

جوابیه اصلاحات مورد نظر داوران

ضمن سپاس و قدردانی از شما جناب دکتر [نام پنهان] برای پذیرفتن داوری تحقیق حاضر و همچنین تشکر از حسن توجه و یادآوری نکات، اصلاحات درخواستی به صورت زیر اصلاح شد. همچنین در فایل پروپوزال اصلاح شده تغییرات و اصلاحات با رنگ زرد برجسته شده‌اند.

۱- اصلاحات

۱-۱ اصلاحات نگارشی

- مورد ابهام در جمله‌بندی در بخش خلاصه تحقیق اصلاح گردید.

۱-۲ اصلاحات تعریف مسئله و نوآوری

- پاراگراف پایانی بخش مقدمه مربوط به بیان تفاوت در ارائه سرویس‌ها (اساس تعریف مسئله) اصلاح شد.
- با توجه به ابهامات بخش تعریف مسئله، این بخش بازنویسی شد.
- پاراگراف پایانی بخش سابقه موضوع (بعد از مرور ادبیات چند دوره‌ای) مربوط به نتیجه‌گیری و بیان تفاوت و نوآوری‌های پژوهش حاضر نسبت به سایر تحقیقات اصلاح گردید.

۲- توضیحات

در مورد سؤالاتی که در متن اشاره فرمودید توضیحات بنده به صورت زیر است. (به دلیل اینکه سؤالات جنابعالی بیشتر در مورد تعریف مسئله بود لازم به ذکر است که دوباره عرض کنم بخش تعریف مسئله با توجه به ابهامات بازنویسی شد)

- چرا روابط پیش‌نیازی بین خدمات منظور نشده است؟

سرویس‌های ارائه شده مستقل از هم بوده و هر سرویس در تعدادی ویزیت معین و در روزهای مختلف ارائه می‌شود. همچنین برای هر بیمار روزانه حداکثر یک ویزیت (از تمام سرویس‌های درخواستی) ارائه می‌شود.

- توابع هدف ذکر شده بر چه اساسی انتخاب شده‌اند؟

توابع هدف ذکر شده در جدول مرور ادبیات از مقالات این مربوطه انتخاب شده‌اند. به دلیل تنوع و گستردگی اهداف بررسی شده و کمبود فضا برخی از اهداف که مفهوم نزدیکی با هم دارند در یک ستون آورده شده‌اند. لازم به ذکر است هدف بهره‌وری کادر درمان که در تحقیق حاضر مد نظر است، مفهوم نزدیکی با کمینه کردن هزینه، زمان و یا مسافت جابه‌جایی کادر درمان دارد که یکی از ستون‌های جدول مرور ادبیات در بخش توابع هدف است.

- آیا در حین برنامه امکان ورود بیمار (مشتری) جدید هست؟

- اطلاعات مربوط به بیمار پویا هستند یا نه؟ یعنی در طول اجرای برنامه می‌تواند تکمیل گردد؟

در پاسخ به دو سوال فوق باید عرض شود که تمام فرضیات و داده‌های مربوط به مدل قطعی و از ابتدای افق برنامه ریزی مشخص هستند.

- تفاوت کار شما با مدل نظریور چیست؟

موارد زیر که در تحقیق حاضر مورد بررسی قرار گرفته‌اند باعث ایجاد تفاوت بین دو تحقیق می‌شود:

الف) تفاوت در نحوه پذیرش بیماران به دلیل مشخص کردن نوع پذیرش (علاوه بر پذیرش بیمار باید نوع پذیرش برای ارائه خدمات به صورت ویزیت در منزل یا ویزیت غیر حضوری مشخص شود)

ب) تفاوت در مسیریابی اعضای کادر درمان به دلیل تفاوت در نوع پذیرش بیماران و همچنین در نظر گرفتن بازه زمانی حضور اعضای کادر درمان

ج) تفاوت در انعطاف پذیری ویزیت (امکان به تعویق انداختن روز ویزیت) به دلیل امکان ارائه چند نوع سرویس با تعداد ویزیت‌های معین برای یک بیمار

د) در نظر گرفتن تداوم مراقبت به صورت جریمه و محدودیت (ترکیبی)

- برای اجرای مدل و نتایج عددی از چه داده‌های استفاده خواهد شد؟ آیا به داده‌های واقعی و مراکز مراقبت در منزل دسترسی دارید؟

در تلاش برای ارتباط گرفتن با این مراکز و به دست آوردن داده‌های واقعی هستیم.

با سپاس فراوان از شما جناب دکتر [] برای پذیرفتن داوری تحقیق حاضر و همچنین تشکر از صرف وقت برای خواندن پروپوزال و یادآوری نکات، اصلاحات درخواستی به صورت زیر اصلاح شد. همچنین در فایل پروپوزال اصلاح شده تغییرات و اصلاحات با رنگ زرد برجسته شده‌اند.

۱- اصلاحات

۱-۱ اصلاحات نگارشی

- مورد غلط املائی در بخش مقدمه اصلاح گردید.
- مورد ابهام در جمله‌بندی در بخش مقدمه اصلاح گردید.

۱-۲ اصلاحات تعریف مسئله و نوآوری

- پاراگراف پایانی بخش مقدمه مربوط به بیان تفاوت در ارائه سرویس‌ها (اساس تعریف مسئله) اصلاح شد.
- با توجه به ابهامات بخش تعریف مسئله، این بخش بازنویسی شد.
- پاراگراف پایانی بخش سابقه موضوع (بعد از مرور ادبیات چند دوره‌ای) مربوط به نتیجه‌گیری و بیان تفاوت و نوآوری‌های پژوهش حاضر نسبت به سایر تحقیقات اصلاح گردید.

۲- توضیحات

در مورد سؤالاتی که در متن اشاره فرمودید توضیحات بنده به صورت زیر است.

- منظور از تداوم مراقبت چیست و چگونه در مدل مسئله گنجانده می‌شود؟

تداوم مراقبت به معنای تلاش برای جلوگیری از تغییر کادر درمان ارجح بیمار در طول ارائه ویزیت‌های مربوط به سرویس خاص است. در این تحقیق کادر درمانی که ویزیت‌های یک سرویس را شروع می‌کند (ویزیت اول را انجام می‌دهد) به عنوان کادر درمان ارجح شناخته می‌شود. تداوم مراقبت در تحقیق حاضر به صورت ترکیبی در نظر گرفته شده است. بدین صورت که برای تعدادی از سرویس‌ها امکان تغییر در کادر درمان تخصیص یافته وجود ندارد. برای چنین سرویس‌هایی، زمانی که بیمار درخواستی از این نوع سرویس (یا سرویس‌ها) را داشته باشد، در صورت پذیرش، تمامی ویزیت‌های مربوطه به این سرویس در طول دوره درمان توسط کادر درمان ارجح ارائه خواهد شد. برای مابقی سرویس‌ها، زمانی که یک ویزیت توسط کادر درمان غیر ارجح انجام شود، به معنای عدم رعایت تداوم مراقبت بیمار-کادر درمان لحاظ شده و یک میزان نارضایتی برای بیمار در نظر گرفته می‌شود. (این مبحث در پاراگراف پایانی بخش مقدمه و همچنین بخش تعریف مسئله بررسی شده است.)

- تفاوت کار شما با مدل نظرپور چیست؟

موارد زیر را می‌توان به عنوان تفاوت ذکر کرد:

الف) تفاوت در نحوه پذیرش بیماران به دلیل مشخص کردن نوع پذیرش (علاوه بر پذیرش بیمار باید نوع پذیرش برای ارائه خدمات به صورت ویزیت در منزل یا ویزیت غیر حضوری مشخص شود)

ب) تفاوت در مسیریابی اعضای کادر درمان به دلیل تفاوت در نوع پذیرش بیماران و همچنین در نظر گرفتن بازه زمانی حضور اعضای کادر درمان

ج) تفاوت در انعطاف پذیری ویزیت (امکان به تعویق انداختن روز ویزیت) به دلیل امکان ارائه چند نوع سرویس با تعداد ویزیت های معین برای یک بیمار

د) در نظر گرفتن تداوم مراقبت به صورت جریمه و محدودیت (ترکیبی)

فرم داوری پیشنهادیه پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده صنایع

عنوان پیشنهادیه: پذیرش بیمار و تخصیص و مسیریابی خدمات سلامت در منزل با در نظر گرفتن ویزیت در منزل

و به صورت غیرحضوری

تاریخ تحویل به داور:

تاریخ بازگشت:

نام داور:

نام دانشجو: محسن توکلی

شرح موضوع	بلی	خیر	ملاحظات
۱- آیا ضرورت انجام تحقیق بصورت واضح بیان شده است؟			
۲- آیا تعریف مسئله بصورت دقیق بیان شده است؟			
۳- آیا هدف (اهداف) تحقیق به صورت واضح بیان شده است؟			
۴- آیا به پیشینه موضوع توجه کافی شده است؟			
۵- آیا روش انجام تحقیق، معین و به صورت واضح بیان شده است؟			
۶- آیا کیفیت تدوین و نگارش پیشنهادیه مناسب است؟			
۷- آیا کمیت پیشنهادیه متناسب با حجم یک پایان نامه کارشناسی ارشد است؟			
۸- آیا تعداد صفحات پیشنهادیه در حد مناسب و معقولی است؟			
۹- آیا عنوان پیشنهادیه با شرح مسئله و اهداف آن مطابقت دارد؟			
۱۰- آیا این تحقیق دارای نتایج و دستاوردهای کاربردی و عملی می باشد؟			
۱۱- آیا ترکیب اساتید راهنما و مشاور برای انجام این پایان نامه مناسب است؟			
۱۲- آیا تمایل دارید که داوری نهایی این پایان نامه را بعهده بگیرید؟			
۱۳- در مجموع آیا پیشنهادیه در حد یک پایان نامه کارشناسی ارشد قابل انجام است؟			
<input type="checkbox"/> بلی، با همین ترتیب ارائه شده و بدون نیاز به اصلاحات قابل انجام است. <input type="checkbox"/> بلی، با انجام اصلاحات جزئی قابل انجام است. <input type="checkbox"/> خیر، نیاز به اعمال اصلاحات اساسی داشته و باید مجدداً بررسی شود.			
۱۴- در صورت نیاز به اعمال اصلاحات اساسی:			
<input type="checkbox"/> دانشجو جهت مذاکره مراجعه نماید. <input type="checkbox"/> نیازی به مذاکره دانشجو نیست.			

لطفاً هرگونه توضیح، پیشنهاد و یا راهنمایی در جهت تکمیل این پیشنهادیه و انجام هر چه بهتر پایان نامه دارید در پشت صفحه مرقوم فرمایید.

امضاء و تاریخ:



دانشگاه صنعتی اصفهان
طرح پیشنهادیه پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد
دانشکده مهندسی صنایع و سیستم‌ها

۱- مشخصات دانشجو

نام و نام خانوادگی: [Redacted]
شماره دانشجویی: [Redacted]
رشته تحصیلی: مهندسی صنایع-بهینه‌سازی سیستم‌ها
مدرک کارشناسی: مهندسی صنایع
تجربه بعد از کارشناسی : -
تعداد و نام واحدهای کارشناسی ارشد گذرانده شده:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| ۱) روش‌های آماری (۳ واحد) | ۵) برنامه‌ریزی تولید پیشرفته (۳ واحد) |
| ۲) طراحی سیستم‌های صنعتی (۳ واحد) | ۶) برنامه‌ریزی ریاضی (۳ واحد) |
| ۳) کاربرد مجموعه‌های فازی در تصمیم‌گیری (۳ واحد) | ۷) بهینه‌سازی ترکیبی (۳ واحد) |
| ۴) تصمیم‌گیری با معیارهای چندگانه (۳ واحد) | ۸) تئوری توالی عملیات (۳ واحد) |
| | ۹) سمینار (۲ واحد) |

۲- مشخصات مربوط به اساتید راهنما و مشاور

۱-۲- مشخصات استاد(ان) راهنما

نام و نام خانوادگی	تخصص	دانشکده	رتبه دانشگاهی	پایان نامه‌های فعلی تحت راهنمایی		ملاحظات
				تعداد	مقطع	
[Redacted]	مهندسی صنایع	صنایع و سیستم‌ها	[Redacted]			

۲-۲- مشخصات استاد(ان) مشاور:

نام و نام خانوادگی	تخصص	دانشکده	رتبه دانشگاهی	ملاحظات
[Redacted]	مهندسی صنایع	صنایع و سیستم‌ها	[Redacted]	

- این فرم باید توسط دانشجوی متقاضی با کمک استاد در دو نسخه تکمیل گردد.

تذکر: در صورتی که استثنائاً اساتید فوق عضو هیئت علمی دانشگاه صنعتی اصفهان نمی‌باشند آدرس و شماره تلفن آنها در زیر قید گردد.

۳- مشخصات پایان‌نامه

۱-۳ عنوان پایان‌نامه

به فارسی:

[REDACTED]

به لاتین:

[REDACTED]

۲-۳ مقدمه

در دنیای کنونی علاوه بر ارائه انواع خدمات مراقبتی و درمانی در سازمان‌های نهادی و نیمه نهادی^۱، مانند بیمارستان‌ها،

[REDACTED]

بوده و این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۷۳.۲ سال رسیده است [۳]. در ایران

نیز امید به زندگی در همین بازه زمانی از ۴۰.۶ به ۷۷.۳ سال افزایش یافته است. همچنین در کنار تغییرات جمعیتی، کاهش نقش خانواده در امر مراقبت به دلیل شهرنشینی و متعهد بودن به مقررات کاری (تغییرات اجتماعی)، پیشرفت‌های پزشکی در زمینه داروسازی، فن‌آوری‌های جراحی و روش‌های جدید درمانی (علم و نوآوری فنی) و افزایش کیفیت خدمات و رضایت بیماران و همچنین کاهش هزینه‌ها در نظام سلامت (اولویت و فشارهای سیاسی) از دیگر دلایل شکل‌گیری بحث خدمات سلامت در منزل هستند [۲].

[REDACTED]

بحث خدمات سلامت از راه دور^۲ شده است. این امر با گسترده‌گی و فراگیر شدن خدمات مخابراتی، به خصوص اینترنت، در

زمینه [REDACTED]

¹ institutional and semi-institutional care

² home care

³ home healthcare

⁴ caregivers

⁵ therapist

⁶ occupational therapy

² telehealth

[REDACTED]

برای ارائه این خدمات خواهد بود [۶].

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

1 [REDACTED] of care
2 vehicles routing with time window
3 synchronized visit
4 service dependency

همان گونه که بیان شد خدمات سلامت در منزل در زمینه‌های آموزشی و مراقبتی و درمانی پزشکی، مشاوره‌ای روانشناسی و توان‌بخشی انجام می‌شود.

مسئله جدیدی در این حوزه به شکل زیر

ارائه می‌شود.

۳-۳ تعریف مسئله

در این پژوهش

درخواست هر بیمار

می‌تواند

از ابتدای افق برنامه‌ریزی مشخص است.

در صورت پذیرش بیمار جدید بایستی تمام سرویس‌های درخواستی، با تعداد ویزیت معین، برای بیمار ارائه شود. تعدادی از سرویس‌ها امکان ارائه به دو

به معنای عدم رعایت تداوم

مراقبت بیمار-کادر درمان لحاظ شده و یک میزان نارضایتی برای بیمار در نظر گرفته می‌شود.

۳-۴ ضرورت انجام کار و اهداف پایان‌نامه

افزایش در

کنداوگلو و