in treatment department scales and facilities.

Inspection and Feedback (A&F) is an important component of effective and efficient performance measurement and can help reduce this variability and improve overall performance. Previous research suggests that VA Medical Centers (VAMC) with high EPRP (External Review Program) performance scores tend to use EPRP data as a source of feedback. However, how EPRP data are used as a source of feedback by individual providers as well as service line, facility, and network leadership is poorly understood. Therefore, a deep understanding of the mental models, strategies and characteristics of the feedback process and continuous inspections adopted by high-performing facilities is essential. This research compares how leaders of high-, low-, and moderate-performing VAMCs use clinical performance data from the EPRP (External Review Program) as a feedback tool to maintain and improve the quality of care and treatment.

**Keywords:** feedback management, EPRP performance, effective performance measurement

# افزایش بهره‌وری و کارآمدی کیفیت درمان از طریق بهبود مدیریت بازرسی و بازخورد

زهرا محمدی

دانش‌آموخته DBA موسسه آموزش عالی ترجمان علوم

## چکیده

اندازه‌گیری عملکرد و مدیریت بازرسی در بخش درمان در سال‌های اخیر به طور قابل توجهی مراقبت‌های پیشگیرانه و مزمن و همچنین کیفیت کلی را بهبود بخشیده است. با این حال، هنوز تنوع زیادی در روش‌های اندازه‌گیری سطوح عملکرد در مقیاس‌ها و امکانات بخش درمان وجود دارد.

بازرسی و بازخورد (A&F)، از اجزای مهم اندازه‌گیری عملکرد موثر و کارآمد است و می‌تواند به کاهش این تنوع و بهبود عملکرد کلی کمک کند. تحقیقات قبلی نشان می‌دهد که مراکز پزشکی (VA (VAMC با نمرات عملکرد بالای) EPRP برنامه بازبینی خارجی) تمایل دارند از داده‌های EPRP به عنوان منبع بازخورد استفاده کنند. با این حال، نحوه استفاده از داده‌های EPRP به عنوان منبع بازخورد توسط ارائه‌دهندگان فردی و همچنین خط‌خدمات، تسهیلات و رهبری شبکه به خوبی درک نشده است. بنابراین، درک عمیق مدل‌های ذهنی، استراتژی‌ها و ویژگی‌های فرآیند بازخورد و بازرسی‌های مستمر که توسط امکانات با عملکرد بالا اتخاذ شده‌اند، ضروری است. این تحقیق نحوه استفاده رهبران VAMC‌های با عملکرد بالا، پایین و متوسط را از داده‌های عملکرد بالینی (از EPRP برنامه بازبینی خارجی) به عنوان ابزار بازخورد برای حفظ و بهبود کیفیت مراقبت و درمان مقایسه می‌کند.

روش‌ها:

ما یک تجزیه و تحلیل نظری مبنی بر کیفیت تا 64 مصاحبه با استفاده از روشی جدید از نمونه‌گیری مراقبت‌های اولیه، مراکز و مدیریت شبکه خدمات یکپارچه جانبازان (VISN) در مراکز با عملکرد بالا، متوسط و کم، انجام داده‌ایم. ما با توجه خاص به سرموقع بودن، مفرد بودن و تنبیهی بودن تحویل بازخورد، مصاحبه را برای شواهدی از تفاوت‌های بین مراکز در برداشت از عملکرد سودمندی داده‌ها و استراتژی‌هایی برای انتشار اطلاعات عملکردی ارزیابی عملکرد، تجزیه و تحلیل خواهیم نمود.

بحث و بررسی:

بسیاری از تحقیقات، به منظور بهبود ارائه‌دهنده و عملکرد مراکز، به بررسی عدم درک دقیق از عناصر بازخورد موثر می‌پردازند. این تحقیق، عناصری را که به طور معمول در مراکز با عملکرد بالا استفاده می‌شده است را برجسته‌سازی کرده و ویژگی‌های اضافی استراتژی‌های بازخوردی موفق خود را که قبلاً شناسایی نشده‌اند، شناسایی می‌کند. با توجه به این اطلاعات، شیوه‌هایی می‌توانند مداخلات موثرتر A&F را به منظور بهبود کیفیت مراقبت و درمان، بهبود دهند. حوزه موسسه پزشکی (IOM)، به شدت طرفدار استفاده از اقدامات عملکردی به عنوان گامی مهم برای بهبود کیفیت درمان می‌باشد [1-3].

سیستم اقدامات بالینی مانند ابزارهای با کیفیت شرکت RAND [4] و برنامه پذیرش مقالات خارجی (EPRP) وزارت امور سربازان بازنشسته (VA)، که شیوع بالا، شرایط بالینی با تأثیر زیاد و فرآیندهای پیشگیرانه‌ای مانند دیابت، فشارخون بالا، غربالگری سرطان و مشاوره ترک اعتیاد را نظارت می‌کنند، [5]، به پیشرفت‌های قابل توجهی در کیفیت درمان رسیده‌اند [6 و 7].

با وجود این پیشرفت‌ها، تحقیقات نشان می‌دهد، اختلاف قابل توجهی در تمامی اقدامات بالینی با کیفیت در طول زمان در هر دو سطح متوسط عملکردی در هر یک چهارم و در درجه بهبودی در طول کوارترهای متعدد، وجود دارد [8].

بازرسی و بازخورد (A&F)، جزء مهمی از اقدامات عملکرد موثر و توجه به عملکرد برنامه مبنی بر IOM [8 و 3]، یافت شده است که در میان مداخلات رفتاری موثر، در بهبود کیفیت مراقبت و درمان در مجموعه‌های متعدد قرار داشته و می‌تواند به کاهش تنوع و بهبود کیفیت کلی درمان کمک کند [9 و 11]. اخیراً، A&F به علت نقش اساسی آن در اثر بخشی و نگرش در حال ظهور اقدامات عملکرد مبتنی بر پزشک و طرح‌های عملکردی، توجه دوباره‌ای به خود جلب کرده است [12 و 13]. A&F همچنین به عنوان بخش مهمی در آموزش مداوم نشان داده شده است، همانطور که پژوهش نشان داده است که پزشکان، توانایی محدودی در ارزیابی دقیق خود در نیازهای آموزش مداوم دارند [14].

در نتیجه، سازمان بهداشت و درمان، ارائه دهندگان و بیماران به طور یکسان برای بدست آوردن میزان قابل توجهی از مداخله A&F خوب طراحی شده و خوب اجرا شده قرار گرفته‌اند. تحقیقات اخیر، برخی دیدگاه‌هایی در نحوه‌ی بازخورد کارها در مراکز بهداشتی را به طور کلی ایجاد کرده است [15 و 10] و همچنین اشاره کرده‌اند که مراکز بهداشتی و درمانی که با موفقیت دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد را اجرا کرده‌اند، تمایل به استفاده از اطلاعات عملکرد بالینی به عنوان منبعی ضروری از بازخورد دارند [16 و 17]. با این حال، حد استفاده و شیوه‌ای که در آن داده‌های عملکرد بالینی به عنوان منبعی از بازخورد توسط ارائه دهندگان فردی، روسای راستای خدمات، و یا راهبردان مراکز استفاده شده است، به خوبی درک نشده‌اند. از طریق تحقیق مشخص شده در این پروتکل، هدف ما به دست آوردن درک عمیقی از برداشت‌ها، استراتژی‌ها و ویژگی‌های فرآیند بازخورد خاص، منطبق با مراکز مراقبت‌های اولیه عملکرد کم، متوسط و بالا، می‌باشد.

مدل مفهومی:

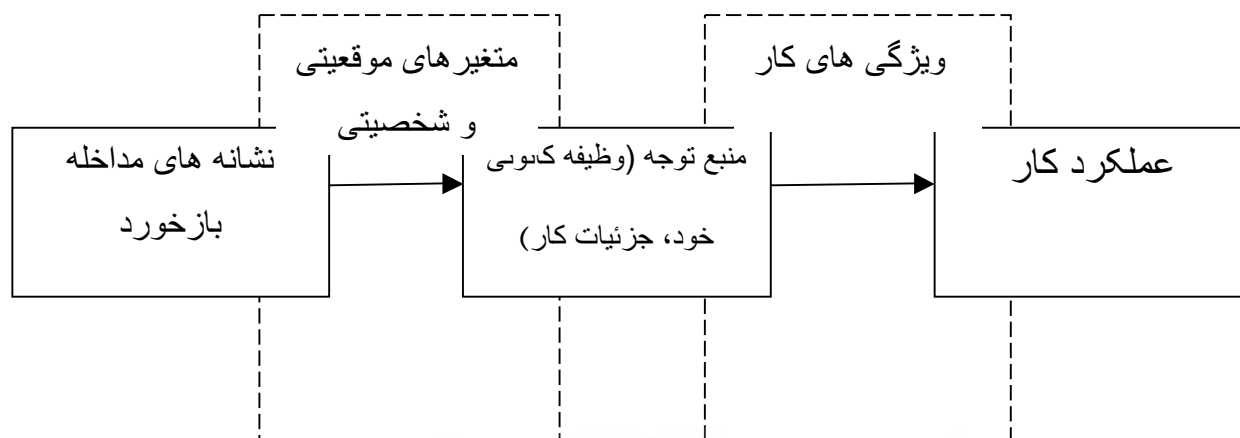
### مدل عملی از بازخورد تحقیق

A&F در نظام سلامت، به عنوان یک تئوری مورد انتقاد قرار گرفته است. همانطور که FOY و همکارانش اشاره کرده‌اند، ما "آگاهی ناکافی از مکانیسم‌های سببی که توسط [A&F] و یا انواع آن که ممکن است اثرات آنها را ایجاد کنند" داریم [18]. دیدگاه‌های نظری مختلف، از جمله انتشار نظریه نوآوری، نظریه‌های انگیزشی، و تئوری مداخله بازخورد (FIT)، می‌تواند نحوه‌ی به حداکثر رساندن اثربخشی بازخورد را روشن کند. انتشار را جرز مدل نوآوری [19]، معمولاً برای بررسی مداخلات بهبود کیفیت در مراقبت‌های بهداشتی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مانند A&F؛ با این حال، همانطور که سازگاری، موضوع این پیشنهاد در حال حاضر نمی‌باشد، مدل راجرز برای نیازهای ما نامناسب است. یکی دیگر از دیدگاه‌های نظری با ارزش، ارائه دهنده‌ی انگیز می‌باشد. هر دو نظریات کلاسیک انگیزشی، مانند نظریه انتظار [20]، و کارهای اخیر، مانند نظریه تعیین هدف [21]، نشان می‌دهند که بازخورد، تعدیل‌کننده‌ی مهمی از انگیزه‌های فردی می‌باشد.

با این حال، تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که همه‌ی بازخوردها، به طور برابر ایجاد نشده‌اند - برخی ویژگی‌های هردوی افراد و بازخوردها، خود، از مدت‌ها برای تحت تأثیر قرار دادن عملکرد بعد از آن، مستند شده‌اند؛ Kluger و Denisi [26]. چارچوب مستندی از نظریه پردازی روانشناسی صنعتی / سازمانی در مورد مداخله خود علاوه بر دریافت کنندگان مداخله، بهترین انتخاب برای هدایت نظری طرح تحقیقی ما و انجام اهداف علمی ماست.

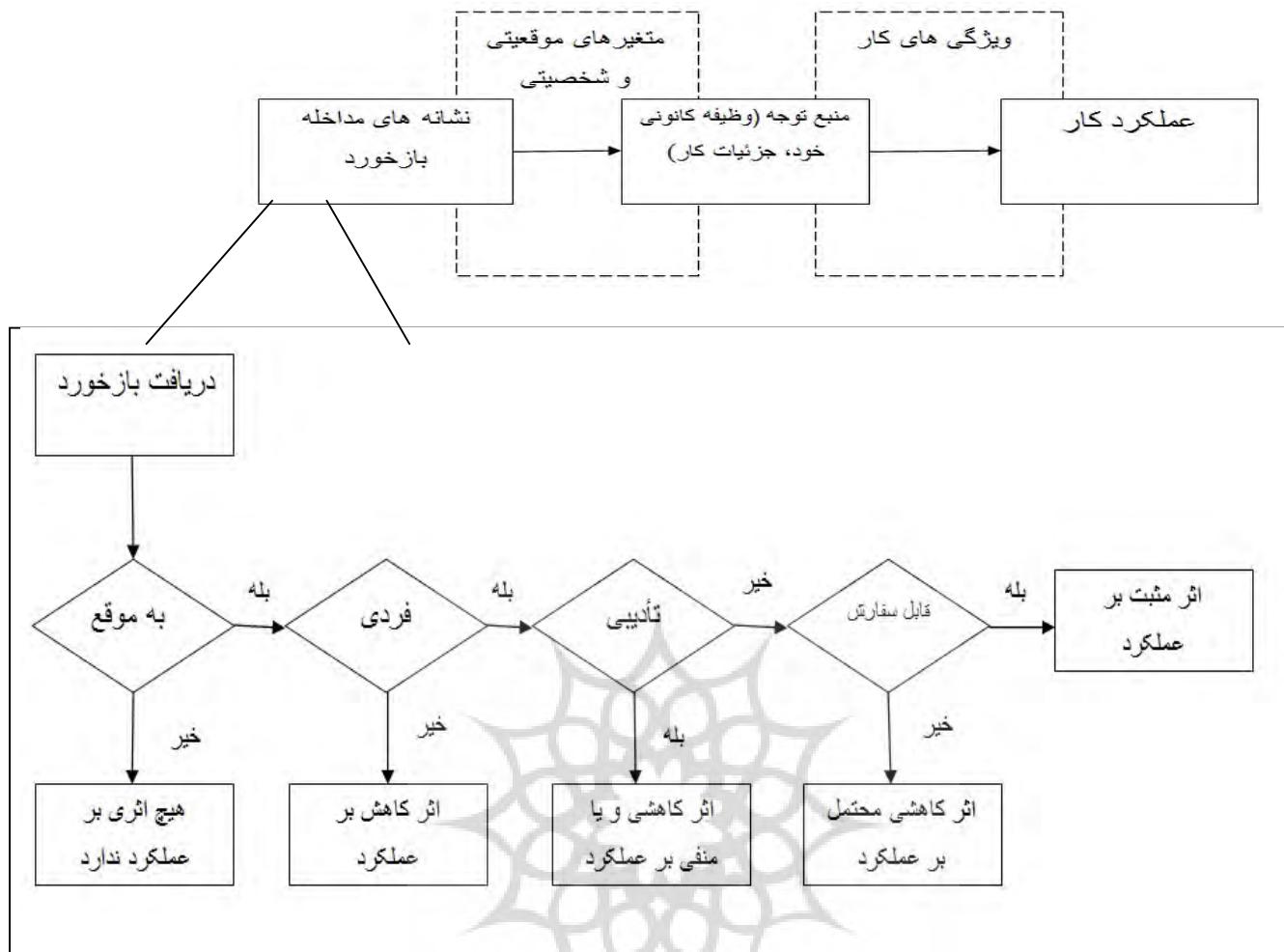
به طور خلاصه، FIT فرض می‌کند که مداخلات بازخورد به وسیله فراهم آوردن اطلاعات جدید که مسیر توجه منبع دریافت کنندگان را از وظیفه‌شان (به عنوان مثال، نسبت به خودمان و یا نسبت به کارهای بی ربط) و یا نسبت به جزئیات کار دور می‌کنند، کار انجام می‌دهند. اطلاعاتی که توجه را نسبت به جزئیات وظایف هدایت می‌کند، تمایل به تقویت اثر بازخورد عملکرد وظایف دارد؛ اطلاعاتی که توجهات را از وظایف متمایل به تضعیف این اثر، دور می‌کند [26]. در نتیجه، Kluger و Denisi

پیشنهاد کرده اند که سه عامل تعیین می کند چگونه این تغییر به طور موثر مورد توجه قرار می گیرد. ویژگی های بازخورد خود (یا "نشانه مداخله بازخورد" در گفتگوی FIT)، ویژگی های کار، و متغیرهای موقعیتی.



شکل 1- نمودار مداخله بازخورد اصول تئوری.

شکل 1، اصول اساسی FIT را به صورت گرافیکی نشان می دهد. از سه عامل مطرح شده توسط FIT، نشانه مداخله بازخوردها، ساده ترین تغییر می باشند، تغییرات ساده در فرمت، فرکانس و پیام بازخورد تحویل داده شده، می تواند به تفاوت های قابل توجهی در عملکرد سراسر طیف گسترده ای از وظایف و ارائه دهندگان منجر شود. با این حال، Kluger و Denisi همانند هفت نشانه قابل توجه متفاوت تأثیر عملکرد را پیدا کرده اند، البته با راهنمایی کمی که چگونه این نشانه ها اولویت بندی شده اند. براساس اکتشافات مبتنی بر نظریات موانع و تسهیل کننده برای اجرای دستورالعمل بالینی، Hysong و همکارانش، مدلی از بازخورد عملی را ارائه داده اند که روابط میان زیر مجموعه ای از نشانه های بازخورد را با جزئیات بیشتر، بررسی می کند (شکل 2). [15].



شکل 2- مدل Hyson و همکاران (2006) از بازخورد عملی در زمینه ی تئوری مداخلات بازخورد.

با توجه به این مدل، سه نشانه پیش شرط، برای بازخورد موثر لازم است: به موقع بودن، مفرد بودن، غیر تأدیبی بودن. این نشانه ها به ترتیب در این مدل، با آنهایی که بیشترین موانع را برای بازخورد موثر ارائه می دهند (مثلاً آنهایی که، اگر حضور نداشتند، بزرگترین موانع اثربخشی بازخورد مطرح می شدند) و در ابتدا آورده شده اند، مرتب شده اند. برای مثال، مداخله بازخورد غیر تأدیبی، مفرد و سفارشی بی فایده است، اگر ارائه دهنده، به منظور تغییر، آن را به موقع دریافت نکند. هر نشانه، معنی افزایشی برای بازخورد ارائه می دهد (آیا به موقع بوده؟ آیا در مورد من است؟ آیا سازنده می باشد؟)، بنابراین، ایجاد بازخورد، به طور فزاینده ای عملی می باشد. به طور خاص، چهارمین نشانه، در حالی که یک پیش نیاز نمی باشد، به عنوان یک تقویت کننده، قابل توجه می باشد. به این معنی است که، با تحمل توانایی کاربر برای پردازش بازخورد به معنی دارترین روش برای او، توانایی عملکرد بازخورد را افزایش می دهد.

با استفاده از مدل Hyson و همکارانش به عنوان چارچوب هدایت کننده، این پژوهش (a) ابزار درک شده از اقدامات عملکرد بالینی را به عنوان یک ابزار مناسب برای ارائه بازخورد عملکرد بالینی ارائه دهندگان، بررسی می کند؛ (b) تفاوت های چگونگی استفاده مدیران از مراکز اجرای زیاد، متوسط و کم EPRP برای چنین هدفی را بررسی می کند؛ (c) فرصت هایی برای آزمایش تناسب مدل Hyson و همکاران در یک نمونه بزرگتر و مستقل طراحی شده، بررسی استراتژی های بازخورد در NA را تصرف می کند.

از طریق این پژوهش، هدف ما، پاسخ به سوالات پژوهشی زیر می باشد:

- 1- چگونه مدیران مراکز با عملکرد بالا، داده های اقدامات عملکرد بالینی را به عنوان یک منبع بازخورد، دریافت می کنند، و چگونه درک های خود از مدیران مراکز با عملکرد پایین و متوسط را متمایز می کنند؟
- 2- مدیران مراکز با عملکرد بالا، چه استراتژی هایی برای جمع آوری و انتشار داده های عملکردی به کار می گیرند و چگونه اینها را با مراکز عملکردی پایین و متوسط متمایز می سازند؟
- 3- آیا مراکز با عملکرد بالا، داده های خود را به سبک به موقع تر، مفردتر و غیر تأدیبی تر از مراکز با عملکرد پایین و متوسط، به اشتراک می گذارد؟

روش ها/ طراحی

طراحی

پژوهش ارائه شده، شامل تجزیه و تحلیل های کیفی اولیه از مصاحبه های تلفنی با رهبری منطقه ای و تأسیسات، و پرسنال مراقبت های اولیه در 16 مرکز پزشکی VA (VAMCS)، طراحی مقطعی با نمونه گیری هدفمند هدایت شده توسط تجزیه و تحلیل اولیه از داده های عملکرد بالینی را به کار گرفته است. برای تکمیل این مطالعه، سه سال زمان پیش بینی شده است. شکل 3، یک جدول زمانی از مراحل مختلف پردازش را که هرکدام در زیر شرح داده شده است، نشان می دهد.

ID	نام وظیفه	Year 1				Year 2				Year 3			
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
۱	تصویب IRB متمرکز	■											
۲	حقیقت یابی		■										
۳	ابزار: <u>TMg</u> مصاحبه کننده، پالایش پروتکل			■									
۴	جمع بندی داده ها: استخدام و مصاحبه				■								
۵	تجزیه و تحلیل داده ها: آموزش برنامه نویسی					■							
۶	تجزیه و تحلیل داده ها: برنامه نویسی سرگشاده						■						
۷	تجزیه و تحلیل داده ها: برنامه نویسی محوری							■					
۸	تجزیه و تحلیل داده ها: برنامه نویسی و تفسیر منتخب								■				
۹	کتابت و انتشار											■	

شکل 3- جدول زمانی پیش بینی شده مطالعه.

## نمونه گیری

### انتخاب سایت

**استراتژی نمونه گیری سایت** تحقیقات اخیر نشان می دهد که بیشترین تنوع عمل، در سطح مرکز رخ می دهد. بنابراین، سایت هایی با استفاده از یک روش طبقه بندی هدفمند براساس عملکرد آنها بر پروفیل 15 اقدام سرپایی EPRP انتخاب شده اند. (در زیر، به منبع داده ها برای بخش انتخاب سایت رجوع کنید). یک استراتژی مشترک برای این نوع از پژوهش ها، انتخاب سایت هایی با عملکرد بالا و پایین می باشد، که توانایی محقق برای مشاهده تفاوت ها میان لایه ها در ساختار علاقه را به حداکثر می رساند. با این حال، این استراتژی، برخی از ارتباطات خطی را فرض می کند- به این معنی که، سایت های مشاهده نشده، که بین لایه های با عملکرد بالا و پایین، سقوط می کند، ساختار توجه بیشتر از آنهایی که در لایه پایین قرار دارند و ساختار توجه کمتر از آنهایی که در لایه بالا قرار دارند را نشان خواهند داد. با این حال، همانگونه که به تفصیل در زیر مورد بحث واقع شده است، راه های متعددی برای دستیابی به عملکرد متوسط وجود دارد، و ما نمی توانیم فرض کنیم که تمام مراکز انجام شده، ساختار توجه به همان شیوه را نشان خواهد داد. در نتیجه، ما چهار مراکز عملکردی بالا، چهار عملکردی پایین، و هشت عملکرد متوسط (چهار مورد متوسط پیوسته و چهار متغیر بالا) را شناسایی خواهیم کرد.

**منبع اطلاعات برای سایت انتخاب شده** اطلاعات عملکردی برای اهداف انتخاب سایت، از منبع اطلاعاتی EPRP استخراج خواهد شد. EPRP، منبع اطلاعاتی رسمی برای سیستم مدیریت عملکرد بالینی VA بوده و شاخص هایی را ارائه می دهند که مدیران شبکه خدمات یکپارچه جانبازان (VISN) از آنها برای ارزیابی عملکرد استفاده می کنند و در مورد مراکز اداری در شبکه خود، تصمیم گیری می کنند. EPRP یک پایگاه داده سراسری خلاصه شده است که حاوی داده های عملکردی برای تمام تجهیزات پزشکی VA در بیش از 90 شاخص می باشد که حوزه های دسترسی، کیفیت مراقبت، اثربخشی هزینه، و رضایت بیمار را پوشش می دهد [29]. اطلاعات برای محاسبه این شاخص های عملکرد، به طور مستقیم، از نمودار بیمار و به وسیله موسسه پزشکی غرب ویرجینیا و با استفاده از قوانین انتزاعی صریح و دقیق، نظارت خوب استناد شده و بازرسی فرآیند برای اطمینان از دقت و کیفیت داده ها، خلاصه شده است [29 و 30]. تجزیه و تحلیل مستقل داده های EPRP، قابلیت اعتبارسنجی بالا را نشان می دهد (Kappa=0/90) [31]. هدف از این پایگاه اطلاعات (قدمت از FY2000 و به روز شده سه ماهه) ارزیابی کیفیت مراقبت ارائه شده در VA و اجازه دادن برای مقایسه VAMC های فردی و VISN ها برای سیستم VA به عنوان یک کل، و برای بیمارستان های دولتی و بخش خصوصی و برای استاندارد مطلوب مراقبت می باشد. عناصر داده ها در حوزه کیفیت مراقبت، شامل شاخص هایی برای سرطان، دیابت، بیماری های قلبی و عروقی، بیماری های عفونی، و سلامت روان، در میان سایرین می باشد. جدول 1، اقدامات خاص EPRP مورد استفاده برای محاسبه موارد ترکیبی عملکرد تسهیلات را نشان می دهد.

جدول 1- لیست اقدامات EPRP استفاده شده برای ایجاد پروفیل عملکرد مرکز.

EPRP حفظی	شرح کوتاه
c7n	DM- سرپایی-آزمون حسی پا با استفاده از تک رشته
Dmg23	DM-سرپایی- $HbA1 > 9$ یا در سال گذشته انجام نگرفته است (کنترل ضعیف)
Dmg28	DM- سرپایی- $BP \geq 160/100$ یا انجام نشده است.
Dmg31h	DM- سرپایی- تست شبکه به موقع توسط بیمار (HEDIS)
Dmg7n	DM- سرپایی- $LDL -C < 120$
htn10	HTN- سرپایی- $Dx HTN \& BP \geq 160/100$ یا ذخیره نشده است.
Htn9	HTN- سرپایی- $Dx HTN \& BP \leq 140/90$

p1	واکسن - سرپایی پنوموکوکی - پیوند
p22	واکسن - سرپایی - سن آنفولانزا 50-64 کلینیک پیوند
p3h	CA - خانم های 50-69 ساله اسکن شده برای سرطان سینه (HEDIS)
p4h	CA - خانم های 21-64 ساله اسکن شده برای سرطان دهانه رحم در سه سال گذشته (HEDIS)
p6h	CA - بیماران دریافت غربالگری مناسب برای سرطان روده بزرگ (HEDIS)
smg2n	مواد مخدر - سرپایی - استفاده شده در 12 ماه گذشته - واکسن-Non-MH
smg6	مواد مخدر - سرپایی - مداخله - سالانه-غیر MH با ارجاع و مشاوره
Smg7	مواد مخدر - سرپایی - Med های ارائه شده - - واکسن-Non-MH

اندازه گیری عملکرد تسهیلات برای طبقه بندی سایت هنگامیکه یک استراتژی نمونه گیری انتخاب شده است، چالش بعدی بهره برداری و اندازه گیری متغیر و یا ویژگی است که توسط سایت ها انتخاب شده باشد. در مورد عملکرد سهولت، یک استراتژی مشترک برای ایجاد امتیازات مرکب عملکرد، براساس مجموعه ای از اقدامات فردی می باشد (در این مورد، EPRP، اقدام می باشد). با این حال، بررسی عملکرد متوسط با استفاده از ترکیبات، چالش خاصی را قرار می دهد، چرا که پروفیل های متعددی از عملکرد متوسط وجود دارند. مراکز می توانند امتیازات متوسط در سراسر همه ی اقدامات عملکردی و یا بیشتر آن اقدامات، را نشان دهد (به طور مداوم در حد متوسط). متناوباً، مراکز می توانند با عملکرد بالا در برخی اقدامات و عملکرد ضعیف در سایرین، در عملکرد متوسط، به طور میانه قرار گیرند (بسیار متغیر). ارزیابی میزان عملکرد هردوی این موارد، برابر با عملکرد متوسط، دسته بندی خواهد شد، با این حال آنها نشان دهنده مراکز بسیار متفاوتی می باشند.

یک روش جدیدتر و موثرتر، و روشی که در اینجا استفاده شده است، انتخاب مراکز براساس الگوی آنها از عملکرد بر روی اقدامات فردی منتخب و نه براساس اقدامات مرکب می باشد که در ادامه توضیح داده شده است. برای این پژوهش، ما با استفاده از مشخصات اقدامات سرپایی 15 EPRP (ذکر شده در جدول 1) در مدت دو سال 2007-2008 FY، به منظور طبقه بندی تجهیزات در عملکردهای بالا، متوسط و پایین، عملکرد مراکز را اندازه خواهیم گرفت، بنابراین شناسایی سایت ها صورت خواهد گرفت. هرچند در کارایی مراکز تنوع وجود دارد، محدوده ی امتیازات نسبتاً محدود می باشد، با این حال به عنوان طرح هایی همچون اجرای امتیازات و بسترهای هدف در اندازه گیری کارایی، عملکرد تأسیسات، در طول زمان بهبود یافته است. با این حال، بررسی اولیه اطلاعات نشان داده است که هیچ یک از مراکز به طور مداوم درخشان نبوده و به طور مداوم در تمامی اقدامات، عمیق نیز نبوده است. بنابراین، به منظور تعادل نیاز برای به حداقل رساندن همپوشانی بین کارایی بالا، متوسط و کم مراکز، با واقعیت عملکردی مجموعه اطلاعات، معیار انتخاب ما براساس انتظارات اطلاعات داده شده ی واقعی تر، و در عین حال به اندازه کافی دقیق می باشد. مراکز با کارایی بالا، به عنوان مراکزی که امتیازات دو ساله برای هر اقدام EPRP برابر با 84 درصد و یا بالاتر می باشد، مشخص شده اند.

ما مراکز را با تعدادی از اقدامات EPRP در مواجهه با این معیار مرتب خواهیم کرد و چهار مرکز را با بیشترین تعداد اقدامات در مواجهه با این معیار، هدف قرار خواهیم داد. مراکز با کارایی پایین، به عنوان مراکزی که امتیازات دوساله برای هر اقدام EPRP برابر با 16 درصد یا کمتر می باشد، مشخص شده اند. ما مراکز را با تعدادی از اقدامات EPRP در مواجهه با این معیار مرتب خواهیم کرد و چهار مرکز را با بیشترین تعداد اقدامات در مواجهه با این معیار، هدف قرار خواهیم داد. برخلاف معیارهای پروفیل برای مراکز با کارایی زیاد و کم، تعبیه کردن مشخصات برای مراکز با عملکرد متوسط در یک الگوی اقدامات فردی، بسیار دشوارتر بوده و نیاز به تطبیق الگوهای بصری است که می تواند به طور غیرسیستماتیک اثبات شود. با این حال، اقدامات پراکندگی، مانند انحراف معیار، سنجشی مناسب برای افتراق بین عملکردان به طور مداوم متوسط و بسیار متغیر را فراهم کرده و اساس معیارهای انتخاب ما برای عملکردان متوسط را شکل می دهد.

ابتدا، ما تمام امتیازات اقدامات EPRP را برای هر یک از مراکز اندازه گیری خواهیم کرد و یک امتیاز متوسط کارایی مراکز (AFPS) ایجاد کرده و زیر مجموعه ای از مراکزی که AFPS را بین درصدهای 35 ام و 65 ام نشان می دهند را انتخاب



خواهیم نمود. این گام اولیه، برای اطمینان از مقایسه سایت ها، مورد نیاز می باشد- به عبارت دیگر، ما می خواهیم سایت هایی را انتخاب کنیم که در مجموع، عملکرد "متوسط" داشته باشند؛ از این سایت ها، ما می توانیم با استفاده از میزان پراکندگی خود، به طور دائم متوسط را از مراکز بسیار متغیر متمایز کنیم. برای انجام این کار، ما یک امتیاز تنوع عملکردی (PVS) برای هر یک از مراکز، متشکل از انحراف استاندارد امتیازات میزان عملکرد فردی آنها، ایجاد خواهیم کرد.

عملگران تداوم متوسط، به عنوان چهار مرکز با کمترین PVS از زیرمجموعه ای از مراکز با AFPS بین درصدهای 35 و 65، تعریف خواهند شد. جدول 2، ویژگی های توصیفی پایه برای تمام سایت های مطالعه نمونه برداری شده را ذکر کرده است. نام سایت های خاص، برای حفظ حریم و محرمانه بودن، حذف شده اند. این لیست شامل مراکز ساحل شرقی، غرب میانه و جنوب غربی می باشد.

جدول 2- آمار توصیفی برای سایت های مطالعه

نوع مرکز	اندازه (تعداد بیماران منحصربه فرد)	حضور مراقبت های اولیه	تعداد پرسنل مراقبت های اولیه	مراقبت
بالا	27222	0.00	35	0.12
	49813	31.42	83	0.26
	44114	0.23	56	0.37
	27851	8.62	62	0.14
متوسط: میانگین مداوم	63313	10.63	94	0.66
	75609	18.83	115	0.08
	62017	21.58	125	0.01
	51645	30.70	54	0.33
متوسط: متغیر بالا	63555	14.81	30	0.21
	27222	0.00	143	0.12
	72739	35.06	27	0.45
	14149	0.00	10	0.28
پایین	58630	24.94	116	0.16
	27795	0.00	23	18.02
	19609	0.00	46	0.10
	44391	27.51	88	0.12

### شرکت کنندگان

ما در هر مرکز، از چهار آگاه مصاحبه خواهیم کرد که براساس در دسترس بودن از گروه های زیر انتخاب شده اند: مدیر مرکز، رئیس انجمن کارکنان (ACOS) برای مراقبت اولیه، یک پزشک مراقبت های اولیه یا یک پزشک توسعه دهنده تمام وقت، و یک پرستار تمام وقت مراقبت های اولیه، برای 64 مصاحبه (یا تا زمانی که انواع اطلاعات کلیدی اشباع، بدست آید). کارکنان جدید و یا پاره وقت، به منظور ارزیابی آگاهانه از ابزار آنها، به اندازه کافی در معرض EPR قرار نخواهند داشت. بنابراین، ما فقط ارائه دهندگان مراقبت های اولیه با حداقل سه سال حضور در موقعیت فعلی شان را مورد هدف قرار خواهیم داد. ما برای شناسایی شرکت کنندگان واجد شرایط که با این معیارها مواجهند، از بانک اطلاعاتی یکپارچه پرسنل حسابداری (PAID)، تحقیق خواهیم کرد.

سپس شرکت کنندگان مراقبت های اولیه به طور تصادفی از فهرست نتیجه، انتخاب خواهند شد و از طریق ایمیل، به شرکت دعوت خواهند شد. ما واجد شرایط بودن شرکت کنندگان احتمالی به دعوت به شرکت را تأیید خواهیم نمود. هرگونه تلاشی برای اطمینان از نمایندگی متعادل از آگاه سازان در تمامی مراکز، انجام خواهد شد. اگر شراکت یک شرکت کاهش یابد، ما از آنها درخواست خواهیم کرد تا جایگزین مناسب دیگری را معرفی کنند.

روش ها

تیم تحقیقاتی و شرکت کنندگان خیره کننده

پژوهش ارائه شده، از یک طراحی دوبل ناخوانا استفاده می کند. آمار این تیم، تنها عضو این تیم تحقیقاتی با دانشی از مراکز که عملکرد بالا، متوسط و یا پایین دارند، خواهد بود. همه ی اعضای گروه های دیگر، از جمله محققان همکار و دستیاران پژوهشی، به حداقل رساندن تبعیض در طول مصاحبه و فرآیندهای تجزیه و تحلیل داده ها را مانع خواهند شد. به طور مشابه، شرکت کنندگان برای گروه عملکردی مراکزشان نیز مانع خواهند بود تا تبعیض و سمت گیری پاسخ دهندگان به حداقل برسد.

آموزش مصاحبه کننده

مصاحبه کننده ها، آموزشی را شامل سه بخش دریافت خواهند کرد، چارچوب ارائه آموزش سازگار با اطلاعات، اثبات، تمرین (IDP):

1 - یک جلسه آموزشی تعلیمی (اطلاعات) توسط دکتر Haidet ،

2- مشاهده مصاحبه های انجام شده توسط دکترها Haidet و Hysong (اثبات) ،

3- دو مصاحبه ساختگی (تمرین).

مراکز مقدماتی حقیقت یابی

این تیم تحقیقاتی، مصاحبه های حقیقت یابی تلفنی با مخاطبین کلیدی در هریک از مراکز مطالعاتی به منظور جمع آوری اطلاعات واقعی در مورد روند انتشار EPRP مراکز، انجام خواهد داد، مانند نوع اطلاعات اقداماتی عملکردی مورد استفاده در مراکز و یا مراکز که به صورت محلی هیئت مدیره جمع آوری کرده اند. این اطلاعات (a) درک متنی بیشتری از فرآیندهای مراکز مربوط به EPRP ارائه می کنند، (b) به پالایش راهنمای مصاحبه تلفنی کمک می کنند، (c) به تیم تحقیقاتی برای شناسایی بهترین استراتژی برای مصاحبه های مطالعه کمک می کنند.

نمونه هایی از مخاطبان کلیدی، مدیر مرکز کیفیت و ACOS و یا منصوبات آنها می باشند. ما تا زمانی که تمامی اطلاعات واقعی لازم برای هر مرکز بدست آید، از یک فرآیند سرعتی تماس و ارجاع استفاده خواهیم کرد. برای مثال، اگر اولین تماس ما در این مراکز، قادر به ارائه سوالات بررسی نباشد، تیم تحقیقاتی، درخواست نام دیگری از افراد این مرکز را درخواست خواهد کرد که به احتمال زیاد، پاسخ را داشته باشد، و غیره. هر مکالمه تلفنی در حدود 30 دقیقه طول خواهد کشید و شامل مباحث مربوط به روند انتشار و گزارش اطلاعات EPRP در این مراکز خواهد بود. مصاحبه کنندگان، از یک راهنمای سوالات استاندارد شده در مورد روند انتشار اطلاعات EPRP در مرکز آنها، پیروی خواهند کرد.

استخدام شرکت کنندگان

شرکت کنندگان موثر در آینده، یک ایمیل دریافت خواهند کرد که آنها را به شرکت در این مطالعه دعوت کرده و ایمیل، شماره تلفن، و زمان مورد نظر مخاطب را درخواست می کند که در آن، نماینده این تیم مطالعاتی بتواند فرم اطلاعات مطالعه با آنها را

بررسی کرده و رضایت آگاهانه بدست آورد. شرکت کنندگان موثر در آینده، که در عرض دو هفته به دعوت پاسخ ندهند، یک تماس تلفنی پیگیری برای دعوت آنها برای شرکت کردن دریافت خواهند کرد؛ مخاطب مزبور و اطلاعات برنامه ریزی، از این شرکت کنندگان در آن زمان، جمع آوری خواهد شد. اعضای تیم تحقیقاتی، یک نسخه از فرم اطلاعات پیشرفت این مطالعه را ایمیل خواهند کرد و به منظور بررسی فرم رضایت مندی و روش ها با شرکت کنندگان، پاسخ به هر سوال و برنامه ریزی مصاحبه، در زمان انتصاب آنها، تماس گرفته خواهد شد. اگر یکی از شرکت کنندگان موثر در آینده، دعوتنامه را رد کند و پیشنهادی برای شرکت کننده ی جایگزین ارائه ندهد، (در بالا، به قسمت شرکت کنندگان رجوع کنید)، شرکت کننده موثر در آینده ی بعدی در فهرست نامزدها، دعوت خواهد شد.

تا آنجا که ممکن است، برنامه های ارائه داده شده به شرکت کنندگان، مصاحبه ها را با یک استراتژی متنوع ماکزیم در سطح این مرکز، برنامه ریزی شده خواهند کرد. این آمار نام سایت های خاص را برای مقاصد استخدامی، به اعضای تیم مطالعه ارائه خواهد داد تا اطمینان حاصل شود که هر چهار قسمت، در لیست نتایج سایت ها نمایش داده شده باشد. سپس اعضای تیم تحقیقاتی برنامه ریزی کرده و تا زمانی که همه مصاحبه ها کامل شوند، و یا اطلاعات اشباع شده در قسمت های مطالعه بدست آید، مصاحبه ها را انجام خواهند داد تا هر کدام از اینها اول صورت گیرند.

### مصاحبه های تلفنی

تمام مصاحبه ها، با رضایت شرکت کنندگان، به صورت صوتی ضبط خواهند شد. این مصاحبه شامل دو " پرسش تصویری " اولیه می باشد که برای ارائه مثالی از یک استراتژی بازخورد، که منجر به تغییر عمل شده و همچنین برای ارائه مثالی از یک استراتژی بازخورد، که منجر به تغییر عمل نشود، از مخاطب سوال خواهد شد.

پاسخ های داده شده به این پرسش ها، بقیه ی مصاحبه را هدایت خواهد کرد. براساس پاسخ های اولیه شرکت کنندگان، مصاحبه کننده ها، پرسش های پیگیری را سوال خواهند کرد که به ساختار مورد توجه در این مطالعه خواهند رسید. فایل افزونه ی 1، یک پروتکل مصاحبه اولیه را ارائه می دهد که ساختار توجه و سوالات پیشنهادی مربوط به هر یک از انواع آگاه کنندگان کلیدی را فهرست بندی می کند. نیازی نیست که پرسشگران، سوالات را طبق لیست بپرسند و از تمامی سوالات پرس وجویی استفاده کنند؛ با این حال، آنها باید تمامی ساختارهای توجه را پوشش دهند. شرکت کنندگان باید سوالات را در مورد موارد زیر پاسخ دهند : الف) انواع اطلاعات EPRP که دریافت کرده اند، (ب) انواع اطلاعات عملکردی کیفی / درمانی که آنها به طور فعال به دنبالشان بوده اند، (ج) عقاید و نگرش هایی در مورد ابزار اطلاعات EPRP با تأکید خاص بر نقش این اهداف، (د) چگونه آنها از اطلاعاتی که دریافت کرده و یا به دنبال آن بوده اند، استفاده می کنند، و (ه) هرگونه منابع اضافی از اطلاعات و یا استراتژی هایی که ممکن است آنها به منظور بهبود عملکرد مرکز، از آن استفاده کنند. مصاحبه های ضبط شده، روز بعد از مصاحبه، برای رونویسی فرستاده خواهند شد؛ و در زمانی که آنها دریافت شوند، ما تجزیه و تحلیل متن در استراتژی آنالیز داده ها را شروع خواهیم کرد.

به منظور به حداقل رساندن بار مسئولیت شرکت کنندگان، مصاحبه ها برنامه ریزی خواهد شد و به طور هم زمان تا رسیدن به اشباع اطلاعات، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. به این معنی است که، ممکن است بیشتر از 64 مصاحبه انجام گرفته باشد، اما اگر با هیچ داده ی جدیدی مواجه نشوند، ممکن است کمی بیشتر هم انجام دهند. به منظور بررسی اشباع موضوعی، به محض اینکه متون مصاحبه دریافت کردیم، به جای اینکه صبر کنیم تا تمام مصاحبه ها انجام بگیرد، آنها را کدگذاری و تجزیه و تحلیل خواهیم کرد. همانطور که کدهای جدید، مفاهیم جدیدی از اهمیت را نشان می دهند، کمبود کدهای جدید نشان دهنده این است که اطلاعات جدیدی با استفاده از مصاحبه های اضافی، جمع آوری نشده و داده ها به اندازه کافی اشباع شده اند. زمانی که یک مصاحبه جدید، کمتر از 5٪ از تعداد کل کدهای موجود در کدهای جدید را اضافه کند، ما روند مصاحبه را پایان خواهیم داد؛ مثلاً اگر بعد از 25 مصاحبه، 100 کد بدست آید، و مصاحبه ی 26م تنها 4 کد جدید بیافزاید، ما در نظر خواهیم گرفت که داده ها به حد اشباع رسیده اند و روند مصاحبه پایان یافته است.

### تجزیه و تحلیل داده ها

مصاحبه های ضبط شده با استفاده از تکنیک های اقتباس شده از تئوری پایه [34] و تجزیه و تحلیل های محتوا [35] با استفاده از یک برنامه نرم افزاری تجزیه و تحلیل کیفی، Atlas.ti، نوشته شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. همگام با تکنیک های پایه تئوری، این تجزیه و تحلیل ها از سه مرحله تشکیل خواهند شد: بازکردن، محوری و (در صورت لزوم) کدهای انتخابی.

## آموزش برنامه نویسی

قبل از آغاز انجام مراحل برنامه نویسی، محقق اصلی، یک جلسه آموزشی (طبق چارچوب IDP) با برنامه نویس و همکاران محقق به منظور آشنایی آنها با نرم افزار Atlas.ti و طبقه بندی اولیه برنامه نویسی انجام خواهد داد. این جلسه، شامل دو ماژول خواهد بود.

1- یک ماژول آموزشی، که در آن، کارآموزان اطلاعات دقیقی در مورد کدهای پیش بینی خاص که برای متون جستجو خواهند شد را دریافت خواهند کرد (به عنوان مثال تعاریف، مثال ها و موارد منفی)، و همچنین دستوالعمل هایی برای شناسایی تم ها و کدهای جدید، و نمایشی از ویژگی های نرم افزار Atlas.ti و استفاده از پروژه های خاص آن را دریافت خواهند کرد.

2- یک ماژول تمرینی، که در آن، تیم های برنامه نویس، از مصاحبه های ساختگی از ماژول تمرینی آموزشی مصاحبه کننده های خود به منظور تمرین برنامه نویسی و کالبره کردن برنامه نویسان، برای طبقه بندی ابزار ادراک، راهبردها و شیوه های اشتراک گذاری داده ها، استفاده می کنند.

علاوه بر این، برنامه نویسان به طور مستقل، دو رونوشت موثر را برنامه نویسی کرده و پس از آن، به منظور کالبره ی بیشتر برنامه نویسان بر روی داده های زنده، برای بحث در مورد تصمیم گیری های برنامه نویسی خود، دور هم جمع می شوند.

## برنامه نویسی سرگشاده

برنامه نویسی سرگشاده با شناسایی، نامگذاری، طبقه بندی و توصیف پدیده های موجود در رونوشت های مصاحبه مربوط می شود. دستیاران مشابه این پژوهش که مصاحبه ها را انجام خواهند داد، مرحله ی برنامه نویسی سرگشاده از تجزیه و تحلیل ها را انجام خواهند داد. هریک از دستیاران این پژوهش، به طور مستقل تمام رونوشت های مصاحبه را برنامه نویسی خواهند کرد؛ هر کدام به عنوان برنامه نویس اولیه برای مصاحبه هایی که انجام گرفته و به عنوان برنامه نویس ثانویه مثلا برای به حداکثر رساندن تعداد برنامه نویسان مختلف به منظور بررسی رونوشت ها از هر سایت ارائه شده، تقسیم خواهد شد. برنامه نویسان، لیست پیش بینی و تعاریف کدها را که برای جذب ساختار مربوطه مورد توجه برای این مطالعه طراحی شده اند، دریافت خواهند کرد.

اینها شامل نشانه های بازخورد در مورد محتوا و قالب بندی مشخص شده در Denisi, Kluger 1996 (مثلا اطلاعات راه حل درست، فرکانس)؛ ویژگی های بازخورد مشخص شده در Hysong و همکاران 2006 (مثلا به موقع بودن، تأدیی بودن، مفرد بودن، قابل سفارش بودن)؛ نگرش ها و مدل های ذهنی در مورد EPRP (مثلا مثبت / منفی، توجه به اعتماد و یا اعتبار بازخورد)؛ و منابع بازخورد می باشند (ولی به آنها محدود نمی باشند). براساس این فهرست، برنامه نویسان راه های مربوطه را از پدیده های ارائه شده، انتخاب خواهند کرد (مثلا اشتراک گذاری به موقع اطلاعات عملکردی) و برای آن، یک برجسب توصیفی از این پدیده در سوال اختصاص خواهند داد (مثلا "به موقع بودن"). به طور خاص، برنامه نویس، رونوشت هایی را برای نمونه از ساختارهای دخیل در سوالات این پژوهش بررسی کرده (برداشت هایی از ابزار EPRP به عنوان یک منبع بازخورد؛ جمع آوری داده های محلی، استراتژی های اشاعه و ارزیابی؛ به موقع بودن، مفرد بودن، غیر تأدیی بودن اشتراک گذاری داده ها) و آنها را همانطور که از داده ها حاصل می شوند، جذب می کنند. برنامه نویسان همچنین فرصتی برای افزودن کدهای جدیدی به لیست موجود خواهند داشت. کدهای پیشنهادی، توسط تیم تحقیقاتی با توجه به دو معیار بررسی خواهند شد: 1) آیا این کدها می توانند به وضوح وبه طور جداگانه تعریف شوند (2) تا چه حد این کدهای جدید، به تجزیه و تحلیل ها کمک می کند. فرض می شود که این کدها مناسب بوده و بنابراین به لیست اضافه خواهد شد؛ رونوشت های قبلی، با کدهای جدیدی که مورد نیازند، برنامه نویسی خواهند شد.

## تضمین کیفیت برنامه نویسی

هنگامیکه یک رونوشت توسط برنامه نویس اولیه، برنامه نویسی شده باشد، برنامه نویس ثانویه به طور مستقل، وظایف برنامه نویسی اولیه را بررسی کرده و با هریک از کدهای پیوست شده به یک نوشته، موافق و یا مخالف خواهد بود. برای به حداقل رساندن تعصب احتمالی، هردوی برنامه نویسان به طور چرخشی کار خواهند کرد- به این صورت که، تمامی رونوشت های برنامه نویسی اولیه ارائه شده، توسط همان برنامه نویس ثانویه بررسی نخواهد شد؛ چرخش کامل هردوی برنامه نویسان اولیه و ثانویه می تواند در 24 مصاحبه (4) انجام بگیرد. تعداد تکالیف کدهای "موافق" و "مخالف"، برای کمک به برآورد میزان توافق بین ارزیاب و شناسایی کد و یا تم هایی که در صورت لزوم نیاز به تعریف Crisper دارند، شمارش خواهد شد. بعد از بررسی برنامه نویس ثانویه، هر اختلاف نظری، با اجماع بین برنامه نویس اولیه و ثانویه، حل خواهد شد. هر اختلاف نظری که جفت برنامه نویسان نتوانند حل کنند، برای حل و فصل، به کل تیم ارائه خواهد شد. کنترل کیفیت داده های دیگری انجام خواهد گرفت، از جمله آزمون طول نقل قول در طول زمان (افزایش قابل توجهی در طول نقل قول در بخش بعدی از یک متن و یا در متن بعد، می تواند نشان دهنده خستگی برنامه نویس باشد) و در بین ارزیاب ها (برای بررسی تعصبات در سبک های برنامه نویسی).

## برنامه نویسی محوری

در این مرحله، دسته بندی های ایجاد شده در مرحله برنامه نویسی سرگشاده، با استفاده از "روش ثابت نسبی" در تم های منسجم و شبکه های روابط، سازماندهی شده اند؛ [34] این تیم محقق، کدهای تولید شده را با توجه به فراوانی آنها و جستجو برای روابط میان کدهایی که پدیدار می شوند، بررسی خواهد کرد. سوال پژوهشی 1، می پرسد که آیا مدیران مراکز با عملکرد بالا، برداشت مختلفی در مورد استفاده از ابزار داده های عملکردی مرکز نسبت به مدیران مراکز با عملکرد پایین و یا متوسط داشته اند. برای کاوش این سوال پژوهشی، تیم تحقیقاتی، کدهای ایجاد شده در رابطه با این سوال را بررسی خواهد کرد و برداشت های جهانی در مراکز با عملکرد بالا، پایین و متوسط را مقایسه خواهند کرد. اینها با طبقه بندی جداگانه و شبکه های ارتباطی (به عنوان مثال، نقشه های بصری از اینکه چگونه این کدها، به کد دیگر مربوط می شوند) توسعه یافته برای هر نوع مرکز، به طور موضوعی سازمان یافته خواهند شد. تا حدی که مجموعه کدها در میان انواع مراکز متفاوت بوده (مثلا، تعداد بیشتری از کدها از کدهای معمولی فراتر نرفته اند) و یا کدهای مشابه با فراوانی کمتر و یا بیشتر در مراکز با عملکرد بالا در مقابل مراکز با عملکرد پایین وجود داشته باشد، این مورد به عنوان مدرکی قرار خواهند گرفت که مراکز با عملکرد بالا، درک استفاده متفاوتی از داده های EPRP را نسبت به مراکز با عملکرد پایین دارند.

سوال پژوهشی 2، می پرسد که آیا مدیران مراکز با عملکرد بالا، برای جمع آوری و انتشار اطلاعات عملکرد محلی و برای ارزیابی ارائه دهندگان، نسبت به مدیران مراکز با عملکرد پایین و یا متوسط، استراتژی های متفاوتی انجام داده اند؟ این سوال پژوهشی با استفاده از یک روش موازی با سوال پژوهشی 1، مورد کاوش قرار گرفته است. تیم تحقیقاتی، کدهای تولید شده در رابطه با سوالات پروتکل مصاحبه در مورد استراتژی های بازخورد را بررسی و تمامی استراتژی ها را در مراکز با عملکرد بالا، متوسط و پایین مقایسه خواهند کرد. اینها با طبقه بندی جداگانه و شبکه های ارتباطی توسعه یافته برای هر نوع مرکز، به طور موضوعی سازمان یافته خواهد شد. تا حدی که تعداد بیشتری از تم ها با در سراسر گروه ها نسبت به تم های معمولی وجود داشته باشد، این مورد به عنوان مدرکی قرار خواهد گرفت که (الف) انواع مختلف مراکز، برای جمع آوری و انتشار داده های عملکردی محلی و برای ارزیابی ارائه دهندگان، نسبت به مراکز با عملکرد پایین، استراتژی های متفاوتی انجام می دهند و (ب) هسته دسته بندی ایجاد شده از فرآیند برنامه ریزی منتخب از نظر زیرگروه ها متفاوت می باشند.

## برنامه نویسی منتخب

این مرحله از تجزیه و تحلیل شامل انتخاب یکی از مقوله های توسعه یافته در طول برنامه نویسی محوری، به عنوان طبقه اصلی در مورد بهترین نظریه ای که بر ارزش داده ها ایجاد شده است، می باشد. به عبارت دیگر، باید یک موضوع اصلی برآیند از بهترین داده های تبیین روابط میان دیگر طبقات (کدها) وجود داشته باشد. مدل Hysong و همکاران از بازخورد عملی [15]، با مفهوم قابلیت سفارش دهی به عنوان بخش اصلی، به این صورت توسعه یافته است. این مرحله از تجزیه و تحلیل، مناسب ترین روش در بررسی سوال پژوهشی 3 خواهد بود.

سوال پژوهشی 3 می پرسد که آیا مراکز با عملکرد بالا، داده های خود را به روش هایی به موقع تر، مفردتر و غیر تأدییی تر از مراکز با عملکرد پایین و یا متوسط به اشتراک می گذارند؟ برای بررسی این سوال پژوهشی، تیم تحقیقاتی، کدهای تولید شده در رابطه با سوال ها در پروتکل مصاحبه در مورد به موقع بودن، مفرد بودن و بازخورد قابلیت عملکرد را بررسی می کند که مواردی را که داده های عملکرد مراکز، به ارائه دهندگان آن به صورت به موقع (به عنوان مثال، حداقل به صورت ماهانه) ، مفرد (ارائه دهنده خاص، به جای درمانگاه یا مرکز مجتمع) و غیر تأدییی (به عنوان مثال، ذکر روش های توسعه آموزشی برای تغذیه بازگشت اطلاعات به ارائه دهندگان) تحویل داده اند را در برمی گیرند. اینها به صورت موضوعی و با طبقه بندی جداگانه و شبکه های ارتباطی توسعه یافته برای هر نوع مراکز، سازمان دهی خواهند شد (برنامه نویسی محوری، همانطور که در بالا شرح داده شده است).

از این شبکه ارتباطی، طبقه اصلی در مورد یک مدل از بازخورد که می تواند سازمان دهی شود، ظاهر خواهد شد؛ ما مدل حاصله از هر گروه را با مدل عملی بازخورد Hysong و همکاران [15]، مقایسه خواهیم کرد. ما انتظار داریم که مدل بازخورد برای مراکز با عملکرد بالا، به مدل Hysong و همکاران، شبیه تر از مراکز با عملکرد پایین باشد.

## به حداکثر رساندن قابلیت تصدیق و اعتماد

به چندین روش، برای به حداقل رساندن تعصبات احتمالی ناشی از تفاوت در تجربه مصاحبه کننده و برنامه نویس به کار گرفته خواهد شد. مصاحبه کننده ها و برنامه نویسان با استفاده از یک پروتکل استاندارد آموزشی، آموزش دیده خواهند شد (به بخش آموزش مصاحبه کننده و برنامه نویس که قبلاً توضیح داده شده است، رجوع کنید). به عنوان بخشی از آموزش، فرضیات و انتظارات مصاحبه کننده، قبل از انجام هرگونه مصاحبه مستند خواهد شد. فرضیات و برداشت های ایجاد شده در طول برنامه نویسی، به طور همزمان با برنامه نویسی اصلی طرح شده که مصاحبه کنندگان برنامه نویسی کرده اند، مستند خواهد شد. این فرضیات و برداشت ها به طور مداوم ارجاع شده و با کدهای برنامه ریزی شده در طول فرآیند برنامه نویسی به منظور بررسی تعصبات، مقایسه خواهند شد.

در نهایت، تجزیه و تحلیل مورد منفی، به منظور بررسی شواهد متناقض برای فرضیات انجام خواهد گرفت. در مجموع، این استراتژی ها به قابلیت تصدیق و اعتماد تجزیه و تحلیل ها کمک خواهند کرد.

## جدول زمانی

این پژوهش، برای سه سال برنامه ریزی شده است.

### بررسی

### کمک به علم و عمل

بسیاری از تحقیقات بازخورد را به منظور بهبود ارائه و عملکرد مرکز فاقد درک دقیق از عناصر بازخورد موثر، بررسی می کنند [9]. پیشرفت اولیه در این زمینه، در حال حاضر با یک بررسی سیستماتیک از ویژگی های بازخورد، ایجاد شده است [10]. این پژوهش ارائه شده، با موارد زیر، بیشتر جلو می رود (1) بررسی عنصر مهم مداخلات بازخورد که هنوز نسبتاً ناشناخته است، طرز فکر و محیط ارائه کننده ی بازخورد؛ (2) توضیح برخی از نتایج مختلف مشاهده شده در A&F؛ و (3) از همه مهمتر، فراهم آوردن فرصتی برای بررسی هر سه جزء FIT در یک مطالعه واحد و همچنین برای اعتبارسنجی مستقل گزاره های مطرح شده توسط Hysong و همکاران [15] در مدل آنها از بازخورد عملی.

مدل نظری قوی ترناشی از این پژوهش ارائه شده، منجر به طرح بهتر مداخلات A&F خواهد شد. ما مراکز با عملکرد بالا را به عنوان نمونه ای از ویژگی های بازخورد که در حال حاضر به صورت مفید نشان داده شده اند، (مثلاً، فراوانی و به هنگام بودن؛ بازخورد مفرد و مکتوب؛ پیشنهاداتی برای بهبود) به منظور کشف تظاهرات جاری در مجموعه های کلینیک موثر، بررسی خواهیم کرد. علاوه براین، ما ویژگی های اضافی استراتژی های موفق بازخورد آنها را که قبلاً مشخص نشده اند را بررسی خواهیم کرد. با تکیه بر این اطلاعات، با بدست آوردن ابزارهای مورد نیاز برای طراحی و اجرای موثرتر مداخلات A&F که هدفشان نیازهای اطلاعاتی ارائه دهندگان و در نتیجه بهبود کیفیت درمان است، عملکرد، از این تحقیق، بهره مند خواهد شد.

### منابع و مراجع

1. Committee on Quality of Health Care in America: Crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. Washington: National Academies Press; 2001.
2. Committee on Quality of Health Care in America: Performance Measurement: Accelerating Improvement. Washington DC: National Academies Press; 2006.
3. Committee on Quality of Health Care in America: Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. Washington DC: National Academies Press; 2006.
4. RAND Corporation: Quality Assessment Tools from RAND Health; Author. 2000. 6-29-2006. Ref Type: Electronic Citation.
5. Department of Veterans Affairs: Quality Assurance External Peer Review Program (EPRP); VHA Directive 2000-030 9-25-2000. 9-27-2006. Ref Type: Electronic Citation.
6. Asch SM, McGlynn EA, Hogan MM, Hayward RA, Shekelle P, Rubenstein L, et al: Comparison of quality of care for patients in the Veterans Health Administration and patients in a national

sample.[summary for patients in Ann Intern Med. 2004 Dec 21;141(12):I42; PMID: 15611486]. Ann Intern Med 2004, 141:938–945.

7. Kerr EA, Asch S, Hamilton EG, McGlynn EA: Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. In Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators. Edited by Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA.: RAND Corporation; 2000. RAND Corporation. 9-27-2006. Ref Type: Electronic Citation. URL: [http://www.rand.org/pubs/monograph\\_reports/MR1280/index.html](http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280/index.html).

8. Hysong SJ, Khan M, Petersen LA: Passive monitoring versus active assessment of clinical performance: impact on measured quality of care. Medical Care 2011, 49:883–890.

9. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD: Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2006, (2):CD000259. doi:10.1002/14651858.

10. Hysong SJ: Meta-analysis: audit & feedback features impact effectiveness on care quality. Medical Care 2009, 47:356–363.

11. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment (Winchester, England) 2004, 8:iii–iiv.

12. Meterko M, Young GJ, White B, Bokhour BG, Burgess JF Jr, Berlowitz D, et al: Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. Health Serv Res 2006, 41:1959–1978.

پښتو پوهنتون  
پښتو پوهنتون  
پښتو پوهنتون